

Sisekaitseakadeemia  
Sisejulgeoleku instituut

Kaido Kõplas

**ILLEGAALSE METADOONI LEVIKU TÕKESTAMINE**

Magistritöö

Juhendaja:  
Annika Tuulemäe, MA

Kaasjuhendaja:  
Taavi Pern, MA

Tallinn 2015

# ANNOTATSIOON

## SISEKAITSEAKADEEMIA

Instituut: Sisejulgeoleku instituut	Kaitsmise kuu ja aasta: mai/juuni 2015
<p>Töö pealkiri eesti keeles: Illegaalse metadooni leviku tõkestamine  Töö pealkiri võõrkeeles: Prevention of Illegal Methadone Distribution  Lühikokkuvõte:  Magistritöö on kirjutatud eesti keeles, võõrkeelne kokkuvõte inglise keeles. Töö maht on 82 lk, millest põhiosa moodustab 68 lk ja 14 lk lisad. Magistritöö kirjutamisel on kasutatud 51 erinevat eesti- ja inglise keelset allikat. Töö sisaldab 6 tabelit ja 2 lisa.  Magistritöö uurimisprobleem on viimastel aastatel üledoose põhjustava segajoobe üks komponent – sõltuvusravis kasutatav aine metadoon ning töö eesmärgiks on välja selgitada miks Eestis narkomaania sõltuvusravis asendusravimina kasutatav metadoon satub tänavale.  Uurimisküsimustele leitakse vastus olemasolevat teoreetilist baasi analüüsid (sõltuvusravi kui osa ennetavast tegevusest) ning viies läbi ekspertintervjuud sõltuvusraviga seotud inimeste hulgas.  Magistritöö raames kogutakse andmeid sõltuvusravi reguleerivatest ja võimalusel selle arengut planeerivatest dokumentidest. Lisaks empiirilisele andmete kogumisele õiguslikust raamistikust, kasutatakse poolstruktureeritud ankeetküsitlusi Eestis Sotsiaalministeeriumi, Justiitsministeeriumi ja Siseministeeriumi vastava valdkonna spetsialistide ja Tervise Arengu Instituudi ning sõltuvusravi keskuste juhtidega, millega selgitatakse välja, kas olemasolev olukord on metadooni sõltuvusravi efektiivsust tõstev, säilitav või kahandav. Samuti uuritakse intervjueeritavatel, milline on nende hinnangul kvaliteetne sõltuvusravi, seda mõjutavad tegurid ning selle parendamisvõimalused.  Magistritöö uuringu tulemuste analüüs, järeldused ning nendest tulenevad ettepanekud on esitatud töö järelduste peatükis.  Olulised tulemused on seotud sõltuvusravile riiklikult ühise standardi (tegevusjuhendi) kehtestamise, riikliku järelevalve tõhustamise ning metadooni asendusravi andmebaasi isikustamisega.  Üks rakendamise võimalus on algatada Sotsiaalministeeriumi ja TAI juhtimisel hetkel sõltuvusravi reguleerivate juhendite ülevaatamine ning võimaluste leidmine olemasoleva andmestiku isikustamiseks.</p>	
Lisad: CD, DVD jms näol puuduvad	
Võtmesõnad: metadoon, asendusravi, sõltuvusravi, narkootilised ained, fentanüül, kuritegevuse ennetus, isikustamine, narkomaania, statistika, ennetusteooria	
Võõrkeelsed võtmesõnad: methadone, addiction treatment, fentanyl, use outside of addiction treatment programme, drug abuse, drug addict, statistics, crime prevention	
Magistritöö seos riiklike arengukavade ja prioriteetidega: Rahvatervise arengukava 2010	
Säilitamise koht:	
Töö autor: Olen magistritöö koostanud iseseisvalt. Kõik magistritöö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, seisukohad, kirjalikest allikatest ja mujal allikatest saadud info on nõuetekohaselt viidatud. Olen nõus oma magistritöö avaldamisega elektroonses keskkonnas.	
Allkiri:	
Vastab magistritöö nõuetele	
Juhendaja:	Allkiri:
Vastab magistritöö nõuetele	
Kaasjuhendaja:	Allkiri:
Kaitsmisele lubatud	
Instituudi juhataja:	Allkiri:

## **Sisukord**

<b>MÕISTETE JA LÜHENDITE SELGITUS</b> .....	4
<b>SISSEJUHATUS</b> .....	5
<b>1. KURITEGEVUSE ENNETUS JA SÕLTUVUSRAVI NING EESTIS</b>	
<b>KASUTATAV METADOONI SÕLTUVUSRAVI</b> .....	9
1.1 Kuritegevuse ja narkokuritegevuse ennetusteooria.....	9
1.2 Sõltuvusravi ja metadooni sõltuvusravi kuritegevuse ennetuse osana.....	15
1.3 Ülevaade riikide metadooni sõltuvusravist, sh Eestis.....	22
<b>2. UURIMUSTÖÖ: ÜLEVAADE KEHTIVAST ÕIGUSEST,</b>	
<b>EKSPERTINTERVJUUD, JÄRELDUSED</b> .....	29
2.1 Kehtiva õigusruumi ülevaade.....	29
2.2 Ekspertintervjuud ja valimi kirjeldus.....	34
2.3 Uuringu tulemused.....	39
<b>3. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD</b> .....	54
<b>KOKKUVÕTE</b> .....	59
<b>SUMMARY</b> .....	62
<b>KASUTATUD JA VIIDATUD ALLIKATE LOETELU</b> .....	64
<b>LISAD</b> .....	68

# MÕISTETE JA LÜHENDITE SELGITUS

Käesolevas magistritöös kasutatakse mõisteid ja lühendeid järgmistes tähendustes:

**Asendusaine** – meditsiiniline aine, mida kasutatakse narkootilise või psühhotroopse aine asendusena sõltuvusravis sõltuvusest võõrutamise eesmärgil

**FDA** – Ameerika Toidu ja Uimastite Administratsioon (*Food and Drug Administration of USA*)

**Fentanüül** – sünteetiline opioid, Eestis tuntud nimega „valge hiinlane“

**EKEI** – Eesti Kohtuekspertiisi Instituut

**EMCDDA** – Euroopa narkootikumide ja narkomaania seirekeskus (*European Monitoring Centre of Drug and Drug Addiction*)

**Heroin** – poolsünteetiline opioid, mida tuntakse ka nime all diatsetüülmorfiin ehk diamorfiin

**Metadoon** – sünteetiline opioid, mida kasutatakse meditsiinis analgeetikumina ja metadooni sõltuvusravis asendusainena

**Opiaat** – oopiumimoonist saadud looduslik aine, nt oopium, morfiin, kodeiin jne. Lihtsa keemilise protsessi kaudu on võimalik muuta morfiin poolsünteetiliseks aineks heroiiniks. Ka mitut sünteetilist ainet, mille mõju sarnaneb opiaatide omaga, näiteks metadoon, fentanüül, ketobemidoon ja buprenorfiin, liigitatakse opiaatide hulka.

**Opioid** – aine mis seostub opioidretseptoriga, opioidagonistid ja –antagonistid, endogeensed ja sünteetilised opioidpeptiidid

**Opioidanalgeetikum** – aine, mis pärsib valuaistingut ja emotsiooni

**PPA** – Politsei- ja Piirivalveamet

**Reitox** – üle-Euroopaline infovõrgustik (*Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies*), mis loodi EMCDDAga samal ajal. Sinna võrgustikku kuuluvad liikmesriikide asutused, kes vastutavad ka statistika kogumise ja edastamise eest. Eesti on samuti Reitox võrgustiku liige ning kontaktiks on TAI.

**Sõltuvusravi** – isiku allutamine statsionaarsele või ambulatoorsele uimastisõltuvuse vastasele ravile, mille eesmärk on isiku võõrutamine sõltuvusest või sõltuvuse kontrolli alla saamine koos ravijärgse rehabilitatsiooniteenuse osutamisega

**TAI** – Tervisearengu Instituut

**Uimastisõltuvus** – seisund, mil inimest valdab sundsoov saavutada narkootilise aine mõjul tekkiv olek

**ÜRO** – Ühinenud Rahvaste Organisatsioon (*United Nations*)

## SISSEJUHATUS

Uimastite tarvitamine on negatiivne sotsiaalne nähtus, mis toob kaasa ebaproportsionaalselt suured ühiskondlikud ja isiklikud tagasilöögid. Narkootikumide pideva tarvitamisega kaasnevad sõltuvus, vigastused, haridustee katkemine, passiivsus tööturul, koormus tervishoiu- ja hoolekandesüsteemile ning kuritegevus, mis tekitavad ühiskonnale suurt kahju ning loovad omakorda uusi sotsiaalprobleeme. (Siseministeerium, 2014, p. 4)

Kõige enam puutuvad eelkirjeldatud probleemidega kokku opiaadisõltlased, kes Eesti kontekstis on fentanüülitarvitajad. Ehkki arvestatava osa uimastitarbijatest moodustavad Eestis ka kanepi ja amfetamiini kuritarvitajad, on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse EMCDDA andmetel kõige rohkem fentanüülisõltlasi ehk süstivaid narkomaane (EMCDDA, 2011, p. 80). Mõnede allikate kohaselt on Eestis kuni 13 800 süstivat narkomaani (Rüütel, 2008). Fentanüülist on sõltuvusse sattuda kerge ja see sõltuvus on tugev, võõrutus sellest ainest on raske ning süstivate narkomaanide hulgas levivad ka nakkushaigused nagu HIV ja hepatiit. Uue doosi saamiseks on vaja raha, sõltuvus vähendab aga töövõimet, mis viib sõltlase kuritegelikule teele (vargused). Seega on uimastite tarvitamine probleemne nii sotsiaalses, meditsiinilises kui ka turvalisuse kontekstis.

Uimastitarvitamise vähendamise poliitika Eestis keskendub Uimastiennetuse valge raamatu kohaselt kolmele põhitegevusele: ennetus, narkomaaniaravi ja politsei koostöö narkootikumide pakkumise vähendamiseks. Ennetus ja narkomaaniaravi on käsitletavad narkootikumide nõudluse vähendamiseks läbiviidavate tegevustena, pakkumise vähendamiseks tegeleb politsei narkokuritegevuse ja narkootikumide kättesaadavuse piiramisega. Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat toob välja, et Eestis on narkomaania ennetuse, ravi, rehabilitatsiooni, taasühiskonnastumise ja kahjude vähendamise valdkonnad süsteemselt välja arendamata. Eksisteerivad küll eraldiseisvad teenused, kuid mitmed vajalikud teenused on puudu või ebapiisava leviku ning kvaliteediga.

Ühiskonnas uimastisõltuvuse vähendamise eesmärkideks on nii kuritegevuse aga ka uimastisõltlaste ning üledoosisurmade vähendamine. 2003. aasta paiku käivitus Eestis

nn süstlavahetusprogramm. Erinevate tegevuste sidustamine kompleksse ennetustööga oli aga puudulik. Uimastiennetuse Valge Raamat viitab, et eelarve proportsioonid neil aastatel näitasid, et strateegilised eesmärgid ei kajastunud sisuliselt üheski rakendusega tegevuskavas (Siseministeerium, 2014, p. 9). Süsteemse ennetustöö puudumise ja loodetud efekti mittesaavutamise tõttu räägiti tol ajal avalikkuses, et võitlus narkootikumide vastu on kaotatud. Ja seda mitte ainult Eestis, vaid maailmas laiemalt (The Guardian, 2009). Olles teadvustanud ennetustöö vajalikkust ja selle seoseid eesmärkide saavutamisel – narkomaania vähendamine Eestis ning püstitades sellest tulenevalt ka reaalsemaid ajalisi piire ja ootusi erinevatele programmidele, on paranenud mitmete ametkondade koostöö ja tulemused võitluses narkootikumide vastu – seda näitab selgelt 2014. aastal siseministri eestvedamisel koostatud Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat.

Seega on magistritöö koostaja hinnangul narkomaania probleem, mis saab alguse sotsiaalsest keskkonnast, kasvab edasi kogukonna mureks just kuritegevuse kasvu osas ja sealt terve riigi siseturvalisuse probleemiks – kõigis neis etappides peab saama ja tehtama ennetuse osas koostööd ning vajadusel keskenduma ka kitsamatele ja üksikumatele probleemidele.

Üheks mõjusaks narkovastase võitluse vahendiks on sõltuvusravi, mida Eestis pakutakse narkomaanidele asendusainega metadoon juba kümme aastat, kuid trende statistikas sellega seonduvalt pole siiani uuritud. Narkootikumide üledoosi on aastatel 2005-2013 Eestis kokku surnud 1024 inimest, neist metadooni üledoosi tõttu on sel perioodil surnud 30 inimest. 111 inimest on surnud mitme aine segu üledoosi tõttu, kus üheks segu komponendiks on olnud metadoon. (EKEI andmebaas) Aine, mis on kasutusel sõltuvusravis asendusainena ning mille manustamine toimub kontrollitud süsteemis kindaksmääratud reeglite kohaselt, satub seega kinnisest süsteemist tänavatele, kus põhjustab üledoosisurmasid. Ühe puuduva lülina ei ole Eestis alusandmeid, et uurida, kui paljud neist surnutest olid sõltuvusravil. EMCDDA 2006. aasta aruanne uimastiprobleemi olukorrast Euroopas viitab, et Reitoxi riikide teabekeskuste 2005. aasta aruannetes teatavad paljud riigid metadooni esinemisest arvestatava osa uimastitega seotud surmajuhtumite puhul. Kasutatud terminoloogia on aga riigiti erinev ning mõnikord on raske kindlaks teha, milline oli metadooni osa surmajuhtumis. (EMCDDA, 2006)

Igatahes ei ole eelpool nimetatud üledoosisjuhtudel metadooni kasutamine kandnud oma peaesmärki – olla asendusaineks sõltlastele nende taasühiskonnastumise teel. Metadoon muutub raviainest sarnaseks narkootiliseks aineks, mis liigub tänavatel ja ei saa selliselt olla narkosõltuvuse ennetustegevuse üks komponent. Põhjuseid, miks sõltuvusravi pole oodatud efekti andnud, pole siiski põhjalikumalt uuritud. Ühe võimaliku põhjusena saab uurida metadooni mitte-eesmärgipärast kasutamist. Metadooni sõltuvusravi eesmärgiks on tagada narkosõltlastele läbi rehabilitatsiooni võimalus tagasi pöörduda normaalsesse elukeskkonda, kuid probleemiks on metadooni jõudmine illegaalsena narkootikumide turule. Tuvastades selle võimalikud põhjused, võib jõuda lähemale sõltuvusravi tõhustamisele. Kuigi uuringud näitavad, et asendusravi vähendab surmaga lõppeva üledoseerimise ohtu, on oluline jälgida metadooniga seotud surmade arvu ning uurida surmajuhtumiga seotud asjaolusid (aine päritolu, kas seda tarbiti kombineerituna muude ainetega, millises ravifaasis mürgistus aset leidis) asendusraviprogrammide kvaliteedi kontrollimise raames. (EMCDDA, 2006)

Tulenevalt eeltoodust leiab magistr töö koostaja, et narkomaania ja narkootikumidega seonduv on aktuaalne ja vajab mõnes osas põhjalikumalt uurimist. Ehkki viimastel aastatel nii Eestis kui Euroopa Liidus koostatud erinevad strateegiad rahva tervise edendamiseks käsitlevad narkomaaniaprobleemi (nt Rahvastikutervise Arengukava 2009-2020, Euroopa Liidu Narkostrategia 2013-2020), pole neis siiski tõstatatud nii spetsiifilist küsimust nagu metadoonist põhjustatud üledoosisurmad. (Sotsiaalministeerium, 2008 täiendatud 2012; Euroopa Liidu Nõukogu, 2012) Käesoleva töö autorile pakub enim huvi tõsiasi, et kõik metadooniga seotud üledoosisurmad on juhtunud väljaspool sõltuvuskliinikuid, mis tähendab, et metadoon on kättesaadav ja leviv ka nõ tänavatel.

Käesolev magistr töö otsib vastust uurimisprobleemile, miks on viimastel aastatel sõltuvusravis kasutatav asendusaine metadoon saanud tänavanarkomaanide hulgas üledoose põhjustava (sega)joobe üheks komponendiks. Töö kvalitatiivseks uurimismeetodiks on valitud poolstruktureeritud ekspertintervjuud valdkonna spetsialistidega ning valdkonda reguleerivate dokumentide (eelkõige õigusaktide) ülevaade .

Tulenevalt uurimisprobleemist on magistritöö eesmärgiks välja selgitada põhjused sõltuvusravis kasutatava asendusaine sattumise kohta väljapoole ravisutusi. Eesmärgi saavutamiseks püstitatakse järgmised uurimisülesanded:

1. Analüüsida tõendus põhiseid ennetusteooriaid metadooni kasutamise efektiivsuse osas sõltuvusravis.
2. Analüüsida metadooni raviga otseselt ja kaudsemalt kokkupuutuvate asutuste esindajatega läbiviidud intervjuude põhjal metadooni tänavale jõudmise probleemi.
3. Tulenevalt ekspertintervjuude tulemuste analüüsist teha esitatud teooriatele tuginedes järeldused ja ettepanekud tegevuste osas, mis takistaksid metadooni tänavatele jõudmist.

Töös esitatakse võimalikud lahendusvariandid takistamiseks sõltuvusravis kasutatava aine metadoon jõudmist tänavatele üheks üledoosi põhjustava segajoobe komponendina. Selleks antakse töö esimeses osas ülevaade sõltuvusravist, metadooni kasutamisest sõltuvusravis ning läbiviidud uuringutest ja analüüsist metadooni kasutamise efektiivsusest.

Töö teises osas antakse ülevaade läbiviidud 10 ekspertintervjuu tulemustest. Vastuste analüüsimisel kvalitatiivse andmeanalüüsi meetodiga tuuakse välja võimalikud ohukohad, so võimalikud kohad sõltuvusravis, kus metadoon satub selleks mitteettenähtud kasutamisse.

Lõpuks toob töö koostaja välja võimalikud tegevused, mis tema hinnangul peaksid vähendama metadooni tänavatele sattumise võimalust. Töös on kasutatud õigusaktide redaktsioone seisuga 01.04.2015.



# **1. KURITEGEVUSE ENNETUS JA SÕLTUVUSRAVI NING EESTIS KASUTATAV METADOONI SÕLTUVUSRAVI**

Käesolevas peatükis annab autor ülevaate erinevatest kuritegevuse (sh narkootikumidega seotud kuritegevuse) ennetamise teooriatest ning sõltuvusravi osast nendes. Lisaks tutvustatakse sõltuvusravi olemust üldisemalt ning Eesti kontekstis.

Ennetamise mõiste on kasutusel paljudes erinevates valdkondades nagu näiteks õnnetussurmade vältimisel või tööstuses riskide maandamisel. Sisuliselt tähendab ennetamine mingi oodatava (ja eeldatavalt negatiivse) sündmuse ärahoidmist. Kuritegevuse ennetamine on seega tegevus (või tegevuste kogum) mingi kuriteo sündmuse ärahoidmiseks.

Flowers viidanud selgele seosele erinevate ainete tarbimise ja kuritegevuse vahel (1999, p. 32). Tema hinnangul seonduvad eriti vägivallakuriteod, majanduskuriteod ja seksuaalkuriteod uimastitega, sest erinevad uuringud on näidanud, et suur protsent (autor ei täpsusta seda arvu – käesoleva magistritöö koostaja märkus) täiskasvanud kurjategijatest on teo toimepanemise ajal tarvitanud kas narkootikume või alkoholi. Töö koostaja hinnangul saab siia loetellu lisada ka varavastased kuriteod, mis sageli pannakse toime kas olles uimastite mõju all või tehes seda uimastite saamise eesmärgil.

Seega on meil kuritegevuse ennetamiseks vaja eelkõige ennetada narkootikumide tarbimist. Samas võib ju ennetus olla loogiline tegevus kuritegevuse ennetamisel meie moodsas ühiskonnas, kuid lõpuks taandub kogu tegevus siiski hinnale (Peeters, 2015).

## **1.1 Kuritegevuse ja narkokuritegevuse ennetusteooria**

Tuntud utilitarist Jeremy Bentham on öelnud, et uue kuriteo toimepanemist konkreetse isiku poolt võib ära hoida kui temalt võtta kas füüsiline võimalus uut süütegu toime panna, soov süütegu toime panna või julgus uusi kuritegusid toime panna (Bentham, 1830 ref Sepp 2008).

Seega, kui ennetusega (sh sõltuvusraviga) saab mõjutada süüteo toimepanemise soovi ehk panna puuduma füüsiline sõltuvusaine vajadus ning seeläbi puudub ka vajadus panna toime nt vargus, saab ära hoida uue kuriteo toimepanemise. Kas saab ka mõjutada kurjategija julgust uus kuritegu toime panna näiteks karistuste karmistamisega? Läbiviidud uuringu tulemused näitavad, et otsest seost karmimate karistuste ja kuritegevuse vähenemise vahel ei ole. Sama uuring viitas aga, et mõjusam ja tulemuslikum on näiteks alkoholiga seotud kuritegusid ennetada läbi alkoholimüügi litsentside poliitika. (Menendez & Weatherburn, 2015) Ehk siis tuleb igal juhul kuritegevuse ennetamiseks tegeleda kurjategija soovi, vajaduse või võimalusega uus kuritegu toime panna.

Daniel Gilling on oma klassikalises teoses „Kuriteoennetus: teooria, reeglid ja poliitika“ öelnud, et sõna **ennetus** kujutab endast tõsist probleemi, kuna see hõlmab kahte osa: ennustamist ja sekkumist. Gillingi käsitluses tuleb millegi ennustamiseks kõigepealt suuta ennustada, kus see tõenäoliselt ilmneb ja siis selles ennustatud punktis sobivaid meetmeid rakendada, kuid ennustamine ise on tema arvates sõna otseses mõttes riskantne ettevõtmine. Ennustamine selles kontekstis sõltub põhjuslikkuse teooriast ja on äärmiselt ebakindel, kui seda rakendada sotsiaalsetele konstruktidele nagu kuritegevus ja kuritegelikkus, mitte aga indiviidide käitumise ennustamisel. (Gilling, 1997)

Niisiis oleks vaja teada aega ja kohta, kus ilmselt narkootikume tarbinud inimene asub toime panema kuritegu või Benthami käsitluses asub narkootikume vajav inimene tegutsema nende saamise nimel. Inimene, kes ei käi tööl, kuid vajab narkootikumide muretsemiseks raha, läheb suure tõenäosusega seda varastama, või varastab ta midagi, mille eest saaks hiljem raha. Selle tegevuse ajaline ennustamine on ilmselt lihtsam narkootikume tarbiva inimese lähedastele – nad teavad, milline on narkomaani rahaline seis ja millal ta uut doosi vajab. Aga palju raskem on teada, millal narkootikume tarbinud inimene väljub ühiskonna moraaliireeglitest ja paneb toime kuriteo, mille osas ta ilmselt ka ise hiljem mõistlikku seletust anda ei oska.

Hilborn arutleb, kas teatud sotsiaalse sündmuse puhul on ikka kõige parem kasutada kriminaalõigussüsteemi. Ta isegi julgeb väita, et „sõda narkootikumide vastu“ on

kalliks maksma läinud läbikukkumine ja uimastite kuritarvitust oleks kõige parem käsitleda tervishoiuküsimusena (Hilborn, 2007).

Käeoleva töö autor leiab, et Hilborni selline käsitlus viitab eelkõige kuritegevuse ennetamisele läbi narkootikumide tarbimise vähendamisele (esmakordse tarbimise edasilükkamine või üldse mitte alustamine, sõltuvusravi, psühholoogiline abi).

ÜRO X kongress Viinis aastal 2000 tõi välja, et kuritegude ennetamisel on kasulik eristada nelja teemat, millest kolm taotlevad kriminaalse motivatsiooni vähendamist ning millel kõigil on oma eesmärgid ja tehnikad. Need neli kuriteoennetuses käsitletavat teemat on laste areng, kogukonna areng, sotsiaalne areng ning olustikuline ennetamine. Erinevalt esimesest kolmest, mis püüavad vähendada kriminaalset motivatsiooni, taotleb viimane kuriteovõimaluste vähendamist. (Declaration on Crime and Justice, 2000)

Nii on kuritegevuse ennetamisel väga oluline osa kurjategijat (või potentsiaalset kurjategijat) ümbritseva keskkonna ja olustiku muutmine. Seda saab teha lähtudes ühest isikust, isikute grupist, geograafilisest aspektist või hoopis tagajärgede leevendamisega alustamist. Viimase all mõtleb töö autor siinkohal eelkõige turvakodusid või muud sarnast, kuhu inimesed saavad kurjategijate eest varjuda.

Euroopa narkosõltuvuse uuringu keskus on välja toonud ennetuse erinevad strateegiad, millele tuleks ennetustegevus sihistada – keskkonnale keskenduv, universaalne, valikuline ja suunatud ennetusstrateegia. **Keskkonnale keskenduv** ennetusstrateegia on loodud muutmaks kultuurilist, sotsiaalset ja psüühilist keskkonda, milles inimesed teevad oma otsuseid narkootikumide kasutamisel. **Universaalne ennetus** on seevastu adresseeritud kogu rahvastikule, rõhuga koolidele ja kogukonnale keskendudes sõltuvusainetega seotud riskikäitumise vähendamisele just narkootikumidega esmalt kokkupuutujatele, pakkudes noortele vajalikku teavet vältimaks või edasi lükkamaks ainete kasutamist. **Valikuline ennetus** erineb teistest selle poolest, et tegeletakse spetsiifiliste gruppidega, eelkõige perekondade ja kogukondadega, kes näiteks oma sotsiaalse staatuse tõttu võivad suuremal määral sattuda sõltuvusainete kasutajaks või areneda sõltlasteks. **Suunatud (ehk tuvastatud) ennetuse** eesmärk on tuvastada isikud, kelle osas nende käitumise või psühholoogiliste probleemide tõttu on eeldada, et

sõltuvusainete kasutamine võib tulevikus nende elus probleemiks saada ning suunata sihitud ennetustegevus neile. (EMCDDA, 2010)

Seega saab järeldada, et narkomaania ennetus on suunatud eelkõige kuritegevuse vähendamisele läbi väliskeskkonna ja selle tegurite mõjutamise. Kui veel 1980datel oli narkoennetuse üheks peamiseks põhjuseks HIV/AIDS, siis eeldatavalt on tänapäeval selleks kuritegevus. Narkokuritegevuse ennetuse mõjususe osas on Marcus Roberts argumenteerinud, et narkomaanid vajavad abi enne, kui nad sõltuvusse satuvad, mitte sellepärast, et nad juba on sõltuvusse sattunud (Roberts, 2004). See on kindlasti üks ennetusmeede, läbi mille tuleb hoida narkootikumide esmatarbimist võimalikult kaugel tulevikus või tarbimisesoov hoopis kaotada.

Lisaks väidab Roberts, et soovides vähendada kuritegevust, saavutatakse parem tulemus kui selleks tegutsetakse läbi tervise ja heaolu (2004).

Euroopa Liidu Narkoennetusstrateegia 2013-2020 viitab erinevatele tegevustele, mis on vajalikud selleks, et kaitsta ja parandada ühiskonna ja üksikisiku heaolu, kaitsta rahva tervist, tagada elanikkonna kõrge turvalisuse tase ning tasakaalustatud, integreeritud ja tõenduspõhine lähenemisviis uimastite nähtusele. (Euroopa Liidu Nõukogu, 2012) Strateegia toob muuhulgas välja, et oluline tegevus eesmärkide saavutamiseks on **integreeritud ravimudelite arendamine ja laiendamine, mis hõlmaksid vaimse ja/või füüsilise tervise seotud probleeme**, taastusabi ja sotsiaalset toetust, et vastavalt parandada ja suurendada probleemsete tarbijate ja uimastisõitlaste, sealhulgas narkootikumide tarbimisega seonduvate haiguste all kannatavate inimeste tervist ja sotsiaalset olukorda, sotsiaalselt reintegratsiooni ja taastumist. (Euroopa Komisjon, 2013)

Seega on uimastiennetuse koordineerimisel jõutud siiski arusaamisele, et suurem osa sellest tuleb ära teha riikide tervishoiusüsteemides – pelgalt politseilise lähenemisega (kuritegu tuleb karistada, et hoida ära uusi kuritegusid) siin hakkama ei saa.

Brantingham ja Faust liigitasid 1976. aastal kriminaalpreventsiooni tervishoiu profülaktikamudeli põhjal kolme rühma: esmatasandi (primaarne), teise tasandi (sekundaarne) ja kolmanda tasandi (tertsiaalne) preventsioon (Brantingham & Faust,

1976 ref Graham & Bennet, 1998). Esmatasandil pööratakse tähelepanu keskkonnale – planeeringud, elanike toimetulek jms, teine tasand keskendub neile, kellel on kalduvus saada õigusrikkujaks ning kolmanda tasandi preventatsioon tegeleb juba õigusrikkumise toimepannud isikuga. (Graham & Bennet, 1998)

Esmatasandi kriminaalpreventsiiooni olulisust näitab ka Liverti ja Winicki uuring, milles ühe näitena tuuakse välja seik, kus juulis 1998 teatas New Yorki linnapea Rudolph Giuliani, et kõik linna rahastatavad sõltuvuskliinikud suletakse, sest soovitakse ravialuseid julgustama eluks ilma medikamentideta. Ta käskis kõigil linna 2100 sõltuvusravi patsiendil liikuda 90 päevaga medikamendivabale režiimile. Pool aastat hiljem tunnistas ta, et see otsus oli viga ning ta suurendas sõltuvuskliinikute eelarvet, et neid uuesti avada. Ta põhjendas oma otsust sellega, et ravi on efektiivsem, kui seda on inimesel mugavam saada. (Livert & Winick, 2006) Samuti viitab sõltuvuskliinikute asukoha olulisusele uuring, mis keskendus kliinikute asukohtadele. Uuringu tulemused toovad välja, et sõltuvuskliiniku positiivne asukoht (eelkõige tema „puhas“ naabruskond) omab innustavat mõju kliinikus toimuvale. Kui ümbruskond on nt kuritegelik või on seal väga palju sisserännanuid, siis seost sõltuvusravi halvenemisega ei leitud. Seega tuleb teadmisi ümbruskonna mõjust sõltuvuskliiniku tegevusele samuti arvesse võtta, kui planeeritakse sõltuvuskliiniku asukohta või raviplaani. (Young Ik Cho, 2013)

Käesoleva töö autor on ühel meelel Brantingham ja Fausti liigitust kritiseerinud teadlase van Voorhisiga, kes viitab sellele, et kui elukeskkonna, riskirühmade ja õigusrikkujate määratlemine sihtrühmadena on selge ja arusaadav, jääb ometi selgusetuks, kas õigusrikkumise ärahoidmiseks peab tegutsema politsei või üldsus või potentsiaalne kannatanu (Voorhis, 1986 ref Graham & Bennet, 1998). Seega on käesoleva töö autor seisukohal, et uimastisõltuvuse ennetamisega tuleb tegeleda komplekselt ja väljapool politseilist tegevust. Eriti, kui me räägime sõltuvuskliinikute avamisest nende asukoha valikust.

Uimastiennetuse valge raamat jagab sõltuvusravi Eestis selgelt ennetustegevuseks ning deklareerib, et mitme sektori koostööl põhineva ja Sotsiaalministeeriumi koordineeritud narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 (NERS) üldine eesmärk – narkootikumide vähenenud pakkumine ja nõudlus ning toimiv ravi- ja

rehabilitatsioonisüsteem sõltlastele, millest tulenevalt on vähenenud tarbimisest tulenev kahju – jäi saavutamata. (Siseministeerium, 2014; Sotsiaalministeerium)

Eesmärkide täitmata jätmise põhjusteks olid ühelt poolt nii inimressursside kui rahaliste vahendite vähesus, teisalt ka strateegia koordineerimise ning erinevate osapoolte koostöö probleemid.

Töö autor märgib siinkohal, et Brantinghami ja Fausti ennetusteoorias (Brantingham & Faust, 1976 ref Graham & Bennet, 1998) asetub Eestis kasutatav metadooni sõltuvusravi kolmanda tasandi preventsooniks ehk siis tegevusteks, mis on seotud juba õigusrikkumise toimepannud isikutega. Töö autorile teadaolevalt pole Eestis analüüsitud võimalust aga ravida esmajärjekorras neid, keda veel aidata annab – nt alaealised jm. Eestis valitud uimastiennetuse strateegia keskendub põhiliselt inimestele, kes on oma sõltuvuse juba nii kaugemale viinud, et on oma tervise pöördumatult rikkunud ning saavad/suudavad ennast elatada ainult kuritegudega. Käesoleva magistritöö koostaja hinnangul võib see aga olla üks vastus Uimastiennetuse valges raamatus viidatud eesmärkide täitmata jätmise ühele põhjusele.

Rahvastikutervise arengukava 2009-2020 toob välja valdkonna arendamisel ühe probleemina, et sõltuvusest vabaneda aitavate tugiteenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele ja et tugiteenused sõltlaste lähedastele ei ole piisavalt kättesaadavad. Probleemide lahendamisele aitab strateegia koostajate arvates abivajajatele **kvaliteetse sõltuvusalase nõustamise, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuse tagamine.** (Sotsiaalministeerium, 2009)

2005. aastal koostatud ülevaade narkokuritegevuse vähendamise strateegiatest viitab 2002. aastal pakutud neljale põhilisele tegevussuunale (Euroopa Liidu Nõukogu, 2004):

- 1) ennetada noorte poolt narkootikumide tarbimist,
- 2) vähendada narkootikumide kättesaadavust tänavatel,
- 3) vähendada narkootikumidega seotud kuritegusid ning
- 4) vähendada narkosõltlaste arvu.

Kolmas tegevus on suuresti seotud kogukonnakeskse poliitikaga, mida peab toetama riik, et saavutada püstitatud eesmärgid. Neljanda tegevuse raames tuleb riigil panustada sõltuvusaine ravis, et suurendada ravialuste arvu. Strateegiadokument loob piltliku

seose: iga nael, mis panustatakse sõltuvusravisse, hoiab kokku kolm naela, mis kulutatakse kriminaalmenetluses. (Bennett, *et al.*, 2005)

Käesolev magistritöö lähtub seega eeltoodud teooriatest, et **kuritegevuse vähendamiseks on oluline tegeleda kurjategijatega, kelle kuritegude toimepanemise ajendiks on vajadus uue narkootikumi doosi järele**. Kui tegeleda selliste sõltlastega nende vajaduste vähendamiseks (sõltuvusravi) või muuta nende tegevuskeskkonda (raviasutused) või püüda muuta nende hoiakuid (sotsiaalne ja psühholoogiline tugi), siis annab selline lähenemine kuriteoennetuses parima tulemuse.

## **1.2 Sõltuvusravi ja metadooni sõltuvusravi kuritegevuse ennetuse osana**

**Uimastisõltuvus** on progresseeruv ning tihti fataalne haigus, mida on võimalik ravida. Sõltuvust iseloomustab nõrgendatud kontroll uimastavate ainete tarvitamise kestuse, koguse ja tarvitamise viiside üle, tähelepanu keskendumine muudelt eluvaldkondadelt narkootikumide hankimisele ja tarvitamisele, narkootikumide tarvitamine vaatamata nende negatiivsele mõjule organismi funktsioonidele ning mõtlemisprotsessi häirele. Uimastisõltuvuse probleemi efektiivne käsitlemisviis on ravi võimaldamine narkosõltlastele, mis loob võimaluse narkootikumidest loobumiseks ning stabiilse ja kauaaegse remissiooni saavutamiseks, luues sellega omakorda eeldused järgneva täielikuks sotsiaalseks reintegratsiooniks. (Sotsiaalministeerium, 2012)

Samas on Vito ja Maahs viidanud, et uimastitarbimine võib suurendada kuritegevust ka sellega, et nende tarbijatele saab teada seos: riskantne elu vs õiguskuulekus või kiire raha vs madalalgaline päevatöö (2012, p. 354). Töö autor asub siiski seisukohale, et olles välja toonud sellise võimaliku seose, saab selles ahelas kuritegevust ennetada puhtalt politseiliste vahenditega. Olles pannud toime kuriteo, mis oma olemuselt pole mitte ajendatud uuest doosist vaid kiirest tulutoomise võimalusest, tuleb kurjategijat karistada ja need karistused peavad olema tõhusad (st karmid). Kuid antud töös keskendutakse siiski uimastisõltlaste endi poolt toime pandud kuritegevuse ennetamisele.

Enam-vähem sarnasele seosele on jõudnud ka Goldstein, kes on viidanud, et uimastite tarbimise ja kuritegevuse vahel saab välja tuua seoseid kolmel tasandil: psühhofarmakoloogiline, majanduslikkompulsiivne ja süstemaatiline (1985 ref Jones, 2013, lk 295). Esimese puhul pannakse kuritegu toime mingi aine mõju all; teisel puhul pannakse kuritegu toime seetõttu, et keegi, kes rahastab uimastidoosi, seda käsib ja kolmas tasand hõlmab endas organiseeritud kuritegevust. Käesolevas töös keskendutakse selgelt Goldsteini käistluses psühhofarmakoloogilisele tasandile, mis keskendub aine tarbimisele ja selle mõjule inimesele.

**Sõltuvusravi tõhususe** kohta kuritegeliku käitumise vähendajana on tõestatud, et kõige efektiivsem on kriminaalse käitumise vähendamisel sõltuvusravi kombineeritud ravirühmadega, hilisema järelevalve ja hooldusega (Parker & Kirby, 1996). Ravirühmade kasutamisel, kui võeti arvesse nii fikseeritud kui juhuslikku valimit, täheldati kuritegevuse vähendamist 60-62 % uuritud juhtudest, kuid hilisema järelevalve ja hoolduse kombinatsioon andis positiivse tulemuse vaid fikseeritud valimit kasutades (Bennett, *et al.*, 2005).

Liverpoolis üheksakümnendate algupoolel läbi viidud uuringus kasutati sõltuvusravi (asendusainega metadoon) andmeid (ca 1000 isikut), küsimustikke ja intervjuusid sõltuvusravis osalenutega ja mitteosalenud heroiniisõltlastega naabruskonnas. Uuring keskendus sõltuvusravi otsesele mõjule piirkonna kuritegevuses ning põhiline hüpotees oli, et sõltuvusravis osalenud isikud mõjutavad kuritegevuse vähendamist piirkonnas ja mõjutavad omakorda niimoodi politsei tööd. (Parker & Kirby, 1996)

Tulemused on esitatud tabelites 1 ja 2, kust nähtub otsene seos narkootikumidele kulutatava raha, kuritegevuse ja metadooniravil viibimise vahel.



Tabel 1. Liverpoolis läbiidud uuringus osalejate poolt ühes nädalas narkootikumidele kulutatav rahasumma metadooni sõltuvusravis osalejate ja seal mitteosalejate osas (Parker & Kirby, 1996; autori poolt koostatud)

<b>Narkootikumidele kulutatav raha (nädalas)</b>	<b>Metadooniravil olevad isikud (167)</b>	<b>Väljapool ravi olevad isikud (102)</b>
Mitte midagi	20%	1%
1-50 naela	38%	10%
51-100 naela	23%	12%
101-200 naela	10%	19%
201-500 naela	9%	36%
Üle 500 naela	1%	21%

Tabelis 2 on toodud rahastamisallikad, millised olid kasutusel uuringu fookusgrupis – metadooniravil viibivad ja seal mitteviibivad inimesed. Kui pea igas vaadeldud rahastamisallika lõikes on metadooniravi saavate inimeste osas käitumine ühiskonnas aktsepteeritava taseme suunas, siis laenude ja krediidi võtmise osas on metadooniravi saavate isikute hulgas kõrgem. See on otseselt seotud nende maksejõulisusega ja nende töökohtadega.

Tabel 2. rahastamisallikad narkootikumide ostmiseks Liverpoolis metadooniravil viibijate ja seal mitteviibijate osas (Parker & Kirby, 1996; autori poolt koostatud)

<b>Narkootikumidele kulutatava raha allikas</b>	<b>Metadooniravil olevad isikud (205)</b>	<b>Väljapool ravi olevad isikud (103)</b>
Enda sissetulek (palk)	16%	7%
Toetused	85%	85%
Perekond, elukaaslane	12%	5%
Narkootikumide vahendamine, müük	1,5%	10%
Sissemurdmised, vargused, röövid	15%	59%
Prostitutsioon	3%	18%

Aastatel 1999-2000 viidi Austraalias läbi uuring, mis keskendus metadooniravi mõjule piirkonna kuritegevuse ennetamisel. Sarnaselt Liverpoolis läbiviidud uuringule leiti

isikute andmete analüüsi tulemusel, et ametlikud kuriteoavaldused vähenesid nende isikute lõikes, kes olid metadooniravil võrreldes isikutega, kes seda ei olnud. Uuringu tulemused väidavad, et iga 100 isiku kohta, kes viibis metadooniravil, vähenes piirkonnas kuritegevus 12 röövi võrra, 57 sissemurdmise võrra ja 56 mootorsõiduki ärandamise võrra. (Lind, *et al.*, 2004)

Eestis koostas Põhja prefektuuri analüüsitenistus memo 2014. aasta varguste toimepanemise osas narkotarvitajate poolt. Välja toodud andmete põhjal võib järeldada, et Põhja prefektuuri territooriumil on narkomaanid pannud 3 aasta ja 20 kuu vältel toime pea 50% vargustest.

Analüüsi meetodiks oli PPA-s kasutusel oleva andmelao ALIS andmekaeve, mille tulemusel leiti uuritava perioodi kohta (01.01.2011-22.10.2014) **14 143** varguse juhtumit (juhtumid, mis kvalifitseeriti karistusseadustiku § 199 järgi), milles on kindlaks tehtud isik, kes on varguse toime pannud. Võrdluses kasutati valimis olevate aastate 9 kuu andmeid.

Tabel 3. Narkomaanide osakaal varguse toimepannud isikutest 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Vargusi toimepannud isikud (korduvusega)	3105	2997	2766	2657
Narkotarvitajate osakaal neist	1458	1440	1247	1390
Kokku protsent	47%	48%	45%	52%

Tabelist 3 on näha, et alates 2011. aastast on vargusi toimepannud isikute arv pidevalt langenud (2014. aastal võrreldes 2013. aastaga -4%). Kuid varguse toimepanijatest narkoaine tarvitajate osakaal on kasvanud, olles 2014. aastal nelja aasta võrdluses kõige kõrgemal tasemel (52%). Kui siia hulka arvestada kõik narkosüüteod (st väärteod ja kuriteod) tõuseb vastav protsent 53%-le, aastate dünaamika aga sellest oluliselt ei muutu.

Sarnaselt eeltoodud välisriikide analüüsidele, pole Eestis uuritud eelnevalt kirjeldatud isikute tegevust peale nende liitumist metadooni sõltuvusravi programmiga (Eestis

puudub isikustatud ravi). Seega siis ei saa siinkohal välja tuua, kas kontrollitud ravi vähendab oluliselt kriminaalset tegevust ka Eestis.

Sõltuvusravi on oluline osa riikide narkomaanivastasest võitlusest klassifitseerides põhiliselt ennetustegevuse alla – eesmärgiks on, et sõltlased ei satuks peale edukat ravi tagasi tänavale uusi kuritegusid toime panema. Eesmärgi saavutamiseks tuleb silmas pidada, et sõltuvusravi efektiivsus on seotud tugevalt selle kompleksusega: peale lihtsalt ainest võõrutamise peab sõltuvusravil olevale inimesele pakkuma ka taasühiskonnastumisele aitavaid tegevusi. Inimene peab peale sõltuvusest vabanemist suutma ka sellest vabaks jääda, oluline osa selles süsteemis on tema võimekus peale ravi lõppemist lülituda ühiskonda selle täieõigusliku liikmena – elukoht, töökoht, paranenud tervis.

Sõltuvusravi on käsitletav komplekselt narkoennetustegevuses ning sõltuvusravi eesmärk on asendada ebaseaduslike opiaatide tarvitamist, et pakkuda patsiendile stabiilset elustiili, samuti et narkomaanid ei paneks toime kuritegusid ja suudaksid normaalsesse ellu tagasi pöörduda (Xiao, *et al.*, 2011). Seetõttu käsitlevad riigid sõltuvusravi uimastikuritegude ennetuse süsteemi ühe osana. Vastavasisulised uurimistööd on läbi viidud nii Ühendkuningriigis, Austraalias, USA-s jm.

Sõltuvusravi võib mõista kui sõltuvusest vabaks saamist, aga samas tuleb aru saada, et sõltuvusi on erinevaid ning nad vajavad erinevat käsitlust (Gossop, 2001). Igasugune sõltuvus uimastitest on käesoleva töö autori seisukohast teatud sotsiaalse või ühiskondliku kombinatsiooniga seotult, absoluutne tõuge kuritegevusele. Olgu selleks siis vajadus uue uimastidoosi järele, uimastite mõju all kuriteo toimepanek või lihtne soov kiiresti rikastuda. Kindlasti saab aga jaotada uimastisõltlased nende poolt tarbitavate ainete järgi erinevatesse gruppidesse.

Siegel on viidanud, et uimastisõltuvuse ja selle ennetamise kontekstis tulebki niisiis mõelda ka erinevatele uimastitele (2009, p. 423). Tema käsitluses on ühe põhjusena, miks inkrimineeritakse mingite kindlate ainete kasutamist see, et oletatakse seost uimastite kasutamise ja kuritegude toimepanemise vahel.

Käesolevas magistritöös käsitleb autor **sõltuvusravil taasühiskonnastumise eesmärgil kasutatavat asendusainet metadoon peaaeglikult opiaadisõltlaste (heroïini ja fentanüüli) osas**. Metadoon on ulatuslikumalt kasutatav meditsiinis eelkõige vähihaigete valuvaigistava komponendina, sest metadoon on efektiivne valuvastane opioidid, mida kasutatakse väga tugevate valude korral (Walker, *et al.*, 2008). Seega on sõltuvusravis kasutatav aine oma olemuselt seotud kindla uimastitarbijate rühmaga.

Metadooni kasutamise algusajaks võib ilmselt lugeda 1964. aastat, mil Vincent Dole hakkas uurima metabolismi iseärasusi heroïini kasutajatel. (Tervisearengu Instituut, 2008) Uuritavateks subjektideks olid kaks pikaajalist heroïinsõltlast, kes olid apaatsed, sisustades oma päeva peamiselt televiisorit vaadates. Kui neile hakati manustama metadooni, ilmnes neil tahteaktiivsuse tõus ja järgmine heroïini annus ei olnud neil enam nii tähtis, kui varem. Saadud tulemused julgustasid uurijaid eksperimenti laiendama ja tulemus oli paljutootav – patsiendid naasid igapäevasesse ellu. (Goldstein & Wilmarth, 1974)

Toodud näide muutis katse läbiviijad optimistlikeks ning põhistas arusaama, et metadooni kontrollitud manustamisega on võimalik inimestel uimastisõltuvusest vabaneda. Metadoon ise on meditsiinilises mõistes nõrk opiaat, mis imiteerib küll organismis opiaatide (nt heroïin) mõju, kuid seda ilma eufooria ilminguteta ja ilma järelmõjudeta (Retting & Yarmolinsky, 1995). Seega on metadoon sünteetiline opioidanalgeetikum, mida kasutatakse opiaadisõltuvuse asendus- ja võõrutusravis (Inturrisi, 2005) ning kroonilise valu ja opiaatide sõltuvuse asendusravis (Bull & Chhabra, 2008). Metadoonil on mitmeid manustamise viise (tabletid, vedelik, suspensioon) ja tema omaduse tõttu mõjuda pikaajaliselt, saab teda manustada pikemate ajavahemike tagant (8 ja 12 tundi). Metadoonil on aga halb kuulsus heroïini sõltlaste ravimina ja seetõttu on meditsiiniteadlastele parajaks väljakutseks väita, et ta on hea ja efektiivne mitmete farmakokineetiliste ja –dünaamiliste haiguste ravil. Siiski leitakse, et metadooni tuleks kasutada ka laiemalt väljapool haiglat ning müütide murdmiseks nagu oleks metadoon seotud heroïinisõltlastega, on vajalik koolitada nii haiglapersonali kui koduhooldusega tegelevaid inimesi. (Gallagher, *et al.*, 2003)

Seega läheb metadooni kasutamise algus sõltuvusravis tagasi 50 aasta tagusesse aega, mil FDA poolt 1970datel alustati ja rakendati süsteemi, kus patsiendid viibisid teatud

aja ravist kliinikus ja teatud aja ravist kodus. Wilmarth ja Goldstein (1974) on koostatud ülevaates toonud välja, et just oma omaduste tõttu sobis metadoon sellisesse sõltuvusravi skeemi hästi. Tuvastatud positiivne mõju kuritegevusele muutis sõltuvusravi osaks uimastiennetuse strateegiatest, et vähendada eelkõige narkosurmade arvu ning võimalusel ka reaalsete narkomaanide hulka, kes panevad uue doosi saamise nimel toime kuritegusid. Riigiti võib sõltuvusravi komplekssus, ülesehitus ja sihtrühmad erineda, kuid metadoon on aine, mida kasutatakse kindlalt nii meditsiinisüsteemis kui ka asendusainena sõltuvusravis.

EMCDDA 2006. aasta aruanne uimastiprobleemi olukorrast Euroopas toob välja, et metadooni asendusravi heroiniitarvitajatele võeti Euroopas esimesena kasutusele Roots (1967), Madalmaades ja Ühendkuningriigis (1968) ning Taanis (1970). (EMCDDA, 2006) Seega on metadooni sõltuvusravi uimastiennetuse osana olnud Euroopas kasutusel üle 30 aasta (peale eelnimetatute Itaalias alates 1975, Hispaanias 1983, Saksamaal 1992 ja Prantsusmaal 1995).

EMCDDA 2005. aasta raporti kohaselt sai 2003. aastal Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt pool miljonit opioidide tarvitajat, mis on üks kolmandik hinnanguliselt 1,5 miljonist probleemsest opioiditarvitajast (EMCDDA, 2005).

Sõltuvusravi sisaldab mitmeid erinevaid praktikaid ja protseduure, mida kasutatakse riigiti erinevalt ning mis on mõeldud saavutamaks erinevaid eesmärke. Kõige lihtsamal tasemel on sõltuvusravi eesmärk puhastada inimene sõltuvusest. Peale inimese vabastamist sõltuvusest on aga järgmine väljakutse tagada see, et inimene ei hakkaks uuesti narkootilisi aineid tarvitama. Narkosõltuvuse ravi sisaldab endas väga suurt spektrit erinevaid tegevusi, mis varieeruvad oma sisult, pikkuselt, intensiivsusest, eesmärkidelt, pakkujatelt ja sihtrühmalt. (Gossop, 2001)

Sõltuvusravi, millega puhastatakse inimene uimastite füüsilisest sõltuvusest, on seega efektiivne ja tulemust andev ennetusmeetod kombineeritult sotsiaalse keskkonna ja psüühilise abiga. Inimese taasühiskonnastumisel peab ta esmalt vabanema füüsilisest painest ning seejärel saama tuge ja teadmisi oma „uue eluga“ hakkama saamiseks.

### 1.3 Ülevaade riikide metadooni sõltuvusravist, sh Eestis

Metadooni kasutatakse opioidide (põhiliselt heroini) asendusraviks (Gallagher, *et al.*, 2003), kuid Eestis jagatakse seda ka fentanüüli tarvitavatele isikutele. TAI andmetel hakati sõltuvusravi käigus asendusravimina metadooni Eestis narkomaanidele jagama 1999. aastal AS Wismari Haigla poolt. Sel ajal oli metadoon kasutusel heroinitarvitajate sõltuvusravil, kuid magistritöö autori teadmisel jõudis fentanüül Eesti narkoturule 2002. aasta aprillikuus (magistritöö autor töötas sellel ajal Põhja prefektuuri narkokuritegude talituses) ning siis alustati metadooni kasutamist ka fentanüüli sõltlaste ravis.

Fentanüül ise on meditsiinis kasutatav valuvaigistava toimega opioid (Gallagher, *et al.*, 2003), mille kasutamisega meditsiinilistel eesmärkidel on seotud vähemalt ühel juhul sarnane probleem nagu töö autori hinnangul Eestis metadooni kasutamisega. Florida Ülikooli Meditsiinikolledži uuring on toonud välja valuvaigistavate fentanüüliplaastrite kuritarvitamise: 2004. aastal suri Floridas 115 inimest plaastrite tarvitamise tagajärjel. Kuidas täpselt ohvrid plaastritele ja nende sisule ligi pääsesid, pole alati olnud selge: retseptiga väljaostetud ravim anti edasi sõltlasele, retsept ise müüdi maha tänaval, ebaausad meedikud kirjutasid valeretsepte sõltlastele ja oli juhuseid, kus retseptid olid varastatud. (The Brown University, 2005) Seega sattus legaalne aine legaalsest süsteemist illegaalsena narkoturule, kus ta põhjustas üledoosisurmasid.

1974. aastal oli USAs kasutusel järgmine metadooni sõltuvusravi skeem, mida kasutatakse osaliselt ka tänasel päeval. (Goldstein & Wilmarth, 1974) Selle kohaselt pidi enne ravi alustamist veenduma, et isiku osalemine raviprogrammis on vabatahtlik. Tõenäoline patsient pidi olema olnud vähemalt kaks aastat sõltuvuses kas heroiinist või morfiinist ning olema seda ka ravi alustamise hetkel. Selle tingimuse tõendamiseks kontrolliti ärajääma sündroomi olemasolu (nina verejooks, pisaratevool, kananahk ja pupillide laienemine), võeti uriiniproov morfiinile (peaks olema positiivne) ning veenduti süstlajälgede olemasolus. Lisaks oli üks olulisemaid kriteeriume see, et patsiendi vanus pidi minimaalselt olema 18 (või 16, kui isikul on õiguslik esindaja või tema suunajaks on kohus).

FDA tingimused koju kaasa antava metadooni osas olid järgmised (Goldstein & Wilmarth, 1974): programmis alustav patsient peab 90 päeva käima kuuel päeval nädalas kliinikus ning saab koju kaasa ühe päeva doosi, peale selle aja möödumist peab patsient käima kliinikus kohal kolmel päeval nädalas ning saab koju kaasa maksimaalselt kahe päeva doosi ning peale kahe aasta möödumist programmis osalemisel, võib patsient külastada kliinikut kahel päeval nädalas ja saada kaasa koju maksimaalselt kolme päeva doosi. Kaasa antav metadoon oli vedelal kujul ja lastekindlates spetsiaalsetes konteinerites ning maksimumdoos, mida koju kaasa anti, oli 100 mg metadooni.

EMCDDA 2006. aasta raportis rõhutatakse, et aastatel 2000-2005 pöörasid paljud Euroopa riigid enam tähelepanu sõltuvuse ravile, laiendades asendusravi võimalusi ja vähendades piiranguid ravile pääsemiseks. (EMCDDA, 2006) Kunagi varem polnud ravisüsteem jõudnud nii paljude uimastitarvitajateni. Paljud, ehkki mitte kõik, vajasisid ja vajavad lisaks sõltuvuse ravimisele muudki toetust ning paljud vajavad ka nn madala läve programme (teenused, mis ei sea selle tarbijale mingeid tingimusi, sh uimastite tarbimisest hoidumist), samuti ulatuslikku tuge ühiskonda taasintegreerumiseks.

Uimastiennetuse Valge raamat aastast 2014 nimetab uimastitarvitamise vähendamise poliitika peamiseks eesmärgiks Eestis narkootikumide tarvitamist püsivat vähendamist ja sellest tingitud ühiskondliku kahju vähendamist. Selle peaesmärgi saavutamiseks tegutsetakse kolmes peamises mõjusuunas, millest kolmas on uimastisõitlaste abistamine tervenemisel. Selle alamsüsteem 5: sõltuvusravi ja taastusabi süsteemi eesmärk on pakkuda ravi sõltuvusse sattunud narkomaanidele ja seeläbi vähendada uimastite nõudlust. Süsteem hõlmab narkomaaniaravi erinevaid teenuseid statsionaarsest võõrutusravist kuni erinevat liiki ambulatoorse nõustamiseni. (Siseministerium, 2014, p. 14)

Sõltuvusravi annab seega soovitud tulemuse – narkootikumide sõltuvusest vabanenud ja taasühiskonnastunud inimene – vaid siis, kui selles pakutakse lisaks meditsiinilisele toele (aine vahetab välja aine) ka psühholoogilist ja sotsiaalset tuge. Eesmärgiks on ju saada narkootikumidest vaba inimene, kes on suuteline ise ühiskonnas hakkama saama, et seeläbi ennetada narkokuritegevuse levikut. Sõltuvusravi on seetõttu oma

komplekssuselt keeruline, lisaks meditsiinipoolele tuleb seal tegeleda pidevalt inimese psüühika ja sotsiaalsete oskustega.

TAI nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja Aljona Kurbatova (2015) sõnul võeti Eestis metadoon opioidsõltuvuse võõrutusravis kasutusele AS Wismari Haiglas 1999. aastal. Metadooni kasutati võõrutusravis aastani 2001, peale mida hakati teostama metadoonil põhinevat pikaajast asendusravi. Metadooni asendusravi teenuse laiendamine toimus 2003. aastal Ülemaailmse AIDS-i, Tuberkuloosi ja Malaariaga Võitlemise Fondi rahastusel (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*). Täna osutavad metadooni asendusravi ambulatoorse psühhiaatria tegevusluba omavad tervishoiuasutused Tallinnas, Ida-Virumaal ning Tartus. Teenust rahastab Tervisearengu Instituut Riikliku HIV ja AIDSi strateegia vahenditest. (Kurbatova, 2015) Lisaks märkis täpsustavas kirjavahetuses A. Kurbatova (2015): „OÜ Tervisekeskus Elulootus väidab, et alustas metadoonil põhineva ravi osutamise juba aastal 1997, kuid tol ajal võisid seda teenust vastavalt kehtivale sotsiaalministri määrusele (kehtiv 1998-2002) alustada ainult nn III etapi psühhiaatria haiglad. OÜ Tervisekeskus Elulootus seda ei olnud, seega ta seda teenust iseseisvalt pakkuda ei saanud. Seetõttu me ei arvesta aastat 1997, kui teenuse osutamise algust Eestis“.

Hetkel on Eestis TAI poolt kinnitatud metadooni asendusravi teenusekirjeldus (Lisa 1), mis annab ülevaate selle ravi olemusest ning soovitud tulemustest. See dokument on aluseks sõltuvuskliinikutele nende tegevuses. 2013. aastast pärineb ka opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll, mis on 2008. aasta teenusekirjelduse täiendatud versioon (lisatud on teoreetiline osa). Sõltuvuskliinikud kasutavad oma tegevuses aga põhiosas varasemat dokumenti. Mõistmaks järgmises peatükis antavas ülevaates läbiviidud ekspertintervjuude tulemusi, esitatakse järgnevalt ühe esimestena kinnitatud metadooni sõltuvusravi skeem võrdluses Eestis kasutatava raviskeemiga.

Eestis kasutatakse metadooni sõltuvusravikliinikutes vaid vedelal kujul, kuid sõltuvuskliinikutega koostööd tegevad raviasutused väljastavad arsti retsepti alusel metadooni ka tablettidena. Manustatuna kas vedeliku või tablettina, sureb Eestis igal aastal keskmiselt 8 inimest metadooni üledoseerimise tõttu (EKEI statistika), mis



tähendab, et kas metadoon pääseb sõltuvusravi süsteemist illegaalsena narkoturule või tarvitavad ravialused lisaks metadoonile muid narkootilisi aineid.

2008. aastal TAI poolt koostatud metadooni asendusravi teenusekirjeldus näeb ette olulise asjaoluna koguda piisavalt andmeid patsiendi seisundi, sõltuvuse iseloomu ja ravi läbiviimist mõjutavate taustategurite osas. Kliendi uurimine peaks sisaldama uimasti tarvitamise detailset anamneesi, üldmeditsiinilist ja psühhiaatrilist anamneesi, pere ja sotsiaalselt anamneesi, õigusrikkumiste anamneesi ning objektiivset uurimist. (Tervisearengu Instituut, 2008)

Meditsiinilised näidustused metadooni asendusravi teenuse osutamiseks on esmajärjekorras ravile raskelt alluv opiaadisõltuvus (korduvad ebaõnnestunud võõrutuskatsed), opiaadisõltuvus koos kaasneva muu psüühikahäirega või opiaadisõltuvus koos HIV-nakkusega. Kliendi vanus peab olema vähemalt 20 eluaastat ja tõestatud opiaatsõltuvuse anamnees peab olema vähemalt viis aastat, erandeid võib teha komisjoni poolt nendele, kellel raviks erinäidustused (HIV, rasked sotsiaalsed ja psühholoogilised probleemid jms). Oluline on ka see, et klient on võimeline mõistma ja täitma ravilepinguga seatud tingimusi. (Tervisearengu Instituut, 2008)

Kui klient on asunud sõltuvusravis metadooni manustamisele asendusainena (nt fentanüülile), siis tuleb tal kindla regulaarsusega käia psühhiaatri (1-2 korda kuus) ja sotsiaaltöötaja (1 kord kuus) vastuvõttudel ning osaleda regulaarselt grupiteraapias vastavalt vajadusele. (Tervisearengu Instituut, 2008)

Metadooni manustamise kohta väljapool tervishoiuasutust teeb otsuse sama komisjon, mis võtab kliendi ravile, põhjendades oma otsust kirjalikult. Eeltingimuste hulgas on muuhulgas ka, et metadooni asendusravi kestvus on mitte vähem kui viis kuud ning asjaolu, et ravi vältel ei ole täheldatud illegaalsete narkootikumide tarbimist (uriini analüüsid narkootikumidele on korduvalt negatiivsed). Seega on võimalik eeltoodud tingimustel saada raviasutusest metadooni endaga kaasa, et manustada seda mitte järelevalve all. Metadooni antakse sellisel juhul manustamiseks väljapool tervishoiuasutust mitte rohkem kui kuni kaheks päevaks ühel korral nädalas (välja arvatud isikutele, kes viibivad kinnipidamisasutustes). Päevane annus metadooni antakse välja ainult vedelal kujul iga päeva jaoks eraldi flakoonis ning seda

väljastatakse ainult kliendile või tugiisikule, kelleks on narkootikumide mittetarbivad vanemad, abikaasa või muud lähedased sugulased (nt vanavanemad). Metadooni ei väljastata kliendi niisama sõpradele, tuttavatele. (Tervisearengu Instituut, 2008)

Kui on tuvastatud metadooni mittesihipärane kasutamine (müük või jagamine kõrvaliste isikutega), lõpetatakse koheselt metadooni väljastamine koju ja ravikomisjon otsustab asendusravi katkestamise põhjendatuse üle. (Tervisearengu Instituut, 2008).

Magistritöö koostaja juhib siinkohal tähelepanu, et sõltuvuskliinikutel tuleb metadooni mittesihipärase kasutamise tuvastamisel sellest koheselt teavitada ka politseid. Metadooni seesugune käitlemine (raviasutusest välja viimine ja selle edasi andmine kõrvalisele isikule) on karistusseadustiku kohaselt käsitletav kui narkootilise aine ebaseaduslik edasiandmine või vahendamine edasiandmise eesmärgil. Kui raviasutused seda ei tee, siis võivad nad sisuliselt jätta teatamata I astme kuriteost ja pannevad sellega toime teo, mis on samuti käsitletav kuriteona (Karistusseadustik, 2015; § 307).

Nagu autor sissejuhatuses viitas, pole ükski üledoosisurm mida põhjustab metadoon (või siis osaleb metadoon ühe komponendina üledoosi tekitava aine segus), juhtunud sõltuvuskliinikus. Kuid kümne aasta jooksul on meil selliseid surmasid Eestis olnud 141, mis moodustab kogu üledoosisurmade arvust peaaegu 14% (EKEI statistika). EMCDDA 2006. aasta raporti kohaselt teatas Taani, et metadoon oli mürgistuse põhjustajaks (ükski või kombineerituna muude ainetega) 44% surmajuhtumite puhul 2004. aastal (95 juhul 214-st), aasta varem oli selle osakaal samaväärne, kuid 1997. aastaga võrreldes oli tegemist selge tõusuga. (EMCDDA, 2006) Saksamaa teatas, et 345 surmajuhtumit olid põhjustatud asendusainetest (2004. a esinesid need 46 juhtumi puhul ükski ja 299 juhtumi puhul koos muude uimastitega), 2002. aastaga võrreldes oli tegemist selge langusega. Ühendkuningriik teatas 216-st surmajuhtumist, mille puhul mainiti metadooni (2003. a Inglismaal ja Walesis), ka siin oli 2002. aastaga võrreldes tegemist selge langusega. Hispaania teatas, et mõne üledoseerimise juhtumi puhul esines metadoon ükski (2%), kuid sageli esines seda kombineerituna opioididest põhjustatud surmade (42%) ja kokaiinist põhjustatud surmade (20%) puhul. Teised riigid metadooniga seotud surmajuhtumitest ei teatanud või siis olid esitatud näitajad väga madalad. Ei ole teada, millised tegurid selliseid erinevusi põhjustavad või kas

mõnede riikide puhul võib olla tegemist mittetäielike andmete esitamisega. (EMCDDA, 2005)

Sarnase probleemiga on kokku puutunud ka näiteks USA: 2005. aasta Põhja-Carolina Tervisekeskuse meditsiinistatistika näitab, et 892 üledoosi surmajuhtumist 191 juhtumit oli seotud otseselt metadooniga (kuigi mitte asendusravis olevate isikutega) ning 102 juhtumit olid seotud fetanüüliga. Metadoon oli 174 korral juhtudest seotud mõne teise ainega (kuid nn põhiainena). (Hirsch, *et al.*, 2014)

Eestis pakuvad metadooni sõltuvusravi seitse asutust (TAI kodulehekülg), mille hulgas on ainult sõltuvusravile keskendunud asutused, aga ka haiglad ning kinnipidamisasutused. Nende asutuste lõikes ei ole võimalik koguda ja võrrelda andmeid metadooni sõltuvusravis osalevate isikute suhtes, sest puudub vastav isikustatud andmebaas, mis sisaldaks erinevate raviasutuste infot. Seega ei saa töö autor siinkohal välja tuua metadooni sõltuvusravi efektiivsuse näitajaid Eestis – pole ühiseid andmebaase, kust kontrollida sõltuvusravis osalenud ja osalevaid isikuid ning nende edasist käekäiku peale ravi lõppemist. Sealhulgas ei saa analüüsida metadooni üledoosi surnud isikute seoseid sõltuvusraviga (kas isik on programmis osalenud või mitte, kas seal on osalenud mõni tema lähedane, kas isik on olnud sõltuvusravis osaleva inimese tugiisik või mitte). Seetõttu ei saa töö autor siinkohal tuua välja võrdlust teiste riikide statistikaga, kus on uimastisõltuvuse ravis kasutatavaks aineks metadoon, vaid saab refereerida Uimastiennetuse valget raamatut – narkomaania ennetamise riiklik strateegia 2012 nägi muuhulgas ette toimivat ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi sõltlastele millest tulenevalt on vähenenud tarbimisest tuleneva kahju, kuid see eesmärk jäi saavutamata (Siseministerium, 2014, p. 9).

Uimastiennetuse valge raamat on viidanud metadooniravil olevate inimeste isikustamise vajadusele, sest selliste statistiliste andmete puudumine on teeb andmete analüüsi võimatuks. Uimastiennetuse valge raamat näeb seiresüsteemi ühe alaeesmärgina ette narkomaaniaravi andmekogu pidamise ja selle isikustamise. Praeguseks on narkomaania andmekogu töös olnud viis aastat ning on selgunud, et anonüümse andmekogu ei õigusta ennast, sest see ei võimalda tõepärase haigestumusandmete registreerimist. Anonüümse registreerimise tõttu kannatab andmekvaliteet, mis pärsib ülevaate saamist

narkomaanide ravist, ei võimalda ravi tulemuslikkuse hindamist ega teadustöö tegemist. (Siseministeerium, 2014, p. 36)

Kokkuvõtteks saab tõdeda, et metadooni asendusravi on maailmas näidanud positiivset mõju narkomaanide taasühiskonnastumisel, kuid seda ainult kompleksses ravimudel. Inimese füüsiline võõrutamine ei aita tal jääda puhtaks, kui sellega paralleelselt talle ei pakuta psühholoogilist ja sotsiaalset tuge. Kindlasti peab ka ümbritsev keskkond (sotsiaalne ja geograafiline) olema ravi positiivset tulemust soodustav. Ainult nii saame rääkida kuritegevuse ennetamisest läbi sõltlaste ravi.

Eestis on võetud üle metadooni raviskeem, kus sõltlastele pakutakse füüsilise sõltuvuse võõrutamise kõrval ka psühholoogilist nõustamist, samuti antakse metadooni sõltlastele kliinikutest koju kaasa. Narkomaaniaravil olevate isikute andmed on aga isikustamata, mistõttu puudub sõltuvuskliinikutel (aga ka perearstidel) ülevaade konkreetse isiku liikumistest erinevate sõltuvuskliinikute vahel.

## 2. UURIMUSTÖÖ: ÜLEVAADE KEHTIVAST ÕIGUSEST, EKSPERTINTERVJUUD, JÄRELDUSED

Käesoleva magistritöö kvalitatiivseks uurimismeetodiks valiti poolstruktureeritud ekspertintervjuud valdkonna spetsialistidega ning valdkonda reguleerivate dokumentide (eelkõige õigusaktide) ülevaade. Uurimistöö käiku intervjuude osas selgitatakse lähemalt peatükis 2.2.

Läbiviidud uurimistöö tegevused saab jagada ajalises vaates 14 kuu peale ning on esitatud tabelis 4, kus on ära toodud ka kuupäevalised ajavahemikud.

Tabel 4. Uurimistöö etapid

<b>Etapp</b>	<b>Ajavahemik</b>
1. Uurimuse planeerimine ja ettevalmistamine, tutvumine kirjandusega	05.01.2014-02.02.2015
2. Statistika kogumine: 1) üledoosi surmade statistika kogumine ja läbitöötlus	03.10.2014-12.11.2014
3. Kvalitatiivsete andmete kogumine: 1) poolstruktureeritud intervjuude läbiviimine 2) poolstruktureeritud intervjuude transkribeerimine	20.10.2014-27.10.2014 30.10.2014-28.12.2014
5. Poolstruktureeritud intervjuude analüüs (sh kodeerimine)	10.02.2015-02.03.2015
6. Uurimistulemuste tõlgendamine ja arutelu	03.03.2015-12.03.2015

### 2.1 Kehtiva õigusruumi ülevaade

Kehtivate õigusaktide analüüs võib samuti olla kvalitatiivsetes uurimismeetodites andmekogumismeetoditena vahendatud andmestik (Flick, 2009). Käesoleva töö raames tegeles autor eelkõige küsimusega, kuidas on metadooni asendusravi tulenevalt seadustest Eestis reguleeritud ja kas reguleeritus sellisel kujul on piisav, et tagada metadooni jäämine ainult sõltuvusraviga kokkupuutuvate isikute ringi. Kehtivaid õigusakte ei analüüsita põhjalikumalt, pigem antakse ülevaade õigusaktidest ning muudest valdkonda reguleerivatest juhenditest.

Järgnevalt peatub magistritöö autor Eestis kehtiva metadooni asendusravi õiguslikul reguleeritusel sedavõrd, kuivõrd on see vajalik uuritava teema avamiseks. Kirjeldatakse inimeste liitumist metadooniraviga, nende ravi dokumenteerimist ning olemasolevate metadooni asendusravi reguleerivate juhendite ja riikliku järelevalve piisavust asendusravi korraldamiseks selliselt, et metadoon ei satuks raviprotsessist välja. Kõnealusel tekstis on autor toonud **rõhutatud stiilis** välja enda teadmiste põhjal mõned täpsustavad ja illustreerivad olukorra kirjeldused.

Eestis reguleerivad tervishoiuteenuseid, sh sõltuvusraviga seonduvat, nii psühhiaatrilise abi seadus (PsAS, 2015) kui tervishoiuteenuste korraldamise seadus<sup>1</sup> (TTKS, 2015). Metadooni asendusravi on seega Eestis psühhiaatrilise abi seaduse mõttes tavapärase psüühikahäire ravi, millega tegutsetakse samadel alustel nagu muud terviserikked. TTKS § 52 lõike 2 kohaselt rahastatakse riigieelarvest läbi Justiitsministeeriumi ka vangistuse asemel kohaldatud üheksa kuu pikkust narkomaanide sõltuvusravi (tervishoiuteenuse korraldamise seadus<sup>1</sup>, 09.05.2001). Samas peab isik olema nõustunud narkomaanide sõltuvusraviga vastavalt karistusseadustiku (KarS, 2001) §-le 69<sup>2</sup>. Ravi KarS-i kõnealusel sätte tähenduses on narkomaanide sõltuvusravi isikule, kes on kuriteo toime pannud narkomaania tõttu. Seega saab sõltuvusravile suunata vaid kurjategijat, kes on kuriteo sooritanud tõendatult narkomaania tõttu ning vangistus asendatakse raviga üksnes isiku kirjalikul nõusolekul, mille ta saab anda pärast seda, kui talle on selgitatud kõiki raviga kaasnevaid mõjusid. Tulenevalt on sõltuvusravile suunatud isikute puhul vajalik eeltingimusena asjaolu, et ta on süüdi mõistetud kuriteo eest, mille ta toime pannud narkomaania tõttu. Sellisel juhul saab kohtunik vangistuse asemel valida narkomaania sõltuvusravi. **Magistritöö koostaja valduses pole informatsiooni, et seda võimalust oleks Eesti kohtusüsteemis kasutatud.**

Samas on Eestis igal inimesel õigus ka ise pöörduda sõltuvuse raviks meditsiini-asutuste poole. Selleks tuleb võtta ühendust sõltuvuskliinikuga, sõlmida ravi alustamiseks leping ning järgnevalt lepitaks kokku raviplaan (lepingud, mille sõlmimist näeb ette Tervise ja Arengu Instituut metadooni asendusravi korraldamisel). Seega on Eestis kasutusel kahene süsteem, kuidas inimene võib saada narkomaania sõltuvusravi – kas kohtu poolt saadetuna või ise, vabatahtlikult raviasutusse pöördununa. **Magistritöö koostaja valduses oleva info alusel on metadooni asendusravi saavad inimesed liitunud sõltuvusraviga ise, kohtu poolt pole kedagi sõltuvusravile määratud.**

TAI on sõlminud lepingud seitsme teenuse osutajaga, kelleks on SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Wismari Haigla, OÜ Tervisekeskus Elulootus, AS Lääne-Tallinn Keskhaigla (LTKH) (teenust osutavad nii LTKH Nakkuskliinik kui ka LTKH Psühhiaatriakeskus, kusjuures psühhiaatriakeskus osutab teenust kahes asukohas ning nende rahastus tuleb nii Tallinna linnalt kui TAI-lt), OÜ Corrigo (osutab teenust Jõhvis ja Kiviõlis), OÜ Narva Sõltuvuste Ravikeskus ning OÜ Aasa Kliinik. Lisaks on teenuseosutajaid, kes pakuvad tasulist teenust, mille raames kirjutatakse välja metadoon tablettidena. Selliseks asutuseks on näiteks Pärnu Haigla.

TAI poolt on küll välja töötatud metadooni asendusravi teenusekirjeldus, **kuid selles pole selgeks määratud kriteeriumid, mille alusel saaks näiteks kohus otsustada, millisel juhul on kurjategija suunamine sõltuvusravile põhjendatud.** (Tervisearengu Instituut, 2008) Samuti ei nimeta see teenusekirjeldus, et sõltuvusravile pöörduv isik peaks oma sõltuvust tõendama meditsiiniliselt, näiteks tervisekaardil oleva infoga, vaid sõltuvuskliiniku töötaja (üldjuhul on selleks ravimeeskonna poolt instrueeritud liige, sotsiaaltöötaja) viib narkomaaniga läbi vestluse ja võimalusel küsib väljavõtte perearstilt.

Eesti meditsiinisüsteemis koostatakse iga isiku kohta tervisekaart vastavalt tervishoiuteenuse osutamise selle dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimuste ja korra § 4 (edaspidi dokumenteerimise kord) (Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord, 2015). Nimetatud õigusakti § 12 sätestab, et isiku kohta koostatud tervisekaardi kolmanda lehe kanded sisaldavad muuhulgas ka isiku tervist kahjustavaid riskitegureid nagu suitsetamine, keha üle- või alakaal, alkoholi, uimastite tarvitamine ja muu. Tulenevalt eelnevast on juba tervisekaardi koostamisel (tervisekaardi vormistab üldarstiabi osutaja, eriarstiabi osutav arst ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamisel või ämmaemand ambulatoorse ämmaemandusabi tervishoiuteenuse osutamisel) võimalus kirjeldada ära isiku uimastite tarvitamise fakt.

Kas suunatud kohtu poolt või liitunud sõltuvusraviga vabatahtlikult, mõlemal juhul hakkab inimene saama sõltuvusravi ja fentanüüli (jt opioidide) kasutajate asendusaineks sellel ravil on metadoon. Kui isik on suunatud ravile kohtu poolt, siis määratakse talle

ka järelevalveametnik, kelle juures tal tuleb ennast käia registreerimas – selliselt säilib minimaalne kontroll inimese liikumise ja tegutsemise üle. Kui inimene liitub sõltuvusravi süsteemiga vabatahtlikult, ei ole tema tegutsemine aga jälgitav, seda põhjusel, et sõltuvusravi Eestis pole narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse § 11<sup>1</sup> lg 5 kohaselt isikustatud (NPALS 2015). **Selline olukord võimaldab narkomaanidel liituda vabatahtlikena mitme sõltuvuskliinikuga, sest kontrollida nende liikumist pole võimalik.** TTKS määrab muuhulgas ka selle, et tervishoiuteenuse osutajal, kellel on seadusest tulenev saladuse hoidmise kohustus, on õigus andmesubjekti nõusolekuta töödelda tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikke isikuandmeid, sealhulgas delikaatseid isikuandmeid.

Metadoon aina on Eesti vastava eriloata käitlemiseks keelatud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjas vastavalt narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimuste ja korra (edasipidi narkootiliste ainete käitlemise kord, 2015) ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjade lisale, kus on toodud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad (Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus, 2015). Tulenevalt sellest, allub metadooni käitlemine eelnimetatud määruses toodud kriteeriumidele ning muuhulgas tuleb igakuiselt fikseerida kõik metadoonikogused, millega sõltuvuskliinikus kokku puututakse – nende sissetulek, kasutamine ning mahakandmine. Samuti tuleb selle määruse kohaselt ka Ravimiametile esitada dokumenteeritud arvestusliku ja tegeliku jäägi lahknevused. Samasugusele aruandlusskeemile alluvad nii ravimiettevõtted kui apteegid, kes sõltuvuskliinikuid metadooniga varustavad.

Ravimite käitlemise üle teostab Eestis riiklikku järelevalvet Ravimiamet vastavalt ravimiseaduse §-le 100. Samas tuleb Ravimiametil lähtuda ka karistuseseadustikust (KarS), mille kohaselt peab ta tuvastatud suure koguse metadooni väärkäitlemisest teavitama Politsei- ja piirivalveametit, sest vastavalt KarS § 184 on narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine kuritegu. 2014. aasta detsembris teostas käesoleva magistritöö koostaja andmekaeve PPA dokumendiregistris Delta ja Postipoiss ning tuvastas, et sealse info kohaselt ei ole aastatel 2005-2014 politseile laekunud mitte ühtegi avaldust Ravimiametilt metadooni ebaseadusliku käitlemise osas. Ravimiameti esindaja väitis intervjuus, et viimase viie



aasta jooksul on tehtud politseisse üks avaldus, kuid dokumendiregistritest seda ei nähtu. Samas on ekspertintervjuude vastuste põhjal tuvastatav, et järelevalvemenetlusi läbi viidud rohkem ning reaalseid metadooni käitlemise nõuete rikkumisi on samuti esinenud rohkem kui ühel korral.

Järelevalvet raviasutuste tervishoiutöötajate tegevuse üle teostab ravimiseaduse § 100 kohaselt Terviseamet. Terviseamet on 2011. aasta järelevalvemenetluste kokkuvõttes muuhulgas välja toonud soovitusel TAI-le, milles öeldakse:

- 1) sõltuvuskliiniku ja TAI vahelises lepingus tuleb nimetada tervisekaarti, kui ainuvõimalikku dokumenti ravieelse tegevuse säilitamisel;
- 2) kõnealuses lepingus puuduvad ravimi metadoon väljastamise kriteeriumid, kuna kaasaandmisel mitmeks päevaks väljub ravim metadoon tervishoiuteenuse osutaja kontrolli alt;
- 3) tuleb konkretiseerida psühhiaatri vastuvõtu sisu.

Mitmed rikkumised sõltuvuskliinikutes olid seotud metadooniannuste määramise tingimuste rikkumisega – annus tuleb määrata ravil osaleva psühhiaatri poolt (vt Lisa 1), kuid seda määrab sisuliselt raviasutuse töötaja, kes pole isegi registreeritud tervishoiuteenuse osutajana Terviseameti riiklikus registris. Samuti tuvastati mitmel korral, et metadooni ravidoosi tõstab meditsiiniõde ise. Sellistest tuvastatud juhtudest peaks TAI või Raviamet kaaluma politsei teavitamist narkootiliste ainete ebaseaduslikust käitlemisest, sest metadooni ravidoosi võib seaduslikult muuta vaid raviarst (töö autori märkus). Lisaks puuduvad reeglid metadooni käitlemise kohta, puuduvad ka ravikomisjoni protokollid metadooni algannuse määramise ja metadooni annuse suurendamise kohta.

TAI sõlmib iga asendusravi pakkuva asutusega lepingu, mille täitmist ta ise kontrollib. Kontrolliesemeks on muuhulgas ka metadooni raviskeemi kinnitamine, asendusaine dooside määramine ning võimalike metadooni kolmandatele isikutele sattumise tõkestamine.

TAI viis 2008. aastal koos Eesti Uimastiseire Keskusega läbi uuringu Eesti metadoonasendusravi kvaliteedist ja teenuste vajadusest (UNODC, 2008), mille hindamisaruanne viitab muuhulgas edasiste tegevuste peatükis, et sätestada tuleks

riiklikud realistlikud reeglid kaasaantavate metadoonidooside kohta. Samuti viitab kõnealune uuring vajadusele kehtestada riiklikud asendusravi standardid ja kehtestada ühtne ravistruktuur ning panna paika mehhanismid, mis tagavad need standardid. Ehkki TAI oma sõlmitavates lepingutes raviasutustega määrab metadooni asendusravil ära vajaduse kehtestada mitmeid sisemisi kordi ning juhendeid, ei suuda ta ise sisuliselt lepingu tingimuste üle kontrolli läbi viia.

Eestis on hetkel narkomaania sõltuvusravi reguleeritud nagu iga teine psühhiaatrilise haiguse ravi. Küll aga pole narkomaania ravi sisu ja eesmärki kirjeldatud üheski õigusaktis. Metadooni asendusravi pakkujad ei ole kõik riiklikud meditsiinasutused ja nii on TAI omakorda sõlminud raviasutustega lepingud sõltuvusravi läbiviimiseks. Ravi võimalikult suure mõju saavutamiseks ja selle korrektsuse tagamiseks on TAI koostanud vastavad ravijuhendid, mis on sõltuvuskliinikutele kättesaadavad ja nende poolt kasutatavad. TAI peaks põhimõtteliselt sõltuvuskliinikuid kontrollima (lepingueseme osas), kuid kahjuks on see kontroll pigem pisteline ja ebaefektiivne. Samuti ei teosta Ravimiamet ja Terviseamet sõltuvuskliinikute tegevuse üle piisavalt tõhusat riiklikku järelevalvet (rikkumistele ei järgne sanktsioone), mistõttu ongi sõltuvuskliinikud oma tegevuses suhteliselt iseseisvad. Teooriaosas väljatoodud sõltuvusravi isikustamatus võimaldab aga sõltlastel olemasolevat olukorda (nõrk järelevalve ja riiklik reguleeritus) ära kasutades osaleda metadooni asendusravis rohkem kui ühe sõltuvuskliiniku juures.

Ehkki olukord meie ümber on muutunud ja muutumas, pole sõltuvusravi reguleerivaid riiklikke õigusakte muudetud piisava põhjalikkusega, endiselt kehtivad TAI juhendid raviprotsessi läbiviimiseks ning riiklikku järelevalvet praktiliselt ei eksisteeri. Seega võibki väita, et reaalne olukord on õiguslikul regulatsioonil eest ära läinud ja sõltlased on agarad olemasolevat situatsiooni ära kasutama.

## **2.2 Ekspertintervjuud ja valimi kirjeldus**

Sõltuvusraviga seotud olukorra kaardistamiseks ja analüüsimiseks Eestis, viidi läbi ekspertintervjuud kõikide asutuse esindajatega, mis on sõltuvusraviga seotud. Intervjueeritavad valiti eelkõige nende suurte kogemuste ja teadmiste tõttu antud

valdkonnas. Poolstruktureeritud intervjuu on eelistatud, kui soovitakse saada põhjalikku teavet, põhjendatud seisukohti ja kui on vajadus vastuseid täpsustada. (Laherand, 2008, pp. 177-178,199) Seega annab poolstruktureeritud intervjuu võimaluse pöörata tähelepanu intervjuueeritava mõttearendusele ning selle pinnalt esitada uusi küsimusi. Kõige enam kasutatakse avatud küsimusi, mis võimaldavad intervjuueeritavatel oma arusaamu paremini väljendada ning vastused ei piirduks sel juhul jah/ei vastustega. Esitatakse ka täpsustavaid ja suunavaid küsimusi, et saada põhjalikumat teavet uuritavast probleemist.

Valim intervjuueeritavatest on koostatud lähtuvalt magistritöö eesmärgist ja selle täitmiseks püstitatud uurimisülesannetest. Valimi lähtekohaks on koguda võimalikult täpset informatsiooni metadooni asendusravi korralduse, toimimise ja kontrolli kohta Eestis.

Kümnest isikust koosnevasse valimisse kuulusid Politsei- ja Piirivalveameti, Terviseameti, Raviameti, Tervisearengu Instituudi, Põhja Ringkonnaprokuratuuri ning Sotsiaalministeeriumi esindajad, kes on seotud narkomaania vastase võitluse ning asendusraviga. Samuti intervjuueeriti inimesi, kes töötavad metadooni jagavates asutustes. Seega võeti vaatluse alla asutused, kes on metadooni sõltuvusraviga seotud otse ning asutused, kes on metadooni sõltuvusraviga seotud kaudsemalt. Sellise valimi moodustamisel lähtus töö autor, et esindatud oleksid kõik antud teemaga seotud organisatsioonid ja avaldatud saaksid kõik vaatenurgad. Mõnest asutusest intervjuueeriti rohkem kui ühte spetsialisti, et saada võimalikult igakülgne ülevaade käsitletavast teemast (vt tabel 5).

Tabel 5. Poolstruktureeritud intervjuude läbiviimise valim

PPA (tegeleb kuritegevuse ennetamise ning kuritegude avastamise ja menetlemisega)	Kaks ametnikku	Üks intervjuueeritavatest koordineerib PPA-s üle-Eestiliselt narkokuritegude vastast võitlust
		Teine isik tegeleb PPA-s narkokuritegude ennetamise, avastamise ja menetlemisega
Terviseamet (kontrollfunktsioon metadooni jagavate asutuste üle)	Üks ametnik	Intervjuueeritava töö seisneb meditsiinasutustes järelevalve

		läbiviimises.
Ravimiamet (sarnaselt Terviseametiga on Ravimiametil kontrollfunktsioon metadooni jagavate asutuste üle)	Üks ametnik	Intervjueeritava põhilised tööülesanded on seotud ravimite käitlemise kontrollimisega kaasa arvatud metadooni käitlemise kontrollimisega.
TAI (metadooni jagamise protsessi üks osapool metadooni jagava asutuse ja riigi vahel)	Kaks ametnikku	Üks ametnikust vastutab nakkushaiguste ja narkomaania alase tegevuse eest
		Teise ametniku töö on narkoalaste uuringute ettevalmistamine ja läbiviimine.
Põhja Ringkonnaprokuratuur	Üks ametnik	Intervjueeritav teeb igapäevaselt järelvalvet narkokuritegusid sisaldavate kriminaalasjade üle ning käib antud valdkonnas kohtus riiki esindamas
Sotsiaalministeerium (vastutab tervise edendamise ja tervishoiusüsteemi arengu eest Eestis)	Üks ametnik	Ametniku põhilised tööülesanded on seotud õigusaktide ja seadusloomega antud valdkonnas
Metadooni jagavad asutused	Kaks ametnikku	Üks ametnikust tegeleb igapäevaselt sõltuvusravi pakkuva asutuse töö koordineerimisega
		Ka teine ametnikust tegeleb igapäevaselt sõltuvusravi pakkuva asutuse töö koordineerimisega

Kõik intervjueeritavad olid nõus osalema uuringus: nendega võeti kõigepealt ühendust telefoni teel, tutvustati lühidalt magistr töö koostamiseks läbiviidava uurimuse teemat ja eesmärki ning küsiti nõusolekut intervjuus osalemiseks. Kõik kümme isikut, kelle poole pöörduti, olid nõus intervjuus osalema. Kui intervjuude läbiviimiseks näiteks politseiametnikuga polnud eraldi luba vaja taotleda ja sellekohane otsus tuli PPA ametnike vahetatult juhtidelt, siis näiteks Terviseameti ametnikuga intervjuu läbiviimiseks küsiti luba telefoni teel Terviseameti asedirektorilt järelevalve alal. Kõigiga lepitati kokku sobiv aeg ja koht, kusjuures intervjuude läbiviimise kohad ütlesid

kõik intervjueritavad ise ja nii toimusid küsitlused intervjueritavatele mugavas kohas. Kõik läbiviidud intervjuud toimusid vestlusena ning kümnest intervjuust ühe puhul intervjueritav ei lubanud intervjuud audio-salvestada (sellele intervjuule kaasati eraldi protokollija). Teiste isikutega kasutati tehnilise abivahendina diktofoni, olles eelnevalt saanud intervjueritavalt loa vestlust salvestada.

Ühe intervjuu keskmine pikkus oli pool tundi. Kõik ekspertintervjuud viidi läbi ajavahemikul 20.-27.10.2014. Intervjuu kavas oli kümme küsimust (Lisa 2) ning vastavalt teema arendusele sai juurde küsida ka lisaküsimusi. Küsimuste koostamisel lähtuti magistritöö eesmärgist ja püstitatud uurimisülesannetest. Kümnest intervjueritavast soovisid kuus jääda anonüümseks ning seetõttu otsustas magistritöö autor jätta kõik intervjueritavad anonüümseks, kuid selgitada nende seotust uurimistöö teemaga (vt tabel 5). Intervjueritavate kontaktandmed on töö autori valduses. Samuti pole töö autor anonüümsuse säilitamise tõttu analüüsi osas tsitaatide juures viidanud täpsemalt, kes vastajatest on seda öelnud.

Intervjuu küsimused olid tinglikult jaotatud järgmiselt:

Hoiak metadooni asendusravi suhtes – ravialuse poolt ning keskuste poolt, reguleeritus, statistika usaldusväärsus, ravi võimalik asendatavus (1-2);

Metadooni üledoosisurmad – intervjueritava selgitus (3);

Metadooni asendusravi korraldus – suhtlus, järelevalve, ressursi piisavus (4-6);

Ettepanekud metadooni asendusravis viidatud kitsaskohtade lahendamiseks (7).

Peale intervjuude läbiviimist kõik intervjuud transkribeeriti. Transkribeerimine viidi läbi ajavahemikul detsember 2014 kuni jaanuar 2015, mille käigus muudeti salvestatud intervjuud loetavaks tekstiks. Transkribeeritud teksti kogunes 90 lehekülge. Transkribeeritud intervjuud kodeeriti ja toodi esile ainult oluline osa intervjuudest, mis oli vajalik magistritöös püstitatud uurimisülesannete läbiviimiseks.

Magistritöö koostaja kasutas intervjuude analüüsimiseks tabelis 6 toodud koode ja nende alamkoode. Koodide sisu on antud selgitusena, mida silmas pidades on kergem aru saada hilisemalt esitatud intervjueritavate tsitaatidest.

Tabel 6. Koodid ja alamkoodid

KOOD	ALAMKOOD	KOODI SISU
1. Metadooni asendusravi korraldus	1.1 Juhised, riiklik reguleeritus, järelevalve	Kuidas vastajad tajuvad raamistikku, milles nad tegutsevad ja osapooli, kes sõltuvusravis järelevalvet teostavad
2. Metadooni doosid	2.1 Metadooni doseerimine keskuses, metadooni dooside kaasa andmine, metadoon tänaval	Kuidas toimub metadooni doseerimine keskustes, kuidas aine kaasa andmine. Vastajad toovad välja hinnanguliselt kohad, kust metadoon võib tänavale sattuda
3. Keskuste omavaheline suhtlus	3.1 Usaldus (selle puudumine), järelevalve	Kuidas keskused omavahel suhtlevad ja üksteise tegevust tajuvad, järelevalve
4. Info puudus	4.1 Info vahetus keskuste kaupa (info ei liigu), ravialuse jälgimine keskuste lõikes (ravialuste liikumise kohta puudub infovahetus), ravialuse jälgimine statistika tegemiseks (ülesurmadoosiga patsientide kohta info ei liigu)	Keskuste suhtlus ravialuste info osas
5. Suhtumine	5.1 Ravialuste suhtumine ravisüsteemi, motiveeritus	Kuidas tajuvad vastajad ravialuste suhtumist sõltuvusravi süsteemi, nende motiveeritus seal osalemiseks
6. Ressurss ja selle puudumine	6.1 Personali koolitus nende suhtumine ravisse, personali puudumine, rahaliste vahendite piisavus	Kuidas kasutavad keskused oma personali, personali ülevoolavus (samade inimeste kasutamine mitmes keskuses)
7. Ettepanekud	7.1 Ravi isikustamine, õigusruumi muudatused	Ettepanekud probleemide lahendamiseks ravi isikustamiseks, juhendite täiendamiseks, õigusruumi muutmiseks

## 2.3 Uuringu tulemused

Töö teooria osas ning Eestis kehtivate õigusaktide ülevates tõi magistritöö koostaja välja asjaolud, et metadooni asendusravi on isikustamata ning puudub riiklik sõltuvusravi süsteem, mis kehtiks ühetaoliselt kogu riigis tegutsevatele sõltuvuskliinikutele. Sellele tuginedes on kergem aru saada ka intervjueeritavate väidetest, kelle kriitika kehtiva olukorra suhtes on kantud eelkõige just nõrgalt reguleeritud ja toetatud süsteemist. Puudustena tuuakse välja ka personali vähest pädevust ja ülekoormatust ning sõltuvuskliinikute vähest omavahelist suhtlust, mis on tingitud eelkõige ühise andmebaasi puudumisest. Samas viitavad vastajad, et koostatud juhendmaterjalid on piisavad, kui neid järgida, aga nõrga järelevalve ja suhtelise segaduse tõttu selles valdkonnas seda ei tehta ja selle tulemusel ei saada pakkuda ühetaolist teenust üle riigi.

Intervjueeritavate vastustest toob magistritöö koostaja siinkohal välja vastavalt kodeerimisel kasutatud koodidele nende vastuste koondid metadooni asendusravi korraldusest (juhised, riiklik reguleeritus, järelevalve), metadooni doosidest (metadooni doseerimine keskuses, metadooni dooside kaasa andmine, metadoon tänaval), keskuste omavahelisest suhtlusest (usaldus (selle puudumine), järelevalve), info puudusest (info vahetus keskuste kaupa (info ei liigu), ravialuse jälgimine keskuste lõikes (ravialuste liikumise kohta puudub infovahetus), ravialuse jälgimine statistika tegemiseks (ülesurmadoosiga patsientide kohta info ei liigu), suhtumisest üldisemalt (ravialuste suhtumine ravisüsteemi, motiveeritus) ning ressursist ja selle puudumisest (personali koolitus nende suhtumine ravisse, personali puudumine, rahaliste vahendite piisavus). Lugejale parema jälgitavuse huvides tuuakse igas osas välja ka tsitaate, mis näitavad intervjueeritavate vastuseid muutmata kujul (kasutatakse transkribeeritud teksti, milles sisalduv punktiir näitab mõnel juhul vastaja mõtete kogumist või kahtlevat seisukohta).

**2.3.1 Metadooni asendusravi korralduse** osas selgub ekspertintervjuudest, et nii sõltuvuskliinikute kui TAI töötajad on teadlikud metadooni asendusravi korraldusega seotud probleemidest.

Eelkõige viidatakse asjaolule, et kuna **puudub riiklikult kehtiv süsteem**, millele tuginedes saaks sõltuvusravi korraldada, siis on praegune olukord eklektiline ning pole võrreldav ega analüüsiv nii tegevuse kui ka tulemuste osas. Ehkki vastajad on viidanud, et TAI poolt välja töötatud ja kehtestatud metadooni asendusravi protokoll on piisav, kui seda järgida, siis leiavad vastajad, et nõrga riikliku järelevalve tõttu pole selle protokoll (juhise) järgmine sõltuvuskliinikutes ühetaoline. Üks vastajatest on viidanud, et „*kui vaadata erinevaid keskusi, siis ikkagi lähenemine ja meetodika on kohati erinev*“. Seega ei ole piisav olemasolev süsteem, mis tugineb TAI väljatöötatud sõltuvusravi skeemil, sest puudub selle skeemi kohustuslik rakendamine kõigis sõltuvuskliinikutest ühetaolisena. See aga lubab tõlgendada koostatud juhendmaterjali erinevalt ning korraldada sõltuvuskliiniku sees raviprotseduure erinevalt.

Ühe vastaja hinnangul on „*metadooni ravi regulatsioon piisav, kui seda tehakse reeglite järgi. Mis ei ole piisav, ei ole hõlmatud geograafilised asukohad, kus seda vaja on.*“ Siin toob vastaja sisse asukoha dimensiooni, mis tema hinnangul on jäänud sõltuvusravi korralduses piisavalt arvesse võtmata. Sõltuvuskliinikute asukoha temaatika on jäänud sageli tähelepanuta, kuid võttes arvesse, et ravialusel tuleb seal kohal käia (vähemalt mingi aja), siis peavad sõltuvuskliinikud paiknema geograafiliselt kohtades, kus neile on hõlbus ligipääs. Selle teema olulisusele on viidatud käesoleva töö lk 13 (ennetustegevuse primaarsele tasandile Brantingham ja Fausti käsitluses). Olemasolevad sõltuvuskliinikud asuvad sisuliselt kohtades, kuhu nende asutajatel oli mugav kliinikut teha, mitte analüüsi tulemusel selgunud vajalikes asukohtades.

Samuti leiavad vastajad, et metadooni üledoosisurmasid võivad põhjustada nii vale doseerimine kui ka ravi vale korraldus. Igatahes tuleb leida metadooni ravisüsteemist väljasattumise põhjused, et seeläbi peatada võimalikud üledoosisurmad.

Niisiis on vastajad suhtelisel üksmeelel, et sõltuvusravi praeguses üldises korralduses on puudusi, millele viitavad sõltuvuskliinikutes rakendatavad erinevad raviskeemid (kõrvalekaldumised TAI kehtestatud juhendist), sõltuvuskliinikute asukohad ning metadooni reaalne võimalus raviskeemist välja sattuda.

**Õigusliku reguleerituse** osas on vastajate teadmised sõltuvusravi reguleerivatest õigusaktidest väga erinevad. Mõnel juhul ollakse teadlikud sõltuvuskliinikutele



rakendatavatest nõuetest nii personalile kui ka ruumidele, mis tulenevad otseselt psühhiaatrilise abi seadusest, tervishoiuteenuste korraldamise seadusest ja ravimiseadusest, sest metadooni asendusravi liigitub täna õiguslikult tervishoiuteenuseks. Personali osas ollakse teadlikud, et sõltuvusravi saavad osutada ainult psühhiaatrilise abi osutamise tegevusluba omavad asutused. Eelpool nimetatud õigusaktid näevad muuhulgas ette ka järelevalve enda mõjualas, seega saab teadlikkust selles osas seostada otsese või kaudsema kokkupuutega järelevalveasutustega.

Kuid sageli ei suudeta aru saada, millistele õigusaktidele tuginedes Eesti riik metadooni asendusravi pakub ja oldi isegi arvamusel, et ravi ei tugine ühelegi seadusele. Küll aga teatakse, et ravi sõltuvuskliinikus korraldatakse TAI juhendmaterjali alusel, mis on sõltuvuskliiniku ja TAI vahel sõlmitud lepingu lisaks. Samuti viidati Psühhiaatrite Seltsi poolt 2013 aastal parandatud teenuse osutamise juhendile, mille kohaselt siis teenust konkreetsetes sõltuvuskliiniku pakutakse.

Seega on teadmised sõltuvusravi reguleerivatest õigusaktidest seinast seinä. Teatakse, et üldiselt reguleerivad sõltuvusravi tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja ravimiseadus ning täpsemalt kirjeldatakse teenuse osutamist koostatud juhendmaterjalides. Samas koorus vastustest välja ikkagi asjaolu, et TAI koostatud juhendmaterjali kasutatakse sõltuvuskliinikutes erinevalt, sest sellel juhendil on 2008. versioon ja 2013 aasta versioon, milles olevad parandused ja täiendused on valminud koostöös Psühhiaatrite Seltsiga. Ilmselgelt aga on oma tegevuses aluseks võetud erinevaid versioone.

Väga tõsiselt suhtutakse nii sõltuvuskliinikute kui teiste austuste esindajate poolt kogu **sõltuvusravi järelevalve puudulikkusesse**. Ravimiamet, Tervisamet ja TAI tegelevad kõik sõltuvuskliinikute järelevalvega, kuid selline tegevus pole olnud edukas. Põhjustena näevad vastajad siin nõrka riikliku reguleeritust, mis ei kohusta järelevalve asutusi konkreetseteks tegevusteks. Nii ütlebki üks vastajatest, et „*pädevaid asutusi kontrollimiseks ei ole*“. Samas mõõnavad vastajad, et TAI koostatud sõltuvusravi skeem on tugev ja hästi kasutatav, kui seda järgida. Samas, et puudub jällegi selle tegevuse üle riiklik kontroll, siis kipuvad sõltuvusravis osalevad osapooled sellest mitte kinni pidama.

Üks vastajatest on seisukohal, et „loomulikult on aspekte kus ta (sõltuvusravi – töö autori täpsustus) õigustaks ennast paremini, kui ta oleks paremini reguleeritud ja paremini järelvalvatud.“ Järelevalvet saab aga teostada vaid siis, kui on määratud riiklikud kriteeriumid ja järelevalve täpne ulatus koos vastutuse ja kohustustega.

Kõige kriitilisem hinnang sõltuvusravi puudutava korralduse ja järelevalve osas on see, et metadooni asendusravi on ühe vastaja arvates algusest peale pigem äriprojekt ja „... üldse puudub riigis selline mõtestatud narkovastane tegevus, käib mingisugune õhinapõhine projekti järgne toimetamine.“ Selline väljaütlemine näitab selgelt, et valdkonnas tegutsevad isikud tunnevad otsest vajadust oma tegevuse riiklikuks korraldamiseks ning järelevalve olulisust kogu kehtivas raviskeemis toonitavad ka teised vastajad.

Viidates praeguse järelevalvesüsteemi nõrkusele, pakutakse omalt poolt välja asutusi, kes peaksid teostama järelevalvet. Vastustest jääb kumama, et riiklikku järelevalvet metadooni asendusravi osas peaks tegema kas Ravimiamet või Terviseamet, sest tegu on teostatavate raviprotseduuridega ning TAI peab kontrollima lepinguesemeks olevate protseduuride teostamist ja ravijuhendist kinnihoidmist sõltuvuskliinikutes. Loodetakse, et riigiametid ja ministriumid hallatav asutus suudavad omavahel kokku saada ja järelevalve küsimuse lahendada juba praegu kehtivas õigusruumis. Samuti soovitakse saada adekvaatset tagasisidet teostatud järelevalvetoimingute osas.

Vastajad on olnud suhteliselt kriitilised praeguse kehtiva ja suhteliselt ebajärjepideva järelevalve süsteemi suhtes. Ollakse isegi arvamusel, et järelevalvet teostavad ebapädevad ametnikud. Kuid on ka positiivsemaid kogemusi, mille näitena asub üks vastaja seisukohale, et Ravimiamet teostab kontrolli väga perfektselt. Samas tunnistab üks vastajatest, kes esindab järelevalveasutust, et tema kolme tööaasta jooksul selles asutuses pole tehtud ühtki järelevalvetoimingut üheski sõltuvuskliinikus. Seega on vähemalt ühe järelevalveasutuse osas selge, et riiklikku järelevalvet sõltuvusravi pakkuvate asutuste ja muude osapoolte üle ei ole kolme aasta jooksul toimunud.

Siiski mõningane järelevalve tegevus on toimunud ning vastajad suhtuvad järelevalve poolt teostatavasse kontrolli suhtelise reserveeritusega. Ei saaks öelda, et tegu on karistamatuse tundega, kuid et nende teada pole suuremaid sanktsioone järgnenud, siis

ei pea nad järelevalve praegust tegevust enda tegevuse suhtes suure ohu allikaks. Teatakse, et järelevalveasutustel on õigus sõltuvuskliinikult räigete rikkumiste korral tegevusluba ära võtta, kuid „*seda pole kunagi tehtud*“. Igapäevase tegevuse osas tunnetatakse otsest riikliku järelevalve puudulikkust ning pigem ollakse seisukohal, et sõltuvuskliinikuid kontrollib TAI, kellega ollakse lepingulistes suhetes ning kelle poolt toimub kliiniku tegevuse rahastamine. See aga ei ole riigi poolne kontroll.

Tulenevalt saab kokku võtta, et järelevalve osas on valdav seisukoht, et see on oluline osa kogu sõltuvusravi süsteemist, kuid hetkel on see väga nõrgalt reguleeritud ja teostatud, millest annavad aimu vähesed järelevalvetoimingud, rikkumiste puhul karistuste mitte määramine ning segadus erinevate asutuste vastutusalast. Vastajad on üksmeelel, et järelevalve mehhanismi oleks vaja tugevdada ja süstematiseerida.

Lisaks uuris magistritöö koostaja vastajate käest sõltuvuskliinikutes täidetavate **terviskaartide** kohta, sest metadooni asendusravi on ravi nagu iga teine ning selle käigus täidetakse tervisekaarte, mis on olulised infoallikad kõigile ravialusega tegelevatele meditsiinitöötajatele (ja asutustele). Terviskaartide täitmise nõue pole otseselt ainult sõltuvusraviga seonduv, see puudutab kogu meditsiiniteenuse süsteemi. Sõltuvusravis on nende kaartide täitmine aga kahjuks valikuline, ehkki saadakse aru, et terviskaardi täitmine annab lisainfot mitte ainult sõltuvuskliinikute omavahelises suhtluses, aga ravialuse liikumisel nt sõltuvusravi ajal kinnipidamisasutusse, kus tema ravi sisuliselt jätkub. Ollakse arvamusel, et tervisekaartidega seonduv on Eestis praegu hästi reguleeritud, kuid seda tuleb lihtsalt sõltuvuskliinikutes kasutada, isegi kui selle täitmiseks olevad väljad ei ole spetsiaalselt metadooni asendusraviga seotud.

Terviskaartide täitmist peavad seega vastajad oluliseks, sest seal olev info aitab oluliselt kõiki sõltuvusravis ravialusega tegelevaid institutsioone ja isikuid.

Järgnevalt juhatab magistritöö koostaja sisse teema, mis on seotud otseselt metadooni kui ainega, mis peaks olema rangelt sõltuvusravi süsteemis sees ja kasutatud ainult ravialuste poolt. Metadooni asendusravis kasutatavat ainet leiavad aga PPA töötajad oma tööülesannete täitmisel sagedasti tänavatel. Kahjuks puudub neil aga võimalus kontrollida leiu omaniku sõnu, et ta saab metadooni asendusravi. Eriti vajalik on see selliste leidude puhul, kus metadooni flakoonid on vastava märgistuseta (st aine nagu polekski kusagil arvel). Politsei ei suuda sellisel tuvastada, kustkohast on metadoon

sattunud kahtlustatava elukohta ning tihti on antud ütlused selles asjas vastuolulised ning raskesti tõlgendatavad ja kontrollitavad. Praegu tuleb sageli leppida selgitustega, et aine on sattunud nende juurde kas sõbra kaudu, kes on kusagil ravil või siis nad ise on kusagil ravil ja saavad sõltuvuskliinikust nii palju metadooni kaasa, et kasutatav fentanüüli doos oleks väiksem.

Samuti annab üks vastajatest selles teemas kindla suuna: „*ravikeskused ei järgi seda, mida on neile tegelikult teenusekirjelduses ette nähtud, et kuidas võib üldse koju anda. Seda, et metadooni illegaalselt maale tuuakse mina küll ei tea, lekib ikka ravikeskustest.*“

Vastajate hinnangul metadooni sattumine tänavale seotud sõltuvuskliinikutega ja sealt välja toomise või viimisega.

**2.3.2 Metadooni dooside** osas saab välja tuua kaks skeemi. Üks puudutab aine doseerimist kohapeal, kliinikus ning teine, selle väljastamist ravialusale kaasa. Mõlemal juhul peab aga olema põhjendatud doosi suurus ning põhjus selle väljastamiseks raviskeemist.

Magistritöö koostaja teadmisel pole ühtegi üledoosi metadoonist manustatud sõltuvuskliinikus, kõik metadooniga seotud üledoosisurmad on juhtunud väljapool sõltuvuskliinikuid. Kuid see, kas üledoosi surnud isik on olnud reaalselt metadooni sõltuvusravi, jääb tihtipeale ka uurijatel teadmata.

**Sõltuvuskliinikutes määratakse metadooni doose** väga erinevalt. Nii näiteks saab vastustest aimu, et erinevad keskused kasutavad erinevaid doose, isegi kuni 250ml korraga. Samas on keskusi, kelle poolt määratav metadooni doos ei ületa 70ml. Ehkki sõltuvuskliinikud omavahel väga tihedasti ei suhtle, on ometi neil teada, et Sillamäel ja Wismaris määratakse kõrgeid doose ning sageli on ka juhuseid, kus metadooni asendusravi saav isik satub ravi ajal kinnipidamisasutusse ning sealt naastes oma tavapärasesse sõltuvuskliinikusse selgub, et tema doos on oluliselt suurenenud, isegi kuni kaks korda. Niisugune doseerimine on otseselt tingitud doseerimisega tegelevate töötajate erinevast pädevusest, ehkki kõik sõltuvuskliinikud peavad kinni pidama TAI

koostatud juhistest, kus on doosid kindlaks määratud. Samuti satub sellest süsteemist metadoon välja. See saab juhtuda koju kaasa antavate metadooni dooside puhul nii isikustamata andmebaasi kui sõltuvuskliinikute omavahelise nõrga suhtlemise tõttu. Üks intervjuueeritavatest vastab, et „*kui näiteks patsient käib meil ja siis paneb ennast kirja teises keskuses ja rüütab siit ja rüütab sealt.*“ Selline olukord on sõltuvuskliinikutele teada ning samuti teavad nad kindlalt, et mõned ravialused viivad teadlikult metadooni raviskeemist välja ja müüvad aine tänaval maha.

Esile on toodud ka asjaolu, et kuigi TAI koostatud raviskeemi kohaselt peab sõltuvusravis määrama ravialusele doose psühhiaater, teeb seda sisuliselt mõni muu meditsiinitöötaja, sest psühhiaatreid on sõltuvuskliinikutes väga vähe. Sellise raviskeemi rikkumise osas tunnetavad sõltuvuskliinikud, et nad on sundolukorras, kus ravi tuleb teostada, kuid **personali nappuse tõttu ei saa raviskeemi järgida**. Personali vanus ning asjatundlikkus ja professionaalsus olid märksõnad, mida kasutati selle probleemi kirjeldamisel. On aru saada, et sõltuvuskliinikutes töötavad meditsiinitöötajad on üle koormatud ning seda eelkõige selletõttu, et korraga töötatakse mitmes kohas erinevate spetsialistidena. Seega võetakse endale vabadus ja vastutus määrata metadooni doose ilma vajalike eeltingimusteta. Siinkohal tuleb välja tuua, et kui ravialune annab ravi ajal positiivse tulemuse mõne muu aine (enamasti fentanüül) kasutamisele, siis sõltuvuskliiniku töötaja arvates tuleb selle ravialuse doosi tõsta, sest „*see näitab et ta saab metadooni liiga vähe. Et me peame seda annust tõstma.*“

Kes peaks aga kliinikusisese doseerimise üle järelevalvet tegema, selle kohta sisuliselt vastajate arvamusel puuduvad. Üldiselt loodetakse, et sellise olukorra lahendab tugevam riiklik järelevalve ja järelevalveasutusteks pakutakse Terviseametit ja Raviametit.

Sõltuvuskliinikud seega tunnistavad ka ise, et metadooni doseerimine on suhteliselt kontrollimatu ja oleneb suuresti kliiniku enda suvast ja nende hinnangust ravialuse olukorrale.

**Metadooni** aga ei anta ainult koha peal tarbimiseks, vaid seda **saab väljastada ka ravialusele kaasa**, manustamiseks nõ kodus (seda võimalust näeb ette TAI poolt koostatud metadooni asendusravi juhised). Kahjuks tunnistavad vastajad, et just see on

koht kogu metadooni asendusravi skeemis, kust metadoon nõ tänavale satub. Ehkki ravijuhend näeb ette suhteliselt karmid tingimused, millele ravialune peab vastama, et ta saaks oma tavapärase metadooniannuse koju kaasa, siis sageli sellest vaadatakse mööda. Leitakse, et just siis, kui ravialune on saanud tavapärasest suurema koguse metadooni kaasa (nt kuni kolmeks päevaks), kipuvad sõltlased kasutama kõrvale ka muud ainet, mille tulemusel võibki aineid üle doseerida ja saabub surm, milles ainekokteili üheks komponendiks on metadoon.

Vastajad leiavad üksmeelselt, et just dooside kaasa andmisel satub aine tänavale. Samas pole üledoosisurmadega seotud vaid ravialused, aga ka muud isikud. *„Üks on see, et pole välistatud, kui isik saab selle koju kaasa mitmeks päevaks, et ta müüb selle edasi.“* Kuid samas leiavad sõltuvuskliinikud, et selline võimalus (saada oma vajalik metadooni doos koju kaasa) on pigem ravialuste suhtes soosiv, sest nii on soodustatud nende tavapärasesse ellu tagasipöördumine. Ravialused saavad näiteks käia vahetustega tööl või otsida omale parem elukoht, mis võib jääda sõltuvuskliinikust eemale ja ravialused peavad käima ainult mõnel päeval nädalas kliinikus oma doosi saamas.

Vastajad selgitavad aga **metadooniga seotud võimalikke üledoose** nii, et kui narkomaan kasutab metadooni asendusravil olles ka muid narkootilisi aineid, siis võib ta sõltuvuskliinikus manustada omale metadooni ning samas koheselt kliinikust väljudes oma kaifi suurendamiseks näiteks ka fentanüüli. Selline selgitus metadooniga seotud üledoosisurmadele oli vastajate hulgas valdav, kuid üks vastaja toob välja, et metadoon võib raviskeemist välja sattuda ka arsti tahtliku rikkumise tõttu. Ravi eest vastutav töötaja määrab teadlikult suurema metadooni doosi, kui tegelikult ravialusele on ette nähtud.

Tasub tähelepanu pöörata vastaja arvamusele arsti tahtlikust doosi suurusega manipuleerimisest, sest ka teine vastaja toob välja metadooni võimaliku sattumise osas tänavale arstide tahtluse: *„kui me nagu vaatame puhtalt teoreetiliselt, siis on kaks võimalikku teekonda. Üks on see, kui antakse patsiendile koju kaasa ja siis ta müüb edasi, teine on puhtteoreetiline on see, kui personalist keegi ... mis eeldaks ka dokumentide võltsimist ja oleks juba selline keerulisem skeem.“*

Seega on absoluutselt reaalne oht, et metadooni kaasa andmisel koju määratakse talle kõrgem doos või olukorras, kus ravialune peaks seda tarbima vastavalt ettekirjutusele, ta seda ei tee. Vastajate hulgas on tuntav, et just see on üldine hoiak, kuid võib ka olla olukord, kus ravialune lihtsalt kogub metadooni doose ja tarbib need siis korraga ära. Sellisele võimalusele viitab üks vastajatest ning ehkki tegevus võib lõppeda üledoosi surmaga, on kõik olnud justkui vastavalt kehtestatud reeglitele. Seda, kas ja kuidas ravialune tegelikult talle kaasa antud metadooni doosi manustab, ei saa sisuliselt keegi kontrollida.

Kokkuvõtteks: keskused teavad, et rikuvad kehtivaid reegleid manustades narkomaanidele erinevaid doose metadooni (mida sageli ei määra isegi selleks pädev isik) ning väljastades metadooni sageli ravialustele, kelle osas pole kindel, et ta ei tarbi paralleelselt muid aineid. Samas leiavad sõltuvuskliinikud, et metadooni kaasaandmisega annavad nad võimaluse kuulekamatel ravialustel nõ ellu tagasi pöörduda (sh tööle naasta).

### **2.3.3 Keskuste omavahelise suhtluse ja info puuduse osas nähakse põhilise probleemina sõltuvuskliinikute omavahelise suhtluse puudumist.**

Selles osas tuntakse kõige enam puudust **ühisest ja isikustatud andmebaasist**, millega töötades saaks ravi olla tulemuslikum just selles osas, mis puudutab ravialuste arvel olekut mitmes kohas korraga. Ühise andmebaasi puudumine ei võimalda ka oma tegevuse tulemuslikkust mõõta, sest tagasisidet näiteks ravialuse surma korral on peaaegu võimatu saada ja anda. Ühe vastaja hinnangul tähendaks selline ühtne isikustatud andmebaas näiteks lihtsalt andmete linkimist surmaregistriga, kus näidatakse ära surma põhjus. Selliselt saavad ka sõltuvuskliinikud andmeid, mille osas nad puudust tunnevad. Praegust olukorda kirjeldab üks vastajatest nii: „*see info ju jookseb ainult Tervisearengu Instituuti sisse*“. Seega vajavad sõltuvuskliinikud oma tööks pidevalt jälgitavaid ja töödeldavaid andmeid, mis peaksid olema ühes kohas koos ning, mida peab olema võimalik linkida ka teiste oluliste andmebaasidega.

Samas leiab üks vastaja, et praegusel hetkel infot siiski mingil kujul saab, sest metadooni asendusravi näol on tegemist tervishoiuteenusega ning tervishoiuteenus ise on Eestis isikustatud. Seega on sisuliselt ravialuste kohta info olemas, kuid adekvaatse

ja endale sobiva info saamiseks tuleb tegeleda muude andmekogude ja raviandmete võrdlemisega. Vastajad tunnistasid, et on sellise pideva võrdlemise ja info otsimisega tegeleenud, aga selline olukord ei saa olla normaalne. Helistatakse sõltuvuskliinikutesse, palutakse meili teel andmeid väljastada, võrreldakse saadud andmeid endi käsutuses olevatega ja nii saadakse mingisugune aimdus näiteks metadooni sõltuvusravil olevate ravialuste liikumisest sõltuvuskliinikute vahel. Kuid probleeme võib tekitada see, kui mõni väiksem asutus peab kogu oma dokumentatsiooni paber kandjal. Nende poolt kasutatavad vormid ja vajalikud tabelid on näiteks sarnased võrreldavate sõltuvuskliinikutega, aga andmed on lihtsalt paberil.

Üks vastajatest arvab, et „*metadooni asendusravi on küll isikustatud, kuid ei ole elektroonne.*“ See on magistritöö koostaja hinnangul just praegu kehtiva olukorra väga täpne kirjeldus. Meil on Eestis olemas ravialuste tervisekaardid ja on olemas vajalikud andmestikud sõltuvuskliinikute kaupa, kuid kõik see ei pruugi olla elektrooniline ja veelgi vähem, need andmed ei ole ajas paralleelselt kättesaadavad ja töödeldavad. Seetõttu on igasuguste andmete võrdlemine ja vajalike järelduste tegemine ajamahukas ja tihti nõ üks päev hiljaks jäänud tegevus.

Infosulus olemine tähendab aga keskustele ka seda, et ei teata, mitmes sõltuvuskliinikus reaalselt ravialune ennast arvele on võtnud. Iga ravialune saab metadooni sõltuvusravis omale unikaalse koodi, mida sisuliselt saab ta kasutada ühes sõltuvuskliinikus, kui ta ennast nüüd mõnes muus keskus arvele võtab, siis pole võimalik koheselt kontrollida, kas ta on juba kusagil arvel või milline on tema raviskeem või millised rikkumised tal on olnud jms. Sõltuvuskliinikute töötajad arvavad, et kuna nende personalis on sageli inimesi, kes töötavad korraga mitmes kliinikus, siis see võiks olla üks lahendus, kuidas kontrollida isikute liikumist sõltuvuskliinikute vahel. Sellele võimalusele räägib vastu asjaolu, et kuna sõltuvuskliinikud on erinevad ja korraga ravitakse paljusid ravialuseid, ei saa jääda lootma meditsiinitöötajate mälule. Praegu muidugi üritatakse teada saada, kas ravialune on juba mõnes muus kliinikus ennast arvele võtnud, aga see tähendab käsitsi kõigi kliinikutega ühenduse võtmist ja suurt ajakulu selle info saamisel. Sageli küll selline info tuleb välja, aga seda enamasti poolaasta aruannete tegemisel, kus vastav info jookseb kokku Tervisearengu Instituuti.



Selline asjade korraldus on praeguseks vastajate arvates tinginud olukorra, kus „näiteks patsient käib meil ja siis paneb ennast kirja teises keskuses ja rüütab siit ja rüütab sealt. Nende aastate jooksul on selliseid fakte, me oleme peale saanud vist kahel korral“. Sõltuvuskliinikud on aastate jooksul sellele probleemile viidanud ning ootavad lahendust.

Seega on probleeme isikustamata andmebaasiga ja seda eriti sõltuvuskliinikutel, kellel puudub kiire ja adekvaatne ülevaade ravialuste liikumisest erinevate asutuste vahel.

Teine probleem, mis haakub samuti isikustatud andmebaasiga on see, et sõltuvuskliinikutel puudub info sellest, kui narkomaanid saavad muud ainet juurde nt perearstidelt. Selles osas võib olla andmebaas isikustamata vaid juhul, kus perearstid ei kirjutaks välja psühhotroopseid ravimeid. Kuid selliste ravimite väljakirjutamise õigus neil on. Sõltuvuskliinikud aga sellest midagi teada ei saa ja nii võib juhtuda, et ravialune saab väga kergesti lisaks metadoonile ka muid psühhotroopseid ravimeid, mida ta siis endale manustab. Sõltuvuskliinikud on mures, et mõned perearstid kirjutavad neid aineid välja väga kergekäeliselt ning ei kontrolli, kas ravialune on mõnes sõltuvuskliinikus ravil. Samas ei saa perearstidele ka sellist käitumist päris ette heita, sest neil puudub reaalne võimalus isiku liikumist sõltuvusravil kontrollida. Kahjuks ei tee ka perearstid sõltuvuskliinikutega koostööd, et sellisele tekkinud olukorrale lahendusi leida. Ja kui siia lisada sõltuvuskliinikute endi nõrk kontroll ravialuse puhtuse üle (uriiniproov, millega tuvastatakse muude ainete kasutamine), siis ongi tekkinud soodus võimalus ravialusel saada metadooni mitmest erinevast kliinikust ning psühhotroopseid ravimeid lisaks perearstilt.

Niisiis tekib isikustamata andmebaasi osas ka konkreetne infosulg, kus ravialune võib saada metadooni nii sõltuvuskliinikust kui lisaks muid psühhotroopseid aineid oma perearstilt.

#### **2.3.4 Suhtumisest üldisemalt**

Metadooni asendusravis osalevad ravialused on suhteliselt motiveeritud selles süsteemis olema ja seda eelkõige kontrollimehhanismi puudulikkuse tõttu. Ka vastajad leiavad, et kontroll ravialuste tegevuse üle on nõrk. Üks vastajatest toob välja, et „kontroll peaks

*olema tõhusam, et inimesed ei saaks metadooni välja viia ja kui tuleb doosi saama, siis igakordne kontroll peaks olema, et ta ei ole tarvitanud teisi aineid“.*

Nagu töö autor varasemalt välja tõi, on sõltuvuskliinikud võtnud hoiaku, et nende asi on ravialust hoida ja pakkuda talle siiski võimalust tagasi pöörduda normaalsesse ellu. Väga kergelt seega inimesi metadooni asendusravist välja ei arvata. Vastajad toovad välja, et isegi kui dokumentidest nähtub, et ravialusele tehtud uriiniproov on andnud mõne muu aine kasutamise suhtes positiivse tulemuse, siis tegelikult jätkatakse raviga, ilma, et ravialusele sellest mingeid sanktsioone järgneks.

On võetud hoiak, et kui ravialune oma rikkumise tõttu sõltuvusravist välja arvata (mida näeb ette TAI koostatud juhendmaterjal), siis läheb ravialune lihtsalt tänavale, kus ta omale vajaliku fentanüüli doosi ostmiseks paneb toime varguse ja seega jätkub olukord, mida tegelikult sõltuvusraviga soovitakse lahendada. Ollakse koguni arvamusel, et selliselt raviskeemist väljaarvatud isikutel on kergem saada mõnest muust narkootilisest aineist üledoos ja surra. Seega pigem hoitakse ravialuseid sõltuvuskliinikutes, isegi kui see tähendab neile endile kehtestatud juhendite rikkumist.

Nii viitab üks vastajatest, et kasutusel on ka võimalus anda ravialusele kaasa kuni 30 päeva doos, kui ta sõidab näiteks välismaale. Sellisel juhul viiakse see inimene üle nn tasulisse gruppi. Lisaks kasutatakse sõltuvuskliinikutes ka siis nende endi poolt kehtestatud „reeglit“, et kui ravialune tuleb silmnähtavate joobetunnustega, siis ta saab ainult pool doosi. Seda siis eelkõige selle tõttu, et ravialune ei saaks erinevate ainete tarbimisest üledoosi, kuid jätkab raviskeemis. Mõnel sõltuvuskliinikul on kasutusel ka nn must nimekiri, kuhu kantakse sisse ravialustele tehtud hoiatused. Skeem peaks ideeliselt toimima nii, et kui ravialusel on teatud hulk hoiatusi (positiivne uriiniproov mõnele muule ainele, alkoholitarbimine või ilmselgete muude ainete tarvitamise tunnustega oma metadooni doosi saama tulemine, agressiivne käitumine või ühes kuus rohkem kui viis päeva puudumine), siis arvatakse ta programmist välja. Aga tegelikkus on selline, et must nimekiri muutaks nimekirjaks, ravialuseid hoitakse sõltuvusravil hoolimata nende eksimustest. Liiga sageli vaadatakse ravialuse eksimustele läbi sõrmede. See on teada fakt paljudele sõltuvusraviga tegelevatele osapooltele, kuid selle olukorra lõpetamisega pole keegi sisuliselt ja tõsiselt tegelema.

Ravi all olevate narkomaanide suhtes reeglite rikkumist tõestab ühe vastaja väide *“ja tõsi, kui leitakse verest, et on tarbinud midagi muud, siis see ei ole veel alus programmist välja viskamiseks.”* See on üks ilmekamaid vastuseid selle olukorra kirjeldamisel.

Samas püütakse mõnel juhul siiski kehtestatud reeglitest kinni pidada ja korralikult ravialuste käitumist nt uriiniprooviga kontrollida. Kahjuks aga ei peeta kinni selle proovi tegemisel õigest sagedusest – uriiniproove tehakse kas siis nädala või paari tagant, see aga ei ole piisav sagedus, et tegelikult ravialuse käitumist hinnata. Samuti leiavad sõltuvuskliinikud, et positiivne uriiniproov mõnele muule ainele ei anna mingit põhjust ravialusele uut metadooni doosi mitte anda või teda programmist välja arvata. Ilmekas on ühe vastaja selgitus, kus ta toob välja, et kui *„nüüd näiteks pidevalt, juba aasta aega ühtegi puhast analüüsi ei ole, siis me hakkame juba tõesti mõtlema, et peame lõpetama lepingu selle isikuga.”* Niisiis on ravialusel suhteliselt kindel sõltuvuskliinikus (või kliinikutes) arvel olla, sest isegi jämedate eksimuste korral saab ta oma metadooni doosi siiski kätte.

Aga siiski on juhuseid, kus isikule, kes jääb mitmeid kordi muude ainete tarvitamisega „vahele“, ei anta metadooni doosi enam koju kaasa. Sellisel juhul tuleb vajaliku doosi saamiseks tulla iga päev kliinikusse kohale. Samas möönavad vastajad, et mõni arst võib olla kaastundlikum ja taolise olukorra ravialuse jaoks lõpetada ning talle endiselt vajaliku metadooni doosi kaasa anda.

Selline asjade seis on aga viinud olukorrani, kus ravialused kasutavad ära korralduslikke nõrku kohti ning on raviskeemi pannud enda „kasuks“ tööle. Narkomaanid näevad metadooni asendusravivõimalust raha teenida. Olles mitmes kohas korruga ravil ja saades mõnes kohas metadooni koju kaasa, müüvad nad selle doosi tänaval kas puhtana või siis segades mõne muu ainega, lihtsalt maha. Kirjeldatakse ka juhuseid, kus sõltuvuskliinikus ravil olev isik müüb talle määratud metadooni doosi tänaval maha ja saadud raha eest ostab fentanüüli. Sellises skeemis osalenud isik viibib metadooni ravil nõ mustana (nt annab sageli positiivseid uriiniproove), kuid välja teda programmist ei arvata. Müües metadooni tänaval kellelegi, kes seda näiteks segab ja omakorda edasi müüb, tekitab selline isik aga olukorra, kus sureb narkootilise aine üledoosi tagajärjel

keegi, kes pole kuidagi seotud metadooni asendusraviga, kuid tema üledoosi põhjustanud ainete hulgas oli metadoon.

Sõltuvuskliinikute sellist tegevust kontrollitakse küll, aga ainult üks vastajatest on välja toonud, et Terviseamet on vahel uurinud kas tegelikkuses ka tehakse kõik need analüüsid, mille eest TAI-lt lepingu järgi raha saadakse. Samuti on teada juhuseid, kus sõltuvuskliinik on pidanud osa raha tagastama, sest on suudetud tuvastada, et esitatud andmed teostatud uriiniproovide osas on valed – tegelikkuses pole tehtud niisugusel hulgal analüüse, mille kohta on kuluhüvitis esitatud.

Seega on sõltuvusravi osapooled teadlikud probleemist, et ravialused ise ei pea sõlmitud kokkulepetest kinni, kuid sõltuvuskliinikute kontroll nende üle on samuti praktiliselt puuduv. Selline olukord on saanud tekkida ka asjaolust, et sõltuvuskliinikute tegevuse üle omakorda on järelevalve nõrk ja kliinikute suhtlemist ravialustega ei kontrollita piisava põhjalikkusega. Samuti puudub kogu raviprotsessis vajalik rangus, mille rakendamisel ei saaks ravialused ennast ravil nii „mugavalt“ tunda. Sõltuvuskliinikute omamoodi missioonitunne on tegelikult viinud olukorra sinna, kus sisuliselt ravialused ei saa ravi, st puudub igasugune võimalus, et metadooniravi oleks edukas.

**2.3.5 Ressursist ja selle puudumisest** annab hea arusaama ühe vastaja kindel väide, et *„Eestis pole väga palju spetsialiste, kes oskaks või tahaks sõltlastega töötada.“*

Seda, et sõltuvuskliinikutes töötav personal pole väga motiveeritud, kinnitab ka asjaolu, et näiteks kõigi Tallinna sõltuvuskliinikute peale on üks psühhiaater, mida täpsustatakse *„ ja ta ei ole ka eriti enam oma esimeses nooruses.“* On täiesti selge, et Tallinna sõltuvuskliinikute ravialuste arvu kohta on üks psühhiaater liiga vähe. Kuid Eestis on väga keeruline leida häid ja motiveeritud psühhiaatreid, kes sooviksid sõltuvuskliinikutes töötada. Samuti on raske leida sotsiaaltöötajaid ja psühholooge, kes oleksid nõus töötama narkomaanide ja sõltlastega. Asjade selline seis on ka tinginud eelpool kirjeldatud olukorra, kus ravialustele määravad metadooni doose selleks ravijuhendi kohaselt pädevust mitte omavad isikud. Üks vastaja väidab, et sõltuvusravis metadooni doose määravad isikud *„mõtlevad, et täna ma annan 70ml ja võib olla noh oli kurvem täna, annan 80ml.“* Sellest väitest saab välja lugeda, et personali koolituse ja

pädevuse osas on suured puudujäägid. Ja seda teadmist süvendab ka asjaolu, et vastajad olid kõik ühel meelel, et sõltuvusravis töötamine pole prestiižne ja psühhiaatrid, kes on ühed võtmeisikud metadooni asendusravis TAI koostatud juhendi järgi, on sageli juba pensionärid, kes teenivad lisaraha või siis meditsiinitöötajad, kes pole mujal „*nagu suurt rakendust leidnud*.“

Üks vastajatest kirjeldab olukorda, kus Ida-Virumaal töötab kolmes sõltuvuskliinikus üks ja seesama psühhiaater, kelle põhitöökoht on hoopis vanglas. Oma põhitöökohal peab see inimene olema kõigil tööpäevadel kella kaheksast viieni, mis omakorda tähendab, et sõltuvuskliinikutes teeb ta tööd oma vabast ajast, mis viib absurdse olukorrani, sest igas ööpäevas on 24 tundi, millest normaalseks eluks peab jätkuma uneks vähemalt kaheksa tundi ning täisväärtusliku elu juurde käib ka aja veetmine oma lähedastega ning tegelemine hobidega. Vastaja hinnangul ei saa sellise psühhiaatri tegevust sõltuvuskliinikus pidada kvaliteetseks.

Seega tuleb intervjuudest välja, et sõltuvusraviga tegelevad isikud on teadlikud personali nappusest ning nende vähesest motiveeritusest ja pädevusest, kuid midagi pole selleks ette võetud.

Magistritöö autor on uurimistulemuste kokkuvõttes seisukohal, et olgugi metadooni asendusravi Eestis hetkel nõrgalt korraldatud ja suuresti üles ehitatud TAI poolt koostatud juhendi täitmisele, oleks tugevamalt esilekerkinud probleemidele tähelepanu juhtides, saanud kindlasti mõne kitsaskoha lahendatud juba varasemalt.

Nii näiteks saavad sõltuvuskliinikud rangemalt kontrollida ravialuse „puhtust“ igakordse uriiniprooviga, mis ei ole aeganõudev ning mida ei pea läbi viima eraldi kvalifitseeritud töötajad (piisab vastava koolituse läbinud inimesest, kes oskab testide tulemusi lugeda) ning mis on TAI poolt tellitud ning kinni makstud analüüs.

Samuti toovad vastajad välja, et probleeme on personali motiveerituse ja kvalifikatsiooniga – samuti asjaolu, millele tõhusamat tähelepanu pöörates oleks võimalik korraldada nt meditsiinikõrgkoolide lõpetajate hulgas teavitustegevust eesmärgiga neid sõltuvuskliinikutesse tööle värvata.

### 3. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

Tuginedes töö teoreetilises osas tehtud ülevaadetele ning võrdlustele sõltuvusravist (sh asjakohasele teoreetilisele kirjandusele) ning praktilises osas tehtud õigusaktide ülevaadetele ja analüüsile ning ekspertintervjuude tulemustele, esitab magistritöö koostaja siinkohal vastused töö uurimisküsimusele: miks õiguslikult reguleeritud ja kontrollitavas sõltuvusravis kasutatav metadoon jõuab tänavatele üheks üledoosi põhjustava segajooke komponendiks?

Järgnev peatükk on üles ehitatud selliselt, et esitatakse töö teoreetilises osas, õigusaktide ülevaates ning ekspertintervjuude analüüsist kerkinud probleemid ning pakutakse neile magistritöö koostaja poolt võimalikud lahendused. Probleemid ja lahendused on esitatud **rõhutatud stiilis**.

3.1 Tuginedes töös varasemalt väljatoodule selgus, et **isikustamata metadooni asendusravi on** Eesti sõltuvusravi skeemis **problemaatiline** (sellele viitab ka Uimastiennetuse Valge raamat). Isikustamata ravi tähendab sõltuvuskliinikute omavahelise suhtlemise puudust ning informatsioonikadu, mis puudutab statistikat ja vajalike analüüsise algandmeid. Selle **lahendus on magistritöö koostaja hinnangul metadooni asendusravi isikustamise võimaldamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduses ning sellest tulenevalt ühise andmebaasi loomine**.

3.2 Eestis **puudub riiklik metadooni asendusravi raamistik**. Sama järeldus tulenes ka ekspertintervjuude vastustest: vajadus süsteemse lähenemise järgi **just järelevalve korralduse osas**. Tehtud analüüsile tuginedes võib järeldada, et just viidatud asjaolud (nõrk kontroll sõltuvuskliinikute üle ning samuti olematu kontroll ravialuste üle) tingivadki metadooni sattumise sõltuvusravi süsteemist tänavale. Samuti on puudus kvalifitseeritud personalist, kes oleks piisavalt motiveeritud töötamaks sõltlastega.

Lisaks tõhusamale riiklikule järelevalvele peab tugevnema TAI kontroll sõltuvuskliinikute üle ning kindlasti tuleb sõltuvuskliinikutel endil tõhustada kontrolli ravialuste käitumise üle. Peab lõppema ravialuste hoidmine metadooni

asendusravi programmis „iga hinna eest“. Selliselt devalveerub kogu ravi mõte ning me ei saa rääkida isikute normaalsest rehabilitatsioonist ja ühiskonda tagasipöördumisest. Selle asemel, et rikkumiste hinnaga hoida ravialuseid metadooni doosidega sõltuvusravi programmis, tuleb TAI-l koostöös sõltuvuskliinikutega üle vaadata kogu ravi kontseptsioon. Metadooni asendusravi ei saa olla ainult aine jagamine sõltlastele, see peab olema kompleksne ja tasakaalustatud ravi.

Seega leiab käesoleva magistritöö koostaja, et **kogu sõltuvusravi korraldus tuleb riiklikul tasandil uuesti üle vaadata** ning viia ellu mh Uimastiennetuse Valges raamatus nimetatud tegevused eelkõige sõltuvusravi isikustamise ning laiema psühholoogilise toe pakkumise osas, mitte jätma neid juhenditesse, kus nende tegevuste üle kontroll on pea olematu. Süsteemi korrastamise käigus tuleb hoolikalt läbi mõelda ka järelevalve raamistik ning selleks on vaja Terviseameti ja Raviameti väga tihedat ja ülimat tõhusat koostööd. **Seda, konkreetsele eesmärgile seatud tegevust, peab magistritöö koostaja hinnangul vedama Sotsiaalministeerium, kelle haldusalas on sõltuvusraviga seonduv õigusloome ja poliitika kujundamine Eestis. Alustada tuleks kogu sõltuvusraviga seonduva auditeerimisest.**

**3.3 Probleemidele, mis kaasnevad metadooni kaasa andmisega**, on magistritöö koostaja hinnangul vaid üks lahendus – statsionaarne metadooni asendusravi. Seda seisukohta on toetanud ka läbiviidud analüüs, kust nähtub, et just metadooni koju kaasa andmisel on suurim (ja sisuliselt ainuke) koht kogu metadooni asendusravi korralduses, kus metadoon pääseb illegaalsena tänavale. Üledoosisurmasid võib metadoon sellisel juhul põhjustada nii ravialuste kui ka seal mitte viibivate isikute hulgas. Metadooni liikumist, kasutamist ja tarbimist tänavatel ei suuda Eestis hetkel kontrollida keegi. Töö koostaja on isegi arvamusel, et seda ei suuda ka tulevikus keegi teha.

Magistritöö koostaja nõustub siinkohal osaliselt ekspertintervjuude analüüsis ilmnenu asjaoluga, et lahendus metadooni kaasa andmisele saaks olla korraldatud selliselt, kus ravialusele antakse metadooni doos kaasa läbi tema tugiisiku või lähedase. Selline olukord saaks mõõndustega kehtida nt alaealise

ravi korral, kelle eest vastutab tema vanem, kuid selle lapsevanema usaldusväärsus ja oskus oma last kasvatada on suure küsimärgi alla juba faktiga, et tema alaealine laps vajab metadooni asendusravi.

Magistritöö koostaja on **seisukohal**, et ehkki metadooni asendusravi näeb ette taasühiskonnastumisel ravialusele teatud tingimustel metadooni kaasa andmist, ei ole meie ühiskond selleks veel valmis ning **Eestis tuleks kehtestada metadooni asendusravi vaid statsionaarse manustamise võimalusega**. Selleks tuleb muuta nii metadooni asendusravi juhiseid TAI poolt kui ka õiguslikku baasi Sotsiaalministeeriumi poolt, mis sellise olukorra kujunemist toetaks. Kindlasti tuleb sõltuvuskliinikutes statsionaarsete kohtade arvu suurendada ja võimalusel kliinikute enda arvu samuti (vt järgmist ettepanekut).

3.4 Ekspertintervjuude analüüsist tõusetus **probleemina sõltuvuskliinikute geograafiline asukoht ning ravikohtade arvu vähesus**. Magistritöö koostaja hinnangul on see probleem jäänud teenimatult tahaplaanile. Üks asi on suurendada olemasolevates sõltuvuskliinikutes statsionaarsete voodikohtade arvu (mis tähendab ka personali suurenemist), kuid kui need kliinikud juba hetkel asuvad ravialuste jaoks ebamugavates kohtades, siis sellel lahendusel suurt mõtet pole. Teine asi, on suurendada sõltuvuskliinikute arvu ja tõsisemalt suhtuda sealjuures nende asukohavalikusse.

Magistritöö koostaja pakub seega siinkohal välja sarnaselt ekspertintervjuudele vastajatega, et **sõltuvuskliinikuid peaks olema arvuliselt rohkem ning ka juba olemasolevate osas tuleb nende geograafiline asukoht kindlasti üle vaadata**. Siinkohal näeb töö autor ühe olulise partnerina ja teema eestvedajana TAI-d. Magistritöö koostaja hinnangul tuleb seega tõsisemalt suhtuda sõltuvuskliinikute arvu suurendamise võimaluste otsimisse ning nende asukohtade valikusse. Selles osas peab tugevat koostööd tegema ka kohalike omavalitsustega, kelle territooriumile sõltuvuskliinikuid planeeritakse ning kindlasti otsida lisarahastusvõimalusi selleks tegevuseks. Samuti tuleb mõelda kohaliku kogukonna turvalisuse säilitamisele, aga ka kohalike elanike tööhõive kasvule (sõltuvuskliinikutes töötavad ka inimesed, kes ei vaja eriväljaõpet ning mitte meditsiinialase haridusega inimesed).



3.5 Ekspertintervjuude analüüsist tuli välja **soovitus suurendada osapoolte ringi, kes otsustavad ravialuse suunamise metadooni asendusravile**. Põhjuseks toodi eelkõige meditsiinitöötajate (eriti arstide ja psühhiaatrite) vähesus, kellele on kogu TAI poolt välja töötatud juhendite kohaselt antud metadooni asendusravis keskne roll. Ollakse arvamusel, et sellesse ringi võiks kaasata ka perearste või muid spetsialiste (nt nakkushaiguste arstid, kellel on narkomaanidega sagedane kokkupuude), kes on läbinud nagu vastavad täiendkoolituse ja saanud lisa pädevuse.

Magistritöö autori hinnangul tuleb sellist ravi üle otsustajate ning ravi korraldavate isikute ringi laiendamise osas võtta kriitiline seisukoht. Hetkel puudub näiteks adekvaatne alusdokumentatsioon, millele tuginedes teha vastavaid otsuseid, sest tervisekaarte täidetakse väga viletsalt ja isikustamata ravi tõttu puudub ka ülevaade ravialuste liikumisest ning nende varasemast tegevusest. **Töö koostaja pakub selles osas välja lahenduse, et ravi üle otsustavate isikute ringi võimaliku laiendamise üle saab hakata diskuteerima peale alles metadooni asendusravi isikustamist.**

3.6 Metadooni asendusravi pole ainult meditsiiniline protseduur, vaid on **keerukam kompleksne tegevus inimese taasühiskonnastumise teel, kuid hetkel on Eestis keskendunud liialt inimese füüsilise sõltuvuse vähendamisele ning psüühiline abi on jäänud kahjuks unarusse**. Suuresti on see johtuvalt sõltuvuskliinikute vähesest ja kehvasti motiveeritud personalist, kuid siiski tuleb metadooni asendusravis läheneda ravialusele lisaks metadooni doosidele ka paljude muude tegevustega. Üks asi on inimene saada nõ puhtaks ihult, kuid meie eesmärk peab olema tema puhastamine ka hingelt. Seetõttu ei saa me rääkida metadooni asendusravis ainult aine doseerimisest ravialusele, vaid kogu see ravi tuleb üles ehitada tihedas seoses tegevustega isiku rehabilitatsiooniks ja resotsialiseerumiseks.

Tuginedes eelnevale ning töö teoreetilises osas esitatule, asub käesoleva töö autor seisukohale, et **kuritegevuse ennetamiseks on vaja rohkemaid tegevusi kui pelgalt isiku füüsilist võõrutamist narkootikumidest**. Sellise tervikliku

lähenedamise osas sõltuvusravile saab olla eestvedajaks **Sotsiaalministeerium** ning selle teema tõstatamine peab olema tema juhtida. **See teema tuleb tõstatada koos sõltuvusravi riikliku süsteemi muutmisega.**

## KOKKUVÕTE

Narkootikumide üledoosi on aastatel 2005-2013 Eestis kokku surnud 1024 inimest, neist metadooni üledoosi tõttu on sel perioodil surnud 30 inimest. 111 inimest on surnud mitme aine segu üledoosi tõttu, kus üheks segu komponendiks on olnud metadoon. (EKEI andmebaas) See on pea 14% kogu üledoosisurmade arvust. Seega aine, mis on kasutusel sõltuvusravis asendusainena ning mille manustamine peaks toimuma kontrollitud süsteemis kindaksmääratud reeglite kohaselt, satub kinnisest süsteemist tänavatele, kus põhjustab üledoosisurmasid.

Käesoleva magistritöö uurimisprobleemiks oligi sõltuvusravis kasutatav aine metadoon, kui üledoosisurmade põhjustaja ning töö eesmärgiks oli välja selgitada miks Eestis narkomaania sõltuvusravis asendusravimina kasutatav metadoon satub ravisüsteemist välja.

Uurimistööna analüüsis töö autor olemasolevat teoreetilist baasi nii sõltuvusravi kui ka selle rollist ennetavas tegevuses ning viis läbi ekspertintervjuud sõltuvusraviga seotud inimeste hulgas. Ka andis autor ülevaate Eestis kehtivast õigusruumist mahus, mis on oluline probleemi käsitlemisel ning tõi välja kuus järeledust ja ettepanekut, mis tema hinnangul peaks oluliselt vähendama metadooni sattumist sõltuvusravi süsteemist välja (vt peatükk 3).

Sõltuvusravi on selgelt osa ennetustööst – seos, mis on uuringutes tõestatud (vt peatükk 1.2). Efektiivne ennetustöö tagab, et uimastisõitlane, saanud lahti oma sõltuvusest ning vajades seetõttu vähem kuritegelikul teel saadavat tulu uimastite soetamiseks, pöördub tagasi ühiskonda, kus ta täisõigusliku liikmena saab panustada üldisesse heaolusse. Loomulikult sõltub ravi tulemus ka inimesest endast, kuid sõltuvusravi kompleksus ja jätkusuutlikkus on need märksõnad, mis tagavad inimese puhtaks jäämise kindlamalt.

Töös välja toodud probleemset kohad Eesti uimastisõltuvuse ravis ning neile pakutud lahendused on need, mille rakendamisel vähenevad magistritöö koostaja hinnangul oluliselt metadooni väljumise võimalused sõltuvusravi skeemist, sellest tulenevalt ka võimalikud metadooniga seotud üledoosisurmad ning korrastub metadooni asendusravi

riikliku järelevalve süsteem nii sõltuvuskliinikute tegevuse osas kui ka kliinikute poolne kontroll ravialuste tegevuse üle. Eriti oluliseks peab töö autor siinkohal **juhtiva asutuse leidmist**, kes protsesse veaks. Autori hinnangul peaks selleks asutuseks olema Sotsiaalministeerium, kes peaks alustama esimese tegevusena suuremahulise auditi läbiviimist kogu sõltuvusravi korralduses Eestis (vt peatükk 3 punkt 3.3).

Praegusel hetkel on sõltuvusraviga seotud olukord Eestis selline, et ehkki pealtnäha on ravi reguleeritud (mainitud õigusaktides, koostatud vajalikud juhendid, süsteemne rahastus jm), on tegelikkuses kogu metadooni asendusravi üks suur segadus. Selline olukord on magistritöö koostaja hinnangul saanud tekkida viimase kümne aastaga seetõttu, et metadooni asendusraviga seonduv töötati välja 2000ndate alguses ning kogu valdkond on jäänud sellest alates staatiliseks. Pole olnud tugevat juhtasutust, kes võtaks vajalikud teemad üles ning veaks muudatuste protsessi kuni selle positiivse tulemuseni. Et kogu keskkond meie ümber on pidevas muutumises, siis on loomulik, et ka sellised süsteemid ja struktuurid muutuvad – kui süsteemis on midagi, mille regulatsioon pärsib edasist arengut, siis tuleb otsida võimalusi süsteemi muutmiseks.

Kirjeldatud asjaolu ongi ilmselt tinginud olukorra, kus Eesti sõltuvusravi on isikustamata (raviasutused ei saa teha koostööd, puudub ka adekvaatne alus statistikaks), metadooni asendusravi sõltuvuskliinikute asukohad on ravialustele kohati raskesti ligipääsetavad (geograafiliselt kaugel näiteks), puudub ühtne lähenemine kogu uimastisõltuvuse raviskeemile – sageli sõltuvuskliinikud kasutavad koostatud ravijuhendeid erinevalt (metadooni doseerimine, manustamiseks kodus kaasa andmine jm).

Magistritöö koostaja pakub siin välja **TAI ja Sotsiaalministeeriumi tugevamat ja eesmärgistatumat koostööd** konkreetsete sihtidega – muuta **riiklik järelevalve** sõltuvuskliinikute tegevuse üle **tõhusamaks**, arendada välja ja seadustada ühtne sõltuvusravil viibijate **isikustatud andmebaas**, otsida võimalusi **sõltuvuskliinikute** arvu **suurendamiseks** ja nende **asukohtade** paremaks **planeerimiseks**. Kindlasti ei oota magistritöö koostaja, et ainult TAI ja Sotsiaalministeerium peavad nimetatud teemadega tegelema, vaid nemad oleksid nõ juhtvedurid, asutused, kes tõstaksid teemad lauda ja kaasaksid võimalikult palju koostööpartnereid, kellega koos leitaks efektiivsed lahendused praegustele probleemidele.

Vaid tugev ja läbimõeldud ennetustegevus annab loodetud tulemuse – kuritegevuse vähenemine ühiskonnas. Seetõttu on sobilik siinkohal lõpetada Jeremy Benthami mõttega: uue kuriteo toimepanemist võib konkreetse isiku poolt ära hoida, kui temalt võtta kas füüsiline võimalus, soov või julgus uusi kuritegusid toime panna. Sellest lähtuvalt tulebki ennetustegevust planeerida ning korraldada.

## SUMMARY

In Estonia methadone is used in addiction treatment, but it causes overdose deaths outside of treatment facilities and –programs. From 2005 to 2013 there were 141 incidences of overdose from the use of methadone or a blend of substances containing methadone. This constitutes 13,7% of total deaths by drug overdose in the country.

The research question of this Master’s thesis is following: why has methadone, which in recent years has been used in addiction treatment, begun to contribute to fatal narcotics overdoses among street addicts?

In the „conclusions and proposals“ chapter the author presents solutions, the implementation of which would in his estimation significantly reduce the possibility for methadone use outside of addiction treatment programs. This would in turn lead to a reduction in methadone-related overdose deaths as well as improved state oversight of addiction clinics and the clinics’ oversight of patients.

In the author’s view it is of key importance to designate a leading institution to manage the processes. The author regards the Ministry of Social Affairs as the appropriate authority to initiate a comprehensive audit of the entire addiction treatment system of Estonia.

The present state of play of addiction treatment in Estonia is such that although treatment is regulated (it is mentioned in legal acts, necessary instructions have been created, budgetary measures are in place, etc) the entire system of methadone replacement treatment is in disarray.

In the author’s view this situation has realized in the last ten years due to the system having been developed concurrently with the start of the implementation, and not having been evaluated or adjusted since. There has been no leading authority to raise the necessary issues and guide the process of change to a positive result. With the environment constantly changing, it is natural for systems and structures to also change. If something in the system is contradicting progress, it is necessary to seek ways to change the system.

The author offers as a solution stronger and more goal-oriented cooperation between the Ministry of Social Affairs and the National Institute for Health Development (TAI). The specific goals would be following: increase the effectiveness of state oversight of addiction treatment clinics, develop and authorize a single personalized database of addiction treatment patients, seek means for increasing the number of clinics and for more practical planning of their locations. It is not the expectation of the author that solely TAI and the Ministry of Social Affairs must handle these issues. In the author's vision these authorities would be the engines behind the change, the institutions that would raise the issues and involve as many partners as necessary to find effective solutions to the existing problems.

## KASUTATUD JA VIIDATUD ALLIKATE LOETELU

Bennett, T., Farrington, D. & Holloway, K., 2005. The effectiveness of Criminal Justice and treatment programmes in reducing drug-related crime. *Home Office Online report*.

Bentham, J., 1830. *The Rationale of Punishment*. I book III chapter toim. London: s.n.

Brantingham, P. & Faust, F., 1976. A Conceptual Model of Crime Prevention. *Crime and Delinquency*, Issue 22.

Bull, J. & Chhabra, S., 2008. Methadone. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(2), pp. 146-150.

Declaration on Crime and Justice, 2000. *Declaration on Crime and Justice: Meeting The Challenges Of The Twenty-first Century*. Vienna, Tenth United Nations Congress on The Prevention of Crime and The Treatment Of Offenders.

EMCDDA, 2005. 2005. aastaaruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA, 2006. 2006. aastaaruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas. Luxembourg: Office of Official Publications of the European Communities.

EMCDDA, 2010. 2010. aastaaruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

EMCDDA, 2011. *Uimastiprobleemide olukord Euroopas*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Euroopa Komisjon, 2013. *Euroopa Liidu Narkoennetusstrateegia 2013-2020*. s.l.:s.n.

Euroopa Liidu Nõukogu, 2004. *ELi narkostrateegia (2005-2012)*. [Online]  
Available at:  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_10375\\_ET\\_EU%20Drugs%20Strategie\\_ET.PDF](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_ET_EU%20Drugs%20Strategie_ET.PDF)  
[Accessed 28. 03. 2015].

Euroopa Liidu Nõukogu, 2012. *Euroopa Liidu narkostrateegia 2013-2020*. [Võrgumaterjal]  
[Kasutatud 11 12 2014].

Flick, U., 2009. *An introduction to qualitative research*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Flowers, R. B., 1999. *Drugs, Alcohol and Criminality in American Society*. s.l.:R. Barri Flowers All Right reserved.

Gallagher, R. et al., 2003. Pain Medicine. *Methadone and the Hospice Patient: Prescribing Trends in the Home-Care Settings*, 4(3).



- Gilling, D., 1997. *Crime Prevention: Theory, Policy and Politics*. London: UCL Press.
- Goldstein, A. & Wilmarth, S., 1974. Therapeutic effectiveness of methadone maintenance programs in the management of drug dependence of morphine in the USA. *WHO*.
- Gossop, M., 2001. *Drug Addiction and its Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Graham, J. & Bennet, T., 1998. *Kriminaalpreventsioon Euroopas ja Põhja-Ameerikas*. Tallinn: Kriminaalpreventsiooni Nõukogu.
- Hilborn, J., 2007. *Ülevaade kuriteoennetuse planeerimisest*. Tallinn: Justiitsministeerium.
- Hirsch, A., Proescholdbell, S. K., Bronson, W. & Nabarun, D., 2014. Prescription Histories and Dose Strengths Associated with Overdose Deaths. *Pain Medicine*, 14. 02., Kõide 15, pp. 1187-1195.
- Inturrisi, C., 2005. Pharmacology of methadone and its isomers. *Minerva Anestesiol*, Issue 71, pp. 435-437.
- Jones, S., 2013. *Criminology 5th edition*. s.l.:Oxford University Press.
- Karistusseadustik* (2001) Riigi Teataja.
- Karistusseadustik* (2015) Riigi Teataja.
- Laherand, M.-L., 2008. *Kvalitatiivne uurimisviis*. s.l.:OÜ Infotrükk.
- Lind, B., Chen, S. & Richard Mattick, D. W., 2004. The effectiveness of Methadone maintenance treatment in controlling crime: an aggregate-level analysis.. *NSW Bureau of Crime Statistics and Research, bureau brief*, March.
- Livert, D. & Winick, C., 2006. Changes in the number of methadone maintenance slots as measures of „Fighting Back“ programme effectiveness. *The Journal of Drug Issues*, pp. 318-330.
- Menendez, P. & Weatherburn, J. D., 2015. Does the threat of longer prison terms reduce the incidence of assault?. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, pp. 1-16.
- Narkootiliste ja psühhotropsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord* (2015) Sotsiaalministri määrus.
- Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ning nende lähteainete seadus* (2015) Riigi Teataja.

Parker, H. & Kirby, P., 1996. Methadone Maintenance and Crime Reduction on Merseyside. *Home Office, police Research Group*.

Peeters, R., 2015. The price of prevention: The preventative turn in crime policy and its consequences for the role of the state. *Punishment & Society*, 17(2), pp. 163-183.

P, G., 1985. The Drug/violence nexus, A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, Kõide 15.

*Psühhiaatrilise abi seadus* (2015) Riigi Teataja.

Retting, R. & Yarmolinsky, A., 1995. Federal regulation of methadone treatment. *National Academies Press*.

Roberts, M., 2004. Prevention or Control. *Safer Society, The Journal of Crime Reduction and Community Safety*.

Rüütel, K., 2008. HIV-nakkus Eestis - vajadused, võimalused, väljakutsed. *Eesti Arstide Liidu ajakiri*, aprill.

Sepp, H., 2008. Ohtlikkuse arvestamine karistuse mõistmisel kohtupraktikas. *Juridica*, VII, pp. 539-546.

Siegel, L. J., 2009. *Criminology 10th edition*. s.l.:Thomson Learning.

Siseministeerium, 2014. *Eesti uimastitarvitamise poliitika valge raamat*. Tallinn: Siseministeerium.

Sotsiaalministeerium, 2008 (täiendatud 2012). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020*. [Võrgumaterjal]

Available at: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf)  
[Kasutatud 12. 12. 2014].

Sotsiaalministeerium, 2009. *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020*. [Võrgumaterjal]

Available at: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf)  
[Kasutatud 03. 01. 2015].

Sotsiaalministeerium, 2012. *Narkomaania Ennetamise Riiklik Stateegia aastani 2012*. s.l.:s.n.

Sotsiaalministeerium, kuupäev puudub *Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012*. [Võrgumaterjal]

Available at: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervislik\\_eluviis/narkomaania\\_ennetamise\\_riiklik\\_strateegia\\_aastani\\_2012.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/narkomaania_ennetamise_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf)  
[Kasutatud 05 02. 2015].

Tervisearengu Instituut, 2008. *Metadooni asendusravi - teenusekirjeldus*.

*Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord* (2015) Sotsiaalministri määrus.

*Tervishoiuteenuste korraldamise seadus* (2015) Riigi Teataja.

The Brown University, 2005. Fentanyl patch abuse leading to overdose deaths. *The Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update*, p. 6.

The Guardian, 2009. *Ten wasted years: UN drug strategy a failure, reveals damning report*. [Võrgumaterjal]

Available at: <http://www.theguardian.com/world/2009/mar/11/un-drug-strategy>  
[Kasutatud 11. 12. 2014].

UNODC, 2008. *Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduse hindamise uuringu aruanne*. Tallinn: s.n.

Walker, P. et al., 2008. Switching from Methadone to a Different Opioid: What Is the Equianalgesic Dose Ratio?. *Journal of Palliative Medicine*, 11(8).

Vito, G. F. & Maahs, J. R., 2012. *Criminology (Theory, research and policy) 3th edition*. s.l.:Jones and Bartlett Learning.

Voorhis, P. v., 1986. Delinquency Prevention: Toward Comprehensive Programs and a Conceptual Map. *Criminal Justice Review*, Issue 11.

Xiao, L. et al., 2011. Developing an electronic health record for methadone treatment recording and decision support. *BMC medical informatics and decision making*.

Young Ik Cho, T. P. J. M. F. a. L. P., 2013. Treatment Facility Neighborhood Environment and Outpatient Treatment Completion. *Journal of Drug Issues*, 43(3), pp. 374-385.

# LISAD

## Lisa 1

### METADOON -ASENDUSRAVI TEENUSEKIRJELDUS (2008)

#### SISSEJUHATUS

Efektiivne sõltuvusravi sisaldab erinevaid võtteid ning lähenemisi, alustades nõustamisest ning lõpetades sotsiaalsete teenustega. Käesoleva teenusekirjelduse eesmärgiks on tagada Eesti Vabariigis ühtsetel alustel pakutava metadoon-asendusravi teenuse kvaliteet.

Mõistete selgitused:

1) *Opiaatsõltuvuse ravi* on ravikokkuleppe alusel toimuv ravi opiaatsõltuvusest vabanemiseks või sõltlase vaevuste leevendamiseks ja ühiskonna kahjude vähendamiseks. Siia alla ei käi sõltlasele osutatav vältimatu abi eluohtlikus olukorras või ühekordne võõrutusnähtude leevendamine ilma ravikokkuleppeta edasise ravi jätkamise osas. Samuti ei loeta opiaatsõltuvuse raviks vaevuste leevendamist opiaatsõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendavad põhihaiguse ravi.

2) *asendusravim* on opiaatagonistliku toimega preparaat - metadoon, buprenorfiin või sama toimega kombineeritud toimeaineid (buprenorfiin + naloksoon) sisaldav ravipreparaat, kui see on kasutusel opiaadisõltlase võõrutus-, asendus- või toetavas säilitusravis. Siia alla ei käi buprenorfiini või metadooni sisaldavate ravipreparaatide kasutamine täiendava ravina opiaadisõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendava ravi ega metadooni kasutamine valuvaigistina onkoloogiliste haiguste ravis.

3) *asendusravimiga võõrutusravi* on maksimaalselt kuu aega kestev opiaatsõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtavat ravi, milles kasutatakse asendusravimeid;

4) *asendusravi* on opiaatsõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtavat ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu;

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

**Asendusravi eesmärk** on vähendada illegaalse uimasti tarvitamist, ohtlikke nakkushaiguste levikut, eluohtlike intoksikatsioone, suremust ning motiveerida asendusravil viibivat isikut loobuma illegaalse aine tarbimisest pikema aja jooksul.

#### **Teenuse vajalikkuse põhjendused:**

1) Teenus on meditsiiniliselt vajalik ja parandab muuhulgas oluliselt nii sõltlaste elukvaliteeti kui ka ühiskonna turvalisust.

2) Opiaatsõltuvuse näol on tegemist psüühikahäirega, mille tekkepõhjuste hulgas on nii sotsiaalsed, psühholoogilised kui bioloogilised tegurid. Arstietika seisukohast vajavad need inimesed ravi.

3) Väga väike osa suudab tasuta teenuse eest täies mahus ise. Järjepideva ja efektiivse ravi tagamiseks tuleb leida võimalus asendusravi rahastamiseks riigi poolt eraldatavatest allikatest.

#### **Metadoon valikravimina opiaatsõltuvuse ravis:**

- Teenuse meditsiiniline tõendus põhjus Euroopa riikides aktsepteeritud standardite järgi:
- Metadoon on sünteetiline opiaatagonist, mis seondub ajus peamiselt  $\mu$ -retseptoritega, vähem  $\kappa$ - ja  $\sigma$ -retseptoritega. Metadoon vähendab efektiivselt opiaatvõõrutuse vaevusi 12 kuni 24 tunniks, tungi uimasti tarvitamise järele ja blokeerib teiste opiaatide toime. Metadoon on kasutusel suukaudse lahuse (enamasti 1mg/ml) ja tablettidena (20 mg). Biosaadavus ulatub metadoonil 40-100%. Metadoon metaboliseerub maksas, 50 % eritub uriiniga, 10 . . . 45 % roojaga. Kuna metadoon on kõrge lipofiilsusega, vabaneb ta kudedest (s.h. maksast) aeglaselt, mistõttu liiga kiirel annuse tõstmisel esineb oht metadooni kuhjumiseks organismis ja ohtlike kõrvaltoimete tekkimiseks. Metadooni plasmakontsentratsioon ei peegelda alati adekvaatselt tema kuhjumist organismis, see tähendab, et vaatamata madalale plasmakontsentratsioonile võib metadooni sisaldus kudedes olla kõrge. Seepärast on ravi käigus, eriti algfaasis, alati vaja hoolikalt jälgida patsiendi seisundit, et vältida üledoseerimist.
- Metadooni annustamine opiaatsõltuvuse ravis on individuaalne. Keskmised annused on tavaliselt vahemikus 60 -120 mg päevas, kuid erandlikud ei ole ka päevased annused 200 mg ja rohkem.
- Ravi alustatakse annusega 10 ... 30 mg päevas, annust suurendatakse 5 ... 10 mg kaupa päevas jälgides võõrutusnähtude ja mürgistusnähtude võimalikku ilmnemist. Asendusravi ja toetavas säilitusravis hoitakse annus eeltoodud kriteeriumitest lähtuvalt stabiilsena.
- Metadooni üledoseerimine põhjustab väljendunud hingamise supressiooni kuni hingamise seiskumiseni. Üledoseerimise selgumisel tuleb jälgida hingamis- ja südamegevust vähemalt 48 tunni jooksul, tagada reanimatsiooni võtete ja intensiivravi olemasolu eluohtliku hingamissupressiooni väljakujunemisel ning manustada naloksooni.
- Metadooni kasutamise vastunäidustused on ülitundlikkus metadooni suhtes, hingamispuudulikkus, äge bronhiaalastma, paralüütiline iileus, raske maksapuudulikkus, raske neerupuudulikkus.
- Metadooni ei tohi manustada koos kesknärvisüsteemi depressantidega (opiaatanalgeetikumid, fenotiasiinid, bensodiasepiinid, uinutid, alkohol), kuna suureneb oht hingamissupressiooni, hüpotensiooni, sedatsiooni tekkimiseks, nimetatud ravimite koosmanustamisel metadooniga on registreeritud ka surmajuhtumeid.
- Metadooni sagedasemad kõrvaltoimed on eufooria esimestel ravinädalatel (hiljem võib avalduda kerge tuju tõstev toime), unisus, uimasus, hüpotensioon, kõhukinnisus, iiveldus, oksendamine, ebamäärane kõhuvalu, isutus, rohkenenud higistamine, unetus, hirmutavad unenäod, peavalu, asteenia, tursed, liibido langus. Harva esinevateks kõrvaltoimeks on hallutsinatsioonid, südame rütmihäired ja QT intervalli pikenemine.

Üksikutes uuringutes on leitud, et pikaajaline asendusravi metadooniga on põhjustanud kergeid kognitiivse funktsiooni häireid ja sooritusvõime halvenemist. Enamus kõrvaltoimetest mööduvad esimestel ravinädalatel, kuid rohkenenud higistamine ja kõhukinnisus võivad püsida kuid. Valikravimivorm on suukaudselt manustatav *metadoon mikstuur 1mg/1ml*.

Kogemus maailmapraktikas:

Metadoon asendusravi on Lääne-Euroopas kasutusel üle 30 aasta (Holland ja Ühendkuningriik – 1968, Taani – 1970, Itaalia – 1975, Hispaania – 1983, Saksamaa –

1992, Prantsusmaa – 1995).

Kulutõhusus:

Asendusravi kulutõhusus avaldub ühiskonnas opioidsõltlaste kriminaalse aktiivsuse vähenemisena ja nende sotsiaalse adaptatsiooni paranemisena: oluline on ka positiivne mõju HIV-nakkuse leviku vähenemisele.

### **KLIENDI SEISUNDI HINDAMINE ENNE RAVI ALUSTAMIST**

Ravi alustamiseks vajalik kliendi uurimine erineb mõnevõrra tavameditsiini praktikast. Oluline on koguda piisavalt andmeid patsiendi seisundi, sõltuvuse iseloomu ja ravi läbiviimist mõjutavate taustategurite osas. Kliendi uurimine peaks sisaldama:

1. uimasti tarvitamise detailset anamneesi,
2. üldmeditsiinilist ja psühhiaatrilist anamneesi,
3. pere ja sotsiaalset anamneesi,
4. õigusrikkumiste anamneesi,
5. objektiivset uurimist.

**1. Uimasti tarvitamise detailne anamneesi** kogumisel tuleks välja selgitada:

- a. millist uimastit/uimasteid klient käesolevalt tarvitab,
- b. millal ta käesolevalt tarvitavat uimastit/uimasteid tarvitama hakkas,
- c. missugused on käesolevalt tarvitatavad uimasti/uimastite kogused ja sagedus,
- d. missugune on uimasti/uimastite manustamisviis,
- e. kas on esinenud uimasti üledoseerimist,
- f. missugused sümptomid tekivad uimasti mittesaamisel, kas esinevad võõrutusnähud,
- g. missugused on kliendi ootused uimasti/uimastite mõju suhtes,
- h. missugune on käesolevalt tarvitatava uimasti/uimastite mõju, tavalised emotsionaalsed ja käitumuslikud reaktsioonid uimasti/uimastite toimele,
- i. kellega ja missugustes olukordades uimastit tarvitab,
- j. kas tema tuttavad /sõbrad tarvitavad uimasteid ja kuidas nad suhtuvad uimastite tarvitamisesse,
- k. milline on kliendi käitumine ilma uimasti mõjuta,
- l. missugused on uimasti tarvitamise otsesed ja kaudsed tagajärjed toimetulekule erinevates valdkondades nagu suhted pereliikmete ja sõpradega, töö (kool), vaba aja veetmine
- m. kas on püüdnud uimasti tarvitamist lõpetada, missugused asjaolud on takistanud uimasti tarvitamise lõpetamist,
- n. kas on varasemalt osalenud raviprogrammis uimastite tarvitamisest loobumiseks, missugused olid tulemused,
- o. kui suured on kulutused uimastile/uimastitele ja teistele mõnuainetele (alkohol, tubakas),
- p. millal esimest korda psühhoaktiivseid aineid tarvitas ja milliseid (s.h. tubaka ja alkoholi tarvitamine),
- q. millistel asjaoludel toimus üleminek ühelt tarvitatavalt ainelt teisele ja kui kiiresti see toimus,
- r. kas keegi pereliikmetest tarvitab või on tarvitanud psühhoaktiivseid aineid, milliseid ning on see kaasa toonud probleeme perele.

**2. Üldmeditsiiniline ja psühhiaatriline anamneesi** kogumisel tuleks välja selgitada:

- a. uimastite tarvitamisest tingitud tüsistused nagu abstsessid süstekohal, tromboflebiit, viirushaigused, menstruatsioonihäired, kõhnumine,
- b. nakatumine B ja /või C hepatiidi viirusega,

- c. nakatumine HIV-ga,
- d. suguhaiguste, tuberkuloosi esinemine,
- e. traumade esinemine,
- f. krooniliste somaatiliste haiguste põdemine,
- g. psüühika- ja/või käitumishäirete esinemine varasemas eas,
- h. varasem psühhiaatiline ravi,
- i. enesetapukatseid, s.h. uimasti tahtlikku üledoseerimised enesetapu eesmärgil,
- j. käesolevalt võimaliku kaasuva psüühika- või käitumishäire olemasolu.

**3. Pere ja sotsiaalse anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada:**

- a. kas patsient elab perekonnaga, kes selle moodustavad,
- b. missugused on pereliikmete vahelised suhted,
- c. missugune on pere üldine sotsiaalne ja majanduslik toimetulek,
- d. patsiendi enda sotsiaalne toimetulek
- e. töökoha olemasolu
- f. eluaseme olemasolu
- g. materiaalne olukord, võlgade olemasolu

**4. Õigusrikkumiste anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada**

- a. kas on esinenud õigusrikkumisi, missuguseid ja millised on olnud määratud karistused,
- b. kas õigusrikkumised on sooritatud uimasti tarvitamise/hankimisega seoses, uimasti mõju all,
- c. kas käesolevalt on patsiendi suhtes algatatud uurimine seoses õigusrikkumisega

Eelpool nimetatud informatsiooni saamiseks tuleb võimalusel lisaks patsiendile küsitleda tema pere liikmeid ja sotsiaaltöötajaid, küsida väljavõtte perearstilt ning varasema raviga seotud raviasutustest. Patsient peab olema teadlik tema kohta käiva informatsiooni hankimisest teistelt isikutelt ning andma selleks nõusoleku.

**5. Objektiivne uurimine**

a. **Üldise tervisliku seisundi hindamine:** eraldi tuleks tähelepanu pöörata toitumusele, naha ja limaskestade seisundile (süstejäljed nahal, pehmete kudede põletikud, nahalööbed, ninaverejooksud, kurgumandlite seisund, hammaste seisund), südamegevusele (pulsitaitumus, südametoonide kõrvalkahinad, vererõhk) ja hingamisfunktsioonile (raskendatud väljahingamine, pidev kõha sekreedi eritumisega).

b. **Psüühilise seisundi hindamine:** eraldi tuleks tähelepanu pöörata muutustele psüühilises seisundis ja käitumises mis võivad olla tingitud uimasti otsesest mõjust (ainele iseloomulik toime ja võõrutussündroom) või uimasti korduva või pikaajalise tarvitamise tagajärgedest. Opiaatidele iseloomulik toime avaldub intensiivse lühiajalise eufoorianana, millele järgneb sügav rahutunne (võib kesta mitu tundi), millele omakorda järgneb unisus, meeleolu kõikumine, motoorne pidurdatus ja apaatia. Opiaatidest tingitud võõrutussündroomile on iseloomulik düsfooria ja ärrituvuse süvenemine, rahutu uni, tugev tung jätkata aine manustamist ning autonoomse närvisüsteemi ületalitus (südamepekslemine, lihasvärinad, higistamine, piloereksioon, suurenenud pisaravool, iiveldus ja oksendamine, kõhulahtisus).

Opiaatide pikaajalisel tarvitamisel võivad ilmned tähelepanuvõime halvenemine, meeleolu kõikumine või püsiv alanemine, ärrituvus ja düsfooria, emotsionaalne ebastabiilsus, impulsiivsus. Vajadusel võib patsiendi kognitiivse funktsiooni, vaimse arengu taseme või isiksuse hindamiseks läbi viia vastavad psühholoogilised uuringud.

c. **Laboratoorsed uuringud:** olulisemad uuringud, mida vajadusel tehakse, on

- kliiniline vere ja uriini analüüs,
- maksa ja neeru funktsiooni näitajad,
- B ja C hepatiidi markerid,
- HIV vastaste antikehade määramine,
- uimastisisalduse kvalitatiivne määramine uriinis

Metadoon-asendusravi teenuse vajaduse ja mahu hindamine on meeskonnatööl põhinev tegevus, mis lõpeb kirjalikult fikseeritud otsusega konkreetse ravi vajalikkuse kohta. Lisaks esmahindamistele viiakse läbi regulaarseid vahehindamisi 6-kuuliste vahedega ravi vältel. Esmase hindamisintervjuu viib läbi ravimeeskonna instrueeritud liige, kelleks on sotsiaaltöötaja. Hindamisintervjuu läbiviija täidab ära hindamisintervjuu vormi (lisa 1) ning edastab selle kliendi vestlusele järgneva ühe tööpäeva jooksul psühhiaatrile.

Kolme tööpäeva jooksul korraldatakse ravi taotlejale kohtumine psühhiaatriga ning jälgitakse ravi taotleja võimet distsipliini ja ajakokkuleppeid järgida. Kohtumise läbiviija (psühhiaater) teavitab ravile pöördumise taotluse esitajat ravikomisjoni kohtumisajast, mis leiab aset kolme tööpäeva jooksul peale vestlust. Ravikomisjon (psühhiaater, sotsiaaltöötaja, meditsiiniõde) tutvuvad kohtumisele eelnevalt hindamisintervjuuga, intervjuuerivad koos ravile pöördumise taotlejat, võtavad arvesse hindamisvestlustelt kogutud infot ning täidavad ära ravikomisjoni hinnangu vormi (lisa 2). Ravi alustatakse ravikomisjoni otsusega, mis peab olema ühehäälnene.

Ravivajaduse hindamise protsessi keskmine kestvus on üks nädal.

Kliendile antakse ravikomisjoni seisukohast teada intervjuule järgneva 24 tunni jooksul ning kliendiga sõlmitakse metadoon asendusravi kliendi omapoolse vastutuse leping ehk ravileping (lisa 3) hiljemalt kahe päeva möödudes ravikomisjoni otsuse teatamisest.

## **RAVIPLAAN JA RAVIKOKKULEPE**

Ravi alustamisele eelneb ravikokkuleppe sõlmimine kliendiga. Ravikokkulepe põhineb raviplaanal.

Raviplaan lähtub kliendi ravivajadustest ning arvestab tema soovide ja eelistustega ravi osas. Raviplaan sätestab ravi eesmärgid; need tuleks sõnastada patsiendile arusaadavalt ja samas piisavalt konkreetsetelt ravi edukuse edaspidiseks hindamiseks.

Hea raviplaan peaks sisaldama jõukohaseid eesmärke. Raviplaan tuleb kindlate ajavahemike järel (soovitavalt vähemalt kord poole aasta jooksul) koos kliendiga üle vaadata, hinnata saavutatud tulemusi ja vajadusel viia raviplaan sisse muudatused.

Ravi põhieesmärgiks on seatud enamasti uimastite tarvitamisest loobumine, mis on aluseks seisundi stabiliseerumisele ja igakülgsele elukvaliteedi paranemisele. Samas on ka kliente, kelle puhul uimastist loobumine ei ole realistlik. See ei tähenda, et ravi ei oleks mõttekas. Sõltuvus on käsitletav kroonilise haigusena, mille puhul ka seisundi osaline paranemine ja remissioonide pikenemine on oluliseks kergenduseks nii patsiendile, tema lähedastele kui laiemalt kogu ühiskonnale.

Opiatsõltuvuse ravi on kompleksne ja eeldab nii farmakoloogiliste kui ka mittefarmakoloogiliste raviviiside kompleksset kasutust.

Enne ravi algust tuleb kliendiga sõlmida kirjalik ravikokkulepe. Kokkuleppes fikseeritakse ravi läbiviimise tingimused, s.h. ka kriteeriumid ravi katkestamiseks ja osapoolte õigused ning kohustused (näiteks toksikoloogiline kontroll illegaalsete uimastite kasutamise tuvastamiseks). Kui kliendi ravi korraldab ravimeeskond või kui ravi aitab toetada tugiisik, tuleks ka see ravikokkuleppes ära näidata. Ravikokkuleppe rikkumine on aluseks raviasutuse poolseks ravilepingu lõpetamiseks.



## **METADOONIGA ASENDUSRAVI OSUTAMINE**

Opiaatsõltuva kliendi võõrutus-, asendus- ja toetava säilitusravi vajadust hinnatakse vastava kvalifikatsiooniga ravimeeskonna poolt. Ravimeeskonda kuulub psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja (vähemalt üks) õde; meeskonnal peab olema tööks sõltuvushaigetega vastav ettevalmistus. Ravi alustamisele eelneb kirjaliku otsusena vormistatud hinnang vastava ravi vajaduse kohta.

Klient peab olema informeeritud ravi põhimõtetest ja tingimustest; patsiendiga sõlmitakse kirjalik ravileping. Kliendid, kelle ravi algus viibib, võetakse järjekorda.

Meditasiinilised näidustused metadoon-asendusravi teenuse osutamiseks:

- ravile raskelt alluv opiaatsõltuvus (korduvad ebaõnnestunud võõrutuskatsed)
- opiaatsõltuvus koos kaasneva muu psühhikahäirega või opiaatsõltuvus koos HIV-nakkusega
- vanus vähemalt 20 eluaastat, erandeid võib teha komisjoni poolt nendele, kellel raviks erinäidustused (HIV, rasked sotsiaalsed ja psühholoogilised probleemid jms).
- tõestatud opiaatsõltuvuse anamnees vähemalt 5 aastat, erandeid võib teha komisjoni poolt nendele, kellel raviks erinäidustused (HIV, rasked sotsiaalsed ja psühholoogilised probleemid jms).
- klient on võimeline mõistma ja täitma ravilepinguga seatud tingimusi

Opiaatsõltlasest isiku asendusravi põhineb raviplaanel, milles näidatakse lisaks asendusravimitele ära ka kliendi muu meditsiiniline ja psühhosotsiaalne ravi ning järelevalve ravi läbiviimise üle (toksikoloogiliste testide kasutamine ravirezhiimi täitmise kontrollimiseks jne). Raviplaan peab olema seotud kliendi ja ravi teostaja vahelise ravilepinguga.

### **Ravi katkestamise kriteeriumid:**

- korduvad narkootikumide toksikoloogiliste testide positiivsed tulemused ravi jooksva kuul
- ebaregulaarne raviasutuses käimine, viis (5) põhjuseta puudumist jooksva kuul
- korduv põhjuseta puudumine raviprogrammist
- pikem põhjuseta paus (5 päeva) ravimi võtmisel
- agressiivne/vägivaldne käitumine ja ähvardamine
- ravilepingu nõuete eiramine raviasutuses
- ravitalumatus metadooni suhtes

### **Keskmissid oodatavad ravitulemused (lühiajaline ja pikaajaline prognoos):**

- loobutakse illegaalsete narkootikumide i/v manustamisest
- väheneb HIV, B ja C hepatiiti nakatumise risk
- kaob vajadus hankida kuritegelikult teel raha narkootikumide jaoks
- paraneb füüsiline ja psühhiline tervis
- paranevad suhted perega/lähedastega
- paraneb motivatsioon ja suutlikkus elada uimastivaba elu

### **Teenuse osutamise nõuded**

Nõuded teenuseosutajatele

- asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega võib osutada üksnes EV seadusandlusele vastavat psühhiaatria eriala tegevusluba omav isik (juriidiline või füüsiline).

- teenuse osutaja peab tagama eelpool välja toodud kirjeldustele vastava infrastruktuuri, turvanõuded ja teenuse osutamiseks vajalike tingimuste olemasolu (sh. väljaõppega personali)
- teenuseosutaja peab tagama töötajatele meeskonna interviseiooni vähemalt korra kuus.

#### Minimaalsed turvanõuded ja lahtiolekuajad

Personal on varustatud valvesignalisatsiooni ning paanikanuppudega ning keskuses on seif, milles hoitakse metadooni. Keskus on avatud seitsmel päeval nädalas ning keskuses on alaliselt kaks teenuseosutajat. Keskuse lahtioleku aeg peab olema vastavuses klientuuriga – klientidel peab olema võimalik külastada keskust enne ja/või pärast tööaega.

#### Nõuded ruumidele

Nõuded ruumidele, milles teenust osutatakse, on määratletud sotsiaalministri 25.01.2002. a määrusega nr 25 “Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile” (RTL 2004, 17,273)

#### Raviprotsessi lühikirjeldus:

- kliendi pöördumisel keskusesse ravi alustamise eesmärgil hinnatakse kliendi motiveeritust ravi alustamiseks ja hinnatakse kliendi üldist seisundit ravimeeskonna poolt
- enne ravi alustamist sõlmitakse kliendiga metadoon-asendusravi kliendi omapoolse vastutuse leping ehk ravileping (lisa 3) ja psühhiaatri poolt määratakse esimene metadoon asendusravimi annus: koostatakse koos kliendiga raviplaan, mille raames määratakse vastuvõttudel osalemine ning metadooni võtmise aeg
- teenuseosutaja peab regulaarselt pidama ravimeeskonna koosolekuid, et arutada klientide olukorda, ja kliendi individuaalse raviplaaniga peab olema tutvunud kogu kliendiga kokkupuutuv ravipersonal
- kindla regulaarsusega käib klient psühhiaatri (1-2 korda kuus) ja sotsiaaltöötaja (1 kord kuus) vastuvõttudel ning osaleb regulaarselt grupiteraapias vastavalt vajadusele
- raviskeemist lähtuvalt võtab klient metadooni iga päev üks kord päevas meditsiiniõde ja teise töötaja kontrolli all. Ravimi tegeliku sissevõtmise tagamiseks antakse juua vett ja/või vesteldakse kliendiga peale ravimi manustamist
- meditsiiniõde teeb iga päev metadooniannust andes kliendi seisundi kohta vajalikke märkmeid kliendi ravipäevikusse ja täidab dokumente vastavalt “Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad”(RTL 2005, 57,807)(§ 15, 16) <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13012010>
- dokumente hoitakse ja säilitatakse vastavalt „Isikuandmete kaitse seadusele“ (RTI 2007, 24, 127.) <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12909389>
- uriini analüüsi narkootilistele ainetele tehakse pistelise sagedusega. Esimesel kahel kuul testitakse klienti soovituslikult vähemalt 2 korda kuus. Alates kolmandast kuust testitakse klienti soovituslikult vähemalt 1 kord kuus või vastavalt kliendi individuaalsele vajadusele

- analüüsi võtmise eest vastutab ravimit manustav meditsiiniõde
- uriini analüüs võetakse meditsiiniõde visuaalse kontrolli all
- ambulatoorset metadoon asendusravi võib taasalustada mitte enne 3 kuu möödumist eelmise ravikuuri lõpetamisest või katkestamisest, erandeid võib teha ravikomisjoni poolt nendele, kellel raviks erinäidustused (HIV, rasked sotsiaalsed ja psühholoogilised probleemid jms).
- ravikeskuse sisese töö paremaks korraldamiseks ja info liikumiseks on soovitatav korraldada lisaks intervüioonile ka vähemalt korra kuus töötajate üldkoosolekuid ning tegema kliendi olukorra parandamise eesmärgil koostööd teiste sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna asutustega.

### **Tingimused metadooni manustamiseks väljaspool metadoon-asendusraviga tegelevat tervishoiuasutust**

Metadooni-asendusravi puhul reeglina manustatakse metadooni tervishoiuasutuses iga päev meditsiinitöötaja visuaalse kontrolli all. Metadooni manustamise kohta väljaspool tervishoiuasutust teeb otsuse sama komisjon, mis võtab kliendi ravile, põhjendades oma otsust kirjalikult.

Näidustused, mille puhul on võimalik manustada metadooni väljaspool metadoon-asendusraviga tegelevat tervishoiuasutust:

1. Kliendi püüdlused resotsialiseerumiseks, ehk patsient on leidnud töö või alustanud (taasalustanud) õpinguid ja igapäevane töö ja/või õpingul käimine ei võimalda külastada metadooni keskust iga päev lahtioleku aegadel.

Eeltingimuseks on

- metadoon-asendusravi kestvus mitte vähem kui 5 kuud;
- korrektne käitumine;
- ei esine põhjuseta ravimi manustamise vahesid;
- ravi vältel ei ole täheldatud illegaalsete narkootikumide tarbimist (uriini analüüsid narkootikumidele on korduvalt negatiivsed);

2. Kliendi viibimine haigena kodus või raviuasutuses. Vajalik kirjalik tõend raviarsti poolt.

Reeglid metadoon-asendusravi läbi viimiseks väljaspool tervishoiuasutust:

- Klient kinnitab kirjalikult, et on tutvunud metadooni käitlemise reeglitega. Kinnitusel peab olema märgitud kliendi nimi, kuupäev ja allkiri.
- Metadooni antakse manustamiseks väljaspool tervishoiuasutust mitte rohkem kui kuni kaheks päevaks ühel korral nädalas, välja arvatud isikutele, kes viibivad kinnipidamisasutustes. Kui töögraafik või haigestumine ei võimalda sellist raviskeemi, lahendab komisjon iga juhtumi individuaalselt (metadooni väljastamise võimaldamine teistel aegadel, metadooni keskuse külastamine puhkepäevadel jne).
- Päevane annus metadooni antakse välja iga päeva jaoks eraldi flakoonis. Flakoonile märgistatakse kliendi nimi, manustatava aine nimetus ja annus.
- Metadooni väljastatakse ainult kliendile või tugiisikule, kelleks on narkootikumide mittetarbivad vanemad, abikaasa või muud lähedased sugulased (nt. vanavanemad). Metadooni ei väljastata kliendi sõpradele, tuttavatele.
- Tugiisik saab konsultatsiooni metadooni manustamise, hoidmise ja turvareeglite kohta: manustamine toimub iga päev tugiisiku visuaalse kontrolli all; tugiisik vastutab ravimi hoidmise eest kõrvalistele isikutele kättesaamatus kohas. Tugiisik ja patsient on hoiatatud auto juhtimise, töötavate seadmetega töötamise ohtlikkusest peale metadooni manustamist.

- Metadooni väljastatakse ainult vedelal kujul. Tablettidena metadooni väljastamine on keelatud.
- Metadooni kättesaamist kinnitab klient oma allkirjaga tervishoiuasutuse vastavas zurnaalis.
- Metadooni üle arvestuse pidamine toimub narkootiliste ja psühhotroopsete ainete käitlemise üldiste nõuete kohaselt. Päevastel arvestuslehtedel peab olema nähtav kliendile koju kaasa antud ravimi kogus. Kui metadoon väljastatakse mitmeks päevaks korraga, siis tuleb väljastamise päevale märkida kogu kaasa antud ravimi kogus ja täpsustada, millisteks kuupäevadeks ravim väljastati.
- Kui on tuvastatud metadooni mittesihipärane kasutamine (müük või jagamine kõrvaliste isikutega), lõpetatakse koheselt metadooni väljastamine koju ja ravikomisjon otsustab asendusravi katkestamise põhjendatuse üle.
- Kliendi sattumisel statsionaarsele ravile teise tervishoiuasutusse jätkab teine asutus metadoon-asendusravi ravi teostanud asutuse kirjaliku raviskeemi järgi, täites kõiki narkootiliste ja psühhotroopsete ainete käitlemise nõudeid. Kliendi raviarst kannab täielikku vastutust seal läbiviidava asendusravi eest.
- Kliendi sattumisel kinnipidamisasutusse kohustub tervishoiuteenust pakkuv asutus jagama kinnipidamisasutuse volitatud isikuga asjakohast teavet kinnipeetava raviplaani kohta säilitades konfidentsiaalsuse nõudeid.
- Tervishoiuasutus kohustub tagama arestimajas viibivale kliendile metadooni, milleks korraldab metadooni transpordi arestimajja. Päevane annus metadooni antakse välja iga päeva jaoks eraldi pudelis, millele märgistatakse patsiendi nimi, manustatava aine nimetus, annus ning manustamise kuupäev.
- Tervishoiuasutuse volitatud esindaja väljastab metadooni arestimaja volitatud esindajale ning metadooni üleandmise kohta koostatakse kirjalik akt, mille üks eksemplar jääb arestimajale ja teine eksemplar tervishoiuasutusele.
- Metadoon-asendusravi teenust pakkuv asutus reguleerib ravipunkti lahtioleku aegu vastavalt klientide vajadusele.

**Metadoon asendusravi teenusekirjeldusega kaasub kolm kliendi toimiku vahel säilitatavat dokumenti (lisa 1-3):**

- 1) Metadoon-asendusravi hindamisintervjuu (lisa 1)
- 2) Metadoon-asendusravi ravikomisjoni hinnang (lisa 2)
- 3) Metadoon-asendusravi kliendi omapoolse vastutuse leping (lisa 3)

LISA 1

**HINDAMISINTERVJUU**

Käesolevalt hindab ravimeeskonna liige .....(nimi) metadoon asendusravi programmiga liituda taotleva isiku .....  
 .....(nimi) seisundit.

**Intervjuu kuupäev** |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  
 PÄEV KUU AASTA

**Kestvus** |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| KUNI |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|  
 TUND MINUTID TUND MINUTID

**1. ÜLDANDMED**

1. Ees- ja perekonnanimi.....
2. EV pildiga isikut tõendava dokumendi number



Esmakordselt kasutas uimasteid:

- suu kaudu
- nina kaudu
- suitsetamise teel
- veenivälise süstimise teel
- veenisisese süstimise teel

Esmakordsel kasutamisel oli:

- üksinda
- sõpradega
- muu

Milliseid uimasteid on viimase 48 tunni jooksul kasutanud?.....

Manustamisviis:

- suu kaudu
- nina kaudu
- suitsetamise teel
- veenivälise süstimise teel
- veenisisese süstimise teel

Kui vanalt süstis esmakordselt? .....

Milliseid aineid süstib regulaarselt? .....

Näiteid kõrgemate kasutatud dooside kohta.....

Kui palju päevas kulutatud raha uimastite ostmiseks?.....

Kui pikk on viimane vabatahtlik põhiainest keeldumise periood (abstinents), millal periood lõppes?.....

Mitu korda elu jooksul on esinenud intoksifikatsiooni/üledoseerimist?.....

Kas on saanud ravi seoses sõltuvusprobleemiga?  Ei  Jah

Millises asutuses.....mitu korda.....  
seoses millise tarbimisega.....

**Kommetaarid:**

### 5. PERESUHTED

1. Kas omab enda arvates toetavaid vanemaid ja lähedasi?  Ei  Jah

Kommentaari:.....

2. Kas taotlejal endal on lapsi?  Ei  Jah

3. Mitu last ja millises vanuses? .....

4. Kas taotleja laps/lapsed elavad koos taotlejaga või eraldi?  Koos  Eraldi

5. Kas taotlejal on muid ülalpeetavaid?  Ei  Jah

**Kommentaari:**

### 6. PSÜÜHILINE SEISUND JA MOTIVATSIOON

1. Sõnaline kontakt  Olemas  Puudub

2. Käitumine

- korrektne
- ägestuv
- lipitsev
- üleolev
- muu

3. Sõltuvusega kaasnevaid psüühika- või isiksusehäireid

Ei esine  Esineb

Kui esineb, siis milliseid? .....(ICD-10: .....)

4. Kaasnevaid töövõimekust vähendavaid somaatsi haigusi  Ei esine  Esineb

5. Psühhosotsiaalsete stressorite raskus.....

6. Soov süstemaatiliselt osaleda endale elatist teenivas palgatöös

Olemas  Puudub

7. Milliseid sotsiaalseid probleeme on põhjustanud uimastite tarbimine? .....

8. Kui kaua on kestnud kõige pikem periood, mille jooksul on olnud kaine/"puhas" ning mis

selle põhjustas?.....

9. Kui kõrgelt hindab oma valmisolekut opioidsetest narkootikumidest täielikult vabaneda?

- väga kõrgelt (5)
- kõrgelt (4)
- keskmiselt (3)
- kasinalt (2)
- väheselt (1)

10. Kui kõrgelt hindab intervjuu läbiviija taotleja suutlikust opioidsetest narkootikumidest täielikult vabaneda?

- väga kõrgelt (5)
- kõrgelt (4)
- keskmiselt (3)
- kasinalt (2)
- väheselt (1)

11. Mida ootab taotleja metadoon pikaajalise võõrutusravi /metadoon asendusravi programmilt?

Kommentaariid

- täielikku vabanemist uimastitarvitamisest
- igapäevase uimastikoguse vähenemist
- pääsemist olmemuredest
- jäämist pikemaks ajaks metadoon asendusravile
- muu

## 7. PROGNOOSITAV OSALUSVÕIME PROGRAMMIS

1. Tuginedes hindamisvestlusele, prognoosin, et läbivaadatul lähema 24 kuu jooksul edeneb uimastitarbimine

- vähenevalt
- kaootiliselt, võimalik on metadooni ja opiaatide segakasutamine
- suureneb korrapäraselt

2. Hinnang uuritavale intervjuu põhjal:

- uuritav on vaimse ja kehalise tervise poolest võimeline enda tegevuse tähendusest aru saama, oma tegevust juhtima
- uuritav on kainena võimeline langetama otsust mitte alustada uimastite tarvitamist
- uuritav on võimeline kuni keskmise raskusega füüsiliseks tööks
- uuritav on võimeline osalema rühmatöös

INTERVJUU LÄBIVIIJA:

(allkiri)

(kuupäev)

LISA 2

## RAVIKOMISJONI HINNANG

Komisjon on tutvunud .....(nimi) taotlusega osalemiseks vabatahtlikult sõlmitud lepingu alusel pikaajalise metadoon asendusravi programmis.

Komisjoni arvamus on alljärgnev:

1. Meditsiinilisi või sotsiaalseid vastunäidustusi programmiga liitumiseks

- Ei esine**  **Esineb**

2. Taotleja klassifitseerub hindamisintervjuude vestluse ja ravikomisjoni ja teenusekirjelduses loetletud näidustuste põhjal

**Metadoon asendusravi programmi**

3. Pikaajalise metadoon asendusravi programmiga liituda soovijale selgitatakse taotlejale esitatavaid nõudeid, raviasutuse sisekorraeskirja. Teenuse soovija näitab eelpool mainitute nõustumist, väljendades oma arusaama ja nõusolekut ravilepingut allkirjastades hiljemalt.....(kuupäeval)

**OTSUS: Ravikomisjon võttis vastu ühehääle otsuse kaasata taotleja pikaajalise metadoon asendusravi programmi**

**\_ Ei \_ Jah**

Põhjus keeldumise korral.....

KOMISJONI LIIKMED:

(allkirjad)

(kuupäev)

LISA 3

**METADOON ASENDUSRAVI KLIENDI OMAPOOLSE VASTUTUSE LEPING**

..... 200... a.....

Uimastisõltuvuse ravi efektiivsuse tagamiseks sõlmivad .....

esindaja..... (volitus .....) isikus ( edaspidi **TEENUSE**

**PAKKUJA**) ja ..... edaspidi (**KLIENT**), käesoleva lepingu

alljärgnevatel tingimustel:

**LEPINGU OSAPOOLTE KOHUSTUSED:**

**1. KLIENT** on vastutav omapoolselt raviprogrammi järgimise eest ning sellega seonduvalt kohustub:

**1.1.** Järgima raviasutuses kehtestatud sisekorraeeskirja ja päevakava.

**1.2.** Mitte kasutama narkootilisi ja psühhotroopseid aineid ravi- ja rehabilitatsiooni ajal ning osalema ravimeeskonna poolt teostatavas uimastitarbimise kontrollis. Positiivse analüüsi korral on ravimeeskonnal õigus kliendi ravi viivitamatult katkestada ja kliendil kohustus ravikoht vabastada.

**1.3.** Täitma viivitamatult ravimeeskonna poolt edastatavaid nõudeid, mis on esitatud kliendi tervisliku seisundi parandamise huvidest ning vastavad ravi/rehabilitatsiooni keskuse eesmärkidele.

**1.4.** Koheselt teavitama ravimeeskonda kõikidest asjaoludest, mis ähvardavad ohustada materiaalseid või organisatsioonilisi väärtuseid.

**1.5.** Hüvitama tahtlikult tekitatud materiaalse kahju käesoleva lepingu alusel kooskõlas seadusandlusega. Klient ei kannu materiaalselt vastust juhul, kui tehakse kindlaks, et klient ei ole kahju tekitamises süüdi.

**1.6.** Suhtuma heaperemehelikult tema kasutusse antavasse inventari.

**1.7.** Klient ei tohi ähvardada töötajaid ja kasutada vägivalda teiste ravialuste ja personali suhtes.

**2. TEENUSEPAKKUJA** kohustub:

**2.1.** Looma kliendile tingimused, mis on raviprogrammi kohaselt vajalikud kliendi raviks ja rehabiliteerimiseks.

**2.2.** Juhinduma oma tegevuses omakasupüüdmatutest eesmärkidest ning lähtuma kliendi raviks ja rehabiliteerimiseks vajalikest nõuetest

**2.3.** Tutvustama kliendile sisekorraeeskirja, päevakava ning raviprogrammi põhimõtteid.

**2.4.** Vastavalt raviplaanile andma kliendile igapäevaselt metadooni

**2.5.** Teavitama klienti ravi- või rehabilitatsiooniplaani muudatustest

**LEPINGU OSAPOOLTE ÕIGUSED:**

**3. KLIENDIL** on õigus:

**3.1.** Kasutada keskuse poolt pakutavaid ravivõimalusi.

**3.2.** Osaleda raviplaani koostamisel

**3.3.** Osaleda ravi puudutavate otsuste tegemisel.

**3.4.** Saada teavet enda kohta teistele institutsioonidele väljastatud informatsioonist.

**4. TEENUSEPAKKUJAL** on õigus:



**4.1.** Küsida klienti puuduvat informatsiooni teistest tervishoiuasutustest, õiguskaitseorganitest ja muudest institutsioonidest.

**4.2.** Väljastada informatsiooni teistele raviasutustele EV seadustes ettenähtud piirides ja ravikorraldusega seotud küsimustes.

**4.3.** Teha analüüse uimastijoobe kahtluse korral.

**4.4.** Lõpetada ravisuhe lepingus märgitud juhtudel.

#### **LEPINGU LÕPETAMINE**

Leping lõpetatakse alati ravikeskuse ravikomisjoni otsusega järgmistel näidustustel:

- tahtlik sisekorraeskirja rikkumine
- allumatus personali poolt edastatavatele nõuetele
- korduv uimastite joobeseisund
- korduv uimastite kõrvalkasutamine
- vägivaldaga ähvardamine ja vägivaldne käitumine
- uimastite müük, ostmine, kaubitsemine ja edasiandmine ravikeskuse territooriumil
- relvade omamine ja kasutamine

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

Käesolev leping on koostatud kahes eksemplaris, millest üks jääb Teenuse pakkujale ja teine Kliendile.

...../TEENUSEPAKKUJA ...../KLIENT

## LISA 2

### EKSPERTINTNERVJUUDE KÜSIMUSED

Ekspertintervjuu küsimuste eesmärk on teada saada, kas metadooni ravi on Eestis piisavalt reguleeritud ja miks tekitab metadoon tänavatel üledoosist tingitud surmasid.

1. Palun kirjeldage, kuidas metadooni ravi täna toimub.
2. Kas Teie arvates on narkomaania asendusraviks metadooni kasutamine ennast õigustanud?
  - Millised on teie kogemused selle tulemuslikkusest?
  - Kuidas on mõõdetav metadooni ravi tulemuslikkus
  - Kas te oskaksite tuua näiteid?
3. Kas Te oskaksite tuua ka näiteid metadooni ravi tulemuslikkuse kohta?
4. Kuidas on metadooni ravi täna Eestis reguleeritud?
  - Kas Teie arvates on tänane regulatsioon piisav või tuleks siin midagi muuta, täpsustada?
5. Kuidas toimub metadooni jagamise üle järelevalve Eestis?
  - Kas Teie arvates on järelevalve piisav?
6. 2013 aastal suri metadooni kasutamise tagajärjel Eestis 2 isikut, lisaks 16 isikut segajoobe tagajärjel. Käesoleval aastal on 6 kuuga surnud metadooni kasutamise tagajärjel Eestis 2 isikut ja lisaks 7 isikut segajoobe tagajärjel. Mis Te arvate, millest see tuleneb?
  - Kuidas Teie arvates võib juhtuda, et inimene saab metadoonist üledoosi, kui seda kasutatakse ainult asendusravis?
7. Metadooni ravi näeb ette, et ravialune isik ei tarvita narkootilisi aineid. Ometi on segajoobe tagajärjel surnud isikute arv väga suur. Millest võib see tuleneda?
8. Kuidas peaks Teie arvates metadooni ravi olema korraldatud, et vältida selle illegaalsesse käitlusesse sattumist?
9. Kes peaks Teie arvates metadooni ravi üle järelevalvet teostama?
  - Miks?
10. Millised on teie soovitusel, kuidas seda valdkonda peaks edasi arendama, milliseid otsuseid oleks vaja teha asendusravi parendamiseks?