



NARKORAVI ÕIGUSRIKKUJATELE

Analüüsi aruanne

**Andri Ahven
Einar Hillep**

Tallinn 2008

Kriminaalteabe ja analüüsi talitus
Kriminaalpoliitika osakond

Väljaandja:
Justiitsministeerium
Tõnismägi 5a
15191 Tallinn
Telefon: 6 208 100
Faks: 6 208 109
e-post: info@just.ee

Kõik käesolevas materjalis esitatu on kaitstud autoriõigusega, mis kuulub Justiitsministeeriumile. Väljaande tsiteerimine või refereerimine on lubatud üksnes juhul, kui viidatakse materjali autoritele. Ilma Justiitsministeeriumi eelneva kirjaliku nõusolekuta ei ole väljaannet või selle osi lubatud mingil viisil publitseerida.

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
Sissejuhatus	6
Mõisted	7
1 Õiguslikud eeldused narkomaaniaravi kohaldamiseks.....	8
2 Narkomaaniaravi vangistuse asemel välisriikides.....	9
3 Lähtekohad kuriteo toime pannud isikute narkoravile suunamisel.....	10
3.1 Ravilesuunamist välistavad kuriteod	10
3.2 Ravile suunamise skeem	11
3.3 Ravivajadus süüdimõistetute puhul.....	12
4 Ravi liigid, vormid ja maksumus.....	13
4.1 Võimalikud ravimahud ja teenusepakkujad.....	14
4.2 Arvestuslik ravikulu aastas	15
5 Narkoravile suunamiseks täiendavate õiguslike võimaluste loomine.....	16
5.1 Ettepanekud õigusaktide muutmiseks.....	16
Kokkuvõte	17
Kasutatud allikad.....	18
 LISAD	
Lisa 1. Õigusrikkujate narkoravile suunamise skeem.....	20
Lisa 2. Põhilised narkoravi liigid õigusrikkujate jaoks.....	21
Lisa 3. Välisriikide praktika ja kogemused narkomaaniaravi pakkumisel vangistuse alternatiivina	22
Uuringud ravi tulemuslikkusest.....	22
Üksikute riikide praktika.....	25

Lühikokkuvõte

Olukord

1. Narkomaaniravi on oluliselt odavam sama kestusega kinnipidamisest vanglas: ambulatoorse ravi hind kuus on 3500 kr; üks kuu vanglas maksab 14 257 kr.
2. Vabatahtlikult võetava ravikohustuse saab panna vangistusest tingimisi vabastatud või üldkasulikule tööle suunatud süüdimõistetule käitumiskontrolli raames. Niisuguste isikute riigi toetusel ravile suunamist pole seni rakendatud vastava süsteemi puudumise tõttu.
3. Ravi vajaks vähemalt 200 kriminaalhooldusalust, kellest saaks ravile suunata kuni 3/4. Vanglates viibivatest süüdimõistetutest on hinnanguliselt 1/5 (500 isikut) narkosõitlased, neist saaks ravile väljaspool vanglat suunata kuni 10%; edaspidi saaks vangla asemel ravile saata kuni 25 isikut aastas.
4. 2009. aasta II poolel saaks ravile suunata kuni 30 narkosõitlast, kelle ravi maksaks 1,3 miljonit krooni. Alates 2010. aastast saaks ravile suunata kuni 157 isikut (sh 22 alaealist), kelle ravi maksaks 8,2 miljonit krooni aastas. Kriminaalhooldusele see täiendavaid kulusid kaasa ei too.
5. JuM poolt soovitatav teenuste maht tuleb iga teenusepakkuja puhul kooskõlastada SoM-ga (TAI-ga), et tagada vajalike teenuste saamine (nt „ostab” teenusepakkujalt JuM 6 ja SoM 20 kohta).
6. Narkosõitlane peaks olema ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammis vähemalt 9 kuu vältel; samas võib ravi ja rehabilitatsiooni vajadus jätkuda aastaid.
7. Üldkorras antava ravi katkestab praegu 1/3 klientidest; vähemalt sama katkestajate osakaaluga tuleb arvestada ka süüdimõistetute puhul, kelle karistus tuleks pöörata täitmisele.

Ettepanekud

1. Õigusrikkujate riigi toetusel narkoravile suunamiseks peavad olema täidetud järgmised tingimused: isik on raviks motiveeritud, kuritegude toimepanemise põhjuseks on sõltuvus, isik pole toime pannud raskeid kuritegusid, isikule määratakse käitumiskontroll ja ta nõustub võtma ravikohustuse.
2. Teeme ettepaneku võtta JuM 2009. aasta tööplani järgmised seadusemuudatused, mis võimaldaks laiendada ravikandidaatide ringi:
 - 1) rahalise karistuse asendamine sõltuvusravile suunamisega;
 - 2) kriminaalmenetluse otstarbekusest lõpetamine sõltuvusravile suunamisel;
 - 3) elektroonilise valve kohaldamine vangistuse asendamisel üldkasuliku tööga ning karistusest tingimisi vabastamine käitumiskontrolliga (ravil viibiv isik oleks samal ajal ka elektroonilise valve all);
 - 4) väärteomenetluse lõpetamine otstarbekusest või karistuse asendamine sõltuvusravile suunamisega.
3. Teeme ettepanekud SoM-le:
 - 1) sätestada ravile suunamise korraldus (nt sotsiaalministri määrusega);
 - 2) töötada välja ravile suunamist otsustavate ravikomisjonide moodustamise ja komisjonide töö kord ning luua ravikomisjonid;
 - 3) töötada välja juhised ravile suunamise otstarbekuse individuaalseks hindamiseks psühhiaatri ja ravikomisjoni poolt;
 - 4) töötada välja süsteem pakutavate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi tagamiseks (nt kehtestada ühtne teenusstandard).

4. Teeme ettepaneku ravikandidaatide väljaselgitamiseks kehtestada riigii peaprokuröri juhitud esialgse valiku tegemiseks formaalsete tunnuste põhjal, millest lähtub prokurör või mida saab arvestada vangla.
5. Teeme ettepaneku kaaluda võimalusi rahaliste vahendite eraldamiseks JuM eelarvest narkomaanidest õigusrikkujate ravi pilootprojektiks 2009. aasta II poolaastal olemasolevate seaduste alusel (ravida saaks kuni 30 isikut, kelle ravi maksaks 1,3 miljonit krooni).
6. Teeme ettepaneku planeerida JuM või SoM 2010. aasta eelarvesse narkomaanidest õigusrikkujate ravikuludeks 8,2 miljonit krooni (summa kataks 157 isiku ravikulud kuni 9 kuu ulatuses; ravi jätkumise korral toetaks vajadusel seda SoM riikliku narkostrategia vahenditest).
7. Teeme ettepaneku JuM-I ja SoM-I kokku leppida erinevatelt teenusepakkujatelt ostetavate teenuste maht igaks aastaks, et tagada vajalike teenuste saamine kõigile osapooltele.

Sissejuhatus

Narkomaanid panevad toime suure osa kuritegudest, enamasti eesmärgiga hankida raha uimastite hankimiseks. Õigusrikkujate ravilesuunamine aitaks vähendada sõltuvust ning sellest tingitud kuritegude toimepanemist, kuid seni on puudunud süsteem, mis võimaldaks õigusrikkujaid reaalselt ravile suunata – selleks on vaja riigi toetust ravikulude katmisel ning kindlate ravikohtade olemasolu. Vaid sel juhul saab õigusrikkuja võtta endale ravikohustuse ning on võimalik kaaluda tema karistusest tingimisi vabastamist või karistuse liigi määramisel arvestada osalemisega raviprogrammis.

Käesolevas aruandes kirjeldatakse õigusrikkujatest narkomaanide riigi toetusel ravilesuunamise õiguslike võimalusi, ravile suunamise lähtekohti ning ravi vajavate õigusrikkujate arvu; hinnatakse ravi võimalikku mahtu ja maksumust; esitatakse ettepanekud õigusrikkujate narkoravile suunamiseks täiendavate õiguslike võimaluste loomiseks. Käsitletakse ka välisriikide praktikat narkosõltlastest õigusrikkujate ravilesuunamisel ning kogemusi niisuguse ravi tulemuslikkusest¹.

Aruanne on jätkuks 2007. aastal valminud uuringu „Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina“ aruandele, milles vaadeldi Eestis narkootikumide tarvitamise ulatust, narkomaaniaravi liike ning selle mahtu ja rahastamist, õigusrikkujatele ravi pakkumise põhimõtteid; välisriikide põhjal käsitleti narkomaaniaravi erinevaid vorme ning ravi efektiivsusest retsidiivsuse vähendamisel.

Välisriikide uuringute kohaselt narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina õigustab end, andes lisaks sõltuvusest võõrutamisele või selle kontrolli alla saamisele kasu ka retsidiivsuse vähenemise kaudu. Narkosõltlase kinnipidamine vanglas on oluliselt kallim sama kestusega narkomaaniaravist: Eestis on ambulatoorse võõrutus- või asendusravi hind kuus 3500 kr; samal ajal maksab kinnipidamine arestimajas kuus 8800 kr ning kinnipidamine vanglas kuus 14 257 kr.

Ülevaate koostamisel on arvestatud Eesti Psühhiaatrite Seltsi ja psühhiaatrite (Ellu Eik, Andres Lehtmets), Tervise Arengu Instituudi (Aljona Kurbatova, nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond) ning Sotsiaalministeeriumi (Maris Salekešin, rahvatervise osakond) seisukohtadega.

Andmed teenuste hindade, võimalike ravimahtude ja teenusepakkujate kohta on saadud Tervise Arengu Instituudilt.

¹ Välisriikide kogemuste tutvustamisel kasutatakse osi Justiitsministeeriumis 2007. aastal valminud uuringu „Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina“ aruandest.

Mõisted

Käesolevas aruandes tähistatakse käitlemiseks keelatud narkootilisi ja psühhotroopseid aineid lihtsuse huvides sõnaga "narkootikumid", kuid siinjuures peetakse alati silmas ka samadel tingimustel käideldavaid psühhotroopseid aineid.

- *Narkomaania* on psüühiline või füüsiline sõltuvus, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel.
- *Narkomaan* on isik, kellel narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel esineb psüühiline või füüsiline sõltuvus nendest ainetest.²
- *Narkootikumide tarvitamise* all mõeldakse käesolevas aruandes mistahes narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamist, olenemata sellest, kas tarvitamine on kujunenud sõltuvuseks või mitte.
- *Narkojoobe* puhul on isik narkootiliste või psühhotroopsete ainete mõju all.

Narkosõltuvuse teeb kindlaks arst ning sõltlastena saab käsitleda vaid niisuguse diagnoosi saanud uimastitarvitajaid. Sõltuvust iseloomustab nõrgendatud kontroll uimastavate ainete tarvitamise kestuse, koguse ja tarvitamise viisi üle, tähelepanu keskendamine muudelt eluvaldkondadelt narkootikumide hankimisele ja tarvitamisele, narkootikumide tarvitamine vaatamata nende negatiivsele mõjule organismi funktsioonidele ning mõtlemisprotsessi häirele.³ Järgnevas tekstis kasutatakse sõna *sõltlane* nii diagnoositud sõltuvusega kui ka oletatava sõltuvusega isikute puhul, kui ei ole öeldud teisiti (viimasel juhul viitab isiku käitumine sõltuvusele, kuid puudub arstlik diagnoos sõltuvuse kohta või pole andmebaasis selle kohta andmeid).

Ravi eesmärkidest lähtuvalt kasutatakse käesolevas tekstis mõnevõrra lihtsustatult mõisteid *võõrutusravi*, *asendusravi* ja *rehabilitatsioon*.⁴

- *Võõrutusravi* puhul on eesmärgiks narkosõltuvusest täielik vabanemine (siinkohal ei peeta silmas mõnenädalast esmast võõrutust). Ravis võidakse kasutada mittefarmakoloogilisi meetodeid (psühhoteraapia jm) ning opiaadisõltlaste puhul ka opiaatseid asendusravimeid (sel puhul vähendatakse metadooni vm asendusravimi doose järk-järgult pika aja jooksul).
- *Asendusravi* asendusravimitega kasutatakse opiaadisõltlaste puhul. Eesmärgiks võib olla võõrutus (vt eelmine punkt) või piirdatakse kahjude vähendamise ja patsiendi elukvaliteedi parandamisega (sel juhul on tegu toetava säilitusraviga, mis võib kesta kogu elu).
- *Rehabilitatsioon* algab pärast ravikuuri läbimist, kui sõltlane ei kasuta enam narkootikume. Rehabilitatsioon ei eelda seostamist raviteenuse pakkujaga.

² Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus, § 2. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12947070>

³ Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. [Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud 22.04.2004.] http://www.tai.ee/failid/narko_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf

⁴ Tuginetakse Eesti Psühhiaatrie Seltsi koostatud „Opiaatsõltuvuse ravijuhisele“ (2007), kuid siin kasutatavad mõisted on lihtsustatud. http://engine.koduleht.net/templates/psy/files/mdl_files.php/Opiaatsõltuvuse_ravijuhis.pdf

1 Õiguslikud eeldused narkomaaniaravi kohaldamiseks

Eestis on narkomaaniaravi vabatahtlik.⁵ Sundravi saab kohaldada vaid tõsiste psüühikahäirete korral, kuid „tavaliste“ õigusrikkujate ravi sunni kohaldamine pole võimalik ning kehtiva korra muutmist ei peeta otstarbekaks, sest ravi efektiivsus on otseses seoses patsiendi motivatsiooniga sõltuvusest vabanemiseks.⁶

Süüdimõistetule on võimalik panna kohustus alluda ettenähtud ravile vaid käitumiskontrolli (karistusseadustiku e KarS § 75) raames ning tema enda nõusolekul (vt ka lisa 1):

- 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 75¹ ja 76).

Käitumiskontrolli ning seega ka ravikohustust ei saa määrata rahalise karistuse korral; samuti väärteomenetluses. Puudub ka võimalus kriminaalmenetluse lõpetamisest otstarbekusest juhul, kui kuriteos kahtlustatav isik sooviks karistuse kandmise asemel võtta ravikohustuse ja minna narkoravile.

Ravikohustust ei saa määrata pikemaks ajaks kui käitumiskontroll, mille kestus on:

- 1) vangistusest tingimisi ennetähtaegsel vabastamisel vähemalt üks aasta (KarS § 76);
- 2) vangistusest tingimisi vabastamisel koos allutamiseга käitumiskontrollile 1,5 kuni 3 aastat (KarS § 74).

Õigusrikkujate ravi ei nõua muudatusi narkomaaniaravi käsitlevates seadustes. Ravile suunamise korralduse saab sätestada madalama tasandi õigusaktidega SoM poolt (nt sotsiaalministri määrusega).

⁵ Psühhiaatrilise abi seadus. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>

⁶ Eesti Psühhiaatrite Seltsi kiri Justiitsministeeriumile 05.11.2008.

2 Narkomaaniaravi vangistuse asemel välisriikides

Ravi vangistuse alternatiivina on võimalik enamikus Euroopa Liidu riikides ning seda kasutatakse järjest laialdasemalt.⁷ Enamikus riikides pakutakse uimastisõltlastele vangistuse alternatiivina ilma asendusravimiteta ravi statsionaarsetes ravikeskustes (nt Taani, Saksamaa, Holland, Poola, Soome, Rootsi, Norra). Kasutusel on ka ambulatoorseid programme, näiteks asendusravi, mis on vahel kombineeritud kohustusliku testimisega (nt Suurbritannia) või üldkasuliku tööga (nt Prantsusmaa). Kohtunikud võivad ravi jätkuvuse tagamiseks eelistada statsionaarseid ravivorme, kuid samal ajal võivad muud tegurid (nt isiku motivatsioon, spetsialiseeritud ambulatoorsete teenuste või programmide kättesaadavus) toetada ambulatoorse ravi kohaldamist. Mõnes riigis (nt Belgia) on narkomaanidel ambulatoorsel ravil viibimise ajal võimalik kasutada elektroonset järelevalvet.⁸

Euroopa Nõukogu Pompidou Grupi poolt 2008. aastal läbi viidud küsitluse kohaselt käsitletakse õigusrikkujatele mõeldud narkomaaniaravi (nn poolsunduslik ravi, *quasi-compulsory treatment*) eraldi õigusaktides ja/või juhistes 13 riigis kokku 20-st vastanud riigist (Eesti oli nende vastanute hulgas, kus spetsiaalsed õigusaktid ja juhised puuduvad). Kõige sagedamini käsitlevad niisugused õigusaktid raviks sobivust ning ravinõuete järgimist (nt millisel juhul on tegu ravinõuete täitmisega või mittetäitmisega, vastavad preemiad ja sanktsioonid).⁹

Ülevaatlik informatsioon erinevates riikides raviks sobivate kandidaatide valikuks kasutatavatest kriteeriumidest puudub, kuid üldjuhul ei peeta seda võimalikuks isikute puhul, kes on toime pannud raskeid vägivallakuritegusid ja/või keda on karistatud pikaajalise vangistusega (nt enam kui 3.6 aastat).¹⁰

Narkomaaniaravi vanglates finantseeritakse valdavalt õiguskaitseametkondade poolt, alternatiivset ravi aga tervishoiu- või sotsiaalsfääri kaudu, mõnel juhul õiguskaitseüsteemi poolse toetusega. Mitmetes riikides on keskne roll kohalikel omavalitsustel, kuna nad vastutavad uimastisõltlaste ravi ja hoolekande eest (nt Taani, Prantsusmaa, Iirimaa, Holland, Austria). Laialt levinud on narkomaaniaravi vahendite suunamine mittetulundusühingutena tegutsevatele teenusepakkujatele.

Vangistuse alternatiivina narkomaaniaravi võimaldamine on tunduvalt suurendanud raviteenuste pakkujate koormust. Mõnel pool on see toonud kaasa järjekordi või niisuguse ravi osalist lõpetamist. Raskusi süüdi mõistetud uimastisõltlastele kohtade leidmisel on märkinud mh Iirimaa, Ungari, Holland, Austria, Poola ja Norra. Taanis viidi 2002. aastal sisse "ravigarantii", mille järel pole vanglatel ja kriminaalhooldusteenistustel enam olnud raskusi ravilesoovijatele ravikohtade leidmisel.¹¹

Põhjalikum ülevaade uuringutest narkomaaniaravi tulemuslikkusest ning üksikute välisriikide praktikast tuuakse lisas 3.

⁷ Treatment as an alternative to prosecution or imprisonment for adults. European Legal Database on Drugs (ELDD; lehekülgu uuendatud 02.09.2008).

<http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=13223&sLanguageISO=EN>.

⁸ Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU (2005). Selected issue 2. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Lisbon. <http://issues05.emcdda.europa.eu/en/page014-en.html>.

⁹ McSweeney, T. (2008). Guidelines on the 'quasi-compulsory' treatment of adult drug-dependent offenders. Preliminary results from a survey of Council of Europe Member States. Council of Europe Pompidou Group. P-PG/CJ(2008)_en. Strasbourg, 10 October 2008.

¹⁰ Informatsioon Brendan Hughes'ilt (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, EMCDDA) 10.09.2008.

¹¹ Alternatives ... (2005).

3 Lähtekohad kuriteo toime pannud isikute narkoravile suunamisel

Kuriteo toime pannud narkomaanide riigi toetusel ravile suunamine eeldab välistavate asjaolude puudumist, võimalust määrata isikule ravikohustus ning isiku enda motiveeritust ja vabatahtlikkust. Narkoravile suunamise põhilised tingimused on järgmised.

- Ravile suunatakse isikud, kelle kuritegelik käitumine on esmajoones tingitud narkosõltuvusest (tehakse kindlaks psühhiaatri poolt). Enamasti on sel juhul tegu opiaadisõltlasega, kuid abi võib vajada ka näiteks amfetamiinisõltlane, kes paneb kuritegusid toime narkojoobes.
- Ravile suunamine toimub prokuröri taotlusel, kui ravi põhjendatust kinnitab ravikomisjon või psühhiaater; ravikohustuse kinnitab kohus. Vanglast tingimisi vabastamisel teeb sisulise ettepaneku isiku ravile suunamiseks vangla meditsiinosakonna juhataja.
- Ravile ei suunata isikuid, kes on toime pannud raskeid vägivallakuritegusid või suuremahulise narkokaubandusega seotud kuritegusid; samuti vanglas riskihindamisel ohtlikuks tunnistatud või katseajal kontrollnõudeid oluliselt rikkunud isikuid.
- Aja kokkuhoiduks sobiva ravivormi leidmisel (selleks tuleks ravil viibida vähemalt 6 kuud) on otstarbekas suunata ravile esmajärjekorras neid õigusrikkujaid, kes on juba varem ravil olnud ning kelle ravilugu on tänu sellele teada.
- Kõne alla tuleb vaid võõrutus- või asendusravi koos nõustamisega ning vajadusel täiendava rehabilitatsiooniga (s.t välistatud on lihtsalt metadooni andmine ilma kaasnevate teenusteta), sest oluline on õigusrikkujate integreerimine ühiskonda. Teenuste kvaliteet peab olema tagatud.
- Tagatud peab olema ravinõuete täitmise regulaarne kontroll, mh proovide andmine narkootiliste ainete võimaliku ebaseadusliku tarvitamise avastamiseks.
- Põhiliseks ravivormiks oleks ambulatoorne, kuid tuleb arvestada ka väikese arvu kohtadega statsionaaris nii täisealistele kui alaealistele, sh esmaseks kiireks võõrutuseks.
- Süüdimõistetud ei tohiks ravi saamisel sattuda eelisseisundisse, võrreldes teiste isikutega; sama kehtib reaalse vangistusega karistatud süüdimõistetute puhul, võrreldes vabadusse jäetud isikutega.

Ravile suunatavate põhiosa moodustaks KarS § 74 alusel kohtust otse kriminaalhooldusele suunatud isikud (vangistusest tingimisi vabastatud), kelle kuriteo raskus pole nõudnud reaalselt vangistust.

Vangistuse asendamisel üldkasuliku tööga (KarS § 69) on võimalused ravil käia piiratud seoses üldkasuliku töö kohustusega; samuti võib tekkida olukord, kus üldkasuliku töö tunnid on tehtud, kuid ravi peaks veel jätkuma – seega saab niisugune variant olla pigem erandlik.

Vanglast tingimisi vabastatud isikutest tuleks nende poolt toime pandud kuritegude raskuse tõttu kõne alla vaid väike osa (vt allpool) ning piiratud ravivõimaluste juures poleks ka õigustatud neile eelise andmine vabadusse jäetud süüdimõistetute suhtes – seega tuleks niisuguste isikute ravile suunamine kõne alla vaid erandjuhtudel (nt seoses vajadusega jätkata vanglas alustatud ravi).

3.1 Ravile suunamist välistavad kuriteod

Järgnevalt tuuakse loend kuritegudest (KarS paragrahvidest), mis üldjuhul välistavad niisuguse kuriteo toime pannud isiku riigi toetusel ravile suunamise. Valdavas osas kattuvad need isikute riskihindamisel ohtlikeks loetavate kuritegudega. Vajadusel arvestatakse ka kriminaalkodeksi vastavaid paragrahve.

1. Süüteod rahvusvahelise julgeoleku vastu: §-d 110–112.
2. Isikuvastased süüteod: §-d 113, 114, 118, 122, 133, 135, 136, 141–146.
 - Tapmine (§ 113)
 - Mõrv (§ 114)
 - Raske tervisekahjustuse tekitamine (§ 118)
 - Piinamine (§ 122)
 - Orjastamine (§ 133)

- Pantvangi võtmine (§ 135)
 - Vabaduse võtmine seadusliku aluseta (§ 136)
 - Kõik seksuaalse enesemääramise vastased süüteod (§-d 141–146)
3. Rahvatervisevastased süüteod: §-d 184, 185, 187.
 - Narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184) [erandina ei tarvitse välistada]
 - Narkootilise ja psühhotroopse aine edasiandmine alaealisele (§ 185)
 - Alaealise kallutamine narkootikumide tarvitamisele (§ 187)
 4. Varavastased süüteod: §-d 200, 214.
 - Röövimine (§ 200)
 - Väljapressimine (§ 214)
 5. Riigivastased süüteod (kõik): §-d 231–254.
 6. Avaliku rahu vastased süüteod: §-d 255, 256, 257, 266 (osaliselt), 274.
 - Kuritegelikku ühendusse kuulumine (§ 255)
 - Kuritegeliku ühenduse organiseerimine (§ 256)
 - Omavoli (§ 257)
 - Omavoliline sissetung vägivallaga (§ 266 lg 2 p 2 ja lg 3)
 - Vägivald võimuesindaja ja avalikku korda kaitsva muu isiku suhtes (§ 274)
 7. Õigusemõistmisevastased süüteod: §-d 302–304, 323, 327, 328.
 - Kohtunikule, rahvakohtunikule, uurijale, prokurõrile, kaitsjale, kannatanu esindajale ja tema lähedasele raske tervisekahjustuse tekitamine (§ 302)
 - Vägivald kohtuniku, rahvakohtuniku, uurija, prokurõri, kaitsja, kannatanu esindaja ja tema lähedase suhtes (§ 303)
 - Kohtuniku, rahvakohtuniku, uurija, prokurõri, kaitsja, kannatanu esindaja ja tema lähedase vara rikkumine ja hävitamine (§ 304)
 - Kahtlustatava, süüdistatava, kohtualuse, õigeksmõistetud, süüdimõistetud, tunnistaja, eksperdi, tõlgi ja kannatanu suhtes vägivald toimepanemine (§ 323)
 - Massilised korratused kinnipidamiskohas (§ 327)
 - Kinnipeetava, arestialuse ja vahistatu põgenemine (§ 328)
 8. Üldohtlikud süüteod: §-d 403–405, 414, 415, 418, 418¹.
 - Üldohtlik mürgitamine (§ 403)
 - Süütamine (§ 404)
 - Plahvatuse tekitamine (§ 405)
 - Lõhkeaine ebaseaduslik käitlemine (§ 414)
 - Lõhkeseadeldise ja selle olulise osa ebaseaduslik käitlemine (§ 415)
 - Tulirelva, selle olulise osa ja laskemoona ebaseaduslik käitlemine (§ 418)
 - Tsiiviilkäibes keelatud tulirelva, selle olulise osa ja laskemoona ebaseaduslik käitlemine (§ 418¹)

3.2 Ravile suunamise skeem

Narkoravile suunamise otsustamiseks on otstarbekas luua ravikomisjonid, millesse kuuluksid näiteks psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja, kriminaalhooldaja, prokurör. Komisjonide teeninduspiirkonnad võiks kattuda ringkonnaprokuratuuride tööpiirkondadega. Ravikomisjonide moodustamise korra ja töö põhimõtted kinnitaks SoM.

Ravile suunamise otstarbekuse hindamiseks tuleks kehtestada kindlad kriteeriumid, mis töötatakse välja JM ja SoM koostöös:

- 1) riigi peaprokurõri poolt välja antud juhise esialgse valiku tegemiseks, millest lähtub prokurör ning mida saab võimalusel arvestada pädev vanglaametnik ravikandidaatide väljaselgitamisel (teadaolev või oletatav sõltuvus, välistavate asjaolude puudumine)¹²;
- 2) SoM poolt kinnitatud juhise ravile suunamise otstarbekuse individuaalseks hindamiseks psühhiaatri ja ravikomisjoni poolt, arvestades õigusrikkujate eripära ja nendega seotud eritingimusi.

Juhul kui on koostatud kohtueelne ettekanne ja/või läbi viidud riskihindamine, arvestatakse neis sisalduvaid järeldusi ja ettepanekuid. Ravikomisjoni poolt ravile suunamist toetava otsuse puhul

¹² KrMS § 202 (kriminaalmenetluse lõpetamine avaliku menetlushuvi puudumise korral ja kui süü ei ole suur) kohaldamise korral saab piirduda olemasoleva juhise täiendamisega.

taotletakse kohtult ravikohustust sisaldavat sanktsiooni. Konkreetse ravi aja, raviasutuse ja nõuded ravirežiimile kinnitab ravikomisjon kohtuotsusele tuginedes hiljem.

Lisa 1 kirjeldab õigusrikkujate ravilesuunamise (ravikohustuse määramise) õiguslikke võimalusi ning lisa 2 näidatakse põhilised narkoravi liigid õigusrikkujate jaoks.

3.3 Ravivajadus süüdimõistetute puhul

Süüdi mõistetud narkomaanide ravile suunamine tuleb esmajoones kõne alla kriminaalhooldusel olevate isikute puhul, kellele pole mõistetud reaalselt vangistust või kes on vanglast tingimisi vabastatud. Valdav osa vanglates viibivatest narkomaanidest on toime pannud sedavõrd raskeid kuritegusid, mis välistavad nende tingimisi vabastamise riigi toetusel ravile suunamiseks.

Kriminaalhooldusaluste andmebaasi kohaselt viibis 24.11.2008 kriminaalhooldusel¹³:

- 1) 1485 isikut, kes olid narkootikumide tarvitanud või proovinud (ei kajasta sõltlaste arvu);
- 2) 203 isikut, kes tarvitavad narkootikume vähemalt kord nädalas (olemasolevatest andmetest kajastab sõltlaste üldarvu kõige täpsemalt), neist olid arvel
 - 102 isikut Harju Kriminaalhooldusosakonnas (KRHO),
 - 94 Viru KRHO-s,
 - 7 Pärnu KRHO-s;
- 3) 45 isikut, kes süstivad narkootikume;
- 4) 22 isikut, kellel on narkootikumide hankimine ja tarvitamine „igapäevaseks põhitegevuseks“.

Tuleb arvestada, et andmed narkoprobleemidega kriminaalhooldusaluste kohta ei ole täielikud ning ei kajasta täpset narkosõltlaste arvu (pole teada, kui paljudel ülalkirjeldatud isikutest on sõltuvus diagnoositud). Ligikaudsetel andmetel on vähemalt 25% punktis 2 märgitud isikutest toime pannud niisuguseid kuritegusid (röövimine, narkootikumide suures mahus vahendamine jm), mis välistavad riigi toetusega ravile suunamise.

Vanglates moodustavad narkosõltlased hinnanguliselt 20% süüdimõistetutest (500 isikut) ja 30% vahialustest (300 isikut).¹⁴ Süüdi mõistetud narkosõltlastest ca 70 isikut pole toime pannud niisuguseid kuritegusid, mis välistaks ravi vabaduses. Arvestades ka muid nõutavaid tingimusi (kuritegude toimepanemine sõltuvuse tõttu, oluliste režiimirikkumiste puudumine jm), oleks praegu reaalselt arvesse tulevate ravikandidaatide arv vanglates kuni 50 isikut. Aastas mõistetakse reaalselt vangi ca 20–25 narkosõtlast, kelle puhul ravi vabaduses saaks kõne alla tulla.

Vanglates olevad narkosõltlased on osalistel andmetel (146 diagnoosiga sõltlase kohta, seisuga 26.09.2008) kõige sagedamini sõltuvuses opioididest (tarvitab 55%), järgnevad stimulaatorid (38%) ja kannabioidid (4%); üksikud isikud on sõltuvuses muud liiki ainetest ning mõned on sõltuvuses mitmest aineist. Kriminaalhooldusaluste andmebaasis on andmeid tarvitavate ainete (nn põhinarkootikum) kohta vähe; kõik teadaolevad juhtumid on seotud opioididega. Tervikuna ei saa olemasolevate andmete põhjal anda täpset ülevaadet narkosõltlastest süüdimõistetute poolt tarvitavate ainete struktuurist, kuid võib kindlalt öelda, et domineerivad opioidid (fentanüül, heroiin, metadoon jm), millele järgnevad stimulaatorid (amfetamiini-tüüpi ained).

Ravikandidaatide esialgne ring selgub pärast vastavate kriteeriumide kehtestamist, mille alusel tehakse päringud andmebaasidest. Konkreetset kandidaadid selgitatakse psühhiaatrilise läbivaatuse käigus ning ravikomisjonide poolt isikute ravilesuunamise otstarbekuse hindamisel.

¹³ Andmed põhinevad riskihindamiste tulemustel ja hõlmavad nii diagnoosiga kui oletatavaid sõltlasi.

¹⁴ Arvestatud on diagnoosiga ja oletatavaid sõltlasi. Aluseks on vanglate meditsiiniosakondade andmed (v.a Tallinna Vangla, mille puhul on kasutatud hinnangulisi arve; need on liidetud teiste vanglate andmetega).

4 Ravi liigid, vormid ja maksumus

Sõltuvusravi vajajate põhigrupi moodustavad opiaatide tarvitajad. Stimulaatoritest (amfetamiin jt) sõltuvuses olevate narkomaanide jaoks on ainsaks võimaluseks pikaajaline võõrutusravi ravikommunites vms keskustes, kuna erinevalt opiaatidest pole maailmas seni kasutusel sobivaid asenduspreparaate. Kanepitarvitajate jt nõrgema sõltuvusega narkomaanide jaoks on sobivad päevakeskused.

Narkomaaniaravi efektiivsuse hindamisel on peamiseks kriteeriumiks, kui võrd on sõltlane pärast ravi lülitunud tavaühiskonda. Positiivseteks märkideks võib lugeda:

- suutlikkus järgida režiimi, illegaalse narkootikumide tarvitamise (juurdesüstimise) vähenemine;
- psüühika- ja tervisehäirete väljendumise taandumine;
- tööleasumine (ametlikult või mitteametlikult, esialgu hoiduvad paljud maksmata trahvide tõttu ametlikust tööst);
- lähisuhte olemasolu;
- omaette elamispinna olemasolu;
- uue (narkovaba) suhtlemisringkonna olemasolu;
- psühholoogiliste jm testide tulemuste paranemine.¹⁵

Narkomaaniaravi eesmärgiks üldiselt on uimastite tarvitamisest täielik loobumine (võõrutusravi) või sõltuvuse kontrolli alla saamine (asendusravi); võimalikud on erinevate raviliikide kombinatsioonid. Raviga kaasneb või sellele järgneb sotsiaalne rehabilitatsioon. Esmakordselt ravilesuunatu jaoks sobiva ravivormi leidmiseks võib kuluda kuni 6 kuud; see aeg on lühem, kui isik on varem ravil olnud ning ravilugu on teada. Narkosõltlane peaks osalema ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammis kokku vähemalt 9 kuu vältel; samas võib asendusravi vajadus jätkuda aastaid.

Allpool on näidatud ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste keskmine kestus senise praktika põhjal või arvestuslik kestus, mille vältel toetaks teenuste ostmist JuM; samuti teenuste maksumus kliendi kohta peamiste riigi poolt rahastatavate teenuseliikide puhul. Näidatud kuludele lisanduvad õigusrikkujatega seotud erinõuetest tingitud kulud (personali eriväljaõpe, turvalisuse tagamine, järelevalve kontrollnõuete täitmise üle). Tegelik teenuste vajadus võib kesta kauem, kui neid rahastab JM, kuid edasine programmis osalemine on vabatahtlik ja sellega seonduvad kulud tuleb katta muudest allikatest (valdavalt riikliku narkomaania ennetamise strateegia ja/või KOV vahenditest, sest üldjuhul on narkomaanide omaosalus ebareaalne või saab olla vaid piiratud).

1. Ambulatoorne ravi

- Võõrutusravi: keskmiselt 6 kuud, 3500 kr/kuus – 6 kuud kokku 21 000 kr;
- Asendusravi: keskmiselt 12 kuud, 3500 kr/kuus – 12 kuud kokku 42 000 kr;

2. Statsionaarne ravi (2009. aastal kohaldatavad hinnad)

- Esmane võõrutus täisealistele: keskmiselt 2 nädalat (maksimaalselt 3), ravikoha hind 900 kr/päev ehk 27 450 kr/kuus;
- Võõrutusravi ja rehabilitatsioon alaealistele: 3–6 kuud (vajadusel enam), 27 450 kr/kuus – 6 kuu puhul kokku 164 700 kr;

3. Rehabilitatsioon (eelduseks varem läbitud võõrutus- või asendusravi, üksikutes juhtudel võib suunata ka otse)

- Päevakeskuses: arvestuslik kestus 9 kuud, 1000 kr/kuus – 9 kuud kokku 9 000 kr;
- Rehabilitatsioonitalus (toimetulekuoskuste taastamine): keskmiselt 9 kuud, 10 000 kr/kuus – 9 kuud kokku 90 000 kr;
- Statsionaarselt keskuses (erinevad teraapiad, intensiivsem programm): arvestuslik kestus 9 kuud, 15 000 kr/kuus – 9 kuud kokku 135 000 kr.

Ravi planeerimisel tuleb arvestada, et kõik ravialused ei suuda läbida kogu raviprogrammi. Näiteks katkestas TAI koosseisus oleva poolt Eesti Uimastiseire Keskuse poolt koostatud raporti kohaselt süstivatele narkomaanidele suunatud raviprogrammi (ambulatoorne asendusravi metadooniga) 2007. aastal keskmiselt 34% programmi alustanutest. Tugineti 6 ravikeskuse andmetele kokku 1044 alustanud

¹⁵ Vt uuringu aruanne „Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina“ (2007).

kliendi kohta, kellest ravi katkestas 358; katkestanute osakaal erinevates keskustes ulatus 24%-st kuni 44%-ni.

4.1 Võimalikud ravimahud ja teenusepakkujad

Teenusepakkujate võimalusi arvestades võiks ühes aastas teenuseid saada TAI hinnangul järgmine arv õigusrikkujaid (kordumatuid füüsilisi isikuid, arvestades isikute osalist siirdumist ühest teenusevormist teise):

- 1) ambulatoorset ravi (võib kaasned ka rehabilitatsioon) – 40 isikut võõrutusravi ja 40 isikut asendusravi;
- 2) statsionaarset ravi – 20 täisealist ja 12 alaealist;
- 3) rehabilitatsiooniteenuseid keskustes, mis ei osuta ravi – 45 isikut.

Kokku saaks ravi maksimaalselt hõlmata suurusjärgus 150 isikut aastas (alates 2010. aastast). Täpsed mahud selguvad läbirääkimistel keskuste endiga ning võivad toodust erineda mõlemas suunas. Kohti „broneerida“ ei ole alati võimalik; eriti laste puhul on esmajoonel oluline lapse tervislik seis. Igalt teenusepakkujatelt ostetav teenuste maht (kohtade arv) tuleb erinevate osapoolte (JuM, SoM/TAI) vahel igaks aastaks täpselt kokku leppida, et tagada soovitud teenuste saamine kõigile osapooltele.

Õigusrikkujate puhul tuleks kõne alla tuleks järgmised keskused (näidatud ligikaudne maksimaalne kohtade arv nende jaoks):

1. Ambulatoorne asendus- ja võõrutusravi, võib kaasned ka rehabilitatsioon – kokku 20 võõrutus- ja 40 asendusravi kohta
 - OÜ Hospital (Kohtla-Järve) – 10 võõrutus- / 10 asendusravi kohta;
 - Wismari Haigla (Tallinn) – 10 võõrutus- / 10 asendusravi kohta;
 - OÜ Corrigo (Jõhvi) – 10 asendusravi kohta;
 - OÜ SRK (Narva) – 10 asendusravi kohta.
2. Statsionaarne ravi – kokku 10 kohta täisealistele ja 2 kohta alaealistele
 - OÜ Hospital (Kohtla-Järve) – 5 kohta;
 - Wismari Haigla (Tallinn) – 5 kohta;
 - Tallinna Lastehaigla (lapsed) – 2 kohta.
3. Rehabilitatsioonikeskused, mis ei paku raviteenuseid – kokku ca 30 kohta täisealistele ja 4 kohta alaealistele
 - ATK (Tallinn) – 10 kohta päevakeskuses / 2-3 kohta talus,
 - NNARK (Narva) – 2-3 kohta talus,
 - OÜ Hospital (Kohtla-Järve) – 5 kohta, sh naised;
 - Sillamäe NRK (statsionaarne) – 6 kohta;
 - OÜ Corrigo (Jõhvi) – 4 kohta.

2009. aasta II poolaastal on võimalik alustada pilootprojektiga piiratud mahus. Esialgsetel andmetel tuleks kõne alla järgmised keskused (kokku saaks ravi- või rehabilitatsiooniteenuseid kuni 30 isikut, täpsed mahud sõltuvad kokkulepetest keskustega):

- 1) ambulatoorne asendusravi;
 - Wismari Haigla (Tallinn) – kuni 10 kohta;
 - OÜ Corrigo (Jõhvi) – kuni 10 kohta;
- 2) rehabilitatsioon statsionaarsetes keskustes
 - Sillamäe NRK – kuni 6 kohta;
 - OÜ Corrigo (Jõhvi) – kuni 4 kohta.

4.2 Arvestuslik ravikulu aastas

Järgnevalt on arvestatud maksimaalset teenusepakkujate puhul ühe aasta jooksul kõne alla tulevat ravimahtu, kokku 157 inimest.

1. Ambulatoorsel ravil: 40 isikut võõrutusravil keskmiselt 6 kuud (40 x 21 000 kr) ja 40 isikut asendusravil keskmiselt 12 kuud (40 x 42 000 kr); kokku 840 000 + 1 680 000 = 2 520 000 kr.
2. Statsionaarsel ravil: 20 täisealist keskmiselt 2 nädalat (20 x 14 päeva x 900 kr) ja 12 alaealist keskmiselt 5 kuud (12 x 5 kuud x 27 450 kr); kokku 252 000 + 1 647 000 = 1 899 000 kr;
3. Rehabilitatsioon keskustes, mis ei paku raviteenuseid (ligikaudne kalkulatsioon, keskmine kestus 9 kuud):
 - 1) 35 täisealist, neist 15 päevakeskuses (15 x 9 000 kr), 8 talus (7 x 90 000 kr) ja 12 statsionaaris (12 x 135 000 kr); kokku 135 000 + 630 000 + 1 620 000 = 2 385 000 kr;
 - 2) 10 alaealist statsionaaris (10 x 135 000 kr) = 1 350 000 kr.

157 kliendi puhul maksaks narkoravi kokku **8 154 000 kr** (ravi- ja rehabilitatsiooniteenused). Lisaks tuleb arvestada õigusrikkujate ravilesuunamisest tingitud täiendavate kulutustega (ametnike ja raviasutuste personali täiendõpe, psühhiaatriline ekspertiis, ravikomisjonide töö jm).

Juhul kui 2009. aasta II poolel suunata ravile 30 isikut (20 ambulatoorsele asendusravile ning 10 statsionaarsetesse rehabilitatsioonikeskustesse), maksaks nende ravi **1 320 000 kr**.

Ühe inimese kohta keskmine kulu kõigi teenuste puhul kokku on ca 52 000 kr. Keskmine kulu ühe inimese kohta on ambulatoorsel ravil ca 31 500 kr, statsionaarsel ravil ca 59 300 kr ning rehabilitatsiooniteenustel ca 83 000 kr (tingituna rehabilitatsiooni pikaajalisusest).

Süstivate narkomaanide puhul oli 2007. aastal ravi katkestanuid 34% (vt eespool); samas võib õigusrikkujatest ravivajajate hoolikas selektsioon ning "sanktsiooni surve" raviprogrammi lõpetajate osakaalu mõnevõrra suurendada. Välisriikide uuringud on näidanud õigusrikkujatest ravialuste puhul arvestatavat katkestajate osakaalu (30...50%). Seega tuleks õigusrikkujate ravi planeerimisel lähtuda variandist, et tõenäoliselt ei suuda kolmandik klientidest raviprogrammi läbida.

Otsustamist vajab isiku osalus ravi finantseerimisel: väikegi omaosalus näitaks isiku motiveeritust, samas ei tohiks omaosaluse nõue takistada ravi raha puudumise tõttu. Üheks võimaluseks on ravikulude osaline tasumine süüdimõistetule enda poolt tagantjärele pikaajalise „järelmaksuna”, kuid mitte sel määral, et ka motiveeritud patsient ravist üldse loobub. Tasuta ravi võiks kõne alla tulla esmajoones alaealiste süüdimõistetute jaoks.

5 Narkoravile suunamiseks täiendavate õiguslike võimaluste loomine

Täiendavate õiguslike võimaluste loomine lubaks suunata ravile isikuid, kes on toime pannud väiksema arvu ja/või suhteliselt kergeid kuritegusid, mille puhul pole otstarbekas karistamine vangistusega (ka tingimisi); samuti tekiks võimalus ravile suunamiseks väärtegude puhul. Kõik variandid eeldavad isiku enda nõusolekut, sõltuvusravile suunamist välistavate asjaolude puudumist ning kindlate kriteeriumide täitmist (vt ptk 3).

Valdava osa narkosõltlaste ravile suunamine toimuks ka edaspidi praegu kehtivate seaduste alusel, kuid järgnevad muudatused aitaksid neid võimalusi teatud juhtudel laiendada.

5.1 Ettepanekud õigusaktide muutmiseks

1. Rahalise karistuse asendamine sõltuvusravile suunamisega. Rahalise karistuse (KarS § 44) saaks täielikult või osaliselt asendada sõltuvusravile suunamisega. Eeldab karistusseadustiku täiendamist. Praktikast kasutatakse seda võimalust tõenäoliselt harva, kuna sõltlaste poolt pannakse narkokuriteod tavaliselt toime just raha hankimiseks.
2. Kriminaalmenetluse otstarbekusest lõpetamine sõltuvusravile suunamisega. Kriminaalmenetluse saaks lõpetada, kui kuriteos kahtlustatav isik nõustub võtma ravikohustuse (analoogiliselt KrMS §-ga 202, kuid arvestades käesoleva ülevaate punktides 2 ja 6 kirjeldatud tähtaegu); võetud ravikohustuse rikkumise korral kriminaalmenetlus uuendatakse. Eraldi tuleks kaaluda alaealise suhtes kriminaalmenetluse lõpetamist samal põhjusel (KarS § 87, KrMS § 201) ning täiendava mõjutusvahendina vabatahtlikult võetava sõltuvusravi kohustuse sätestamist. Eeldab kriminaalmenetluse seadustiku § 202 lõike 2 täiendamist ning alaealiste puhul ka alaealise mõjutusvahendite seaduse § 3 täiendamist (ravikuurile suunamine on praegugi võimalik, kuid eraldi mõjutusvahendina seda defineeritud pole). Praktikast peaks selle variandi kasutamine jääma erandlikuks, kuna kriminaalhooldusametnike võimalused isikuga tegelemiseks on süüdimõistetutega võrreldes piiratud; samuti võib tekkida olukord, kus üldkasuliku töö tunnid on tehtud, kuid ravi peaks veel jätkuma.
3. Elektroonilise valve laialdasem kohaldamine. Elektroonilist valvet (KarS § 75¹) saaks kohaldada lisaks vangistusest tingimisi ennetähtaegsele vabastamisele ka muude sanktsioonide puhul (vangistuse asendamine üldkasuliku tööga, osaline vangistus). Sel juhul oleks ravil viibiv isik samal ajal ka elektroonilise valve all. Eeldab karistusseadustiku § 75 muutmist, jättes lõike 2 punktist 9 välja viite §-le 76, mis praegu seob elektroonilise valve kindlalt ainult vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamisega. Praktikast ei ole esialgu reaalne laiendada elektroonilist valvet raviasutustesse ning ressursse kasutatakse eeskätt vanglast vabastatute jälgimiseks; seega tuleks see narkosõltlaste järelevalves kõne alla erandjuhtudel.
4. Väärteomenetluse lõpetamine otstarbekusest või karistuse asendamine sõltuvusravile suunamisega. Väärteomenetluse saaks lõpetada, kui väärteo toime pannud isik nõustub võtma ravikohustuse; väärteo eest karistuse mõistmisel saaks selle asendada isiku suunamisega sõltuvusravile (väärteomenetlusest tulenevate erisustega). Selleks tuleks luua võimalus käitumiskontrolliks (sh ravikohustuse võtmiseks) või sätestada sellega analoogilised kontrollinõuded, et tagada võetud ravikohustuse täitmine ja näha ette sanktsioonid kohustuste rikkumise korral. Eeldab väärteomenetluse seadustiku (§ 30 jt) ning KarS § 75 täiendamist. Ettepanek tuleks realselt kõne alla vaid juhul, kui kontrollnõuete täitmise üle hakkab järelevalvet teostama politsei, mitte kriminaalhooldusametnikud. Antud juhul võib kujuneda probleemiks aresti maksimaalne pikkus (30 päeva), võrreldes raviprogrammi nõutava kestusega (keskmiselt 9 kuud) – seetõttu võib isikul olla raske leida motivatsiooni raviks ning ravi maksumus võib kujuneda kallimaks kui kuuajaline arest (KarS § 48).

Kokkuvõte

Õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsioon on üldjuhul odavam sama kestusega kinnipidamisest vanglas. Ravile ja rehabilitatsioonile saaks täiendava finantseerimise korral suunata aastas kuni 150 õigusrikkujat, kelle ravikulu aastas oleks 8,2 milj kr. Pilootprojekti käivitamine 2009. aasta II poolaastal 30 õigusrikkuja puhul maksaks 1,3 milj kr.

Ravialuste põhiosa peaks moodustama kriminaalhooldusel viibivad isikud, keda pole karistatud reaalse vangistusega. Seaduse järgi on ravikohustust võimalik võtta ka kuni kaheaastase vangistuse asendamisel üldkasuliku tööga, kuid reaalsed võimalused samaaegselt ravil viibida on piiratud.

Ravikohustust ei saa võtta kergemate süütegude toimepanijad (rahalise karistusega või väärteokorras karistatud isikud).

Kriminaalhooldusel viibib hinnanguliselt vähemalt 200 isikut, keda võib pidada narkosõltlaseks; neist saaks narkoravile suunata kuni 3/4. Vanglas viibivatest süüdimõistetutest on hinnanguliselt 1/5 (500 isikut) narkosõltlased. Narkosõltlaste arv vanglas vähendada vaid piiratud ulatuses (alguses ca 50 võrra ning edaspidi aastas 20–25 võrra), kuna enamikku neist ei saa ravile suunata vägivaldsete või narkokaubandusega seotud kuritegude tõttu. Ravi katkestab tõenäoliselt 1/3 isikutest, kes tuleb kontrollnõuete täitmatajätmise tõttu tuleb suunata vanglasse. Arvestades ravi katkestajaid, võiks maksimaalse võimaliku ravimahu juures raviprogrammi edukalt läbida ligikaudu 100 süüdimõistetut aastas.

Ravikandidaatide ringi laiendamiseks tuleks kaaluda seadusemuudatusi, mis lubaks ravikohustuse võtta ka rahalise karistusega või väärteokorras karistatud isikutel ning annaks võimaluse kriminaalmenetluse otstarbekusest lõpetamiseks süüdlase nõustumisel sõltuvusravile suunamisega.

Kasutatud allikad

Ahven, A. (2007). Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina. Uuringu aruanne. Justiitsministeerium. Tallinn.

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

Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., Lieb, R. (2001). The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Washington State Institute for Public Policy. Olympia.
<http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/costbenefit.pdf>.

Connolly, J. (2006) Alternatives to Prison with a focus on drug using offenders. *Administration* 2006; 54(1): 3–30. Dublin: Health Research Board. http://www.ndc.hrb.ie/attached/2903-3076_AlternativestoPrison.pdf

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001). Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake. The National Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre. London. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf>

Eesti Psühhiaatrite Seltsi arvamus Tallinna Linnavalitsuse ettepaneku kohta karistusseadustiku muutmiseks. Kiri Justiitsministeeriumile 05.11.2008.

Hepburn, J. R. (2005). Arizona State University. Recidivism Among Drug Offenders Following Exposure to Treatment. – *Criminal Justice Policy Review*, Volume 16, Number 2, June 2005, 237–259.

Holloway, K., Bennett, T., Farrington, D. (2005). The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review. *Home Office Online Report* 26/05. London. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2605.pdf>.

McSweeney, T. (2008). Guidelines on the 'quasi-compulsory' treatment of adult drug-dependent offenders. Preliminary results from a survey of Council of Europe Member States. Council of Europe Pompidou Group. P-PG/CJ(2008)_en. Strasbourg, 10 October 2008.

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. [Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud 22.04.2004.] http://www.tai.ee/failid/narko_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf

Opiaatsõltuvuse ravijuhis (2007). Eesti Psühhiaatrite Selts. Tallinn.
http://engine.koduleht.net/templates/psy/files/mdl_files.php/Opiaatsõltuvuse_ravijuhis.pdf

Riskihindamine (juhendmaterjal). Justiitsministeerium. 25.10.2006.

Rydell, C.P., Everingham, S. S. (1994) Controlling Cocaine. Supply Versus Demand Programs. Drug Policy Research Center. Prepared for the Office of National Drug Control Policy and the United States Army. RAND Corporation. Santa Monica.
http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/2006/RAND_MR331.sum.pdf.

Treatment as an alternative to prosecution or imprisonment for adults. European Legal Database on Drugs (ELDD; lehekülg uuendatud 02.09.2008). <http://eldd.emcdda.europa.eu>

Warner, T. D. ja Kramer, J. H. (ilmub 2009). Closing the Revolving Door? Substance Abuse Treatment as an Alternative to Traditional Sentencing for Drug-Dependent offenders. *Criminal Justice and Behaviour*. Vol. 36, No. 1, January 2009, 89–109.

Karistusseadustik.

Kriminaalmenetluse seadustik.

Psühhiaatrilise abi seadus.

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus.

Informatsioon e-postiga Brendan Hughes'ilt (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, EMCDDA) 10.09.2008.

Informatsioon e-postiga Linda Sile'lt (Läti Uimastiseire Keskus) 30.09.2008.

Informatsioon e-postiga Povilas Radzevicius'elt (Leedu Uimastiseire Keskus) 07.10.2008.

Informatsioon e-postiga Tapani Sarvantilt (Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuministeerium) ning Olavi Kaukonenilt (Soome Justiitsministeerium) 08.10.2008.

Informatsioon Justiitsministeeriumi kohtute ja vanglate osakonnalt (november 2008).

Informatsioon Sotsiaalministeeriumilt (november 2008).

Informatsioon Tervise Arengu Instituudilt (november 2006).

Lisa 1. Õigusrikkujate narkoravile suunamise skeem

Kes otsustab

Politsei

Prokuratuur

Prokuratuur

Psühhiaater; KRH
(kohtueelne ettekanne)

Ravikomisjon,
prokuratuur, enda
nõusolek

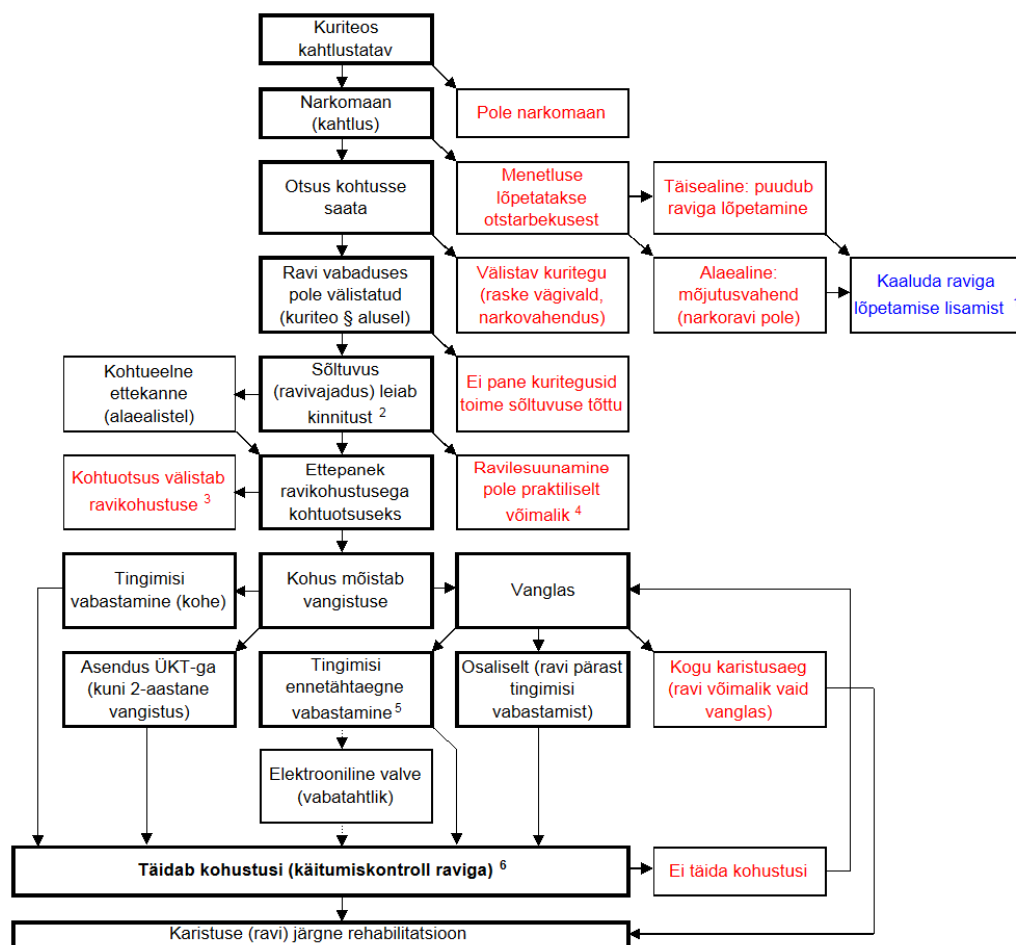
Kohus

Kohus

Kohus

Ravikomisjon,
KRH

SoM



Kommentaariid

Skeem kajastab praegust õiguslikku olukorda

¹ KRMS-i lisatakse võimalus lõpetada menetlus oportuniteediga, kui isik on nõus minema (sõltuvus)raviga

² Isiku seisundit (süüdivus, sõltuvus) võidakse hinnata või probleem ilmned ka muul etapil, sh kohtumenetluses

³ Õigeksmõistmine, karistusest tingimisi vabastamine, rahaline karistus

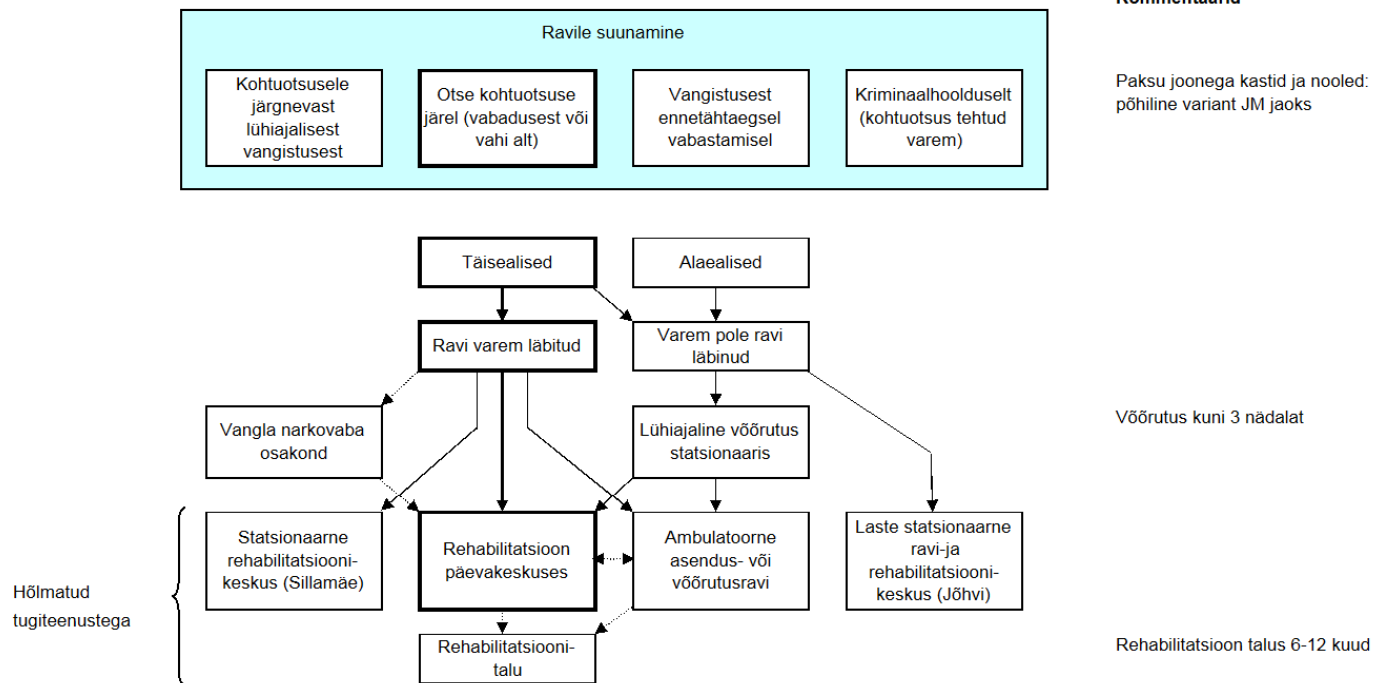
⁴ Ravivajadus tuvastatakse, kuid sobivate ravikohtade puudumise tõttu vms põhjusel ravile suunamist ei taotle

⁵ Nõustumisel elektroonilise valveta võib vabastada 1/3 ja muul juhul 1/2 karistusaaja ärakandmisel (vanglas vähemalt 6 kuud)

⁶ Eeldab käitumiskontrolli, mida saab kohaldada tingimisi vabastamisel või vangistuse asendamisel ÜKT-ga

Ravikomisjon määrab täpse ravivormi ja raviasutuse

Lisa 2. Põhilised narkoravi liigid õigusrikkujate jaoks



Lisa 3. Välisriikide praktika ja kogemused narkomaaniaravi pakkumisel vangistuse alternatiivina

Uuringud ravi tulemuslikkusest¹⁶

Õigusrikkujatele vangistuse alternatiivina pakutava sõltuvusravi tulemuslikkuse kohta pole Euroopa Liidu riikides süsteemselt ja ühtsel alusel andmeid kogutud. Seetõttu puudub täpne ülevaade niisuguse ravi kasutamise ulatusest ja selle tulemuslikkusest ning pole võimalik teha riikidevahelisi võrdlusi.¹⁷ Järgnevalt tuginetakse Euroopa ja Põhja-Ameerika riikides läbi viidud uuringutele ning erinevate uuringute tulemusi käsitlevatele metauuringutele.

Irish uuringud on näidanud, et otseselt narkootikumide tarvitamise tõttu kuriteo toime pannud isikute puhul on retsidiivsuse vähendamisel ravi efektiivsem kui vangistus.¹⁸ Iiri uurijate arvates võis ajavahemikus 1995–1999 aset leidnud 29%-lise kuritegevuse vähenemise üks põhjusi olla metadoonasendusravi paranenud kättesaadavus Dublini piirkonnas.

Uuringud näitavad, et oma narkootikumide tarvitamist kontrollida suutvad õigusrikkujad rikuvad taas seadusi väiksema tõenäosusega kui need, kes oma sõltuvust kontrollida ei suuda.¹⁹ Samas rõhutavad asjatundjad, et isiklik soov ja vaba tahe on peamised kriteeriumid narkomaaniaravis ning mitmete ekspertide arvates ei toeta sund ravi tulemuslikkust. On ka täheldatud, et osa kurjategijaid on raviks motiveeritud pigem sanktsiooni tõttu kui soovist ravi saada ja usust selle vajalikkusesse. Võrreldes vabatahtlikult ravile minejatega usuvad sundravi saajad väiksema tõenäosusega ravisse, on selleks vähem motiveeritud ja vähem valmis selles aktiivselt osalema.²⁰

Mõnes allikas märgitakse probleeme ravikeskuste patsientidega, kes on eelnevalt narkoalaste õigusrikkumiste eest vanglakaristust kandnud: vanglas omandatud käitumisharjumused toodi kaasa ka ravigruppi, mis oluliselt halvendas õhkkonda ja teiste ravialuste motivatsiooni.²¹

Mõnede riikide kogemuse järgi on uute kuritegude toimepanemise risk märgatavalt väiksem pärast süüdimõistmist ilma vanglat läbimata ravile suunatud narkomaanide puhul, võrreldes enne ravi mõnda aega vangis viibinutega (pole teada, kas süüdimõistetute koosseis on olnud kummalgi juhul sarnane). Taanis korraldatud uuringu kohaselt oli otse ravile saadetute puhul retsidiivsus 44%, kuid vangistusest tulnute puhul 65%. Sarnast tendentsi on täheldatud ka Itaalias, kus on soovitatud süüdimõistetud ravile saata otse kohtust, ilma vanglat läbimata. Põhjamaades saadetakse süüdimõistetud aga esmalt vangi, kus nende ravivajadusi hinnatakse ning soovi korral on võimalik järelejäädud vangistusaeag kanda ravikeskuses.²²

Uuringud kinnitavad, et ravi tulemuslikkuse peamine eeldus on järjekindlus ja raviprogrammi läbimine. Ravilt väljalangemine on üks suuremaid probleeme üldiselt ning eriti ravi pakkumisel vangistuse alternatiivina, kuna süüdimõistetuid ootab ravi poolelijätmisel vangistus. Erinevatest Euroopa riikidest on saadud raviprogrammist väljalangemise kohta selle vangistuse alternatiivina rakendamise korral üsna erinevaid tulemusi: näiteks Hollandis on ravilt välja langenud tavaliselt 50...60% (kuid ka 20% või 100%), Saksamaal 30...50%, Austrias 30% (kusjuures vabatahtlikus ravis on katkestanud olnud 50%).

¹⁶ Käesolev peatükk tugineb põhiosas Justiitsministeeriumis 2007. aastal valminud uuringu „Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina“ aruandele.

¹⁷ Informatsioon Brendan Hughes'ilt (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, EMCDDA) 10.09.2008.

¹⁸ Connolly, J. (2006) Alternatives to Prison with a focus on drug using offenders. *Administration* 2006; 54(1): 3–30. Dublin: Health Research Board. http://www.ndc.hrb.ie/attached/2903-3076_AlternativestoPrison.pdf

¹⁹ Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001). Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake. The National Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre. London. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf>

²⁰ Hepburn, J. R. (2005). Arizona State University. Recidivism Among Drug Offenders Following Exposure to Treatment. – *Criminal Justice Policy Review*, Volume 16, Number 2, June 2005, 237–259.

²¹ Alternatives ... (2005).

²² Samas.

Euroopas läbi viidud uuringute kohaselt on ravi kõige edukam, kui:

- sõltlased on raviks motiveeritud, nendega tegeldakse aktiivselt ja intensiivselt ning soovitatakse ravile minekut;
- raviasutused vastavad kliinilistele standarditele ning seal on piisavalt ja kvalifitseeritud töötajaid;
- süüdimõistetud tajub, et karistus võidakse reaalselt täide viia;
- õiguskaitseametnike ja ravipakkujate vahel on tihe koostöö ning on olemas vajalik järelhooldus;
- on olemas efektiivne ravialuste järelevalve ning ravinõuete rikkumistele reageeritakse kiiresti;
- on olemas hea, mittebürokratlik juhtimine;
- toimivad kvaliteedi parandamise mehhanismid;
- vähendatakse ravi alustamise ooteaega;
- ravi kohandatakse kliendi vajadustega;
- on olemas hea koostöö kohalike võimudega, kes toetavad ravialuse taasintegreerimist ühiskonda.

Ungari kogemuste põhjal on ravi tulemuslikkust vähendavateks teguriteks liigne ametnike kaasatus, menetluse kulukus ja administratiivne keerukus; samuti üldine ravikohtade nappus antud piirkonnas ning ravikeskuste ülekoormatus.²³

Mõnede uuringute kohaselt ei ole mingilgi määral positiivsete tulemuste saavutamiseks vaja läbida kogu raviprogrammi, kuid ravil tuleb olla teatava miinimumaja vältel (viimast ei ole küll suudetud teaduslikult määratleda).²⁴ USA Pennsylvania osariigis ilmnis aga, et raviprogrammi pooleli jätnud isikute retsidiivsus oli suurem kui traditsioonilisel viisil karistatud (ravi mitte saanud) isikute puhul.²⁵

Ravi lõpetamise korral on retsidiivsus oluliselt väiksem kui ravi pooleli jätmisel. Ravi alustamine või mittealustamine näitab, mil määral isik on huvitatud vältima edasisi sanktsioone – see on ka signaaliks kriminaalse käitumise tõenäosusest.²⁶

Ravilpüsimise tõenäosuse üheks näitajaks võib olla ravinõuete mittetäitmise korral järgneva sanktsiooni "surve" tajumise määr. Kohustusliku raviprogrammi puhul tuleks ravialuseid seetõttu regulaarselt informeerida ravi jätkamise kasulikkusest ning selle poolelijätmise tagajärgedest. Sanktsiooniähvarduse väärtus võib olla selle suutlikkuses sundida kurjategijat püsima ravil piisavalt kaua, et mingi kasu avalduks. Juhul kui tegu on lihtsalt repressiivse mõjuga, võib niisugune kallite ravimeetodite puhul ilmnenu efekt avalduda ka odavam (vähemkvalifitseeritud) ravi puhul. Olenemata sellest, kas retsidiivsuse vähenemine on tingitud sanktsiooniähvardusest mõjust või ravi enda mõjust, on ravile suunamine igal juhul kasulik kuritegevuse vähendamiseks. Raviloleku ajal on ka kriminaalne aktiivsus väiksem.²⁷

Inglismaa ja Walesi *Home Office*'i 2005. aastal avaldatud uurimuses selgitati 69 valdavalt USA ja Suurbritannia teadusallika põhjal narkomaaniaravi tulemuslikkust narkootikumide tarvitajate retsidiivsuse vähendamisel. Uurimuse järeldused on valdavalt positiivsed.²⁸

- Kriminaalse käitumise vähenemine oli ravi saanud gruppides 41% tõenäolisem, võrreldes ravi mitte saanud võrdlusgruppidega. Valdavas enamikus vaadeldud uuringutest leiti, et raviprogramm oli kuritegevuse vähendamisel olnud efektiivne vähemalt ühe näitaja osas.
- Ravivormidest on narkootikumidega tarvitamisega seotud kuritegevuse vähendamisel osutunud kõige efektiivsemaks ravikommunid ja sõltlastest õigusrikkujatele spetsialiseerunud nn narkokohtud. Efektiivsed on ka metadoonasendusravi, ravi heroiiniga, psühhosotsiaalsed meetodid. Lisaks on tulemuslik olnud kriminaalhooldus tingimisi karistatud või vanglast ennetähtaegselt vabastatud narkomaanide suhtes.

²³ Samas.

²⁴ Hepburn (2005).

²⁵ Warner, T. D. ja Kramer, J. H. (ilmub 2009). Closing the Revolving Door? Substance Abuse Treatment as an Alternative to Traditional Sentencing for Drug-Dependent offenders. *Criminal Justice and Behaviour*. Vol. 36, No. 1, January 2009, 89–109.

²⁶ Hepburn (2005).

²⁷ Samas.

²⁸ Holloway, K., Bennett, T., Farrington, D. (2005). The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review. *Home Office Online Report 26/05*. London.
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2605.pdf>.

- Ravi oli kõige tulemuslikum noorte narkootikumide tarvitajate puhul; samas andis ravi kuritegevuse vähendamise aspektist tulemusi kõikide vanuserühmade puhul. Ka kriminaalhooldus andis paremaid tulemusi just noorte puhul.
- Kõrge intensiivsusega programmid tõid 50% suurema tõenäosusega kaasa kuritegevuse vähenemise, võrreldes madala intensiivsusega programmidega. See kehtib dooside suuruse, ravi järjepidevuse ja kestvuse, erinevate ravivormide kombineerimise puhul (nt detoksifikatsioon koos järelraviga). Väga oluline on ravi kvaliteet.
- Metadoonprogrammide puhul andis kuritegevuse vähendamisel paremaid tulemusi suurte dooside kasutamine, võrreldes väikeste doosidega; pidev metadoonravi, võrreldes katkestatud raviga; metadoon süstimine, võrreldes suu kaudu manustamisega.

Home Office'i analüüsis juhitakse vaadeldud uuringute tulemusi kommenteerides tähelepanu võimalusele, et kõige paremate tulemustega raviprogrammidesse võidi valida "perspektiivsemaid" patsiente. Lisaks on praktikas raske leida ravi üldse mitte saanud võrdlusgruppe, olgu tegu kasvõi eneseraviga. Peetakse ka tõenäoliseks, et erinevat liiki raviprogrammid annavad erinevat tüüpi patsientide puhul erinevaid tulemusi. Viimast aspekti tuleks edaspidi põhjalikumalt uurida.

USA-s selgitati 2001. aastal avaldatud uurimuses eelnenud 25 aasta jooksul Põhja-Ameerikas läbi viidud 305 uuringu alusel erinevate narkomaaniaravi vormide majanduslikku tasuvust, arvestades narkomaanide poolt toime pandud kuritegudega tekitatud kahju ning nende ravimise tulemusel vähenevat retsidiivsust.²⁹

- Parimate programmide puhul võib oodata retsidiivsuse vähenemist 20...30%, kuid kõige tüüpilisemate programmide puhul piirdus retsidiivsuse vähenemine 5...10%-ga. Samas võib isegi väike ravi tulemusel saavutatav kuritegevuse vähenemine end rahaliselt õigustada.
- Washingtoni osariigi kohta tehtud arvutuste kohaselt oleks kõige efektiivsem ravi kommunis (tulu ligi 9 korda suurem ravikulust), kõige vähem lisatulu andev aga ravi vanglas (tulu ligi 2 korda suurem ravikulust). Vahe oli tingitud peamiselt kõrgemast programmi läbinute osakaalust ning madalamast retsidiivsusest esimesel juhul, võrreldes raviga vanglas.
- Ka muud raviviisid annavad olulist efekti, sh metadoonasendusravi (saadav tulu enam kui 3 korda suurem ravikulust).

Uurimuse autorid soovivad raviprogrammide valikul kasutada "portfelli" põhimõtet ning mitte keskenduda ennetustöös ja ravis vaid ühetüübilistele, kõige suuremat efektiivsust lubavatele programmidele – s.t tuleks silmas pidada balanssi lühiajaliste ja pikaajaliste ning tulemuslikkusest teaduslikku kinnitust leidnud ja alles arendamisel olevate programmide vahel.

Analoogilisi tulemusi ravi efektiivsuse kohta on saadud ka teistes uuringutes. Näiteks märgitakse *RAND Corporation*'i 1994. aastal avaldatud uurimuses, et iga narkomaaniaravile kulutatud dollar toob ühiskonnale tulu 7,5 dollarit, kuid kõige odavam pakkumise vähendamisele suunatud programm (siseriikliku kontrolli tugevdamine) vaid 52 senti.³⁰

Paljud uuringud kinnitavad, et narkomaaniaravi on tulemuslikum ja tasuvam kui narkomaanide vangistuses hoidmine. Samas on jätkuvalt nappus teaduslike uuringutega saadud tõenditest, mis võimaldaks täpselt öelda, "mis, kuidas, millal ja kelle suhtes töötab".³¹

²⁹ Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., Lieb, R. (2001). The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Washington State Institute for Public Policy. Olympia. <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/costbenefit.pdf>.

³⁰ Rydell, C.P., Everingham, S. S. (1994) Controlling Cocaine. Supply Versus Demand Programs. Drug Policy Research Center. Prepared for the Office of National Drug Control Policy and the United States Army. RAND Corporation. Santa Monica. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/2006/RAND_MR331.sum.pdf.

³¹ Alternatives ... (2005).

Üksikute riikide praktika

Läti³²

Raviteenuseid käsitleva seaduse § 64 ütleb, et tingimisi karistamisel võib kohus isikule, kes pani kuriteo toime sõltuvuse tõttu või on sõltuvuses hasart- või arvutimängudest, panna tema nõusolekul kohustuse läbida vastav ravikuur sotsiaalse või psühhiaatrilise rehabilitatsiooni asutuses. Kriminaalmenetluse tingimisi lõpetamisel võib prokurör isiku nõusolekul panna talle kohustuse osaleda ravikuuris (KrK § 58¹). Tingimisi vangistuse puhul võib kohus määrata isikule, kes on kuriteo toime pannud sõltuvusainete tõttu, tema nõusolekul panna kohustuse läbida vastav ravikuur (§ 55). Karistuse kandmisest võib kohus niisuguse isiku vabastada tingimusel, et ta nõustub osalema ravikuuris; kohustuste mittetäitmisel pannakse karistus täide (§ 59). Karistuse kandmisest ennetähtaegselt vabastamine on niisuguse isiku puhul võimalik (lisaks üldisele nõudele režiimirikkumiste puudumise kohta) tingimusel, et ta nõustub osalema ravikuuris (§ 61).

Alternatiivse variandi (ravikuuri) kohta teeb ettepaneku reeglina kriminaalhooldusametnik. Kohus võib (kuid ei tarvitse) paluda kriminaalhooldusteenistusel koostada esialgne hinnang, milles sisaldub loetelu otstarbekaks peetavatest kohustustest kliendi jaoks, ning üks neist võib olla vajadus läbida ravikuur; hinnang sisaldab samuti muud klienti iseloomustavat infot. Seadustes pole sätestatud piiranguid, milliste kuritegude toimepanijaid võib ravile saata. Reaalselt on tegu olnud peamiselt kergeid süütegusid toime pannud isikutega, nt narkootikumide tarvitajad. Spetsiaalseid kriteeriume ravile suunatavate valikuks pole; see sõltub nii isiku soovist kui tema kuriteost. Vanglasse tagasisaatmisel pole praegu ravi jätkamine võimalik. Vanglates ravi võimaldamise vajalikkust arutatakse praegu poliitilisel tasandil.

Kohtu poolt ravile suunatud isik läbib esmalt oma elukohajärgse psühhiaatri läbivaatuse, kes määrab sobiva ravivormi. Isik võidakse kustutada narkomaanide registrist, kui ta on kolme aasta jooksul käinud regulaarselt arsti vastuvõtul (või võtnud ravimeid) ja pole esinenud illegaalsete ainete tarvitamist. Testid niisuguste ainete avastamiseks moodustavad ravikuuri kohustusliku osa. Narkomaanide register asub vaid Riia psühhiaatrikliinikus ja ei oma karistusõiguslikku tähendust, kuid teatud juhtudel (nt relvaloa või mõne töökoha taotlemisel) võidakse nõuda tõendit selles registris mitteolemise kohta – ehkki formaalselt võib läbivaatuse teostada mujal asuv psühhiaater, võidakse sõltuvuskahtluse korral küsida just Riia psühhiaatri hinnangut.

Õigusrikkujast ravialune peab ravi eest tasuma ise, v.a juhul, kui ta tõendab enda maksejõuetust; sel juhul saab ta toetust taotleda sotsiaalabiteenistusest. See on siiski erandlik; maksejõuetus tuleb rohketel dokumentidega tõestada ja toetus antakse korraga 3 kuuks. Järgmiseks perioodiks toetuse saamiseks tuleb kogu protseduur korrata.

Ravi maksumuse näited Riia psühhiaatrikliinikus:

- esmane visiit psühhiaatri juurde – 2 LVL (ca 45 kr)³³;
- metadoonasendusravi – tasuta;
- asendusravi kuur buprenorfiiniga – 265 LVL (ca 5960 kr). Esmalt on 7-päevane kuur samas kliinikus, hiljem võib ravi jätkata teistes raviasutustes, kuid ravimit tuleb käia võtmas iga päev ühe kuu jooksul; seejärel võib olla võimalik ravimi ostmise retsepti alusel apteegist; 8 ml ravimit maksab 4 LVL (ca 90 kr);
- statsionaarne ravi 1 LVL ööpäev (ca 23 kr) – tasu patsiendi jaoks; riik toetab ülejäänud osas (praktikas sõltub ravi saadavus vabade voodikohtade olemasolust, võib olla piiranguid ühe patsiendi ravipäevade arvule; eelistatud on raskes seisundis, esmakordsed pöördujad ning pikalt mittetarvitanud, kuid uuesti tarvitama hakanud patsiendid; kord aasta jooksul juba statsionaaris olnu püütakse suunata ambulatoorsele ravile, kuid seda otsustab arst).

Võrdluseks: ööpäev vanglas maksab ca 14 LVL (315 kr) päevas ehk 420 LVL (9450 kr) kuus. Narkomaaniaravi kohtade ja ravi saanud isikute arvu kohta riiklik ülevaade praegu puudub. Kriminaalhooldusteenistus käivitab 2009. aastal riikliku andmebaasi kõigi kriminaalhooldusaluste

³² Informatsioon Linda Sile'lt (Läti Uimastiseire Keskus) 30.09.2008.

³³ Arvestatud kursiga 1 LVL = 22,5 Eesti krooni.

kohta, mis peaks aitama paremini hinnata õigusrikkujate ravi tulemuslikust – seni selle kohta andmed puuduvad.

Leedu³⁴

Narkomaaniravile saab suunata tingimisi vangistusega karistatud või vanglast tingimisi vabastatud isikuid, kellele kohus paneb kohustuse osaleda sõltuvusravi programmis. See tuleb kõne alla tahtlike kuritegude puhul, mille eest saab karistada kuni 3-aastase vangistusega, ning ettevaatamatusest toime pandud kuritegude puhul, mille eest saab karistada kuni 6-aastase vangistusega. Kohus võib määrata ravikohustuse pikkuseks tingimisi vangistusega võrdse aja, või panna kohustuseks raviprogramm lõpetada (ilma kestust määramata). Ravirežiimi rikkumise korral hoiatatakse isikut, korduvate rikkumiste puhul võidakse karistus pöörata täitmisele.

Kindlaid juhiseid ja kriteeriume ravile suunatavate isikute valikuks pole. Kohaldada saab kõiki raviliike. Õigusrikkujate ravi jaoks spetsiaalseid rahalisi vahendeid pole ette nähtud; riigile ja kohalikele omavalitustele kuuluvates ravikeskustes toimuvat rahastatakse riigi- või kohaliku omavalitsuse eelarvest; eraomanduses olevates ravikeskustes tuleb täielikult või osaliselt tasuda ravialusel endal.

Programmide tulemuslikkuse kohta andmed puuduvad. Avaliku sektori ravikeskustes on ravil aastas keskmiselt 90 süüdimõistetut.

Soome³⁵

Narkosõitlastele ravi pakkumise näol kindlat alternatiivi vangistusele praegu pole. Sõitlastest vang võidakse üksikujuhtudel paigutada ravile väljaspool vanglat; sel juhul maksab ravi tavaliselt vanglate amet, kuid ka kohalikud omavalitused on vahel kulude katmises osalenud.

Kindlaid juhiseid ja kriteeriume ravile suunatavate isikute valikuks pole. Selleteemalistes aruteludes (tuleviku võimalikust süsteemist) on arvatud, et lähtuda tuleks riskide ja ravivajaduse hindamisest: ravi oleks põhjendatud siis, kui isik seda ise soovib ning ametivõimude hinnangul oleks see talle kasulik. Järgnevalt kajastatakse esialgseid seisukohti; otsuseid veel tehtud pole.

Ettepaneku kohtule isiku ravile suunamiseks teeks prokurör pärast kriminaalhooldusameti hinnangu, kohaliku omavalitsuse rehabilitatsioonikava ja isiku enda nõusoleku saamist – tegu on tavapärase kriminaalhooldusmenetlusega, millele lisandub narkomaania-ala asjatundja arvamus. Raskeid kuritegusid toime pannud isikute vangistust ei saaks raviga asendada, kuna kehtiva seaduse järgi saab üldkasuliku tööga asendada kuni 8 kuu pikkust vangistust; narkomaanide puhul suunatakse isik üldkasuliku töö asemel otse ravile. Vajadusel jätkuks edasine ravi üldises korras kohaliku omavalitsuse poolt korraldatuna. Tõenäoliselt oleks keskne statsionaarne ravi, kuid kogemuste saades võib lisaks kõne alla tulla nt elektrooniline järelevalve. Keskmise raviage oleks 3 kuud, kuid selle pikkus sõltuks kohtuotsusest. Riik kataks korralduslikud ja järelevalvekulud ning kompenseeriks kohalikele omavalitsusele ravikulud. Tulemuslikkuse eesmärgid oleks sarnased kui tavalise ravi puhul. Ravirežiimi kerge rikkumise puhul piirduks hoiatusega, raske rikkumise korral pandaks vangistus täide. Süüdimõistetud ei moodustaks eraldi olevald ravirühmi ning neile pole kavas reserveerida kindlaid ravikohti või kindlat kohtade arvu. Niisuguse süsteemi puhul võiks esialgse hinnangu kohaselt kõne alla tulla 500 süüdimõistetut ravi aastas.

³⁴ Informatsioon Povilas Radzevicius'elt (Leedu Uimastiseire Keskus) 07.10.2008.

³⁵ Informatsioon Tapani Sarvantilt (Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuministerium) ning Olavi Kaukonenilt (Justiitsministerium) 08.10.2008.