

**Justiitsministeerium**  
**Kriminaalpoliitika osakond**

**NARKOMAANIARAVI VANGISTUSE ALTERNATIIVINA**

**Uuringu aruanne**

**Koostaja Andri Ahven**

**Tallinn 2007**

# Sisukord

Sissejuhatus .....	3
Järeldused ja ettepanekud .....	4
Järeldused .....	4
Ettepanekud .....	5
Analüüsi andmeallikad, mõisted, tegevuskavad.....	6
Andmeallikad .....	6
Mõisted .....	6
Tegevuskavad .....	7
1 Narkootikumide tarvitamine.....	9
1.1 Narkootikumide tarvitamise ulatus.....	9
1.1.1 Süstivate narkomaanide uuring .....	10
1.1.2 Süstlavahetuspunktide klientide küsitlused.....	12
1.2 Narkootikumide tarvitamisega seotud süüteod.....	13
1.3 Uimastite tarvitajad vanglates .....	14
1.3.1 Süüdimõistetute uimastitarvitamise uuring .....	15
1.4 Uimastite tarvitajad kriminaalhooldusaluste hulgas.....	15
2 Narkomaaniaravi ja rehabilitatsioon.....	17
2.1 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumine.....	17
2.1.1 Küsitlus narkomaaniaravi pakkujate seas.....	18
2.1.2 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste rahastamine.....	19
2.2 Õigusrikkujate ravivõimalused.....	21
2.3 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenustega seotud probleemid.....	22
4 Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina .....	24
4.1 Ravi opiaadisõltlastele.....	26
4.2 Potentsiaalsete ravile suunatavate arv .....	27
5 Narkomaaniaravi korraldus välisriikides.....	30
5.1 Narkomaaniaravi liigid välisriikides .....	30
5.1.1 Ravimitega ravi .....	31
5.1.2 Ravimiteta ravi .....	32
5.1.3 Sotsiaalne rehabilitatsioon.....	32
5.2 Narkomaaniaravi vangistuse asemel välisriikides.....	33
5.2.1 Narkomaaniaravi tulemuslikkus retsidiivsususe vähendamisel välisriikides .....	34
Kasutatud allikad .....	38

## Sissejuhatus

Aruandes kirjeldatakse narkootikumide tarvitamise ulatust kogu rahvastikus ja süüdimõistetute seas, narkomaanide ravivõimalusi Eestis ning välisriikide kogemusi narkomaaniaravi tulemuslikkusest süüdimõistetute retsidiivsuse vähendamisel. Eesti ekspertide arvamuste ja hinnangute alusel pakutakse välja mõned põhimõtted, mida süüdimõistetute ravile suunamisel arvestada.

Aruanne kajastab Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika osakonna poolt 2006. aasta lõpul läbi viidud uuringu tulemusi, mille eesmärgiks oli selgitada võimalusi süüdimõistetutele narkomaaniaravi pakkumiseks. Sisuliselt oli tegu väljakujunenud olukorra kaardistamisega, millele peaks koostöös Sotsiaalministeeriumiga järgnema sammud süüdimõistetute jaoks täiendavate ravikohtade loomiseks ning nende ravile suunamise mehhanismi väljatöötamiseks. Praegu ei ole Eestis narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina võimalik kasutada; saab rääkida vaid tingimisi või ennetähtaegselt vabastatute poolt käitumiskontrolli raames vabatahtlikult võetavast kohustusest.

Narkootikumide tarvitajad panevad toime suure osa kuritegudest, enamasti eesmärgiga hankida raha uimastite hankimiseks. Eesti vanglates on hinnanguliselt kuni pool kinnipeetavaist narkootikumide tarvitajad, paljud neist sõltlased. Samal ajal on vanglates narkomaaniaravi pakkumise võimalused piiratud ning suur osa vabanevatest narkomaanidest satub varsti taas vanglasse eeskätt oma uimastisõltuvuse tõttu. Teravaks probleemiks on ka kinnipeetavate suur arv, mille vähendamise üheks võimaluseks oleks narkomaaniaravi ja teiste alternatiivsete meetmete kohaldamiseks võimaluste loomine. Süüdimõistetutele narkomaaniaravi võimaldamine peaks omakorda vähendada nende poolt uute kuritegude toimepanemist.

# Järeldused ja ettepanekud

## Järeldused

### 1. Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina on vajalik

Välisriikide uuringutes on jõutud kindlale järeldusele, et narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina õigustab end, andes lisaks sõltuvusest võõrutamisele või selle kontrolli alla saamisele olulist kasu ka retsidiivsuse vähenemise kaudu. Efektivsemaks on osutunud pikaajalisemad, suurema intensiivsusega ja mitmekülgsemad programmid. Kõige tulemuslikumaks peetakse narkomaaniaravi noorte uimastisõitlaste puhul.

### 2. Eestis puudub võimalus kohaldada narkomaaniaravi kriminaalkaristuse asemel

Eestis praegu võimalust narkomaaniaravi kohaldamiseks kriminaalkaristuse asemel (teist liiki mõjutusvahendina) pole. Süüdimõistetule on võimalik panna kohustus alluda ettenähtud ravile vaid tema enda initsiatiivil ning mõistetud vanglakaristusest tingimisi vabastamise korral koos allutamise ja käitumiskontrollile (KarS § 74) või vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamise korral (KarS § 76). Ravikohustust ei saa määrata rahalise karistuse korral; vangistusega karistatakse üldjuhul aga vaid varem kriminaalkorras karistatud või raske kuriteo toime pannud isikuid.

### 3. Vajadus narkomaaniaravi järele on oluliselt suurem kui võimalused

Sobivate ravikandidaatide arv vanglates ravilesuunamiseks väljaspool vanglat võib olla suurusjärgus 200–300. Narkomaaniaravi vajadused ületavad kõikide ravivormide puhul paljukordselt võimalusi. Ekspertide üksmeelse arvamuse kohaselt tuleks süüdi mõistetud narkomaanide puhul esmajoonel laiendada ravivõimalusi alaealiste jaoks. Samaväärset tähelepanu nõuavad ka HIV-diagnoosiga narkosõitlased nii nende enda tervise huvides kui ka teiste narkomaanide nakatumise riski vähendamiseks. Lahendamist nõuab küsimus ravi rahastamisest narkomaanide jaoks, kes ei suuda selle eest ise tasuda.

### 4. Metadoonasendusravi laiendamine oleks kõige kergemini saavutatav ravivorm

Valdav osa uimastisõitlastest tarvitab põhiliselt opiaate, seega oleks enamiku pika sõltlasestaažiga täisealiste narkomaanide jaoks mõeldav asendus- või võõrutusravi metadooni kasutamisega. Metadoonasendusravi oleks Eesti oludes tänu oma suhtelisele odavusele kõige kergemini laiendatav ravivorm, mis teiste riikide kogemusi arvestades peaks sõltuvust kontrolli all hoides vähendama ka kuritegevust ning selle kaudu kaasa aitama vangide arvu vähenemisele. Igasuguse raviga peaks kaasnema psühholoogiline nõustamine ja sotsiaalne rehabilitatsioon, mis piiratud rahastamise tõttu praegu asendusravi puhul enamasti puudub.

### 5. Probleemid on suured noorte süüdimõistetute ravivõimalustes

Alaealiste uimastisõitlaste puhul peaks olema eesmärgiks täielik võõrutamine uimastisõltuvusest koos isiksuse arendamise ja toimetulekuoskuste õpetamisega. Süüdi mõistetud alaealistele tuleks niisugust ravi koos psühholoogilise abi ja sotsiaalse rehabilitatsiooniga läbi viia statsionaarsetes ravi- ja rehabilitatsioonikeskustes, mille loomine

on aga kallis ja aeganõudev. See võib tähendada eriti noorte süüdimõistetute ravivõimaluste osas jätkuvalt probleeme.

## Ettepanekud

1. Justiitsministeeriumil ja Sotsiaalministeeriumil koostöös selgitada võimalusi süüdimõistetute narkomaaniaravile suunamise laiendamiseks.

Tuleb arvestada kahe süüdimõistetute grupiga:

- a) süüdimõistetud, kellele nende endi nõusolekul saab panna ravikohustuse käitumiskontrolli raames (täielikult või osaliselt tingimisi vangistusega karistatud ja käitumiskontrollile allutatud või vangistusest ennetähtaegselt vabastatud isikud);
  - b) süüdimõistetud, kellele ravikohustusi panna ei saa (käitumiskontrolli ei kohaldata).
2. Tuleb korraldada nõupidamine või moodustada spetsialistide töörühm, kus osaleksid lisaks ministeeriumide esindajatele ka prokuratuuri, kohtute ja vanglate ning pühhiaatrite ja Tervise Arengu Instituudi esindajad.
  3. Töögrupi ülesandeks oleks leida lahendused järgmistele probleemidele:
    - a) Milliste kriteeriumide järgi valida süüdimõistetud, kellele narkomaaniaravi esmajoones võimaldada (nt noored, HIV-positiivsed, suhteliselt kergeid kuritegusid toime pannud isikud vm)?
    - b) Millised on süüdimõistetute jaoks väljaarendamist vajavad ravivormid ning kohtade vajadus erinevate ravivormide puhul (nt institutsionaalne/ambulatoorne võõrutusravi, ambulatoorne asendusravi)?
    - c) Süüdimõistetute narkomaaniaravile suunamise süsteemi loomine, mis aitaks piiratud ravivõimalusi võimalikult tulemuslikult kasutada (nt regionaalsed ravikomisjonid).
    - d) Süüdimõistetute narkomaaniaravi rahastamise allikad ja rahastamise mehhanism (sh süüdimõistetute omaosaluse määr ja maksetingimused).
    - e) Alaealiste süüdimõistetute jaoks statsionaarse(te) võõrutusravikeskus(te) rajamise võimalused.
  4. Justiitsministeeriumil koos vanglatega ja kriminaalhooldusosakondadega analüüsida, kui palju süüdimõistatud (sh alaealisi uimastisõltlasi) oleks võimalik kinnipidamisasutustest ennetähtaegse vabastamise korral või osaliselt tingimisi vangistuse määramisel ravile saata.
  5. Kaaluda seni Sotsiaalministeeriumile vanglast vabanenute rehabilitatsiooniks ette nähtud eelarvevahendite suunamist Justiitsministeeriumile, mis võimaldaks rehabilitatsiooniteenuste ostmist kriminaalhooldusel olevatele ravikohustusega uimastisõltlastele.

# Analüüsi andmeallikad, mõisted, tegevuskavad

## Andmeallikad

Narkootikumide tarvitamise ulatusest ning narkomaaniaravi ja rehabilitatsiooni võimaluste kohta Eestis saadi andmeid viimastel aastatel Tervise Arengu Instituudi ja Eesti Uimastiseire Keskuse poolt narkomaanide seas läbi viidud uuringutest ning Sotsiaalministeeriumilt. Narkomaaniaga seotud süütegude kirjeldamisel tugineti Politseiameti materjalidele. Kinnipeetavate ja kriminaalhooldusaluste kohta saadi andmeid Justiitsministeeriumi vanglate osakonnalt ja kohtute osakonnalt.

Eestis õigusrikkujate narkomaaniaravi efektiivsust puudutavate uuringute puudumise tõttu oli selle valdkonna käsitlemisel oluline osa eksperthinnangutel. Uuringu käigus intervjueriti eksperte Eesti Uimastiseire Keskusest, Tervise Arengu Instituudist, Lääne-Tallinna Keskhaiglast, Wismari Haiglast, Politseiametist ja Murru Vanglast. Süüdimõistetute ravilesaatmise põhimõtete kirjeldamisel tuginetakse Eesti Psühhiaatrite Seltsi poolt heaks kiidetud ravijuhisele ning intervjueritud psühhiaatrite ja narkomaaniaravi korraldavate spetsialistide seisukohtadele. Arvestatud on ka Justiitsministeeriumi kohtute osakonna ja vanglate osakonna spetsialistide ettepanekuid.

Välisriikide kogemusi narkomaaniaravi võimaldamisel kurjategijatele tutvustatakse peamiselt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse väljaannete ning teiste ülevaatlike uurimuste alusel.

## Mõisted

Eestis on narkootiliste ja psühhotroopsete ainete arsti ettekirjutuseta tarvitamine või väikeses koguses ebaseaduslik valdamine keelatud vastavalt narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadusele ning see on karistatav väärteona.<sup>1</sup> Käesolevas aruandes piirduakse lihtsuse huvides sõnaga "narkootikumid", kuid siinjuures peetakse alati silmas ka samadel tingimustel käideldavaid psühhotroopseid aineid. Samas tähenduses kasutatakse ka mõistet "uimastid", mille puhul käesolevas aruandes mõeldakse vaid ülalnimetatud aineid, mitte alkoholi ega tubakat.

*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.<sup>2</sup> Aruandes kasutatakse sünonüümidenä vastavalt ka mõisteid "(uimasti)sõltuvus" või "(uimasti)sõltlane".

*Uimastisõltuvuse* teeb kindlaks arst ning sõltlastena saab käsitleda vaid niisuguse diagnoosi saanud uimastitarvitajaid. Sõltuvust iseloomustab nõrgendatud kontroll uimastavate ainete

---

<sup>1</sup>Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus, § 3 ja § 15<sup>1</sup>.

<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1048493>.

<sup>2</sup> Samas, § 2.

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.<sup>3</sup>

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) kasutab mõistet "probleemne uimastitarvitamine", mille puhul peetakse silmas "uimastite süstimist või pikaajalist/korrapärast heroini, kokaiini ja/või amfetamiini-tüüpi uimastite tarvitamist", kusjuures üldise kokkuleppe kohaselt hõlmab definitsioon lisaks herooinile ka muude opiaatide tarbimist.<sup>4</sup> Sel viisil uimastite tarvitajaid käsitletakse "probleemsetele uimastitarvitajatena", kelle puhul on valdavalt tegu süstivate narkomaanidega.<sup>5</sup> Definitsioonide aluseks on uimastitarvitajate käitumisharjumused ning need ei sisalda mingeid arvulisi näitajaid.

*Narkootikumide tarvitamise* all mõeldakse käesolevas aruandes mistahes narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamist, olenemata sellest, kas tarvitamine on kujunenud sõltuvuseks või mitte. Seega on tegu laiemaga mõistega kui "narkomaan", "sõltlane" või "probleemne uimastitarvitaja".

## Tegevuskavad

ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtne konventsioon oli esimene rahvusvaheline kokkulepe, millega sätestati põhimõtte võimaldada narkootilisi aineid kuritarvitavatele isikutele süüdimõistmise ja karistamise asemel või lisaks karistusele "meetmeid, mis on suunatud nende ravimisele, kasvatamisele, ravijärgsele järelevalvele, töövõime taastamisele ja ühiskonda naasmisele".<sup>6</sup> Seda põhimõtet on hiljem korduvalt kinnitatud mitmetes rahvusvahelistes lepingutes, strateegiates ja tegevuskavades.

Euroopa Liidu narkootikumidealases tegevuskavas aastateks 2000–2004 soovitati liikmesriikidel välja töötada konkreetset mehanismid vangistusele alternatiivi pakkumiseks, seda eeskätt noorte õigusrikkujate jaoks.<sup>7</sup> Hilisemas tegevuskava elluviimise hindamises märgiti, et kõikides liikmesriikides oli suurenenud tähelepanu narkootikumide tarvitavatele õigusrikkujatele, mis väljendus vangistuse asemel alternatiivsete meetmete ulatuslikumas kasutamises.<sup>8</sup>

Euroopa Ülemkogu kiitis detsembris 2004 heaks Euroopa Liidu narkostrategia aastateks 2005–2012.<sup>9</sup> Euroopa Liidu Nõukogu kiitis juunis 2005 heaks strateegia juurde kuuluva Euroopa Liidu uue narkootikumidealase tegevuskava aastateks 2005–2008, milles seatakse

<sup>3</sup> Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. [Vabariigi Valituse poolt heaks kiidetud 22.04.2004.] [http://www.tai.ee/failid/narko\\_riiklik\\_strateegia\\_aastani\\_2012.pdf](http://www.tai.ee/failid/narko_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf).

<sup>4</sup> Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2006. aasta aruanne (2006). Euroopa Narkootikumide ja narkomaania Seirekeskus. Lissabon. <http://ar2006.emcdda.europa.eu/et/page001-et.html>.

<sup>5</sup> Verster, A., Solberg, U., Nilson, M. (2004). Treatment Monitoring and the EU action plan on drugs 2000–2004. EMCDDA conference, 27–28 November 2003: draft summary. Lisbon.

<http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=2133>.

<sup>6</sup> ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtne konventsioon. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=25124>.

<sup>7</sup> The European Action Plan on Drugs (2000–2004). Council of the European Union, 2000.

<sup>8</sup> Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the results of the final evaluation of the EU drugs strategy and action plan on drugs (2000–2004). COM (2004) 707 final.

<sup>9</sup> Euroopa Liidu Nõukogu teatis [ELi narkostrategia (2005–2012)]. 15074/04. Brüssel, 22. november 2004.

ühiks eesmärgiks "narkomaanidele vanglakaristuse määramise asemel alternatiivide ja narkomaanidest vangidele osutatavate teenuste arendamine". Selle eesmärgi täitmiseks nähakse ette kaks meetet: 1) uimastisõitlaste vanglakaristust asendavate alternatiivide tõhus kasutamine ja arendamine; 2) vangidele osutatavate ennetus-, ravi- ja kahjulike tagajärgede leevendamise teenuste, vanglast vabanejatele osutatavate reintegreerimisteenuste ja vanglates toimuva uimastitarbimise jälgimise/analüüsimise meetodite täiustamine. Meetmete võtmise kohta oodatakse liikmesriikidelt informatsiooni 2008. aasta lõpuks.<sup>10</sup>

Riigikogus oktoobris 2003 heaks kiidetud kriminaalpoliitika arengusuundades märgitakse vajadust välja töötada sõitlastele ravi- ning rehabilitatsioonisüsteem, tagada võimalus kohaldada karistusseadustikuga ettenähtud asenduskaristusi ja muid mõjutusvahendeid, arendada narkomaania ja alkoholismi ravi võimalusi ning välja arendada rehabilitatsiooniteenuste üleriigiline võrgustik.<sup>11</sup>

Vabariigi Valitsuse poolt kiideti aprillis 2004 heaks "Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012" ning tunnistati kehtetuks valitsuse poolt 1997. aastal heaks kiidetud "Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997–2007". Uue narkostrategia juurde kuulub tegevuskava aastateks 2004–2008, milles määratletakse ametkondade ülesanded strateegia elluviimisel. Strateegias seatakse muuhulgas eesmärgiks välja arendada kaasaegne tervishoiu ja sotsiaalabi teenuste võrgustik uimastisõitlastele efektiivse abi osutamiseks; vangistuses viibivatele uimastisõitlastele tuleb aga tagada süsteemne ravi ja vanglasisesed rehabilitatsiooni võimalused, et toetada uimastivaba eluviisi jätkumist vabanemise järel.<sup>12</sup>

Justiitsministeeriumi arengukavas kuni aastani 2010 (kinnitati veebruaris 2006) nähakse ette sõltuvusravi- ja rehabilitatsiooni kohaldamist narkosõitlastest õigusrikkujatele, igas kriminaalhoolduspiirkonnas võimaluste loomist sõltuvusravi kohaldamiseks õigusrikkujatele, võõrutus- ja asendusravi võimaluste tagamist kinnipeetavatest narkosõitlastele, vanglates narkorehabilitatsiooniprogrammi juurutamist ja uimastivabade osakondade loomist ning võimaluste loomist narkomaaniaravi kohaldamiseks õigusrikkujatele alternatiivkaristusena või mõjutusvahendina.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> ELi narkootikumidealane tegevuskava (2005–2008). (2005/C 168/01).

<http://register.consilium.eu.int/pdf/et/05/st08/st08652-re01.et05.pdf>.

<sup>11</sup> Kriminaalpoliitika arengusuundade aastani 2010 heakskiitmine. Riigikogu 21. oktoobri 2003. a otsus.

<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=637829>.

<sup>12</sup> Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012.

<sup>13</sup> Justiitsministeeriumi arengukava kuni aastani 2010. Kinnitatud ministri 7.02.2006. a käskkirjaga nr 27.

[http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=19254/Justiitsministeeriumi+arengukava+aastani+2010+\(juhtkonnas+heaks+kiidetud\).pdf](http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=19254/Justiitsministeeriumi+arengukava+aastani+2010+(juhtkonnas+heaks+kiidetud).pdf).



# 1 Narkootikumide tarvitamine

## 1.1 Narkootikumide tarvitamise ulatus

Narkootikumide tarvitamise ulatus on Eestis alates 1990ndate keskpaigast kiiresti kasvanud, seda eriti noorte seas. Nii legaalseid kui illegaalseid uimasteid on proovitud järjest nooremas vanuses.<sup>14</sup> 1998. aasta elanikkonnaküsitluse järgi oli täisealistest elanikest vanuses 18–69 aastat narkootikume oma elu jooksul proovinud 6%, 2003. aastal aga juba 14% küsitletuist. 2003. aasta küsitluses oli kõige suurem narkootikume proovinute osakaal 15–24-aastaste meeste seas (53% küsitletuist).<sup>15</sup>

Kõige laialdasemalt tarvitatakse kanepitooteid, *ecstasy*'t ja amfetamiini. Heroiini tähtsus on viimase paari aasta jooksul oluliselt vähenenud, kuid selle asemele on tulnud fentanüül ja metüülfentanüül. Sagenenud on katsed tellida või tuua sisse narkootilisi aineid sisaldavate seente eoseid. Kokaiini tarvitajaid on olnud seni suhteliselt vähe, kuid selle populaarsus on viimasel ajal suurenenud. Segatarbimise trend on tugevnemas, kuid valdavalt saab narkootikumide tarvitamist siiski jagada opiaatide ja stimulaatorite tarvitamise alusel, s.t individuaalses tarbimises domineerivad ühe või teise grupi ained.

Tugev uimastisõltuvus väljendub esmajoones narkootikumide süstimises. Süstijad tarvitavad peamiselt opiaate (fentanüül, heroiin, moonivedelik jm); märksa vähem on muude ainete (nt amfetamiin) süstijaid. Noorte seas on täheldatud tolerantsemat suhtumist suu kaudu manustatavate narkootikumide (nt *ecstasy*) suhtes, võrreldes valdavalt süstitavate ainetega.

Narkootikumide tarvitajaid on olnud rohkem venekeelse elanikkonna seas, kuid viimastel aastatel on rahvustevahelised erinevused vähenenud. Varem valdavalt venekeelsete narkomaanide poolt kasutatud süstimine on levimas ka eestlaste seas. Narkootikumide tarvitamine on lisaks Ida-Virumaale ja Tallinnale sagenenud ka muudes piirkondades. Mitteeestlased tarvitavad rohkem kangemaid uimasteid (fentanüül, heroiin) ning mooniprodukte. Eestlaste seas on levinumad stimulaatorid (amfetamiin, *ecstasy*). Kanepi tarvitamises olulisi rahvustevahelisi erinevusi ei ole.<sup>16</sup>

Narkootikumide tarvitamisega seotud nakkushaigused (HIV, B- ja C-hepatiit) on levinud eeskätt 15–24-aastaste seas. Enam kui 50% HIV-nakatunutest on registreeritud Ida-Virumaal; üle 20% HIV-nakatunutest on kinnipeetavad.

Viimastel aastatel süstivate narkomaanide seas läbi viidud uuringute tulemused on samasuunalised kui eespool kirjeldatud. Süstivate narkomaanide seas domineerivad mehed (ligikaudu 4/5), venelased (suurusjärg sama), valdavalt alla 25-aastased isikud, kes on hakanud narkootikume tarvitama juba alaealisena. Tarvitatakse peamiselt opiaate, ligikaudu pool sõltlastest süstivad end iga päev. Umbes pooled süstivatest narkomaanidest ei tööta ega

---

<sup>14</sup> Allaste, A-A. (toim) (2004). Trendid koolinoorte uimastitarvitamises. 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis. [ESPAD 1995, 1999 ja 2003 tulemused.] TPÜ kirjastus. Tallinn; Hansson, L. (2004). Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. [Elanikkonna küsitluste tulemused 1993, 1998 ja 2003.] TPÜ kirjastus. Tallinn.

<sup>15</sup> 1998. ja 2003. aasta TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituudi poolt läbiviidud elanikkonnaküsitluste tulemused. – Vt: Talu, A., Abel, K., Kutsar, K., Laastik, L., Allaste, A-A., Ahven, A., Neuman, A. (2005). Narkomaania Eestis 2005. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

[http://eusk.tai.ee/failid/Narkomaania2005\\_A5.pdf](http://eusk.tai.ee/failid/Narkomaania2005_A5.pdf).

<sup>16</sup> Allaste (2004), Hansson (2004); ekspertide hinnang.

õpi; ligikaudu 2/3 on viibinud vanglas (neist 1/3 on seal süstimist jätkanud). Järgnevalt kirjeldatakse nimetatud uuringute tulemusi üksikasjalikumalt.

### ***1.1.1 Süstivate narkomaanide uuring***

Tervise Arengu Instituudi, Tartu Ülikooli, Londoni Riikliku Ülikooli, Convictus Eesti ja MTÜ “Me aitame Sind” koostöös viidi 2005. aastal läbi uuring süstivate narkomaanide arvu ning nende poolt narkootikumide tarvitamise ulatuse ja viiside selgitamiseks. Uuringus kasutati narkomaanide arvu hindamiseks andmeallikatena Politseiameti, Eesti Haigekassa ja Lääne-Tallina Keskhaigla Merimetsa Nakkuskeskuse andmebaase. Vaadeldi olukorda 2004. aastal.

Uuringu tulemuste kohaselt oli Eestis hinnanguliselt 13 800 süstivat narkomaani (tegu on ligikaudse väärtusega), mis tähendab 2,4%-st osakaalu 15–44-aastaste vanuserühmas (usaldusvahemik 1,4–6,0%).<sup>17</sup> Süstivate narkomaanide osakaal oli Tallinnas ja selle lähikonnas (Harjumaa tervikuna 4,3%); järgnes Ida-Virumaa (3,5%). Mujal Eestis oli see näitaja märksa madalam (keskmiselt 0,4%).<sup>18</sup>

Uuringu käigus intervjueriti ka Tallinnas 350 ja Kohtla-Järvel 100 süstivat narkomaani, et selgitada nende sotsiaalset tausta, süstimisharjumusi, kokkupuuteid erinevate asutustega jm. Järgnevalt esitatakse kokkuvõtte küsitluse tulemustest.<sup>19</sup>

- Sotsiaal-demograafiline koosseis
  - Küsitluses osalenutest 84% olid mehed.
  - Vastanute keskmine vanus oli 24 eluaastat. 56% olid nooremad kui 25 aastat. Mehed olid mõnevõrra vanemad kui naised.
  - 82% olid venelased, 12% eestlased, 6% teistest rahvustest.
  - 55% vastanuist oli koolis käinud 9 aastat või vähem (jättes arvestamata alla 16-aastased vastajad), 24%-l vastanuist oli keskkool või oli keskkool jäänud pooleli, 17%-l oli keskeriharidus ning 2%-l kõrgharidus.
  - 41% vastanute jaoks oli viimase nelja nädala jooksul peamiseks sissetulekuallikaks püsiv või ajutine töökoht (47% Tallinnas, 22% Kohtla-Järvel), 25%-le vanemad või sugulased (18% Tallinnas, 53% Kohtla-Järvel), ning 24%-le vargus või röövimine (27% Tallinnas, 14% Kohtla-Järvel).
  - Vaatlusalusel perioodil oli 45%-l küsitletuist riiklik ravikindlustus.
- Narkootikumide süstimine
  - Narkootikume hakati tarvitama keskmiselt vanuses 17,2 aastat. 19% vastanuist alustas süstimisega alla 15-aastaselt, 63% vanuses 15–19 aastat. Tallinnas alustati narkootikumide tarbimisega keskmiselt hiljem kui Kohtla-Järvel.
  - Ligi 2/3 olid süstinud vähemalt 6 aastat. Vaid kümnendik oli alustanud süstimist viimase kahe aasta jooksul.

---

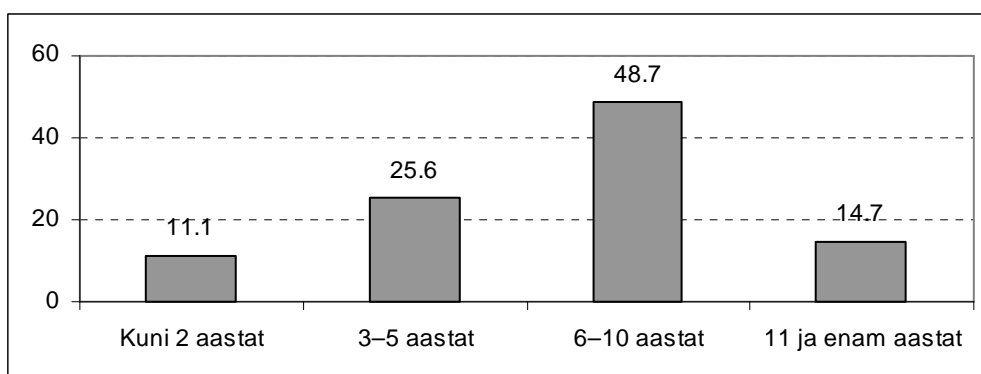
<sup>17</sup> Uuringu veapiire arvestades võis süstivate narkomaanide üldarv olla ka väiksem või suurem, jäädes 95% tõenäosusega vahemikku 8 178 kuni 34 732.

<sup>18</sup> Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A. (2005a). The Prevalence of Injecting Drug Use in Estonia, 2004. Study Report. National Institute for Health Development, University of Tartu, Imperial College. London. [http://www.tai.ee/failid/IDU\\_population\\_size\\_study\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/IDU_population_size_study_2005.pdf).

<sup>19</sup> Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A., Fischer, K., Boborova, N. (2005b). HIV and risk behaviour among injecting drug users in two cities (Tallinn, Kohtla-Järve) in Estonia. Study report. National Institute for Health Development, University of Tartu, Imperial College. London, 2005. [http://www.tai.ee/failid/IDU\\_risk\\_behaviour\\_and\\_HIV\\_prevalence\\_study\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/IDU_risk_behaviour_and_HIV_prevalence_study_2005.pdf).

- 46% süstis ennast eelmisel kuul iga päev. Kohtla-Järvel oli sellise sagedusega süstijaid oluliselt enam (75%) kui Tallinnas (38%). Igapäevasüstijatest süstis end viimasel päeval ühe korra 6%, 2–3 korda 62% ning 4 ja enam korda 33%.
- Kõige enam tarvitatavaks narkootikumiks olid fentanüül ja amfetamiin, mida viimase 4 nädala jooksul oli süstinud enam kui 60% vastanuist. Domineeris fentanüül: kokku 59% vastanuist oli küsitlusele eelnenud kuul süstinud põhiliselt seda ainet (Tallinnas 86%; Kohtla-Järvel 13%). Kodusel teel valmistatud opiaate tarvitati Tallinnas vähe, kuid Kohtla-Järvel oli neid viimasel kuul tarvitanud 95% vastanuist.
- 88% küsitletud süstivatest narkomaanidest oli proovinud süstimist vähemalt ühe korra maha jätta.

Joonis 1. Narkootikumide süstimise staaž aastates (% küsitletuist)



Allikas: süstivate narkomaanide 2005. aasta uuring

- Kokkupuuted erinevate asutustega
  - Küsitletuist 45% väitis, et on oma elu jooksul saanud narkomaaniaravi. Esmakordselt saadi ravi keskmiselt 20,1 aasta vanuselt ning keskmiselt 3,5 aastat pärast narkootikumide süstimisega alustamist. Tallinnaga võrreldes oli Kohtla-Järvel suurem osakaal oma elu jooksul ravile pöördunud. Uuringu läbiviimise ajal sai ravi 12% küsitletuist.
  - 65% vastanuist oli oma elu jooksul saanud üledoosi; neist 69% viimase 12 kuu jooksul. Viimasel aastal üledoosi saanutest 60% said sellega seotult arstiabi.
  - Küsitletuist 71% oli viimase 12 kuu jooksul politsei poolt peatatud, 58% kinni peetud ja arreteeritud. Tallinnas oli politsei poolt kinni peetuid ja arreteeritud oluliselt rohkem kui Kohtla-Järvel. 40% vastanuist väitis, et politsei on neid viimase aasta jooksul kinni pidanud või arreteerinud narkootikumide tarbimise eest.
  - 64% vastanuist oli oma elu jooksul viibinud vanglas. 29% neist oli viimasel kinnipidamisasutuses viibimise korral jätkanud süstimist. Süstimist jätkanuist 69% ütles, et jagas kinnipidamisasutuses süstlaid või nõelu teistega.
- HIV levik
  - HIV-positiivseks osutumise tõenäosus oli oluliselt suurem Kohtla-Järve süstivatel narkomaanidel, võrreldes Tallinna narkomaanidega; samuti vanglas viibinutel, võrreldes vanglas mitte viibinud narkomaanidega. HIV-i levimusega oli märkimisväärselt seotud ka süstalde või nõelte jagamine seksuaalpartneriga, fentanüüli süstimine ning narkootikumide süstimisega alustamine varases eas.

### **1.1.2 Süstlavahetuspunktide klientide küsitlused**

Süstivate narkomaanide uuringuga üldjoontes sarnaseid tulemusi on andnud ka süstlavahetuspunktide klientide küsitlused, mida on alates 2003. aastast läbi viinud Tervise Arengu Instituut koostöös nelja mittetulundusühinguga.<sup>20</sup> Süstlavahetuspunktides küsitletakse külastajaid, et selgitada nende poolt tarvitatavoid narkootikume ning tarvitamise sagedust. Vastaja enda poolt täidetava ankeedi täitmist palutakse igalt esmakülastajalt; korduvkülastajaid küsitletakse kord aastas ühe kuu jooksul kindla valimi alusel. Aastas on küsitletud 1218...1680 esmaklienti (43...52% kõikidest esmaklientidest) ja 366...396 korduvklienti.<sup>21</sup>

Järgnevalt esitatakse lühike kokkuvõte 2003.–2005. aasta küsitluste tulemustest, kusjuures peamiselt näidatakse 2005. aasta andmed (kui kahe varasema aastaga võrreldes on toimunud näitajates olulisi muutusi, on seda märgitud).<sup>22</sup>

- Süstlavahetuspunktide (SVP) külastajate sotsiaal-demograafiline koosseis
  - 77% SVP-de klientidest olid mehed.
  - Külastajate keskmine vanus oli 23 aastat. Mehed olid mõnevõrra vanemad kui naised.
  - Venelasi oli 2005. aastal külastajate seas 82%, eestlasi 12% ning muust rahvusest kliente üle 5%.
  - 1/2 vastanuist moodustasid narkomaanid, kes ei õppinud ega töötanud; 1/3 vastanuist töötas, 1/10 õppis.
- Narkootikumide süstimine
  - 40% esmakordsetest külastajatest oli eelnevalt süstinud kuni üks aasta, 35% 2–4 aastat ning 25% viis või enam aastat.
  - 58% korduvklientidest oli küsitlusele eelnenud kuu jooksul süstinud vähemalt ühe korra päevas. Aastatel 2004–2005 tõusis aastas umbes kümnendiku võrra päevas vähemalt korra süstivate narkomaanide osakaal.
  - SVP-de korduvklientide seas tarvitati 2005. aastal kõige sagedamini amfetamiini, moonivedelikku ja heroini – neid aineid oli küsitlusele eelnenud kuul tarvitanud umbes 40% vastanutest. Võrreldes 2004. aastaga oli vähenenud amfetamiini ja heroini süstijate osakaal ning tõusnud moonivedelikku tarvitanute osakaal.

Süstlavahetuspunktide klientide küsitluse andmetel külastab ligi 2/3 korduvklientidest süstlavahetust vähemalt korra nädalas. Aasta-aastalt on nii esma- kui korduvkülastajate üldine teadmiste tase paranenud ja riskikäitumise tase mõnevõrra vähenenud. Suurenenud on ka HIV-le testimas käijate osakaal.

---

<sup>20</sup> Convictus Eesti, AIDS-i Tugikeskus, Narva Narkomaanide ja Alkohoolikute Rehabilitatsioonikeskus, MTÜ “Me aitame Sind”.

<sup>21</sup> Lõhmus, L., Trummal, A. (2006a). Süstlavahetusteenuse külastajate HIV/AIDS-iga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esma- ja korduvklientide võrdlev analüüs 2005. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. [http://www.tai.ee/failid/SVP\\_esma\\_ja\\_korduvk\\_1\\_NETTI\\_12.01.2006.pdf](http://www.tai.ee/failid/SVP_esma_ja_korduvk_1_NETTI_12.01.2006.pdf).

<sup>22</sup> Samas.

## 1.2 Narkootikumide tarvitamisega seotud süüteod

Narkootikumide tarvitamisega seonduvad süüteod võib jagada kolme põhigruppi:

- 1) narkootiliste ainete tarvitamisega või väikeses koguses omamisega seotud väärted (narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse § 15<sup>1</sup>)
- 2) narkootiliste ainete vahendamisega seotud kuriteod (nn narkokuriteod, mille all tavaliselt mõeldakse karistusseadustiku §§ 183–190);
- 3) peamiselt sõltlaste poolt toime pandud kuriteod narkootiliste ainete ostmiseks (valdavalt on tegu vargustega).

Kehtiv karistusseadustik käsitleb narkootikumide tarvitamist väärtelena, kuid enne selle jõustumist 2002. aasta septembris oli kuritegu ka narkootikumide aasta jooksul korduv tarvitamine.<sup>23</sup>

Politsei hinnangul on ligikaudu kolmandik kuritegudest toime pandud varem mõne narkosüüteo toime pannud isikute poolt. Varavastaste kuritegude puhul on see näitaja olnud keskmisest kõrgem (2003. aastal 41%).<sup>24</sup> Esmajoones panevad narkomaanid toime vargusi kauplustest ja autodest. Raskete vägivallakuritegude toimepanijate seas on narkomaane olnud vähem: näiteks panid varem narkosüüteo toime pannud isikud aastatel 2001–2003 toime 10...16% avastatud tapmistest ja tapmiskatsetest.<sup>25</sup> Esmakordselt narkosüüteoga "vahelejäanute" 4/5 on jätkanud õigusrikkumisi (toime pannud uue narkosüüteo, varguse või avaliku korra rikkumise).

2005. aastal registreeris politsei kokku 5590 narkootikumide tarvitamise, omamise või vahendamisega seotud õigusrikkumist, neist 4438 väärtegu ja 1152 kuritegu. Politseiasutuse ajutisse kinnipidamise kambrisse toimetati 3294 isikut, kes narchojubes olid pannud toime väärted või kuriteo; neist oli alaealisi 169 ehk 5,1%.<sup>26</sup> Narkootikumide tarvitamise või enda tarbeks omamise eest vastutusele võetud isikuid ei saa automaatselt käsitleda narkomaanidena (sõltlastena); viimast saab öelda vaid arstliku diagnoosi alusel.

Praegu puudub võimalus analüüsida, milliseid aineid on narkootikumide tarvitamise eest karistatud isikud tarvitanud, kuna niisuguseid andmeid ei koguta. Andmed konfiskeeritud aine liigi kohta fikseeritakse vaid kuritegude puhul.

Ligikaudseid järeldusi tarvitatavate ainete liigilise struktuuri kohta saab Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskuse (KEKK) statistikast konfiskeerimiste arvu kohta – kuid tuleb arvestada, et see hõlmab ka vahendajatelt ära võetud uimasteid. KEKK-i andmetel esitati 2005. aastal uurimisasutuste poolt ekspertiisiks kõige sagedamini stimulaatoreid (amfetamiin, metamfetamiin, *ecstasy*; 730 ekspertiisi), järgnesid kanep ja selle saadused (marihuaana, hašiš; 578 ekspertiisi) ning opiaadid (metüülfentanüül, fentanüül, heroiin; 352 ekspertiisi).

<sup>23</sup> Kehtiva halduskaristuse olemasolul narkootikumide väikeses koguses tarvitamise või omamise eest.

<sup>24</sup> Narkosüüteod ja nende mõju kuritegevusele Eestis 1999–2004 (2005). Politseiamet. Tallinn.  
[http://www.pol.ee/failid/Narko\\_analyys\\_interneti.pdf](http://www.pol.ee/failid/Narko_analyys_interneti.pdf).

<sup>25</sup> Samas.

<sup>26</sup> Õigusrikkumiste ja politseitegevuse aruanne. 12 kuud 2005. Politseiamet. Tallinn. (Avaldamata andmed.)

### 1.3 Uimastite tarvitajad vanglates

Kinnipeetavate hulgas on narkootikumide tarvitajate osakaal suur: hinnanguliselt kuni pool kinnipeetavatest võib olla tarvitanud narkootikume; samas ei ole kõik neist sõltlased.<sup>27</sup> Samas suurusjärgus on narkootikumide tarvitajate osakaal ka teiste Euroopa riikide vanglates.<sup>28</sup>

Uimastite tarvitajate osakaalus on kinnipeetavate koosseisu eripärast tulenevalt vanglate lõikes suuri erinevusi: näiteks kasutab vanglaarstide hinnangul uimasteid Murru Vanglas 90%, Tartu Vanglas ligi 45% kinnipeetavatest.<sup>29</sup> Pole teada, kui suur osa süüdimõistetutest on hakanud uimasteid tarvitama vanglas.

Justiitsministeeriumi süüdimõistetute ja eeluurimisaluste registri andmetel oli 2005. aasta lõpul vanglates 583 diagnoositud uimastisõltuvusega kinnipeetavat (13% kokku 4378-st kinnipeetavast).<sup>30</sup> Tegelik uimastisõltlaste arv võib olla suurem, kuna mitte kõik uimastite tarvitajad ei ole arsti poolt võimalike sõltuvusprobleemide kindlakstegemiseks läbi vaadatud.

Tabel 1. Diagnoositud uimastisõltuvusega kinnipeetavate arv Eesti vanglates 2005. aasta lõpul

	Uimastisõltlaste arv	Kinnipeetavate arv	Uimastisõltlaste osakaal (%)
Harku Vangla	56	137	41
Murru Vangla	198	1509	13
Pärnu Vangla	22	100	22
Tallinna Vangla	132	1042	13
Tartu Vangla	60	942	6
Viljandi Vangla	15	110	14
Ämari Vangla	100	538	19
KOKKU	583	4378	13

Allikas: Justiitsministeerium

Vanglate infosüsteemis peetakse arvestust kinnipeetavate varasema sõltuvusainete tarvitamise kohta, kuid andmete mittetäieliku sisestamise tõttu enamikus vanglates ei kajasta infosüsteem praegu olukorda adekvaatselt (usaldusväärsed andmed on olemas vaid Harku naistevangla ja Viljandi noortevangla kohta). Siiski viitavad ka niisugused mittetäielikud andmed heroini ja teiste opiaatide domineerimisele varem tarvitatud narkootikumide seas.<sup>31</sup>

<sup>27</sup> Kikas, L., Pendin, K., Murašin, M., Braam, R., Trautmann, F. (2006). Uimastid vanglas. Justiitsministeerium. (Avaldamata materjal.)

<sup>28</sup> Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2005. aasta aruanne (2005). Euroopa Narkootikumide ja narkomaania Seirekeskus. Lissabon. <http://ar2005.emcdda.europa.eu/et/home-et.html?CFID=2824540&CFTOKEN=6c36ef766dd548cc-D65BDED5-AD7B-150E-D4D093C71C92A7F9&jsessionid=2e30ca889fda26505960>.

<sup>29</sup> Kikas *et al.* (2006).

<sup>30</sup> Uimastisõltuvusega seotud diagnooside aluseks on Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon (RHK-10, diagnoosid F11-F19 – “Psühhoaktiivse aine tarbimisest tingitud vaimsed ja käitumishäired”).

<http://www2.sm.ee/rhk/index.asp>

<sup>31</sup> Informatsioon Justiitsministeeriumi vanglate osakonnalt (05.12.2006).

### 1.3.1 Süüdimõistetute uimastitarvitamise uuring

2004. aasta suvel viidi Justiitsministeeriumi tellimisel koostöös Tervise Arengu Instituudiga viies vanglas (Harku, Tallinna, Murru, Viljandi ja Pärnu) läbi uuring “HIV/AIDS-i ja narkomaaniga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine süüdimõistetute hulgas”. Andmeid koguti ankeetküsitlusega. Analüüsis kasutati 412 vastaja andmeid, mis moodustas 17% vanglates viibivate süüdimõistetute arvust.<sup>32</sup>

- Sotsiaal-demograafilised näitajad
  - 74% vastanuist olid mehed.
  - Vastanute keskmine vanus oli 27,7 aastat.
  - 49% vastanuist olid eestlased, 43% venelased, 8% muust rahvusest.
  - Vabaduses töötas enne praeguse karistuse kandmist 38% vastanuist, 24% õppis ja 29% olid töötud.
  - Vastanud olid oma elu jooksul kinnipidamisasutuses karistust kandnud keskmiselt 1,9 korda ning vanglas viibinud keskmiselt 5,5 aastat.
- Narkootikumide tarvitamine
  - Oma elu jooksul oli narkootikume tarvitanud 56% vastanuist.
  - Meestega võrreldes (38%) oli naiste seas enam vastanuid, kes ei olnud kunagi narkootikume proovinud (61%).
  - Keskmine vanus narkootikumide tarvitamise alustamisel oli 18,7 aastat. Vanusega suurenes oluliselt uimasteid mitte kordagi proovinute osakaal: 15–19-aastaste vanuserühmas oli niisuguseid vastanuid 28% ning 40-aastaste ja vanemate hulgas 72%.
  - 50% vastanuist märkis, et nad tunnevad kaasvange, kes on proovinud või tarvitavad narkootikume. Kõige enam nimetati kaasvangide poolt tarvitavate narkootiliste ainetena amfetamiini ja marihuaanat/hašiisit.
  - 34% oli narkootikume tarvitanud ka kinnipidamisasutuses viibimise ajal, sh meestest 40% ja naistest 13% (29% ei vastanud antud küsimusele); neist 70% oli seda teinud suitsetades, 55% tarvitanud tablettidena, 54% süstides ning 42% ninna tõmmates. Kõige enam oli tarvitatud amfetamiini ja marihuaanat/hašiisit. Enam mainiti ka rahusteid. Viimase kuu aja jooksul oli narkootikume keskmiselt tarvitatud 6,7 korral (vanglas viibimise ajal tarvitanutest).

### 1.4 Uimastite tarvitajad kriminaalhooldusaluste hulgas

Maakohtute juures asuvates kriminaalhooldusosakondades oli 21. detsembri 2006 seisuga arvel kokku 7886 kriminaalhooldusalust. Neist oli kriminaalkoodeksi järgi määratud kohustus läbida ravi- ja võõrutuskuure 20 isikule ning karistusseadustiku järgi kohustus alluda ravile eelneval nõusolekul 56 isikule. Kriminaalhooldusaluste andmebaas ei võimalda eristada, kas ja kui palju on nende seas narkomaaniaravi kohustusega isikuid (niisuguste andmete kogumine oleks võimalik kriminaalhooldustoimikute ükshaaval läbivaatamisega).<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Trummal, A., Lõhmus, L. (2006b). HIV/AIDS-i ennetustegevus Eestis 2004. ja 2005. aastal. Tallinn. [http://www.tai.ee/failid/HIV\\_kokkuvote\\_2004\\_2005\\_10.2006.pdf](http://www.tai.ee/failid/HIV_kokkuvote_2004_2005_10.2006.pdf).

<sup>33</sup> Informatsioon Justiitsministeeriumi kohtute osakonnalt (21.12.2006).

Erinevat liiki sõltuvusele viitavate probleemidega kriminaalhooldusaluseid oli 18. detsembri 2006 seisuga arvel:

- narkoprobleemidega	229 klienti;
- alkoholiprobleemidega	1113 klienti;
- narko- ja alkoholiprobleemidega	62 klienti;
- muud laadi probleemidega (nt toksikomaania, hasartmäng)	531 klienti. <sup>34</sup>

Ülaltoodud andmed tuginevad erineva usaldusväärsusega allikatele ja on osalt subjektiivsed, kuna lisaks arstliku sõltuvusdiagnoosiga isikutele on hõlmatud ka need süüdimõistetud, kellel on kriminaalhooldusametnike arvates sõltuvusele viitavaid probleeme. Näiteks võidakse niisugune järeldus teha süüdimõistetu varasemate õigusrikkumiste, väliste tunnuste ja lähedaste ütluste põhjal; kohtuotsuses võib sisalduda teavet kuriteo toimepanemise kohta joobes või selle muust seosest uimastite või alkoholiga jne. Seetõttu ei saa ülalkirjeldatud isikuid meditsiinilises tähenduses käsitleda automaatselt sõltlastena.

---

<sup>34</sup> Informatsioon Justiitsministeeriumi kohtute osakonnalt (18.12.2006).



## 2 Narkomaaniaravi ja rehabilitatsioon

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse kohaselt ravitakse narkomaaniat isiku vaba tahte alusel psühhiaatrilise abi seaduses ettenähtud korras.<sup>35</sup> Psühhiaatrilise abi seaduse alusel annavad psühhiaatrilist abi sellekohase tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid.<sup>36</sup> Seega võib narkomaaniaravi teenust osutada vaid piiratud ring raviasutusi ja arste.

Sõltuvusest vabanemisele suunatud narkomaaniaravi on pikaajaline protsess, mis sisaldab mitmeid etappe: sõltlasega esmase kontakti loomine, võõrutusnähtude ravi, sõltuvusravi, järelravi ja rehabilitatsioon.<sup>37</sup>

2001. aastal töötati välja ja võeti kasutusele Eesti Psühhiaatrite Seltsi poolt heaks kiidetud soovitusliku iseloomuga narkomaania ravijuhis, milles kirjeldatakse narkomaaniaravi põhimõtteid, erinevaid ravi liike ja nende eesmärke, nõudeid ravi läbiviimisel jm.<sup>38</sup> Ravijuhist on kavas ajakohastada ning täiendada, et kirjeldada uusi ravikontseptsioonide ja teenuseid, sh rehabilitatsiooni valdkonnas. Põhjalikult kirjeldatakse erinevaid ravivorme ja nende eesmärke ning ravi põhimõtteid ka narkostrategias.

### 2.1 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumine

Narkomaaniaravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujad Eestis võib vastavalt teenuste liikidele jagada järgmistesse põhiühendustesse.<sup>39</sup>

- Võõrutusnähtude ravi (detoksifikatsioon) – (eri)haiglad, spetsialiseeritud uimastisõltuvuse ravikeskused (akuutne ja võõrutus/asendusravi).
- Sõltuvusravi või järelravi (ambulatoorne või statsionaarne) – professionaalsed ravikeskused (meditsiinilised, sotsiaalsed ja psühhoteraapilised meetodid; meetodite valik sõltub narkomaani tervislikust seisundist, motiveeritusest ja olemasolevast tugisüsteemist).
- Rehabilitatsioon – professionaalsed rehabilitatsioonikeskused (meditsiinilised, sotsiaalsed ja psühhoteraapilised meetodid), sotsiaalse rehabilitatsiooni keskused; ravikommunid.
- Järelravi, rehabilitatsioon – rehabilitatsioonitalud, avatud ja osalise järelvalvega päevakeskused (väljumisprogrammid, toimub endiste uimastisõltuvusega isikute taastumine tööturule ja tagasi iseseisvasse ellu), nõustamiskeskused.

Sõltlastega aitavad esmast kontakti luua ja neid raviks motiveerida nn madala lävega nõustamiskeskused, süstlavahetuspunktid, perearstid ja haiglad. Süstlavahetuspunkte on Eestis 20 ringis (teenusepakkujateks mittetulundusühingud).

<sup>35</sup> Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus, § 11.

<sup>36</sup> Psühhiaatrilise abi seadus, § 6.

<sup>37</sup> Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012.

<sup>38</sup> Narkomaania ravijuhis (2001). Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus / Council of Europe, Pompidou Group. Tallinn–Strasbourg. [http://eusk.tai.ee/failid/narkomaania\\_ravijuhis.pdf](http://eusk.tai.ee/failid/narkomaania_ravijuhis.pdf).

<sup>39</sup> Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012; Harjo, A. (2006). Narkomaania ennetamine Eestis.

[Slaidid.] Tervise Arengu Instituut.

<http://www.entk.ee/failid/Narkomaania%20ennetamine%20Eestis%2011.04.06%20AAK.ppt>.

Kuna narkomaaniaravi rahastatakse erinevatest allikatest ja on puudunud narkomaaniaravi register, siis pole täielikke andmeid ravi- ning rehabilitatsiooniteenuste pakkujate kohta. Tervise Arengu Instituudi (TAI) koosseisus asuva Eesti Uimastiseire Keskuse andmetel oli teenuseosutajaid 2005. aastal 57, kellest reaalselt on osa oma tegevuse lõpetanud/lõpetamas või ei osuta teenust puuduva finantseerimise tõttu. Eesti Haigekassa andmetel oli ravi- ning rehabilitatsiooniteenuste eest 2005. aastal raviarveid esitanud raviasutusi 43.<sup>40</sup>

Kõikide teenusepakkujate kohta pole teada ka osutatud teenuste liik, teenindatud klientide arv, kes ja millises ulatuses ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamist rahastab, milline on ravi efektiivsus. Olukorda peaks parandama 2007. aasta algusest tööd alustav narkomaaniaravi andmekogu, millesse hakkab laekuma andmed kõikide narkomaaniaravile pöörduvate isikute kohta.

### **2.1.1 Küsitlus narkomaaniaravi pakkujate seas**

2006. aasta teises kvartalis korraldas Eesti Uimastiseire Keskus (EUSK) uuringu, millega selgitati teenuseosutajate hulka, patsientide ja ravikohtade arvu ning klientuuri tausta 2005. aastal. Vastused saadi 37 raviasutuselt, millest 19 kinnitas, et nende raviasutuses pakutakse narkomaaniaravi teenust. Vastanud raviasutustest 5 osutasid nii ambulatoorset kui statsionaarset ravi, 10 raviasutust osutas vaid ambulatoorset ravi ja 2 vaid statsionaarset ravi, üks narkomaaniaravi vanglas ning üks vaid metadoonasendusravi.<sup>41</sup>

Vastanud raviasutuste andmetel sai 2005. aastal narkomaaniaravi kokku 1339 isikut, kellest 511 viibisid ravil esmakordselt. Enamik ravialuseid (1007) viibis ambulatoorsel ravil, neist 294 esmakordselt. Statsionaarset ravi sai kokku 549 isikut, kellest 217 viibisid ravil esmakordselt. Narkomaaniaraviks eraldatud kohtade arvu (statsionaaris voodikohtade arvu) antud küsitluse alusel hinnata pole võimalik, sest enamasti ei määrata ühe raviliigi jaoks kindlat voodikohtade/ravikohtade arvu, vaid terve raviasutuse peale ühtne arv ravikohti.

Lisaks asendus- ja/või võõrutusravile pakub osa vastanud raviasutusi narkomaanidele ka psühhoteraapiat (9) ning ravimeetoditena grupi- ja pereteraapiat (8). Toetavate teenustena pakkus enamik raviasutusi (16) nõustamisteenust sõltlastele; lisaks pakuti ka HIV, B- ja C-hepatiidi testimisvõimalust (9) ning rehabilitatsiooniteenust (7).

Valdav enamus narkomaaniaravil viibinud isikutest kasutasid peamise sõltuvusainena opiaate (1105 ehk 83%). Teiste sõltuvusainete hulgast oli enim stimulaatorite tarbijaid (76 ehk 6%) – vt tabel 2.

---

<sup>40</sup> Narkomaaniaravi 2005. aastal Eesti Uimastiseire Keskuses läbi viidud narkomaaniaravi teenust osutavate raviasutuste küsitluse põhjal (2006). Eesti Uimastiseire Keskus. Tallinn. (Avaldamata materjal.)

<sup>41</sup> Sama.

Tabel 2. Registreeritud psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühika- ja käitumishäired 2005. aastal (ravi saanud isikute arv 19 narkomaaniaravi pakkavas raviasutuses)

Opiaadid	1105
Kanep	12
Uinutid ja rahustis	48
Kokaiin	9
Stimulaatorid	76
Hallutsinogeenid	0
Lahustid	19
Teised ained	70
Kokku	1339

Allikas: TAI/EUSK küsitlus raviasutuste seas

### 2.1.2 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste rahastamine

Raviasutuste seas läbi viidud küsitluse (vt ka eespool) andmetel kaetakse narkomaaniaravi kulud tavaliselt mitmest (valdavalt 2–4) allikast saadud rahaga (tabel 3). Enamasti kaeti ravikulud Haigekassa, patsiendi enda või kohaliku omavalitsuse rahalistest vahenditest. Saadud andmete põhjal pole võimalik öelda, millises mahus erinevad finantsallikad ravikulusid katavad. Narkomaaniaraviks eraldatavat rahasummat pidas piisavaks vaid 7 raviasutust 19-st.

Tabel 3. Narkomaaniaravi rahastamise allikad 2005. aastal (andmed 19 narkomaaniaravi pakkuva raviasutuse kohta)

Haigekassa	11
Global Fund	3
TAI (narkostrategia vahenditest)	2
Omavalitsused	7
Patsient omadest vahenditest	9
Vanglate riigieelarve	1
Muu	2

Allikas: TAI/EUSK küsitlus raviasutuste seas

Narkomaaniaravi ja rehabilitatsiooniteenuse pakkumise ning teenuste laiendamiseks kulus narkomaania ennetamise riikliku strateegia (edaspidi: narkostrategia) vahenditest (s.t riigieelarvest) 2005. aastal 6 145 880 krooni. Narkostrategia vahenditest osutati 2005. aastal raviteenust kokku 63 narkosõltlasele ja rehabilitatsiooniteenust 60-le patsiendile (kokku 123); samal ajal on veenisüstivate narkomaanide arvuks hinnatud 13 800 narkomaani – seega osutati narkostrategia vahenditest ravi- ja rehabilitatsiooniteenust vaid 0,9%-le veenisüstivatest narkomaanidest.<sup>42</sup>

Narkostrategia ning rahvusvahelise HIV/AIDS-i ennetamisega tegeleva organisatsiooni *Global Fund* vahenditest (metadoonasendusraviks) kokku saab ravi praegu ligikaudu 5% süstivatest narkomaanidest: 2006. aasta novembris oli metadooniravil ligi 700 inimest (nii asendus- kui võõrutusravil). Niisuguse asendusravi maksumus ühe inimese kohta kuus on veidi üle 1000 krooni kuus – kuid see ei hõlma psühholoogilist nõustamist ja teisi toetavaid

<sup>42</sup> Talu, A., Oole, K., Abel, K., Vals, K. (2006). Narkomaania Eestis 2006. Raport Vabariigi Valitsuse poolt moodustatud narkomaania ennetamise komisjonile. Tervise Arengu Instituut / Eesti Uimastiseire Keskus. Tallinn. (Avaldamata materjal.)

teenuseid.<sup>43</sup> Nimetatud teenustega koos ulatub ravisumma kuus 3000 kroonini (selles ulatuses finantseerib Tallinna Linnavalitsus ravi Lääne-Tallinna Kesksaiglas).<sup>44</sup> Euroopa Liidu "vanades" liikmesriikides sai 2003. aastal asendusravi üks kolmandik hinnanguliselt 1,5 miljoni probleemsest opiaaditarvitajast.<sup>45</sup> Asendus- ja võõrutusravi toetamine Eestis *Global Fund*'i vahenditest lõpeb 2007. aastal, mille järel on kavas jätkata niisuguse ravi finantseerimist riigieelarvest.

2005. aastal loodi riiklike vahenditega 3 madala lävega keskust (Ida-Virumaal, Harjumaal, Järvamaal) ning Tallinnas avati esimene kaksikdiagnoosiga klientide päevakeskus uimasteid tarvitavatele psühhikahäiretega inimestele. Sillamäe statsionaarses narkomaaniravikeskuses planeeritakse 2007. aastal ravi 54 inimesele, keskmiseks keskkuses viibimise ajaks on planeeritud 6–9 kuud.

Tabel 4. Narkostrategia vahenditest rahastatud ravi- ja rehabilitatsiooniteenused 2005. aastal

Piirkond	Teenusepakkuja	Ravi (patsientide arv)	Rehabilitatsioon (klientide arv)	Kulutused narkostrategia eelarvest (kr)
Harjumaa, Tallinn	Kaksikdiagnoosiga klientide päevakeskus (Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku juures, 20 kohta)	33 (avati septembris)	X	402 304,09
Lääne- ja Ida-Virumaa	Rehabilitatsioonikommunid (kummaski 10 kohta)	X	12 + 33	505 820,52
Ida-Virumaa	Sillamäe statsionaarne narkomaaniravikeskus (20 kohta)	X	15	1 372 533,58
Ida-Virumaa	Kohtla-Järve madala läve päevakeskus	X	**	703 850,52
Harjumaa, Tallinn	Tallinna madala läve keskus	X	**	919 915,13
Järvamaa	Paide madala läve keskus	X	**	710 159,52
Ida-Virumaa	Jõhvi alaealiste sõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonikeskus (20 kohta)	30* (2006 kavas 60)	*	1 531 296,80 (lisaks mõned KOV-d)
Kokku		63	60	6 145 880, 16

Allikas: TAI/EUSK

Märkused:

- X - teenust ei osutata selles valdkonnas;
- \* - ravil ja rehabilitatsioonil viibinud klientide arvu aruandes pole eraldi välja toodud;
- \*\* - klientide arvu pole 2006 a. narkostrategia rakendamise aruandes märgitud.

Haigekassa maksab kinni ainult ravikindlustust omavate isikute ravi (sh psühhiaatriline ravi), kuid näiteks metadoonasendus- ja -võõrutusravi Haigekassa poolt ei rahastata. Haigekassa poolt tasustatav ravi ei sisalda ka hilisemat rehabilitatsiooni ja tugivõrgustikku, mis on narkovõõrutuse puhul väga oluline.

Narkomaaniravi teenuseid pakuvad ka mõned teised raviasutused, mis majandavad ennast ise (pakkudes tasuta teenuseid, nt 5 narkomaaniravi kohaga Wismari Haigla) või mida toetavad kohalikud omavalitsused, eeskätt Tallinna linn (nt Lääne-Tallinna Kesksaigla). Niisuguste

<sup>43</sup> Informatsioon Tervise Arengu Instituudilt (november 2006).

<sup>44</sup> Informatsioon Lääne-Tallinna Kesksaiglalt (jaanuar 2007).

<sup>45</sup> Uimastiprobleemide olukord ... (2006).

raviasutuste kohtade arvust ja teenindatud klientide arvust puudub Sotsiaalministeeriumil ja TAI-l ülevaade.

Ravi maksumus narkostrategia vahenditest rahastatavates madala läve, nõustamis- ja ravikeskustes 2005. aasta lõpul on näidatud tabelis 5.

Tabel 5. Ravi maksumus erinevate ravivormide puhul

Ambulatoorse kliendi maksumus			
Madala läve keskus: 1 klient 1 kuus (süstlavahetus, nõustamine, metadooniravi jms)		Päevakeskus: 1 klient 1 kuus	
~2000 – 2500 kr		~5000 kr	
Statsionaarse kliendi maksumus			
Rehabilitatsioonikeskus		Rehabilitatsioonitalu (osaline omafinantseering ~1500 kr/kuus)	
Kliendi maksumus (6 kuud)	Koha maksumus (aasta)	Kliendi maksumus (6 kuud)	Koha maksumus (aasta)
35 000 – 45 000 kr	~70 000 kr	25 000 kr	45 000 kr

Allikas: Sotsiaalministeerium

Wismari haiglas maksab võõrutusnähtude ravi (detoksifikatsiooni) üks statsionaarne ravipäev ravikindlustuseta inimesele 500 krooni. Juhul kui on olemas ravikindlustus, on ravipäeva maksumuseks isikule 200 krooni. Niisugune ravi kestab tavaliselt 2 nädalat.<sup>46</sup>

Võrdlusena sobib märkida, et ühe vanglakoha maksumus aastas on ligikaudu 70 000 krooni (päevas ligikaudu 192 kr) ning see suureneb tulevikus oluliselt seoses uute kambertüüpi vanglate kasutuselevõttuga. Kambertüüpi Tartu Vanglas on ühe vanglakoha maksumus 2007. aasta eelarve kohaselt enam 94 224 krooni (võttes aluseks 2006. aasta keskmise vanglas viibinud kinnipeetavate ja vahistatute arvu: 907 isikut); seega on ühe vanglakoha keskmine maksumus päevas ligikaudu 258 krooni.<sup>47</sup>

## 2.2 Õigusrikkujate ravivõimalused

Välisriikide kogemused on näidanud, et ravile suunatud narkomaanidest kurjategijate retsidiivsus on raviprogrammi läbimise järel märgatavalt vähenenud Eestis analoogilised uuringud puuduvad ning pole ka andmeid raviprogrammi läbinute hilisema retsidiivsuse kohta.

Eestis jääb ainuüksi narkomaanidest kurjategijate arv aastas hinnanguliselt 2000–3000 vahele. Kõigi narkomaanidest kurjategijate suhtes pole kindlasti võimalik ega otstarbekas rakendada vangistuse alternatiivina narkomaaniravile suunamist, kuid ka juhul kui vaid osa neist ravile suunata, oleks aastas selleks vaja sadu ravikohti. Praegu on puudus praktiliselt igat liiki ravivõimalustest. Paljude (esmajoones noorte) süüdimõistetute puhul ei tuleks kõne alla ka asendusravi, mis veelgi piirab ravivõimalusi.

Kinnipidamisasutustes on võõrutus- ja asendusravi võimalused piiratud. Täielikult puuduvad võõrutus- ja asendusravi võimalused arestimajades, mille tõttu katkeb arestimajja sattunud asendusravil olevate süstivate uimastikasutajate ravi. Metadoonasendusravi pakkumine

<sup>46</sup> Informatsioon Wismari Haiglalt (detsember 2006 – jaanuar 2007); teenused ja hinnakiri (26.12.2006).

<sup>47</sup> Informatsioon Justiitsministeeriumi vanglate osakonnalt (05.01.2007).

arestimajades on edasi lükkunud, kuna arestimajade esindajate sõnul on see arestimajade tänase ülerahvastatuse juures keeruline. Vanglates on metadoonasendusravi jätkamist pakutud vaid erandjuhul (teadaolevalt ühele kinnipeetavale), kuna niisugune ravi on katkenud juba arestimajades.<sup>48</sup>

Arestimajades metadoonasendusravi puudumine tingib psühhiaatrite hinnangul narkomaanidest õigusrikkujate seas kartust ägeda võõrutussündroomi ees, mille tõttu püütakse karistuse kandmisest veelgi aktiivsemalt kõrvale hoiduda.

Vanglates sõltuvusravi korraldamise eelduseks on nn narkovabade osakondade loomine, kus lisaks soodsale käitumist keskkonnale on korraldatud kokkuleppel kinnipeetavaga regulaarne või pisteline laboratoorne testimine uimastite kasutamise suhtes. Niisugune osakond on loodud Tartu vanglas (12 kohta) ja Viljandi vanglas (10 kohta) ning on rajamisel Murru vanglas.

### 2.3 Ravi- ja rehabilitatsiooniteenustega seotud probleemid

Tervise Arengu Instituudi, Eesti Uimastiseire Keskuse ja Sotsiaalministeeriumi 2006. aastal koostatud ülevaadetes loetletakse mitmeid ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumisega seotud probleeme, millest mitmed puudutavad ka süüdimõistetute ravivõimalusi.<sup>49</sup>

- Narkomaaniaravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavatest asutustest ja nende poolt pakutavate teenuste liikidest, mahust ning kvaliteedist puudub terviklik ülevaade.
- Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavus on ebapiisav, mis on kaasa toonud pikad järjekorrad. Ravikindlustuseta sõltlastele ei ole piisavalt võimalusi raviks ning rehabilitatsiooniks. Probleem seisneb nii ebapiisavas tasuta ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kohtade arvus kui ka väheses toetussüsteemis sõltlastele.
- Eestis kasutusel olevad ravijuhised on aegunud ja vajaksid teadus- ja praktikapõhist uuendamist (mh tuleks täpsustada metadoonasendusravis antavad doosid ning kirjeldada täpsemalt rehabilitatsiooniga seonduvat).
- Kinnipidamisasutustes on palju süstivaid narkomaane, kuid võõrutus- ja asendusravi võimalused vanglates on vähesed ning süstlavahetusteenust ei pakuta. Täielikult puuduvad võõrutus- ja asendusravi võimalused ajutistes kinnipidamisasutustes, mille tõttu katkeb arestimajja sattunud asendusravil olevate süstivate uimastikasutajate ravi.
- Kriminaalhoolduse all olevatele isikutele ei ole narkomaaniaravi piiratud kättesaadavuse tõttu võimalik võtta kohustust osaleda raviprogrammis.
- Sekkumistegevuste efektiivsust ja saavutatud tulemusi pole kaasaegsete kriteeriumide alusel hinnatud.

Uuringu käigus intervjueritud ekspertide hinnangul võib teravaimaks probleemiks pidada pikaajalise võõrutusravi (koos kaasneva rehabilitatsiooniga) võimaluste nappust noorte narkomaanide jaoks, kelle puhul ei ole veel kohane rakendada metadoonasendusravi. Puudub ka ülevaatlik informatsioon Eestis antava narkomaaniaravi efektiivsusest, sh retsidiivsuse vähendamisel.

---

<sup>48</sup> HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis. 2006 I poolaasta. Tervise Arengu Instituut, Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/VV2006aruanne/\\$file/2006%20esimese%20poolaasta%20aruanne.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/VV2006aruanne/$file/2006%20esimese%20poolaasta%20aruanne.doc).

<sup>49</sup> Talu *et al.* (2006); eelmine allikas.

### 3 Süüdimõistetute sõltuvusravi õiguslikud alused

Karistusseadustik näeb ette võimaluse allutada käitumiskontrollile kohtu poolt mõistetud tähtajalise vangistuse kandmisest tingimisi vabastatud isikud koos allutamise käitumiskontrollile (§ 74) ja vanglast ennetähtaegselt vabastatud isikud (§ 76). Käitumiskontrollile allutatud süüdimõistetule võib panna kohustuseks mitte tarvitada narkootikume ja alkoholi ning süüdimõistetule eelneva nõusoleku korral ka kohustuse alluda ettenähtud ravile (§ 75 lg 2).

Siinjuures tuleb arvestada, et käitumiskontrolli saab kohaldada vaid niisuguste kuritegude puhul, kus karistusseadustiku kohaselt on võimalik karistuseks määrata vangistus ning see on ka kohtu poolt määratud. Seega ei saa süüdimõistetut käitumiskontrollile allutada juhtudel, kui ta on pannud toime kuriteo, mille eest on ette nähtud vaid rahaline karistus, või kui kohus on vangistuse või rahalise karistusega karistatava kuriteo eest mõistnud rahalise karistuse. Käitumiskontrolliga kaasnevaid kohustusi ei saa panna ka isikutele, kes on toime pannud ainuüksi narkootikumide tarvitamisega seotud väärtegu, kuid mitte vangistusega karistatavat kuritegu.

Käitumiskontrollile allutatud isikud määratakse kriminaalhooldusametniku järelevalve alla ning ta peab täitma järgmisi nõudeid:

- elama kohtu määratud alalises elukohas;
- ilmuma kriminaalhooldaja määratud ajavahemike järel kriminaalhooldusosakonda registreerimisele;
- alluma kriminaalhooldaja kontrollile oma elukohas ning esitama talle andmeid oma kohustuste täitmise ja elatusvahendite kohta;
- saama kriminaalhooldusametnikult eelneva loa elukohast lahkumiseks kauemaks kui 15 päevaks;
- taotlema kriminaalhooldusametnikult luba elu-, töö- või õppimiskoha vahetamiseks.

Kohus võib isikule katseajaks määrata lisakohustuse:

- hüvitada kuriteoga tekitatud kahju kohtu määratud ajaks;
- loobuda alkoholi ja narkootikumide tarvitamisest;
- loobuda relva soetamisest, kandmisest ja kasutamisest;
- otsida töökoht ning omandada üldharidus või eriala kohtu määratud ajaks;
- alluda ette nähtud ravile, kui isik on selleks andnud nõusoleku;
- täita ülalpidamiskohustust;
- vältida viibimist kohtu ette nähtud paikades ja suhtlemist kohtu määratud isikutega;
- täita muid endale vabatahtlikult võetud kohustusi.

Kui isik katseaja nõudeid rikub, koostab kriminaalhooldusametnik ettekande kohtule, kes otsustab katseaja tingimuste muutmise või muutmata jätmise. Kohus võib kriminaalhooldusametniku ettekande alusel kergendada või tühistada süüdimõistetule käitumiskontrolli ajaks määratud kohustusi või panna süüdimõistetule täiendavaid kohustusi vastavalt karistusseadustiku § 75 lõikes 2 sätestatule.

Ravikohtade nappus piirab praegu tugevasti kuriteo toime pannud isikute võimalusi endale ravikohustusi võtta. See on ka üks põhjusi, miks Justiitsministeerium ei ole praegu realiseerinud varem kavandatud kriminaalmenetluse seadustiku § 202 muudatust, mille kohaselt oleks antud võimalus kriminaalmenetluse otstarbekusest lõpetamiseks juhul kui isik võtab endale kohustuse läbi narkomaaniravi- ja rehabilitatsiooniprogrammi.

## 4 Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina

Vangistuses viibivate narkomaanide arvu vähendamiseks ning nende ühiskonda tagasipöördumiseks paremate eelduste loomiseks on paljudes riikides hakatud otsima võimalusi narkomaanidele vangistuse asemel sõltuvusravi pakkumiseks. Sel juhul pääseb ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammis osalev kurjategija vangistusest kas tervikuna või on vangistuses viibimise aeg suhteliselt lühike. Juhul kui süüdimõistetud narkomaan ei suuda raviprogrammi edukalt läbida või paneb selle aja vältel toime uusi kuritegusid, pööratakse karistus täitmisele.

Ravivõimaluste piiratuse tõttu pole olnud võimalik ravile suunamist vangistuse alternatiivina seadusandlikult kehtestada ning on tulnud piirduda ravikohustuse panekuga süüdimõistetule tema enda nõusolekul käitumiskontrolli raames. Pole ka kehtestatud kindlaid kriteeriume, kuidas valida ravile suunatavaid ning milliseid ravivorme peaks neile kohaldama. Käesolevas peatükis tuginetakse süüdimõistetute ravile suunamise põhimõtete ja neile sobivate ravivormide käsitlemisel aruande koostaja poolt uuringu käigus intervjueeritud psühhiaatre, sotsiaaltöötajate ja teiste ekspertide arvamustele. Arvesse võeti ka Justiitsministeeriumi kohtute osakonna ja vanglate osakonna spetsialistide ettepanekuid.

Intervjueeritud ekspertide arvates peaks põhimõtteliselt kõikidel narkomaanidel olema võimalus vanglavälist ravi saada, olenemata isiku vanusest või sõltuvuse kestusest (v.a vangi mõistetud raskete vägivallakuritegude ja narkootikumidega kaubitsemisega seotud kuritegude toimepanijad). Konkreetse ravivajaduse saab diagnoosida vaid psühhiaater.

Narkomaaniaravi võimaldamisel süüdimõistetutele ei tohiks kujuneda olukorda, kus kuriteo toime pannud narkomaanid saavad eelise "tavaliste" narkomaanide ees, kelle õigusrikkumised piirduvad uimastite väärarvitamisega. Üheks võimaluseks on ravikulude tasumine süüdimõistetute enda poolt, kusjuures võib kaaluda pikaajalist tagantjärgi tasumise võimalust ("järelmaksu"). Tasuta ravi võiks kõne alla tulla alaealiste süüdimõistetute jaoks, kelle puhul on välismaa kogemuste järgi otsustades ravi üldiselt ka tulemuslikum.

Väheseid olemasolevaid ravivõimalusi ja ressursse arvestades kerkib küsimus, mida tuleks seada prioriteediks ja kuidas kõige efektiivsemalt saavutada narkomaaniaga seonduva kuritegevuse vähenemist: kas pakkuda suhteliselt odavat metadoonasendusravi võimalikult suurele arvule narkomaanidele (kes valdavalt jäävadki sõltlasteks), või suunata vahendid esmajoonelise ravimiteta võõrutusravisse. Viimane variant tähendaks ka rohkem tähelepanu noortele, kuna niisugune ravi sobib eeskätt lühikesest staažiga, mitte pikaajalistele ja tugevatele sõltlastele. Samas on võõrutusravi kordades kallim metadoonasendusravist ning lähiaastatel suudetaks ravikohti rajada vaid väikesele osale abivajajast.

Noorte puhul tuleks eelistada võõrutusravi, mitte asendusravi. Asendusravis mõjutatakse patsienti väliste reeglite järgimise abil, võõrutusravis aga sisemiste tõekspidamiste arendamisega – viimane on aga esmatähtis just noorte puhul. Eestis on "vanade" Euroopa Liidu riikidega võrreldes paljud narkosõltlased suhteliselt noored ja sellest tingitult lapsiku elukäsitlusega, väheste elamis- ja tööoskustega, tõsiste käitumisraskustega. Seetõttu tuleb noorte narkomaanide puhul lisaks ravile olulist tähelepanu pöörata ka nende väärtushinnangute arendamisele ning toimetulekuoskuste parandamisele, mis nõuab pikaajalist õppimisprotsessi.



Ravilesuunamise otsustamiseks oleks otstarbekas luua regionaalsed ravikomisjonid, millesse kuuluksid näiteks psühholoog, psühhiaater, sotsiaaltöötaja, kriminaalhooldaja. Komisjonide teeninduspiirkonnad võiks kattuda ringkonnaprokuratuuride tööpiirkondadega. Niisuguste ravikomisjonide jaoks tuleb välja töötada selged valikukriteeriumid, mis ühtlasi arvestavad reaalseid ravivõimalusi. Juhul kui kaalutakse ravilesuunamist ilma eelneva vangistuseta, oleks vajalik ka prokuröri juuresolek. Kriminaalhooldaja osalemine ei tarvitse olla vajalik, kui ei koostata kohtueelset ettekannet (mis on kohustuslik vaid alaealiste puhul); samas võib kriminaalhooldusametniku kogemus komisjonis otsustamisel abiks olla.

Kesksed küsimused ravilesuunamise otstarbekuse otsustamisel on:

- kas kuritegu pandi toime narkootilise aine saamise pärast (see küsimus kerkib eriti mitteopiaatide puhul). Ravi vajab vaid isik, kelle kuritegu tuleneb sõltuvusest (enamasti on sel juhul tegu opiaadisõltlasega); kriteeriumiks ei tohiks aga olla vaid materiaalse kasu saamine narkootikumide muretsemiseks – näiteks võib abi vajada ka amfetamiinisõltlane, kes paneb kuritegusid toime narkojoobes;
- kas isik on ise häälestatud ravile;
- kas määrata asendusravi (tavaliselt metadooniga) või ravimiteta ravi;
- ravikuuri planeeritav kestus;
- millisesse raviasutusse isik saata;
- konkreetsest juhtumist tulenevad iseärasused;
- šokivangistuse kaalumisel hinnata sellega seotud riske (nt kas noor kurjategija ei lange kaasvangide ohvriks).

Süüdimõistetud narkomaaniravile saatmise võimalikkust kaaludes tuleb arvestada toime pandud kuriteo liiki ja selle raskust (vägivalla kasutamist), varasemat kriminaalset karjääri jm tegureid. Ravile saab suunata vaid arsti poolt tuvastatud uimastisõltuvuse diagnoosiga ja ravivajadusega isikuid.

Ekspertide arvamus summeerides peaks süüdimõistetud ravilesuunamisel olema täidetud kõik järgmised kriteeriumid:

- isik pole toime pannud raskeid vägivallakuritegusid ega kaubitsenud uimastitega;
- isikut pole karistatud paljukordselt (nt 4 ja enam korda – kuid suur korduvus ei tarvitse ravilesuunamist välistada, kui arvestada varasemate kuritegude liiki ning raskust);
- isikule ei kanna pikaajalist vanglakaristust (nt 3 ja enam aastat);
- kuritegu on toime pandud sõltuvuse tõttu (uimastite hankimise eesmärgil).

Süüdimõistetute ravi puhul tuleb arvestada mitmete täiendavate tingimustega. Süüdimõistetuid võib koos "tavaliste" sõltlastega ravida avatud ravivormide puhul; nende paigutamist kinnisesse raviasutusse läbisegi koos teistega tuleks aga vältida. Raviperioodi pikkust ette määrata on raske, kuid iga 3–6 kuu järel peaks ravikomisjoni poolt toimuma uus hindamine ning vajadusel esitatakse kohtule ettepanek ravikohustuste muutmise kohta.

Intervjueeritud ekspertide seas puudus üksmeel šokivangistuse otstarbekusest. Juhiti tähelepanu sellega kaasnevatele ohtudele, kuid samas nenditi, et mitmete kurjategijate puhul ei ole ka lühiajaline vangistus suutnud mõjutada hoiakuid ja vältida uute kuritegude toimepanemist.

Nagu eespool märgitud, moodustavad sõltuvusravi vajajate põhigrupi opiaatide tarvitajad. Stimulaatorite (amfetamiin jt) puhul sõltuvus tavaliselt nii tugevasti ei avaldu. Stimulaatoritest sõltuvuses olevate narkomaanide jaoks on ainsaks võimaluseks pikaajaline võõrutusravi

ravikommunides vms keskustes, kuna erinevalt opiaatidest pole maailmas seni kasutusel sobivaid asenduspreparaate. Kanepitarvitajate jt nõrgema sõltuvusega narkomaanide jaoks on sobivad päevakeskused.

#### 4.1 Ravi opiaadisõltlastele

Narkootikumide tarvitavate süüdimõistetute seas läbi viidud uuringud ning muud andmeallikad näitavad nende puhul opiaadisõltlaste ülekaalukat domineerimist. Seega on nad ka kõige suurem sihtrühm, kes võiks tulla kõne alla vangistuse asemel ravile suunamisel.

Kõige kergemini realiseeritav on ambulatoorne metadoonasendusravi. Niisugust ravi saab määrata enamikule pikaajalistele opiaadisõltlastele ja see võib kesta elu lõpuni. Asendusravi puhul on üldjuhul tingimuseks opiaadisõltuvus vähemalt 5 aastat ning eelnenud ebaõnnestunud võõrutusravi kuurid. Ravi määramisel on soovitatav kehtestada ranged nõuded (nt käia raviasutuses iga päev, k.a nädalavahetus – tuleb tagada, et teenusepakkuja ka siis töötab). Enamasti olukord mõne aastaga stabiliseerub ning inimene saab elada normaalset elu ja ametlikult töötada, kuid metadooni tarvitamine võib siiski jätkuda. Metadoonasendusravi antakse praegu Tallinnas, Narvas, Jõhvis ja Kiviõlis.

Opiaadisõltlastele on mõeldud ka pikaajalisi ambulatoorseid võõrutusprogramme. Näiteks Lääne-Tallinna Keskhaiglas võetakse võõrutusravi programmi vähemalt 5 aastat süstinud narkomaanid, kelle puhul eelmised võõrutuskatsed pole andnud tulemusi. Programm sisaldab aegamisi vähendatavate doosidega metadoonasendusravi ning rehabilitatsiooni. Programmiga liitumiseks tuleb oodata mõnest nädalast kuni paari kuuni. Kolme tegutsemisaasta jooksul on enamus programmi lõpetanud siiski taas vangi sattunud (täpne statistika puudub).

Opiaadisõltlastele statsionaarse võõrutusravi andmiseks tuleks rajada eraldiseisev ning kinnise režiimi ja täiendavate turvameetmetega kuni 30-kohaline ravikeskus, mis tagaks eraldatuse teistest ravialustest (taolist keskust praegu Eestis pole). Ravikeskus peaks toimima ilma asendusravita, kasutades psühhoteeraapiat jt ravimiteta meetodeid. Ravi kestuseks on sobiv planeerida vähemalt 6 kuud, millele peab järgnema järelravi koos ettekirjutustega, sotsiaalsete oskuste arendamisega jm. Vajaliku ravikvaliteedi ning süüdimõistetutega kaasnevate erinõuete täitmise tagamiseks peaks kõigi intervjuueeritud ekspertide arvates niisuguse ravikeskuse looma ja seda alaliselt finantseerima riik. Vajalik on eriväljaõppega personali ettevalmistamine. Teatavaks eeskujuks võib olla Sillamäe statsionaarne ravi- ja rehabilitatsioonikeskus.

Sillamäe narkomaaniravikeskus avati 2005. aasta septembris ning selle eesmärgiks on kaasa aidata täisealiste uimastisõltlaste sõltuvusprobleemidest vabanemisele; sõltlaste perekondade ja lähedaste nõustamisele; klientide töövõime taastamisele ja nende integreerimisele tava- ning töökeskkonda. Kohanemise etapil võib klient kohtuda vaid pereliikmetega ning ei tohi lahkuda ravikeskuse territooriumilt. Kliendi rehabilitatsiooni pikkuseks on 3–9 kuud.<sup>50</sup>

Ravikommunide loomist ja rahastamist riigi poolt eksperdid ei toetanud, kuid neid peetakse rehabilitatsioonis kindlasti kasulikuks. Praegu tegutsevad kommunid (narkotalud) on isemajandavad, ilma kvalifitseeritud spetsialistideta (psühholoog) ning ei anna üldisi oskusi

---

<sup>50</sup> Informatsioon Tervise Arengu Instituudilt (detsember 2006).

tööturul toimetulemiseks, kuna töö seisneb väheseid oskusi nõudvates talutöodes. Riiklikke vahendeid oleks otstarbekam kasutada kõrget kvalifikatsiooni nõudvas rehabilitatsioonitöös.

Narkomaaniaravi efektiivsuse hindamisel on peamiseks kriteeriumiks, kuivõrd on sõltlane pärast ravi lülitunud tavaühiskonda. Nii kinnise kui ka ambulatoorse režiimi puhul on positiivseteks märkideks:

- 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 olemaolu;
- psühholoogiliste jm testide tulemuste paranemine.

## 4.2 Potentsiaalsete ravile suunatavate arv

Täpne ülevaade narkomaaniaravi vajavate ja ravile suunamisel arvesse tulevate süüdimõistetute arvust praegu puudub, kuna see nõuaks süüdimõistetute toimikute üksikhaaval läbivaatamist ja iga isiku ravivajaduse ning tema ravile suunamise võimalikkuse hindamist. Käesoleva uuringu raames töö suure mahu tõttu seda ei taotletud.

Järgnevalt hinnatakse potentsiaalsete vangistuse asemel narkomaaniaravile suunatavate arvu ekspertide poolt välja pakutud kriteeriumide ning vanglates viibivate süüdimõistetute koosseisu kajastava statistika alusel. Tegu on näidisarvutustega, mis edaspidi vajavad täpsustamist reaalsete andmete alusel.

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

Kuritegevuse üldine ning sealjuures eriti vägivallaga seotud kuritegevuse tase Eestis on enamiku arenenud lääneriikidega võrreldes suhteliselt kõrge,<sup>51</sup> kusjuures suurimad on erinevused tapmistepuhul.<sup>52</sup> Sellest tulenevalt on Eesti vanglates suur vägivallakuritegude

---

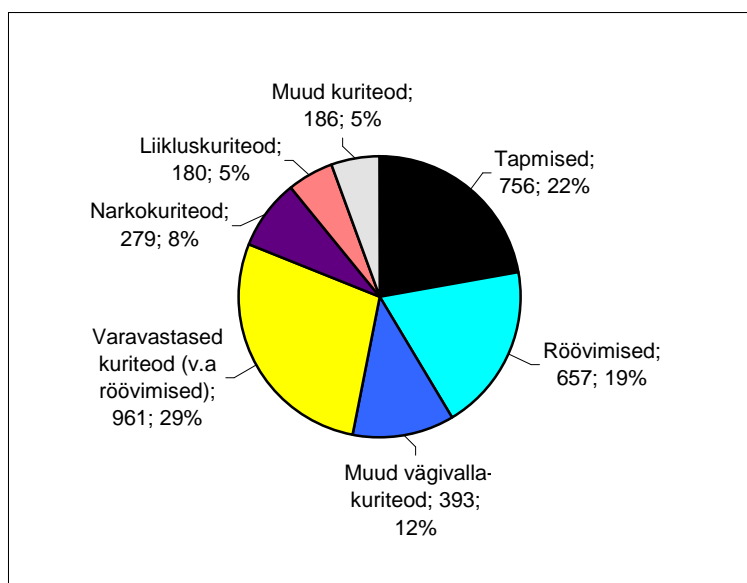
<sup>51</sup> Saar, J., Markina, A., Oole, K., Resetnikova, A. (2005). Rahvusvaheline kuriteoohvrite uuring Eestis 2004. Tartu Ülikooli Õigusinstituut, Justiitsministeerium, Siseministeerium. Tallinn. [www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=9963/ohvriuurung\\_2004\\_sisu.pdf](http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=9963/ohvriuurung_2004_sisu.pdf).

<sup>52</sup> Tapmistepuhul 100 000 elaniku kohta ületab Eestis kordades teiste Euroopa Liidu riikide taset (v.a Läti ja Leedu). Vt: Aebi, M. F., Aromaa, K., Aubusson de Cavarlay, B., Barclay, G., Gruszczyńska, B., Hofer, H. von, Hysi, V., Jehle, J.-M., Killias, M., Smit, P., Tavares, C. (2006). European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics 2006. Boom Juridische Uitgevers. The Hague. [http://www.wodc.nl/eng/Images/O&B\\_241\\_h01\\_tcm12-126270.pdf](http://www.wodc.nl/eng/Images/O&B_241_h01_tcm12-126270.pdf).

eest süüdi mõistetud kinnipeetavate arv ja osakaal. Vangide arvu vähendamisele seab see omad piirid, kuna narkomaaniaravile väljaspool vanglat ei ole võimalik suunata raskete kuritegude toimepanijaid.

2006. aasta algul kandis vanglates karistust vägivallata toime pandud varavastase kuritegude eest 961 isikut (28% kokku 3412-st süüdimõistetust) ning röövimise eest 657 isikut (19%) – vt joonis 2.<sup>53</sup> Vägivalla kasutamisega toime pandud eri liiki kuritegude eest (k.a röövimised) kandis karistust 1806 isikut (52% süüdimõistetutest), sealjuures 756 isikut (22%) tapmise eest.<sup>54</sup>

Joonis 2. Vanglates kinni peetavate süüdimõistetute arv ja osakaal raskeima toime pandud kuriteo liigi järgi 2006. aasta alguses



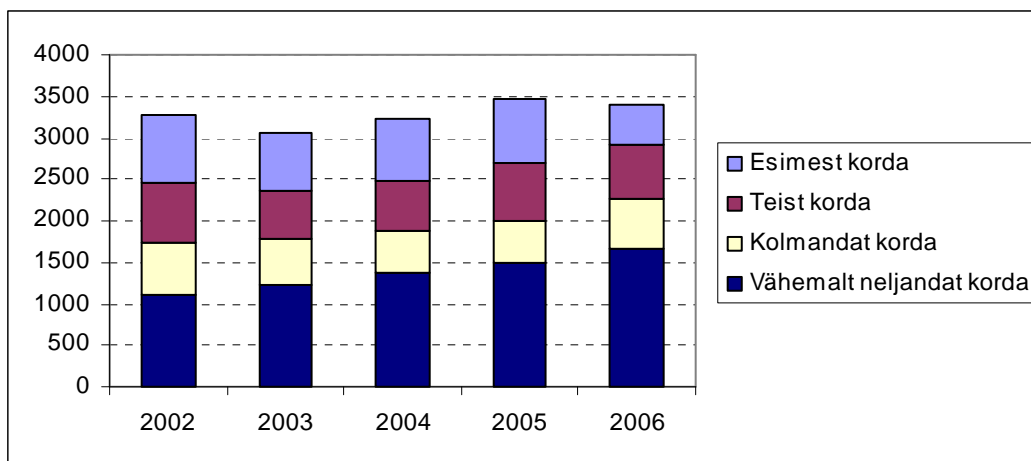
Allikas: Justiitsministeeriumi vanglate osakond

Korduvalt karistatud süüdimõistetute arv ja osakaal vanglates on viimase viie aasta jooksul märgatavalt kasvanud: kui 2002. aasta algul kandis vähemalt neljandat korda karistust (arvestatud kõiki varasemaid kriminaalkaristusi, olenemata karistuse liigist) 1104 isikut (34% vanglates viibivatest süüdimõistetutest), siis 2006. aasta algul juba 1666 isikut (49% vanglates viibivatest süüdimõistetutest) – vt joonis 3. Esmakordselt kandis karistust 2006. aasta algul 477 süüdimõistetut (14% vanglates viibivatest süüdimõistetutest).

<sup>53</sup> Käesolevas lõigus ja joonisel 2 on iga isik arvestatud üks kord vaid kõige raskema (suurima sanktsiooniga) kuriteo järgi. Lisaks on varavastaseid kuritegusid toime pannud ka osa vägivallakuritegude toimepanijaist.

<sup>54</sup> Informatsioon Justiitsministeeriumi vanglate osakonnalt (detsember 2006).

Joonis 3. Vanglates kinni peetavate süüdimõistetute arv karistuse korduvuse järgi (seis 2002.–2006. aasta alguses)



Allikas: Justiitsministeeriumi vanglate osakond

Potentsiaalsete ravialuste arvu selgitamiseks tuleks lähtuda vanglates uimastisõltuvuse diagnoosiga süüdimõistetute arvust (koos vahialustega ligikaudu 600). Neli ja enam korda kriminaalkorras karistatuid on kõikide süüdimõistetute seas ligikaudu pool ning võib arvata, et varavastaste kuritegude puhul on see näitaja samas suurusjärgus – seega jääks niisuguse kriteeriumi järgi alles kuni 300 raviks "kvalifitseeruvat" uimastisõtlast. Samas ei tarvitse suur korduvus olla peamine ning ravilesuunamist tingimata välistav kriteerium. Tõenäoliselt langeb neist veel osa välja uimastitega kaubitsemise või vägivaldsuse tõttu (süüdi mõistetud röövimise vm vägivallakuriteo eest). Pikaajalist karistust kannavad esmajoones raskete vägivallakuritegude toimepanijad, seega selle teguri mõju kuigi suur ei tohiks olla. Niisuguse arutluse tulemusena võib oletada, et sobivate ravikandidaatide arv vanglates ravilesuunamiseks väljaspool vanglat võib olla suurusjärgus 200–300. Täpsema vastuse saab anda uimastisõtlaste andmebaasi üksikasjalik analüüs.

Lisaks võib märkida, et kriminaalhooldusaluste andmebaasis on kirjas 229 uimastisõltuvuse tunnustega isikut – kuid mitte kõik neist pole saanud arstlikku diagnoosi, vaid siin sisalduvad ka isikud, kellel on uimastiprobleeme kriminaalhooldusametniku hinnangul.

## 5 Narkomaaniaravi korraldus välisriikides

Välisriikide kogemustest narkootikumide tarvitamise ja narkomaaniaga seotud probleemide lahendamisel pakub huvi eeskätt Euroopa Liidu liikmesriikide tegevus. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) kogub regulaarselt informatsiooni kõikide Euroopa Liidu liikmesriikide ja Norra kohta ning avaldab regulaarseid ülevaateid uimastiprobleemide olukorrast Euroopas. Palju tähelepanu on pööratud erinevate ravivormide ja nende efektiivsuse tutvustamisele, eraldi ülevaates on leidnud käsitlemist narkomaanidest süüdimõistetute sõltuvusravi vangistuse alternatiivina.<sup>55</sup> Käesolev peatükk on koostatud suures osas EMCDDA materjalide põhjal, kuid kasutatud on ka teisi ülevaatlikke allikaid.

Valdavas osas Euroopa Liidu riikides planeeritakse ravipoliitikat riiklikul (või föderaalset) tasandil, kuid ravi pakkumist kohalikul tasandil. Narkomaaniaravi pakutakse spetsialiseeritud keskustes, esmatasandi arstiabi asutustes või ka nende kombinatsioonis. Suurt tähelepanu pööratakse narkomaaniaravi terviklikkusele ja järjepidevusele: üldiseks suundumuseks on püüe paremini koordineerida erineva tasandi ravi- ja rehabilitatsiooniasutuste tegevust, et tagada ravi- ja toetusprogrammide integreeritus ning saavutada sotsiaalselt tõrjutud inimeste (taas)integreerimine ühiskonda.<sup>56</sup>

Narkomaaniaravi on enamikus riikides välja kujunenud ilma ametlike standardite ja juhusteta. Viimastel aastatel on mitmetes riikides hakatud kehtestama ravijuhiseid ning määratlema selgeid ravi eesmärgi. Enamasti puudutavad ravijuhiseid asendusravi ning selle kontrollimist, kuid vähe on käsitletud ravimiteta ravi. Raviprogramme tervikuna on seni hinnatud harva, kuid sellele on hakatud rohkem tähelepanu pöörama ning lülitama hindamist ravi puudutavatesse tegevuskavadesse.<sup>57</sup>

Narkomaaniaraviga tegelevate spetsialistide erialases väljaõppes narkomaaniaravi ja uimastisõltuvust enamikus riikides ei käsitleta; levinum on nende temade käsitlemine täienduskoolituse raames.

### 5.1 Narkomaaniaravi liigid välisriikides

EMCDDA jagab narkomaaniaravi kolmeks põhiliigiks: ravimitega, ravimiteta ja sotsiaalne rehabilitatsioon.<sup>58</sup> Üldiseks suunaks on erinevate ravivõimaluste ning kasutatavate ravimite diapasooni laiendamine. Kasvamas on ka ravimiteta (*drug-free*) professionaalse ja tõendus põhise ravi kasutamine.

Valdav osa narkomaaniaravist on olnud suunatud opiaadisõltlastele, ehkki viimastel aastatel on kasvanud mitme narkootilise aine koos- või segatarvitamine ning see on muutunud probleemsete uimastitarvitajate seas domineerivaks.<sup>59</sup> Ravi alustavate narkomaanide puhul on

<sup>55</sup> 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>.

<sup>56</sup> Verster *et al.* (2004).

<sup>57</sup> Samas.

<sup>58</sup> "Ravimiteta ravi" all mõeldakse järgnevalt ravi ilma narkootikumide asendavate opioidideta (nt metadoon, buprenorfiin); samas võidakse kasutada muud liiki ravimeid.

<sup>59</sup> 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway (2002). EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Lisbon. <http://ar2002.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>; Uimastiprobleemide olukord ... (2006).

järjest enam tegu mitte vaid opiaadisõltlastega, vaid ka kanepi, *cracki* või kokaiini või teiste stimulaatorite tarvitamisest tingitud probleemidega. Siiski on kogemusi segatarvitamise või sellest tingitud sõltuvuse ravist seni märksa vähem kui opiaadisõltuvuse ravist.

EMCDDA kogutud andmetel on sõltlastena määratletud isikutele erinevaid ravivorme ette nähtud ligikaudu kaks korda rohkem kui juhutarvitajatele. See viitab hoiakule, et sõltlaste puhul peetakse karistust vähem otstarbekaks kui juhutarvitajate puhul; seega peetakse sõltuvust meditsiiniliseks ja ravitavaks probleemiks, kuid narkootikumide tarvitamist mittesõltlaste poolt nähakse jätkuvalt karistamist väärivana. Erinevad ravivormid on kättesaadavad peamiselt nn narkoseaduste rikkumiste puhul (nt narkootikumide tarvitamine või valdamine, nendega kaubitsemine), kuid kui sõltlane paneb kuriteo toime oma sõltuvuse rahastamiseks, on ravivõimalusi tunduvalt vähem. Ravivõimalused on olnud suhteliselt piiratud ka teatavate rahvastikugruppide jaoks (noored, naised, rahvusvähemused, psühhiaatrilised kliendid).<sup>60</sup>

Mitmete ravivormide efektiivsuse kohta on olemas ulatuslikult teaduslikke tõendeid. Ravi efektiivsust käsitlevaid teadusuuringuid on rohkem ravimitega teostatava ravi kui ravimiteta ravi kohta. Ravi hindamist on enamikus riikides hakatud rakendama alles hiljuti. Domineerib üksikute programmide hindamine; vähem hinnatakse ravisüsteemi tervikuna ja erinevate raviprogrammide võrgustikku. Euroopa Liidu riikide narkostrategieates pööratakse ravi hindamisele ja tõenduspõhisusele siiski järjest enam tähelepanu.<sup>61</sup>

### **5.1.1 Ravimitega ravi**

Euroopas on kõige levinum asendusravi metadooniga. Esimesed metadooniprogrammid käivitati 1960il Rootsis, Suurbritannias, Hollandis ja Taanis. Metadoonasendusravi oli esimene laialdaselt kasutusele võetud opioidasendusravi vorm heroinisõltuvuse raviks ning see on ka jäänud kõige põhjalikumalt uuritud raviviisiks niisuguse sõltuvuse puhul. Nõuetekohaselt korraldatuna on niisugune ravi osutunud majanduslikult tasuvaks ning see vähendab ka kriminaalset aktiivsust. Metadoonasendusravi finantseeritakse enamasti riiklikult ning see on osa üldisest tervishoiust.<sup>62</sup>

Viimastel aastatel on kasutatavate ravimite diapsoon märgatavalt laienenud. Asendusravis kasutatav jätkuvalt peamiselt metadooni, kuid enamikus Euroopa riikides on hakatud kasutama ka vähem kõrvalnähte tekitavat buprenorfiini; viimane on aga oluliselt kallim. Mõnedes riikides uuritakse heroini kasutamise võimalusi pikaajaliste ja tugevas sõltuvuses olevate narkomaanide jaoks (Holland, Hispaania, Saksamaa, Luksemburg, Šveits).

Võõrutusravis kasutatakse mh naltreksooni, klonodiini, lofeksidiini, ja buprenorfiini. Ehkki ka metadooni kasutatakse võõrutusravis, on uuringute kohaselt tema tugevus eeskätt asendusravis.

---

<sup>60</sup> Alternatives .... (2005).

<sup>61</sup> Samas.

<sup>62</sup> Verster *et al.* (2004).

Teadusuuringud kinnitavad, et asendusraviprogrammide efektiivsus on suurim püsiva raviprogrammis osalemise, pigem suure kui väikese metadoonidoosi, pigem säilitamisele kui katkestamisele orienteeritud ravi puhul.<sup>63</sup>

### **5.1.2 Ravimiteta ravi**

Ravimiteta ravi all mõeldakse sõltuvusravi ilma narkootikumide asendavate ravimiteta (nt metadoon) ning selle puhul on eesmärgiks on hoiduda uimastite tarvitamisest kogu raviprogrammi vältel. Samas võidakse ravimeid kasutada haiguste raviks.

Levinuimaks ravivormiks on statsionaarsed ravikommunid, milles pakutakse ravieelset nõustamist, detoksifikatsiooni, psühhoteraapiat, motiveerivat tegevust ning rehabilitatsiooni narkootikumidest vabaneda soovijatele. Ravi võidakse anda ka ambulatoorselt või osaliselt statsionaarselt (nt päevakeskuste vormis). Lisaks sisaldavad mitmed metadoonasendusravi programmid ravimiteta komponente (psühholoogiline nõustamine jm).

Ravimiteta ravi on enamikus riikides vähem reguleeritud kui metadooniravi, kuna seda ei vaadelda tervishoiusüsteemi osana. Niisugust ravi pakuvad sageli mittetulundusühingud, keda riik rahaliselt toetab.

Ravi erinevate vormide (nt detoksifikatsioon, ravi- või rehabilitatsioonikommunid) efektiivsuse kohta on märksa vähem andmeid kui metadooniravist, kuna niisuguse ravi tulemuslikkuse hindamisele pole paljudes riikides pikka aega tähelepanu pööratud.<sup>64</sup>

### **5.1.3 Sotsiaalne rehabilitatsioon**

Sotsiaalsest rehabilitatsioonist räägitakse mitmetes Euroopa Liidu liikmesriikides vastu võetud dokumentides ning see on seatud narkopoliitika üheks eesmärgiks. Enamasti peetakse silmas elamispinna leidmisele, hariduse ja tööoskuste parandamisele ning töö saamisele suunatud meetmeid. Mõnedes riikides on niisugused meetmed raviprogrammide osa, teistes aga pakutakse neid alles raviprogrammi eduka lõpetamise järel. Enamasti on siiski tegu üldise sotsiaalhoolekandesüsteemi raames pakutavate teenustega, mis ei ole eraldi suunatud probleemsetele narkomaanidele. Sel juhul pole niisugused teenused ka seotud raviga ning teenuste tarbijaiks võib olla väga lai spekter praegusi või endisi narkootikumide tarvitajaid.<sup>65</sup>

Andmeid sotsiaalse rehabilitatsiooni võimaluste kohta on vähestest riikidest, kuid teadaolevalt on niisugused teenused märksa vähem kättesaadavad kui ravimitega ravi. Samas peetakse seda teenuseliiki Euroopa Liidu liikmesriikide ning Euroopa Liidu narkostrategiates oluliseks. Ehkki mitmete hindamiste kohaselt on niisuguste meetmete abiga saavutatud narkootikumide tarvitamise vähenemine ja paranenud sõltlaste füüsiline ning vaimne tervis, jääb lõppeesmärk – endise narkomaani integreerimine ühiskonda – siiski sageli saavutamata.<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Samas; 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>.

<sup>64</sup> Verster *et al.* (2004).

<sup>65</sup> Social reintegration in the European Union and Norway EMCDDA 2003, lk 5-6.

<sup>66</sup> Samas.



## 5.2 Narkomaaniaravi vangistuse asemel välisriikides

Euroopas hakati narkomaanidele vangistuse alternatiivina ravi pakkuma 1970ndate alguses (nt Taanis, Prantsusmaal).<sup>67</sup> Praegu on ravi vangistuse alternatiivina võimalik enamikus Euroopa Liidu riikides ning seda kasutatakse järjest laialdasemalt.<sup>68</sup>

Alternatiivsete sanktsioonide olulisust kriminaalpreventsioonis märkis 2004. aastal ka Euroopa Komisjon, kelle hinnangul võiks niisuguste sanktsioonide kohtunike poolt laialdasemaks aktsepteerimiseks Euroopa Liidu tasandil välja töötada mehhanismi antud valdkonda puudutava infovahetuse parandamiseks.<sup>69</sup>

Narkomaaniaravi kui alternatiiv vangistusele on leidnud järjest laialdasemat kasutamist probleemsete uimastitarvitajate jaoks. Euroopas vaadeldakse neid üha enam kui tervise- ja psühhosotsiaalsete probleemidega isikuid, mitte kui vaid kurjategijaid. EMCDDA andmetel on erinevates Euroopa riikides 22% kuni 86% kinnipeetavatest oma elu jooksul narkootikumidele tarvitanud; regulaarselt tegi seda enne vangistust 8% kuni 73%. Vangistuses on regulaarset narkootikumide tarvitamist jätkanud 10% kuni 42% kinnipeetavaist.<sup>70</sup>

Enamikus Euroopa riikides pakutakse uimastisõltlastele vangistuse alternatiivina ravi statsionaarsetes ravimiteta ravikeskustes (nt Taani, Saksamaa, Holland, Poola, Soome, Rootsi, Norra). Ravikommunidadesse ja teiste statsionaarsete teenusepakkujate juurde otse kohtust suunatud süüdimõistetute osakaal on viimastel aastatel märkimisväärselt kasvanud. Näiteks Hispaanias sai 2002. aastal pool narkomaaniaravile suunatud süüdimõistetutest ravi ravikommunidades.

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. Belgias on narkomaanidel ambulatoorsel ravil viibimise ajal võimalik kasutada elektroonset järelevalvet.<sup>71</sup>

Vangistuse alternatiivina narkomaaniaravi võimaldamine on tunduvalt suurendanud raviteenuste pakkujate koormust. Mõnedes riikides 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 ravilesoovitajate ravikohtade leidmisel.<sup>72</sup>

---

<sup>67</sup> Alternatives ... (2005).

<sup>68</sup> Treatment as an alternative to prosecution or imprisonment for adults (2006). European Legal Database on Drugs (ELDD). <http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=13223&sLanguageISO=EN>.

<sup>69</sup> Green paper on the approximation, mutual recognition and enforcement of criminal sanctions in the European Union. (presented by the Commission (2004). COM(2004)334 final. Brussels. [http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=en&numdoc=504DC0334](http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=en&numdoc=504DC0334).

<sup>70</sup> Uimastiprobleemide olukord ... (2005).

<sup>71</sup> Alternatives ... (2005).

<sup>72</sup> Samas.

Narkomaaniaravi vanglates finantseeritakse Euroopa riikides 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 uimastisõitlaste ravi ja hoolekande eest (Taani, Prantsusmaa, Iirimaa, Holland, Austria). Laialt levinud on narkomaaniaravi vahendite suunamine mittetulundusühingutena tegutsevatele teenusepakkujatele.

### 5.2.1 Narkomaaniaravi tulemuslikkus retsidiivsuse vähendamisel välisriikides

Iirimaa uuringud on näidanud, et otseselt narkootikumide tarvitamise tõttu kuriteo toime pannud isikute puhul on retsidiivsuse vähendamisel ravi efektiivsem kui vangistus.<sup>73</sup> 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.<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup>

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.<sup>76</sup>

Mõnede riikide kogemuse järgi on uute kuritegude toimepanemise risk märgatavalt väiksem pärast süüdimõistmist vangi mittesaadetud 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 järelejäänud vangistusaeg kanda ravikeskuses.<sup>77</sup>

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

<sup>73</sup> Connolly, J. (2006) Alternatives to Prison with a focus on drug using offenders. Administration 2006; 54(1):3–30. Dublin: Health Research Board.

<sup>74</sup> 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>.

<sup>75</sup> 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, pp 237-259.

<sup>76</sup> Alternatives ... (2005).

<sup>77</sup> Samas.

on ravilt välja langenud tavaliselt 50–60% (kuid ka 20% või 100%), Saksamaal 30–50%, Austrias 30% (kusjuures vabatahtlikus ravis on katkestanuid olnud 50%).

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;
- süüdimõistetute 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.<sup>78</sup>

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.<sup>79</sup>

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 seni suudetud teaduslikult määratleda). Samas on ravi lõpetamise korral retsidiivsus oluliselt väiksem kui ravi pooleli jätmisel. Ravi alustamine või mitteamustamine näitab, mil määral isik on huvitatud vältima edasisi sanktsioone – see on ka signaaliks kriminaalse käitumise tõenäosusest.<sup>80</sup>

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 odavamale (vähemkvalifitseeritud) ravi puhul. Olenemata sellest, kas retsidiivsuse vähenemine on tingitud sanktsiooniähvardusest mõjust või ravi enda mõjust, on ravilesuunamine igal juhul kasulik kuritegevuse vähendamiseks. Raviloleku ajal on ka kriminaalne aktiivsus väiksem.<sup>81</sup>

---

<sup>78</sup> Samas

<sup>79</sup> Samas.

<sup>80</sup> Hepburn (2005).

<sup>81</sup> Samas.

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.<sup>82</sup>

- 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 ennetähaegselt vabastatud narkomaanide suhtes.
- 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.
- Metadooniprogrammide puhul andis kuritegevuse vähendamisel paremaid tulemusi suurte dooside kasutamine, võrreldes väikeste doosidega; pidev metadooniravi, võrreldes katkestatud raviga; metadooni 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.<sup>83</sup>

- 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

---

<sup>82</sup> Holloway *et al.* (2005).

<sup>83</sup> 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>.

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 narkomaaniravile kulutatud dollar toob ühiskonnale tulu 7,5 dollarit, kuid kõige odavam pakkumise vähendamisele suunatud programm (siseriikliku kontrolli tugevdamine) vaid 52 senti.<sup>84</sup>

Paljud uuringud kinnitavad, et narkomaaniravi 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".<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> 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](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/2006/RAND_MR331.sum.pdf).

<sup>85</sup> Alternatives ... (2005).

## Kasutatud allikad

2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway (2002). EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Lisbon. <http://ar2002.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>.

Aebi, M. F., Aromaa, K., Aubusson de Cavarlay, B., Barclay, G., Gruszczynska, B., Hofer, H. von, Hysi, V., Jehle, J.-M., Killias, M., Smit, P., Tavares, C. (2006). European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics 2006. Boom Juridische Uitgevers. The Hague. [http://www.wodc.nl/eng/Images/O&B\\_241\\_h01\\_tcm12-126270.pdf](http://www.wodc.nl/eng/Images/O&B_241_h01_tcm12-126270.pdf).

Allaste, A-A. (toim) (2004). Trendid koolinoorte uimastitarvitamises. 15–16-aastaste õpilaste legaalse ja illegaalse narkootikumide kasutamise Eestis. [ESPAD 1995, 1999 ja 2003 tulemused.] TPÜ kirjastus. 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>.

Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the results of the final evaluation of the EU drugs strategy and action plan on drugs (2000–2004). COM (2004) 707 final.

Connolly, John (2006) Alternatives to Prison with a focus on drug using offenders. *Administration* 2006; 54(1):3–30. Dublin: Health Research Board.

ELi narkootikumidealane tegevuskava (2005–2008). (2005/C 168/01). <http://register.consilium.eu.int/pdf/et/05/st08/st08652-re01.et05.pdf>

Euroopa Liidu Nõukogu teatis [ELi narkostrategia (2005–2012)]. 15074/04. Brüssel, 22. november 2004.

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>.

Green paper on the approximation, mutual recognition and enforcement of criminal sanctions in the European Union. (presented by the Commission (2004). COM(2004)334 final. Brussels. [http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=en&numdoc=504DC0334](http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=en&numdoc=504DC0334).

Hansson, L. (2004). Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. [Elanikkonna küsitluste tulemused 1993, 1998 ja 2003.] TPÜ kirjastus. Tallinn.

Harjo, A. (2006). Narkomaania ennetamine Eestis. [Slaidid.] Tervise Arengu Instituut. <http://www.entk.ee/failid/Narkomaania%20ennetamine%20Eestis%2011.04.06%20AAK.ppt>.

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, pp 237-259.

HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis. 2006 I poolaasta. Tervise Arengu Instituut, Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/VV2006aruanne/\\$file/2006%20esimese%20poolaasta%20aruanne.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/VV2006aruanne/$file/2006%20esimese%20poolaasta%20aruanne.doc).

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>.

Justiitsministeeriumi arengukava kuni aastani 2010. Kinnitatud ministri 7.02.2006. a käskkirjaga nr 27. [http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=19254/Justiitsministeeriumi+arengukava+aastani+2010+\(juhtkonnas+heaks+kiidetud\).pdf](http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=19254/Justiitsministeeriumi+arengukava+aastani+2010+(juhtkonnas+heaks+kiidetud).pdf).

Karistusseadustik. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1046806>.

Kriminaalpoliitika arengusuundade aastani 2010 heakskiitmine. Riigikogu 21. oktoobri 2003. a otsus. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=637829>.

Lõhmus, L., Trummal, A. (2006a). Süstlavahetusteenuse külastajate HIV/AIDS-iga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esma- ja korduvklientide võrdlev analüüs 2005. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. [http://www.tai.ee/failid/SVP\\_esma\\_ja\\_korduvk\\_l\\_NETTI\\_12.01.2006.pdf](http://www.tai.ee/failid/SVP_esma_ja_korduvk_l_NETTI_12.01.2006.pdf).

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. [Vabariigi Valituse poolt heaks kiidetud 22.04.2004.] [http://www.tai.ee/failid/narko\\_riiklik\\_strateegia\\_aastani\\_2012.pdf](http://www.tai.ee/failid/narko_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf).

Narkomaania ravijuhis (2001). Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus / Council of Europe, Pompidou Group. Tallinn–Strasbourg. [http://eusk.tai.ee/failid/narkomaania\\_ravijuhis.pdf](http://eusk.tai.ee/failid/narkomaania_ravijuhis.pdf).

Narkomaaniaravi 2005. aastal Eesti Uimastiseire Keskuses läbi viidud narkomaaniaravi teenust osutavate raviasutuste küsitluse põhjal (2006). Eesti Uimastiseire Keskus. Tallinn. (Avaldamata materjal.)

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1048493>.

Narkosüüteod ja nende mõju kuritegevusele Eestis 1999–2004 (2005). Politseiamet. Tallinn. [http://www.pol.ee/failid/Narko\\_analyys\\_internetti.pdf](http://www.pol.ee/failid/Narko_analyys_internetti.pdf).

Psühhiaatrilise abi seadus. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=992425>.

Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon. <http://www2.sm.ee/rhk/index.asp>.

Saar, J., Markina, A., Oole, K., Resetnikova, A. (2005). Rahvusvaheline kuriteoohvrite uuring Eestis 2004. Tartu Ülikooli Õigusinstituut, Justiitsministeerium, Siseministeerium. Tallinn. [www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=9963/ohvriuring\\_2004\\_sisu.pdf](http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=9963/ohvriuring_2004_sisu.pdf).

Talu, A., Abel, K., Kutsar, K., Laastik, L., Allaste, A-A., Ahven, A., Neuman, A. (2005). Narkomaania Eestis 2005. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. [http://eusk.tai.ee/failid/Narkomaania2005\\_A5.pdf](http://eusk.tai.ee/failid/Narkomaania2005_A5.pdf)



Talu, A., Oole, K., Abel, K., Vals, K. (2006). Narkomaania Eestis 2006. Raport Vabariigi Valitsuse poolt moodustatud narkomaania ennetamise komisjonile. Tervise Arengu Instituut / Eesti Uimastiseire Keskus. Tallinn. (Avaldamata materjal.)

The European Action Plan on Drugs (2000–2004). Council of the European Union, 2000.

Treatment as an alternative to prosecution or imprisonment for adults (2006). European Legal Database on Drugs (ELDD). <http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=13223&sLanguageISO=EN>.

Trummal, A., Lõhmus, L. (2006b). HIV/AIDS-i ennetustegevus Eestis 2004. ja 2005. aastal. Tallinn. [http://www.tai.ee/failid/HIV\\_kokkuvote\\_2004\\_2005\\_10.2006.pdf](http://www.tai.ee/failid/HIV_kokkuvote_2004_2005_10.2006.pdf).

Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2005. aasta aruanne (2005). Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. Lissabon. <http://ar2005.emcdda.europa.eu/et/home-et.html?CFID=2824540&CFTOKEN=6c36ef766dd548cc-D65BDED5-AD7B-150E-D4D093C71C92A7F9&jsessionid=2e30ca889fda26505960>.

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

Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A. (2005a). The Prevalence of Injecting Drug Use in Estonia, 2004. Study Report. National Institute for Health Development, University of Tartu, Imperial College. London. [http://www.tai.ee/failid/IDU\\_population\\_size\\_study\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/IDU_population_size_study_2005.pdf).

Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A., Fischer, K., Boborova, N. (2005b). HIV and risk behaviour among injecting drug users in two cities (Tallinn, Kohtla-Järve) in Estonia. Study report. National Institute for Health Development, University of Tartu, Imperial College. London, 2005. [http://www.tai.ee/failid/IDU\\_risk\\_behaviour\\_and\\_HIV\\_prevalence\\_study\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/IDU_risk_behaviour_and_HIV_prevalence_study_2005.pdf).

Verster, A., Solberg, U., Nilson, M. (2004). Treatment Monitoring and the EU action plan on drugs 2000–2004. EMCDDA conference, 27-28 November 2003: draft summary. Lisbon. <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=2133>.

Wismari Haigla: teenused ja hinnakiri (26.12.2006). <http://www.wh.ee/index.php?page=21>.

Õigusrikkumiste ja politseitegevuse aruanne. 12 kuud 2005. Politseiamet. Tallinn. (Avaldamata andmed.)

ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtne konventsioon. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=25124>

Informatsioon Justiitsministeeriumi vanglate ja kohtute osakonnalt (detsember 2006 – jaanuar 2007).

Informatsioon Lääne-Tallinna Keskhaiglalt (detsember 2006 – jaanuar 2007).

Informatsioon Sotsiaalministeeriumilt (november – detsember 2006).

Informatsioon Tervise Arengu Instituudilt (november – detsember 2006).

Informatsioon Wismari Haiglalt (detsember 2006 – jaanuar 2007).