

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu kolledž

Sotsiaaltöö korralduse osakond

Aili Annuk

**NARKOSÕTLASTE VAJADUSED JA NENDE  
RAHULDAMINE HARJUMAA TUGISÜSTEEMIS**

Lõputöö

Juhendaja: Tiiu Kamdron

Pärnu 2013

## SISUKORD

|   |    |
|---|----|
| Sissejuhatus .....  | 4  |
| 1. Narkomaania olemus.....  | 7  |
| 1.1. Narkomaania sotsiaaltöö kontekstis.....  | 7  |
| 1.2. Narkomaania mõiste.....  | 9  |
| 1.3. Sõltuvuse kujunemine .....   | 10 |
| 1.4. Sõltuvuse kujunemise põhjused ja tagajärjed .....                              | 11 |
| 1.5. Enam levinud narkootikumid.....  | 14 |
| 2. Narkosõltlastele suunatud teenused Harjumaal .....                               | 16 |
| 2.1. Narkomaania-alaste tegevuste planeerimine.....                                 | 16 |
| 2.2. Ülevaade narkootikumide tarbimise olukorrast .....                             | 18 |
| 2.3. Ravi, rehabilitatsioon ja kahjude vähendamine .....                            | 19 |
| 2.4. Kahjude vähendamise teenused ja rehabilitatsioonitalud .....                   | 20 |
| 3. Uurimus narkosõltlaste vajadustest ja nende rahuldamisest Harjumaa tugisüsteemis | 24 |
| 3.1. Uurimiseesmärgid ja püstitatud uurimisküsimused .....                          | 24 |
| 3.2. Uurimuse meetod, valim ja läbiviimine .....                                    | 25 |
| 3.3. Valimi iseloomustus.....   | 28 |
| 3.3.1. Sotsiaaldemograafilised näitajad.....  | 28 |
| 3.3.2. Narkootikumide tarbimise näitajad .....                                      | 30 |
| 3.4. Tugisüsteemi nõrkused.....   | 35 |
| 3.5. Tugisüsteemi tugevused .....   | 47 |

|  |    |
|--|----|
| 3.6. Järeldused ja ettepanekud.....                          | 51 |
| Kokkuvõte.....   | 57 |
| Viidatud allikad.....  | 60 |
| Kaudselt viidatud allikad.....                               | 64 |
| Lisad.....   | 65 |
| Lisa 1. Narkootikumidega katsetajate tarbimise muutused..... | 65 |
| Lisa 2. Narkomaaniaga seotud õigusaktid .....                | 66 |
| Lisa 3. Intervjuu küsimused sõltlastele (eesti keeles) ..... | 67 |
| Lisa 4. Intervjuu küsimused sõltlastele (vene keeles).....   | 68 |
| Lisa 5. Küsimused asutuste töötajatele koos selgitusega..... | 69 |
| Lisa 6. Vastaja meelespea (eesti ja vene keeles).....        | 70 |
| Lisa 7. Vastaja ankeet (eesti keeles) .....                  | 71 |
| Lisa 8. Vastaja ankeet (vene keeles) .....                   | 72 |
| Lisa 9. Intervjuu küsimused sõltlase perekonnale.....        | 73 |
| Lisa 10. Intervjuu küsimused sõltlase sõpradele.....         | 74 |
| Lisa 11. Küsimused koolidele .....                           | 75 |
| Summary .....  | 76 |

## **SISSEJUHATUS**

Sõltuvusi on nimetatud 21. sajandi epideemiaks. Eesti on aastaid olnud Euroopa esirinnas kõrge probleemsete narkootikumide tarvitajate hulga ning narkootikumidest põhjustatud surmade arvu poolest. Eelmisel aastal lõppes "Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012", mille tulemused näitasid püstitatud eesmärkide vähest täitumist, mh sõltlastele ja nende lähedastele suunatud teenuste ning abivõimaluste ebapiisavust. Seega on jätkuvalt aktuaalne uurida sõltlaste vajadusi ning võimalusi nende täitmiseks hetkeolukorra tingimustes.

Lõputöö eesmärgiks on välja selgitada Harjumaa narkosõltlaste tugisüsteemi tugevused ja nõrkused, analüüsides sõltlaste vajadusi seoses narkomaania probleemiga.

Vajaduste all on töös käsitletud majanduslikke, sotsiaalseid ja/või psühholoogilisi vajakajäämisi, millele on lähenetud läbi tugisüsteemi informaalsete (perekond ja sõbrad) ning formaalsete (kool, töö, teenuseid pakkuvad asutused) osade. Tugisüsteemi oluline roll sõltuvuse kujunemisel ning sõltlase elus on varasemates nii kodu- kui ka välismaistes uuringutes varem tõestust leidnud.

Tugisüsteemi olulisus avaldub ennekõike selle kvaliteedis, mis on mõjutatud süsteemi osade teadmistest, oskustest, võimalustest ja valmisolekust probleemiga tegelemiseks. Eelnevalt nimetatud aspektid - nagu enamik vajadusi - on ajas muutuvad ning seetõttu on vajalik nende korduv uurimine. Lõputöö tulemusi saab kasutada Harjumaa narkosõltlaste tugisüsteemi osaliseks hindamiseks 2013. aasta alguse seisuga ning võimalike uuenduste ja/või uute uuringute planeerimiseks. Tulemusi on võimalik edasi arendada mitmes suunas - uurides näiteks täpsemalt tugisüsteemi erinevate osade vajadusi või spetsialistide väljaõppe ning sotsiaalmaastiku olukorra omavahelist sobivust. Samas ei esinda lõputöö absoluutseid seisukohti, vaid autori isiklikke

tõlgendusi läbi töötatud materjalidest ja kogutud andmetest.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised uurimisülesanded:

- tutvumine olemasoleva kirjanduse ja varasemate uuringutega;
- meetodi valimine, töö ülesehituse läbi mõtlemine ja uurimuse läbiviimise kirjeldamine;
- uurimuse teoreetilise osa kirjutamine ja empiirilise osa teostamine;
- empiirilise osa tulemuste analüüsimine lähtudes püstitatud eesmärgist ja alaeesmärkidest;
- tulemuste sõnastamine;
- arutelu, järelduste ja ettepanekute kirjutamine.

Lõputöö koostamisel kasutati mitmeid allikaid, näiteks antud valdkonna põhiliste uuringute läbiviija Eestis ehk Tervise Arengu Instituudi poolt tellitud ja/või koostatud varasemaid uurimusi, mida on avaldatud ka rahvusvaheliselt tunnustatud väljaannetes nagu *Internation Journal of Drug Policy*. Värskeste statistiliste andmete saamiseks tehti teabepärnigud narkomaaniaravi andmekogusse ja surma põhjuste registrisse. Samal eesmärgil kasutati ka varasemat personaalset kirjavahetust Tervise Arengu Instituudi süstlavahetuse ja madala läve teenuste spetsialisti Anne Murruga. Materjalidest kasutati veel mitmeid Eestis ilmunud sõltuvusi, uurimismeetodeid, sotsioloogilisi nähtusi jmt käsitlevaid raamatuid, sotsiaal- või meditsiinivaldkonnas ilmuvaid ajakirju.

Lõputöö uurimus viidi läbi kvalitatiivsel meetodil, kasutades fenomenoloogilist lähenemist, mis rõhutab üksikisiku kogemuse olulisust probleemide mõistmisel. Empiirilised andmed koguti valdavalt poolstruktureeritud intervjuude teel, ühele osale valimist saadeti küsimused Interneti vahendusel. Valim moodustati eesmärgist lähtuvalt ehk sihtgruppi arvestades ning ühtlasi kasutati ka lumepalli meetodit. Valimi moodustasid endised, ravil olevad ja hetkel tarbivad narkosõltlased ja nendega tööalaselt kokku puutuvad spetsialistid. Intervjueeritavate leidmisele aitasid kaasa Eesti Uimastiseire Keskuse juhataja Ave Talu ning kahe Harjumaal sõltlastele teenuseid pakkuva asutuse töötajad, kelle nimed ja töökohad jäetakse intervjueeritavate anonüümsuse kaalutlustel mainimata.

Lõputöö on jagatud kolmeks peatükiks. Esimeses peatükis tutvustatakse narkomaania olemust, sõltuvuse kujunemise võimalikke põhjuseid ja tagajärgi ning Harjumaal enam levinud narkootikume. Teises peatükis kirjeldatakse narkomaania-alaste tegevuste planeerimist Eestis, esitatakse ülevaade probleemse narkootikumide tarbimise olukorrast Eestis ja Harjumaal, tehakse kokkuvõtte Harjumaal olemasolevatest narkosõitlastele suunatud teenustest. Kolmandas peatükis on välja toodud lõputöö uurimuse tulemused, tehtud järeldused ning esitatud ettepanekud.

Töö autor avaldab tänu kõikidele, kes aitasid kaasa töö valmimisele, eriti valimisse kuulunud ja selle koostamisele kaasa aidanud isikutele, samuti andmete kogumisele kaasa aidanud isikutele ning eriti oma juhendajale Tiiu Kamdronile mõistva suhtumise ning kiirete vastuste eest probleemide esinemisel.

# 1. NARKOMAANIA OLEMUS

*„On tallad läinud, mingu siis ka pealsed,  
ja nii ma hüppan alla paljajalu.“*

*Ave Alavainu*

## 1.1. Narkomaania sotsiaaltöö kontekstis

Väärtused on valikute aluseks nii lühemas kui ka pikemas perspektiivis. Ühiskonnas üldtunnustatud väärtused loovad moraali ja seeläbi eetika, millest inimesed oma valikutes lähtuma peaksid. Inglise sotsioloogi ja filosoofi Herbert Spenceri sõnastatud võrdse vabaduse seaduse järgi on iga inimene vaba tegema kõike, mida ta soovib, juhul kui ta ei riku teise inimese võrdset vabadust (Aimre 2013: 39). Probleem tekib asjaolust, et inimesed hindavad erinevaid väärtuseid ning indiviidi tegevusvabadus muutub seeläbi veel keerulisemaks. Seetõttu on oluline, et kehtiks ja toimiks teatud sotsiaalne kontroll.

Sotsiaalne kontroll on sotsiaalsete suhete ja tegevuste reguleerimise süsteem (nii formaalne kui ka mitteformaalne), mis põhineb üldiselt omaks võetud normidel ja peab tagama ühiskonna stabiilsuse (Aimre 2013: 172-174) ja seeläbi kõikide huvide kaitse. Väljendis „kõikide huvide kaitse“ peitub sisuline vastuolu, sest on võimatu kaitsta kõikide inimeste huve nii, et see rahulolematust ja vastuolu ei tekitaks. Peab arvestama ka nende inimeste huvidega, kes üldiselt heaks kiidetud normidest kõrvale kalduvad.

Üldtunnustatud normidest erinevat käitumist, väljanägemist või mõtlemist nimetatakse sotsiaalseks hälbivuseks ja see varieerub mitteformaalsete normide eiramisest formaalsete normide eiramiseni (Henry 2009: 2). Mitteformaalsetest normidest kõrvalekaldumist nimetatakse deviantseks käitumiseks ning see on suhteline, formaalsetest normidest kõrvalekaldumist nimetatakse kriminaalseks ehk kuritegelikuks

käitumiseks ja see on absoluutne (Aimre 2013: 176). Suhteline tähendab seda, et teguviis pole seadusega vastuolus, vaid võib vastuollu minna mõningate konventsionaalsete arusaamadega. Absoluutne kõrvalekaldumine tähendab seaduserikkumist. Sotsiaaltöö kontekst hõlmab nii legaalseid kui ka illegaalseid käitumisviise ning kohustab abivajajat aitama, tegevuse iseloomust olenemata.

Sotsiaaltöös lähtutakse humanistlikust inimkäsitlusest, mille järgi on igal inimesel õigus inimväärseks eluks sõltumata tema võimest osaleda ühiskonna elus kasulikul viisil (Tiko, Pints 1997: 3). Seda mõtet esindabki sotsiaalhoolekande seaduse § 2 (edaspidi SHKS), kus on kirjas sotsiaalhoolekande põhimõtted ja ülesanded (Sotsiaalhoolekande...1995). Olulisel kohal on lähtumine inimõigustest ja sotsiaalsest õiglusest (Tamm, Tiko 2013), mis tähendab, et sotsiaalala töötaja on igasuguse diskrimineerimise vastu ning töötab iga abi vajava inimese heaolu tagamise nimel (Eetikakoodeksite...2007: 365).

Narkomaania on sotsiaalne probleem, mis liigitub kuritegeliku hälbekäitumise alla. Narkosõltlased on riskirühm mitmes mõttes – nad kahjustavad teadlikult oma tervist ning võivad põhjustada kõrvalistele isikutele tõsist materiaalist ja/või füüsilist (k.a vaimset) kahju. Seega on nad sotsiaaltöös (ja mitte ainult) keeruline sihtgrupp. Sellest hoolimata ei saa väita, et neil puuduks õigus abile. Valikud ei hõlma ainult tegemisi, vaid ka tegemata jätmisi, ning seda mitte ainult üksikisiku, vaid ka riigi ja ühiskonna tasandil. Ka hälbelise käitumisega inimestel on õigus hüvedele, olenemata sellest, kuidas vajadus hüve järele on tekkinud. Neile hüvede keelamisel võivad olla hoopis tõsisemad tagajärjed.

Igal põlvkonnal on olnud oma võtmeprobleem ja tänapäeva tervishoiu tõsiseks probleemiks on kujunenud sõltuvushäired (Hardiman 2000: 13). Narkomaaniaprobleemiga tegelemist ja sõltlaste aitamist raskendab asjaolu, et narkosõltuvuse ravi peetakse taunitavamaks kui teisi (sõltuvus)haiguseid, mis samuti sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi koormavad (Kurbatova 2013b: 39). Vaadeldes lähemalt narkosõltuvuse tagajärgi ning meetmeid probleemiga tegelemiseks, kerkivad esile küsimused siimaani pakutavate teenuste piisavusest rahuldamiseks sõltlaste vajadusi.

## 1.2. Narkomaania mõiste

"Narkomaania" on sõna, millel on eesti keeles negatiivne alatoon ja seda seostatakse illegaalsete tegevustega. Kõnepruugis defineeritakse narkomaaniat peamiselt kui "narkootikumide kasutamist" või "narkootikumidest sõltuvuses olemist", kuid see on väga üldine. Narkootikumid ja narkomaania ei ole sünonüümid ega sümboliseeri üksühele marginaliseerumist. Raamatuid, artikleid ja uuringuid lugedes jääb silma mõistete kohati erinev kasutus, mis oleneb nii valdkonnast kui ka inimesest.

Üldiselt kasutatakse sõnu "narkootikumid" ja "uimastid" ning sageli tehakse seda vaheldumisi, sünonüümidena. Kontekst on selge, aga esinevad teatud erisused. Uimastid on legaalse ja illegaalsete ainete koondnimetus (Narkomaania 2013a; Mis... 2013a) ning nende all mõeldakse kõiki aineid, mis mõjutavad inimese psüühikat (Harro 2006: 38). Rääkides uimastitest ei keskenduta seega üksnes illegaalsetele ainetele nagu kanep, opiaadid, jms – sinna hulka kuuluvad ka alkohol, tubakas, kofeiin, ravimid, narkoosiained, dopingained, lahustid (Oiseth 1990: 4) ehk kõik ained, mis ühel või teisel määral mõjutavad inimese kesknärvisüsteemi talitlust.

Meditšiinisõnastiku (2004: 501) järgi on narkootikum aine (ravim), mida kasutatakse selle meeleolule suunatud mõju tõttu ilma meditsiinilise näidustusega. Eesti keele seletava sõnaraamatu järgi (EKSS 2013) on narkootikum kas 1) kirurgilisel operatsioonil kasutatav narkoosi tekitav aine või 2) narkomaaniat põhjustav aine või selle tuletis. Seega nimetatakse narkootikumideks ka legaalseid ravimeid, tingimuseks on aga, et seda kasutatakse ilma ettekirjutusega. Eesti keeles on sellest aga saanud üldlevinud väljend just illegaalsete uimastite kohta.

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse (edaspidi - NPALS) § 2 järgi on narkomaania psüühiline või füüsiline sõltuvus, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel ning narkomaan on isik, kellel mainitud ainete tarvitamise tõttu esineb neist sõltuvus (Narkootiliste ja...1997). Üksikisiku puhul ei räägita üldjuhul siiski narkomaaniast, vaid sõltuvusest - "on narkomaan", "on sõltlane/sõltuvuses", mitte "on narkomaania" või "kannatab narkomaania käes". Narkomaania on pigem uimastite tarvitamise ühiskondlik käsitlemine (Allaste 2005a: 30).

Viimase all vaadeldakse narkootikumidest tulenevat kahju nii üksikisikule kui ka riigile tervikuna, analüüsitakse narkomaania tekkepõhjuseid ja mõjutegureid, tagajärgi, nende minimeerimise võimalusi, uimastipoliitika läbiviimist.

Narkootikumid on keelatud ained, mida võib kasutada seadusega kooskõlas olles näiteks meditsiinis (morfiin, kodeiin, metadoon) või teaduslikel ja/või õppetöö eesmärkidel (Narkootiliste ja...1997). Narkootikumide kasutamine omavoliliselt isikliku seisukorra muutmiseks on enamikes riikides tänapäeval seadusega keelatud ja karistatav. Antud töö vältel ja pealkirjas on kasutatud sõnu "narkosõltuvus" ja "narkootikumid" illegaalsete ainete omavolilise tarbimise kontekstis.

### **1.3. Sõltuvuse kujunemine**

Kõik, kes narkootikume tarbivad, ei satu probleemidesse, ei jää sõltuvusse ega tekita endale ja/või teistele ebameeldivusi. Sõltuvusse sattumist vaadeldakse kui järkjärgulist protsessi (Hardiman 2000: 11). Sõltuvusele eelnevad narkootikumi proovimine ja/või sellega katsetamine, tarvitamine ning kuritarvitamine. Järgnevalt lühike ülevaade nendest perioodidest (Mis...2013b; Rogers, Goldstein 2002: 48-52):

- proovimine, katsetamine – ajendatud tavaliselt uudishimust; tarbitakse harva ning vastavalt juhusele, st tarbimine pole planeeritud – näiteks võetakse kui keegi pakub; selles staadiumis ei kao inimesel huvi oma teiste tegevuste vastu;
- tarvitamine – aine kasutamine sageneb, muutub regulaarse(ma)ks; kasutamine on planeeritud, st üritatakse ise kellegi käest osta, ei loodeta ega oodata juhust; võimalik, et kujunevad välja kindlad tarvitamise viisid (aeg, koht, seltskond); inimesel säilib huvi oma teiste tegevuste vastu;
- kuritarvitamine – aine kasutamine on regulaarne ning üha intensiivsem; selles staadiumis hakkavad teised tegevused inimese elus oma tähtsust kaotama ning keskpunkti hakkab kerkima tarbitav aine; aine tarbimisest tingitud probleeme võidakse eitada; tarbimine ei olene enam kontekstist, seda mõjutavad ja kutsuvad esile ka meeleolumuutused.

Sõltuvust vaadeldakse kliinilisest vaatepunktist kui progresseeruvat haigust (Allaste 2005a: 29). Haigus on ajas muutuv kõrvalekaldumine tervisest (Mikelsaar 2002: 10). Sõltuvuse haiguslikku iseloomu saab järelda ka äsjaesitatud loetelust – igal haigusel

on oma etapid ning neile iseloomulikud tunnused. Sõltuvuses olemine tähendab, et ainet hakatakse kasutama pealesunnitult, st tuntakse selle järele vajadust (Rogers, Goldstein 2002: 52). „Sõltuvus on vajadus teha midagi, mis erineb soovist seda teha.“ (Hardiman 2000: 10) Vajadus võib olla füüsilise heaolutunde parandamise või elamuste järele, mida ainet tarbides on võimalik kogeda (Ganeri 2000: 91). Selles avaldubki sõltuvuse kahetine iseloom – füüsiline ja vaimne sõltuvus.

Füüsiline sõltuvus on olukord, kus ainet on vaja taastamaks keha normaalset talitlust – aine puudumisel tekivad võõrutusnähud (McGill 2003: 81). Keha on narkootikumiga niivõrd harjunud, et vajab seda pidevalt ning võõrutusnähud võivad (olenevalt ainst) varieeruda tugevast füüsilisest valust ja paanikahäiretest kuni depressiooni ning unehäireteni (Mis...2013b). Füüsiline sõltuvus kujuneb tolerantsuse suurenemise läbi (McGill 2003: 82) – endine kogus ei anna enam sama efekti, mistõttu on vaja doosi suurendada. Lõpuks on sõltlane olukorras, kus ta ei võta ainet mitte selle esialgse mõnutunde pärast, vaid selleks, et ennast n-ö normaalsena tunda (Haskins 2003: 203).

Vaimne sõltuvus on tung, mis tekib inimesel peale narkootikumi mõju lõppemist ja seisneb asjaolus, et aine tarbimisel kogetakse meeldivaid, ebamaiseid tundeid; muututakse vastuvõtlikumaks teistele inimestele; tunnetatakse ühtsust; unustatakse oma probleemid (Mis...2013b). Vaimse sõltuvuse kujunemisel on oma roll seega inimese sotsiaalsel seisusel, vaimsel stabiilsusel, üleüldisel rahulolul enda ja oma eluga, elamuste ja põnevuse tajumise vajadusel.

Sõltuvus on olukord, kus inimene ei saa enam tarbitava ainega ega ka aineta hakkama. Ennekõike on probleem psühholoogiline (pigem psühhosotsiaalne). Loobumist raskendabki asjaolu, et füüsiliste võõrutusnähtude möödumisel võib siiski säilida himu narkootikumi(de) järele (Ganeri 2000: 92), mis võib olla ajendatud mitmetest erinevatest teguritest inimese elus. Näiteks põhjustest, miks narkootikumi üldse kasutama hakati ja milliseks kujunes selle põhiline funktsioon tema edaspidises elus.

#### **1.4. Sõltuvuse kujunemise põhjused ja tagajärjed**

Psühholoog ja sotsioloog Juri Šepel on oma hasartmängusõltuvust käsitlevas raamatus (2007) üritanud lahti mõtestada mängu olulisust inimesele. Mäng olevat mootor, mis annab inimesele emotsioone, mida ta (näiliselt) argielust ei saa, mis muudavad elu

põnevamaks, huvitavamaks, mitmekesisemaks. Ühtlasi esitas ta ka küsimuse (Sepel 2007: 4) - "Kas soovime näha elu patoloogiliseks muutunud mänguna?". Mängusõltuvus ja selle patoloogiline iseloom seostub narkosõltuvuse mehhanismidega - soov igapäeva rikastada, muuta, unustada, jäädes seda aga kogu aeg uuesti kordama ja rohkem tahtma. Ka põhjused soovi avaldamiseks on erinevad.

Tarvitamise esialgseteks motiivideks võivad olla (Alkoholismi...2004: 40; Narkootikumide...2013): uudishimu, soov sarnaneda kaaslastega ja/või sõprade surve, soov pingeid (suhted, kodu, kool, töö) maandada ja/või „reaalsusest põgeneda“, kogemuste omandamiseks, teismeeas nn mäss, ainete lihtne kättesaadavus ning sellega seonduv „miks ka mitte mentaliteet“. Sõltuvuse kujunemisel etendavad samad kriteeriumid olulist rolli, kuid lähtudes sõltuvuse definitsioonist (vajadus tarvitada ainet, mis erineb soovist seda teha), kerkivad esile erinevad sotsiaalsed ja psühholoogilised aspektid.

Eesti narkosotsioloogiks nimetatud Airi-Alina Allaste (Aimre 2013: 57) on oma artikli(te)s Eesti uimastitarvitajate kultuuride kohta (Allaste 2005a: 7 - 92) eristanud meelelahutusliku ning marginaliseerunud *scene*<sup>1</sup> tarbijaid, pöörates tähelepanu narkootikumide kasutamise sotsiaalse konteksti mõjule sõltuvuse kujunemisel. Meelelahutuslikud tarbijaid seonduvad nn kontrollitud uimastitarbimisega ja marginaalsed tarbijad seonduvad kriminaalsete tegevustega ning probleemse uimastikasutamisega, sageli opiaatide kasutamisega (Allaste 2005b: 154). Ühtlasi on ka öeldud, et marginaliseerumismudelisse sattumine eeldab juba varasemat ühiskonnast kõrvale jäämist, st see protsess on alanud juba enne narkootikumide tarvitama hakkamist (Allaste 2005a: 24) ning mõjutab seega narkootikumide kasutamise iseloomu kujunemist.

Eelnevast ilmneb, et olulisteks mõjuteguriteks sõltuvuse kujunemisel on:

- keskkond - kus ja kuidas elatakse (majanduslikud võimalused; võimalused eneseteostuseks, hariduseks, tööks; staatus valitsevas kultuuriruumis; rahulolu eelnevatega);

---

<sup>1</sup> *Scene* tõlkes tähendab *n.* tegevuskoht; stseen; lavapilt (English-Estonian Dictionary 2013)

- sotsiaalsed suhted – tutvusringkond ja harjumused (millega tegeletakse, mida tarbitakse), perekond (toetuse olemasolu, läbi saamine; peresisised probleemid, nt lähedase varasem sõltuvusprobleem või muu düsfunktsionaalne ilming nagu perevägivald, ärakasutamine, jne).

Narkootikumide kasutamisel on alati tagajärjed. Need võivad avalduda kiiresti või alles aastate pärast. Mõju oleneb tarbitavast ainest (sh segatarbimine) ja selle kvaliteedist, kogusest, inimese enda organismist, manustamisviisist, tarbimise sagedusest, kontekstist (Ganeri 2000: 77-80; Allaste 2005a: 27-28). Lisada võiks veel ühe väga olulise faktori – inimese teadmistest. Kes on kursis erinevate ainete kasutamisega seotud riskidest ning nende vältimise võimalikkusest on väiksemas ohus - kuid mitte ohust pääsenud.

Sõltuvuse (ka niisama tarbimise) võimalikeks tagajärgedeks on näiteks nakatumine erinevatesse haigustesse (HIV, B- ja C-hepatiit, suguhaigused, endokardiit), mis võib olla põhjustatud narkootikumide manustamise viisist (mustade ehk varem kellegi teise poolt kasutatud süstaldega süstimine) või ohtlikust seksuaalkäitumisest (kaitsmata vahekord, ka vägistamine); vaimsete terviseprobleemide avaldumine (skisofreenia, ajukahjustus); probleemid õigus- ja korrakaitseorganitega (trahvid, arest, vangistus); suhete halvenemine ja/või katkemine lähedastega; probleemid töö hoidmisega ja seeläbi raha olemasolu probleemi tekkimine, mis võib inimese viia varastamise, kallaletungide või prostitutsioonini, samuti ise diileriks hakkamine; füüsilise tervise halvenemine (jõuetus, tüsistused, valud); ebakvaliteetse (või harjumatult puhta) aine tarvitamisega kaasnev üledoosi oht, mis võib lõppeda surmaga; võimalikud „arveteõiendamised“ teiste sõltlastega või diileritega, arvestades, et tegemist on kuritegeliku sfääriga. (Ganeri 2000: 77-80; Haskins 2003: 18-28; McGill 2002: 83-100; Tarbimise tagajärjed 2013)

Kõik, kes hakkavad ühel või teisel põhjusel narkootikumidega katsetama ei jää neist sõltuvusse, olgu esialgsed põhjused millised tahes. Võib järeldada, et sõltuvuseni viivad põhjused on ennekõike inimeses endas – kui hästi ta saab hakkama teda ümbritseva reaalsusega. Siiski ei saa mööda vaadata keskkondlikest mõjuritest, sh tugisüsteemist. Tagajärjed on halvimal juhul pöördumatud, „paremal“ juhul tekitavad inimesele tõsiseid raskuseid ja ebameeldivusi.

## 1.5. Enam levinud narkootikumid

Narkootikumide klassifikatsioonid varieeruvad ja olenevad eristamise aluseks võetud kriteeriumitest. Üldiselt räägitakse narkootikumidest lähtudes nende mõjust kesknärvisüsteemile. Üheks levinumaks ja kokkuvõtlikumaks liigituseks toime järgi kesknärvisüsteemile on narkootikumide jagamine (McGill 2002: 80, Kiive jt 2007: 28):

- stimulantideks (nt amfetamiin, *ecstasy*, kokaiin) – toime on ergutav,
- depressantideks (nt opiaadid) – toime on rahustav-tuimestav,
- hallutsinogeenideks (nt LSD) – toime on tajusid moonutav,
- eraldi liigitatakse kanepit, mis otseselt ühtegi rühma ei sobitu – toime võib olla nii rahustav kui ka ärevust tekitav, kuid samas ka tajusid moonutav.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (edaspidi – EMCDDA) määratleb probleemse uimastitarvitamise peamiselt veenisisesest süstimisest või pikaajalisest ja regulaarsest opiaatide, kokaiini või amfetamiini kasutamisest (Kouvonen et al 2006: 26). Üldiselt tarbitakse Eestis kõige rohkem kanepit, amfetamiini ja opiaate (Talu 2008: 9). Järgnevalt tulevad vaatluse alla Harjumaal sõltlaste seas enamlevinud ained.

Stimulantidest on Harjumaal levinuim amfetamiin, mis tavaliselt esineb pulbrina või kristallilisel kujul – seda saab nina kaudu sisse tõmmata, süstida, suitsetada või segada joogiga. Amfetamiin ergutab närvisüsteemi, lühiajalisel tarbimisel parandab keskendumisvõimet ja tõstab enesekindlust, annab juurde energiat, kaotab söögiisu ja näiliselt väsimuse (tegelikult väsib keha ikkagi) ning mõju kestab orienteeruvalt kuni kuus tundi. Mõju lakkamisele järgneb „allatulek“, mis väljendub nt halvas meeleolus ja väsimuses. Pikaajalisel tarbimisel võib kujuneda depressioon, esineb kaalulangus, inimene muutub ärrituvaks ja agressiivseks, võib esineda vaimuhaigus. Tekitab ennekõike vaimset sõltuvust. Nimetused slängis (k.a amfetamiini erivormid): *spiid* ehk kiirus, A, ants, amf, kergo, triip, alfabeet, anatoli, *ice* ehk jää, kristall, kristallmeta, klaas, deksis. (Talu 2008: 8, 10; Ganeri 2000: 26, 27; Haskins 2003: 25; McGill 2003: 83-85; Kiive jt 2007: 29-30). Sarnase (kuid mitte sama) toimega on ka *ecstasy* ja kokaiin.

Depressantidest on Harjumaal hetkel levinuim opiaatide rühma kuuluv sünteetiline aine fentanüül. Varem domineeris heroiin, ent aastal 2001/2002 kahanes selle kättesaadavus

järsult ning suurenes fentanüüli (ja selle tuletiste, nt 3-metüülfentanüül) tarbimine. Fentanüül on kristalliline pulber ja üldiselt seda süstitakse, kuid on võimalik ka suitsetada ja nuusutada. Fentanüüli toime on sarnane heroini omale (väheneb valutundlikkus; tekitab eufooriat, rahu- ja soojustunnet, unisust), ent on mitmeid kordi tugevam ja tänavalt ostes ei tea kunagi kui kvaliteetse ainega on tegemist, seega esineb suur üledoseerimise risk. Sarnaselt heroiinile tekitab regulaarsel tarvitamisel kiiresti füüsilise ja vaimse sõltuvuse; süstimine kahjustab veene ja suurendab ohtu haigestuda HIVi, B- ja C-hepatiiti; tekivad probleemid süveneva sõltuvuse rahastamisega. Slängis on fentanüül tuntud kui „valge hiinlane“. (Talu 2008: 10; Oieseth 1990: 18; Haskins 2003: 21; McGill 2003: 94-95; Kiive jt 2007: 33-34).

Kanepi all mõeldakse üldjuhul kas hašišit või marihuaanat. Marihuaana on kanepitaime kuivatatud ja purustatud lehtede, varretükkide ja õisikuosade segu; hašiš on kanepitaime õite vaigutaolise eritise kuivatamise teel saadud aine, mis pressitakse erinevate suurustega tükkideks. Kanepit üldiselt suitsetatakse kas puhtalt või tubakaga segatult, pannakse ka kookide-küpsiste sisse. Väike kogus lõdvestab ja/või teeb kergelt uniseks, tekitab lõbusust ja söögiisu. Mõju algab peale suitsetamist kiiresti ja pikkus kestab mõned tunnid, olenedes aine kogusest ja tegevuse kordamise sagedusest. Pikaajaline tarbimine võib halvendada lühimälu ja tekitada keskendumisraskuseid, nõrgendab immuunsussüsteemi, võimalik vaimuhaiguse esinemine, inimene on pidevalt väsinud. Võib tekitada vaimset sõltuvust. Levinud slänginimed marihuaana kohta on rohi, puru, kama, mari, roheline, trava, savu ja hašiši kohta plastiliin, hašš, maroko. (Kiive jt 2007: 36-37; Oieseth 1990: 7-10; Ganeri 2000: 30-31)

Amfetamiini ja fentanüüli regulaarsed tarbijad (ennekõike süstijad) kuuluvad pigem marginaalsesse tarvitajate rühma. Kõige levinum sõltlane on segatarbija, st kasutatakse mitut ainet, mitte ainult ühte, eriti süstivate narkomaanide seas (Rahvastiku...2008/2012: 45). Kanep on levinud nii marginaalsete kui ka meelelahutuslike tarbijate seas nii Harjumaal kui ka mujal Eestis.

## **2. NARKOSÕTLASTELE SUUNATUD TEENUSED HARJUMAAL**

*"Maailm meie ümber muutub, kui me teda puutume,  
ja me ise muutume, kui see maailm meisse puutub."*

*Peeter Volkonski*

### **2.1. Narkomaania-alaste tegevuste planeerimine**

Eesti narkopoliitikat reguleerivad mitmed dokumendid ja seadused ning välismaised konventsioonid. Olulisematest on antud ülevaade lisa 2. Kuni eelmise aastani lähtuti uimastialase tegevuse koordineerimisel „Narkomaania ennetamise riiklikust strateegiast aastani 2012“ (edaspidi NERS), mis võeti vastu 2004 (Narkopoliitika...2013). Strateegia põhieesmärgiks oli narkootikumide vähenenud pakkumine-nõudlus ning toimiv ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem sõltlastele, millest tulenevalt oleks vähenenud tarbimisest tulenev kahju (Narkomaania...2004: 3).

Tervise Arengu Instituudi (edaspidi - TAI) nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja Aljona Kurbatova hinnangul ei suutnud strateegia täita 100% oma eesmärki, ent toimus ka positiivseid muudatusi. Plusspooltena tõi ta välja narkootikumide kättesaadavuse ja nendega seotud kuritegevuse vähenemise aastate lõikes ning süstivate narkomaanide (edaspidi - SN) juurdekasvu aeglustumise. Vajakajäämisi esines narkosurmade (üledoosid) kasvu pidurdamises; sõltlastele suunatud abiteenuste arendamises, nende mahtudes ja jaotuses piirkonniti - nõudlus on suurem kui pakutavad võimalused, regionaalne kaetus ebaühtlane ning rohkem tähelepanu peaks pöörama sõltlaste taastõimimisele ühiskonda; üldist suhtumist narkomaanidesse ja nende ravisse pole suudetud kümne aasta jooksul muuta.

(Kurbatova 2013a: 2; Kurbatova 2013b: 37) Seega on NERS põhieesmärk jätkuvalt aktuaalne ning valdkonda puudutavad tegevused vajavad siimaani tähelepanu ning läbi mõtlemist.

Alates 2013.a. on narkomaania-alased tegevused kaasatud Rahvastiku Tervise Arengukavasse 2009-2020 (edaspidi - RTA). Selle järgi on hetkeolukord (tuues välja probleemsete tarbijatega seotud aspektid) järgmine (Narkomaania...2013; 2008/2012: 45): rohkem sõltlaseid on hakanud narkootikumide süstima, sh on tõusnud stimulantide süstimine ja segatarbimine; abiteenuste kättesaadavus pole tagatud kõigile soovijatele; tugiteenused sõltlaste lähedastele pole samuti piisavalt kättesaadavad. Eelnev kinnitab Kurbatova hinnangut NERS tulemuste puudujääkidele. 2012. aastal kutsuti uuesti kokku uimastiennetuse valitsuskomisjon, kus otsustati, et lisaks RTA-le on siiski vaja eraldiseisvat riiklikku strateegiadokumenti narkomaania-alaste tegevuste planeerimiseks ja läbi viimiseks - hetkel on siseministeeriumi juhtimisel käimas "Uimastisõltuvuse vähendamise kontseptsioonidokumendi 2013-2016" koostamine (Raudne 2013: 28).

NERS järgi määratleti ravi- ja rehabilitatsiooni valdkonna põhieesmärgiks toimiva süsteemi loomine ning raviteenuste laiendamine, edukuse indikaatorina nimetati piisava rahastuse olemasolu (Talu jt 2005: 42). Üheks tõkkeks programmide-teenuste läbi viimisel ja nende tõhususel Eestis ongi olnud rahastuse vähesus (Kouvonen et al 2006: 177; Raudne 2013: 27). Peamiseks rahastajaks ja narkomaania tegevuste (ennetus, ravi, kahjude vähendamine, rehabilitatsioon) välja töötajaks, koordineerijaks ning kontrollijaks on sotsiaalministeeriumi hallatav TAI. Ressursid pärinevad osaliselt riigilt, osaliselt viiakse tegevusi läbi välismaiste fondide ja asutuste (nt ÜFTAM, ESF, WHO, EKTTR<sup>2</sup>) toetuste ning valdavalt projektipõhiselt - viimases nähakse ka probleemi, sest see ei taga ennetustegevuse jmt järjepidevust. Tallinna Linnavalitsus toetab samuti uimastialaseid tegevusi. (Talu jt 2005: 44; Nakkushaiguste ja...2013; Raudne 2013: 29; Mumma 2007: 185).

Aastate jooksul on loodud erinevaid teenuseid, kuid eelnevast järeldub, et mahud on konstantselt liiga väikesed ning nõudlus abivõimaluste järele suur. Tegevus on

---

<sup>2</sup> Ülemaailmne AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaaria Vastu Võitlemise Fond.; Euroopa Sotsiaalfond; Maailma Tervishoiuorganisatsioon, Euroopa Komisjoni Tervise ja Tarbijaküsimuste Rakendusamet.

mõjutatud nii olemasolevatest ressurssidest kui ka ühiskonna suhtumisest.

## **2.2. Ülevaade narkootikumide tarbimise olukorrast**

Käesolevas töös keskendutakse neile tarbijatele, kes on juba sõltuvuses ning on seetõttu kokku puutunud mõne narkosõltlastele teenust pakkuva asutusega. Noorte narkootikumidega katsetajatega seotud trendide kohta on toodud andmed lisas 2. Eesti illegaalsel narkoturul on levinud kõik maailma peamised narkootilised ained, eristub kolm suuremat rühma: kanep ja selle töötlemisproduktid, heroiin jt opiaadid, amfetamiin ja sellele sarnased ained (Alkoholismi ja...2004: 26; Talu 2008: 9).

Vastavalt EMCDDA uuringule Euroopa uimastiolukorra kohta (2012: 50, 55, 72, 75 ) on Eestis kasvanud amfetamiini konfiskeerimise arv (st – amfetamiini on turule rohkem ilmunud, nõudlus on kasvanud), vähenenud *ecstasy* tarbimine, heroiin on asendunud fentanüüluga ja Eestis on erakordselt kõrge süstijate hulk - nimelt 15 juhtumit 1000 elaniku kohta (Euroopa keskmine 1-5 juhtumit 1000 el kohta). Ainete tarbimises ja manustamise viisides narkosõltlaste seas esinevad teatud regionaalsed erinevused.

Harjumaal ja Tallinnas on Eesti suurim SN kontsentratsioon – hinnanguliselt oli Eestis 2004 aastal ligikaudu 13 886 SN-i, levimusmääruga 15-44-aastase elanikkonna seas 2,4% (Talu 2008: 9). Äsja ilmus uus uuring (Uusküla jt 2013), mis viidi läbi 2005-2009 aasta andmeid uurides. Tulemustest ilmnes, et SN arv oli aastaks 2009 langenud 5362-le (levimusmäär 0,9%), mis tähendab 56%-st langust. Enamik SN-dest (2/3) elavat jätkuvalt Tallinna piirkonnas. Uuringu autorid ei osanud pakkuda konkreetset põhjust nii suurele langusele, spekulēriti muutunud majanduslike ja sotsiaalsete tingimuste ning noorte teadmiste kasvu üle; oluliseks peeti ka suurenenud narkosurmade arvu. Sotsiaaltöö ajakirja äsjailmunud narkomaania teemale pühendatud numbris lisati veel asjaolu, et aastate jooksul on muutunud põhimõtted, mille alusel andmeid kogutakse ning see võib andmete kvaliteeti mõjutada. (Kui palju...2013: 26; Uusküla jt 2013: 3, 6) Eelnevast järeldub ka asjaolu, et tegelikku SN arvu Eestis ei teata.

NERS täitmise 2010. aasta aruande järgi (2010: 9-11) registreeriti kõige rohkem narkokuritegusid jätkuvalt Harjumaal (51%, 461 tk – neist 419 Tallinnas), suure koguse narkootilise aine käitlemisega seotud kuritegudest registreeriti samuti Harjumaal ja Tallinnas (51%, 359 tk), 97 inimest suri mürgistusse ja 55% neist elas Tallinnas. 2011.

aastal oli narkosurmade (mürgistused) arvuks 123 (72 Harjumaal) ja 2012. aastal 170 (101 Harjumaal) (Personaalne kirj vahetus TAI surma põhjuste registri juhataja Gleb Denissoviga). Näha on narkosurmade pidevat tõusu aastate lõikes.

Opiaadid pole küll Eestis ega Euroopas sama levinud kui kanep ja amfetamiinid, ent opiaadid etendavad narkomaastikul ja probleemsete tarvitajate seas väga olulist osa. Nii Euroopas kui ka Eestis (just Harjumaal) kulub suur osa narkomaania raviks suunatud ressurssidest süstivate opiaatsõltlaste aitamiseks (Uimastiprobleemide...2010: 16-17). Statistika näitab, et enamik probleemseid tarvitajaid manustab aineid süstides. Siiski on osad amfetamiini või sünteetiliste ainete sõltlastest olukorras, kus puudub neile sobiv ravivorm, sest Eestis ollakse valdavalt keskendunud opiaatsõltuvuse (heroiin, fentanüül, jms) ravile (Talu 2008: 6).

Kokkuvõtvalt - suur osa probleemsetest narkootikumide tarvitamisest on koondunud Harjumaale, eriti Tallinnasse. Probleemse tarbimise koondumist suurematesse linnadesse on näidanud ka uuringud Soomes, Rootsis, Norras (Kouvonen et al 2006: 29-31). See on seletatav suurlinnade olemusega, kuhu on koondunud palju inimesi ning nõudlus-pakkumine joonduvad selle järgi, kus on tarbijad.

### **2.3. Ravi, rehabilitatsioon ja kahjude vähendamine**

Eelnevast ilmneb, et sõltuvuse raviks on küll piiratud võimalused, ent vastavad asutused ja teenused on siiski olemas. Ravi eesmärgiks on võõrutusnähtude leevendamine ja inimese seisundi stabiliseerimine, rehabilitatsiooni eesmärgiks on taastada toimetulek - taastumisprotsessi edenedes peab vähenema ravi osa ning suurenema psühhosotsiaalne abi, uute hoiakue kujundamine, eluviisi püsiv muutmine, ning selle jaoks on vaja erinevaid sotsiaal- ja tööhõiveprogramme (Kurbatova 2013b: 38).

Peamine meetod probleemsete tarvitajateni jõudmiseks ja nende aitamiseks on kahjude vähendamise teenuste pakkumine. Kahjude vähendamine (*harm reduction*) on uimastipoliitika mudel, mille eesmärgiks on minimeerida seda kahju, mis kaasneb narkootikumide kasutamisega nii üksikisikule kui ka ühiskonnale (Kahjude...2013: 1). Minimeerimine selles kontekstis tähendab, et keelatud ainete tarvitamise lõpetamine pole nende teenuste põhieesmärgiks. Viimaseks on kontakti loomine ja hoidmine probleemsete tarvitajatega, pakkumaks neile vajalikku infot ja sotsiaalabi ning

motiveerimaks neid ravile pöörduma. Seeläbi üritatakse vähendada ainete kasutamisega kaasnevat kahju tervisele (haigused nagu HIV, B- ja C-hepatiit, jmt) ning kriminaalseid eluviise (nt raha hankimiseks doosi jaoks). (Narkomaania...2001: 5; Kahjude...2013: 1; Kurbatova 2013b: 37)

Peamised kahjude vähendamise teenused, mida Eestis pakutakse on metadoonravi ja süstlavahetuspunktid (edaspidi - SVP) ning eelnevate juurde kuuluv tasuta sotsiaalne- psühholoogiline ja tervisealane nõustamine (lisaks HIV ja erinevate suguhaiguste testid), tasuta infomaterjalide, kondoomide, jmt jagamine (Kahjude...2013: 1-3). Kahjude vähendamise põhimõttel toimivad ka madala läve keskused, kus narkosõltlased saavad end ja oma riideid pesta, süüa teha, tasuta psühholoogilist- ja sotsiaalnõustamist, viibida koos teiste sõltlastega ja aega veeta (Lepingupartnerid 2013; Võrdsed...2009: 63). Kahjude vähendamise praktikas on tuntud ka üledoosivastane ravi (Raudne 2013: 29), mis pole Eestis aga väga levinud - vajadusel saab seda (nimetus - naloksoon) kiirabi käest (Narkomaania ravijuhis 2001: 38; Personaalne kirjavahetus TAI spetsialisti Anne Murruga).

Lisaks kahjude vähendamise teenustele tegutsevad veel rehabilitatsioonitalud (öeldakse ka - ravikommunid), kus toimub medikamentidevaba võõrutusravi (kognitiiv- käitumuslikud); on olemas ka teisi asutusi, kus sõltuvusi üritatakse ravida täiesti ravimivabalt; samuti on olemas ravid teiste raviainetega peale metadooni; tegutsevad eneseabirühmad. Käesolevas töös ei esitata kõikide olemasolevate teenuste ja abivõimaluste üksikasjalikku kirjeldust, lähemalt tutvustatakse antud töö sihtrühma põhilisi teenuseid ehk kahjude vähendamise teenuseid ja rehabilitatsioonitalu.

## **2.4. Kahjude vähendamise teenused ja rehabilitatsioonitalud**

Metadoon on peamine probleemsetele opioidsõltlastele suunatud ravim Eestis. Metadoon on opioidide gruppi kuuluv narkootiline aine, mis hoiab võõrutusnähud eemal ning eeliseks on suukaudne manustamine (st ei pea kasutama süstlaid) ning teguviisi seaduslikkus (Metadoonasendusravi...2011: 4, 5). Metadooni manustades ei pea sõltlane muretsema raha järgmise doosi jaoks, milles ilmneb kahjude vähendamise põhimõte - kriminaalsed teguviisid peaksid vähenema, sest otsene vajadus nende järele kaob.

Metadoonravil on erinevad vormid (Metadoonasendusravi...2011: 11; Narkomaania ravijuhis 2001: 19, 26; Abel-Ollo jt 2008: 10):

- võõrutusravi - aine kohene või järkjärguline lõpetamine, kestvus min 2 nädalat - max 6 kuud; kõrgema motiveerituse ja väiksema sõltuvusstaažiga isikutele;
- Asendusravi/toetav säilitusravi - sõltlane viiakse üle illegaalse aine tarbimiselt metadoonile, eesmärgiks on pikaajaline võõrutamine, vähendades samal ajal terviseriski ja kahjusid ühiskonnale; kauaaegse sõltuvusstaažiga isikutele; tingimused asendusraviks - sõltuvuse pikkus vähemalt 5 aastat, vanus üle 20 aasta, eelnevad luhtunud võõrutamise katsed, ainult opiaatsõltuvus.

Metadoonravi pakuvad Harjumaal: AS Wismari haigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus ja nakkuskliinik, OÜ Tervisekeskus Elulootus. Teenused on üldjuhul tasuta - tasuta kohtade täitumisel on võimalik saada tasulist ravi. Ambulatoorset opioidsõltuvuse asendusravi rahastatakse riigieelarvest - ca 700 ravikohta, lisaks 60 kohta, mida rahastab Tallinna LV. Täiskasvanute statsionaarset võõrutusravi rahastab samuti riik. Alaealiste statsionaarset võõrutusravi osutab riigi rahastusel SA Tallinna Lastehaigla, ent tegemist pole metadoonraviga. (Lepingupartnerid 2013; Kurbatova 2013b: 38).

Narkomaaniaravi andmekogusse laekus 2012. aastal 545 ravi alustamise teatist - tegemist on juhupõhise statistikaga, st andmete kogumine on anonüümne ja isikupõhist infot koguda ei saa; seega ei saa välistada, et sama inimene alustab ravi erinevates kohtades ning info saadetakse topelt. 423 neist olid mehed, 122 naised. 443 juhul määrati ravimiks metadoon, 18 juhul buprenorfiin, muudel juhtudel mingi muu aine või osutati ravimivaba ravi. 477 juhul tunnistati põhiuimasti tarvitamist süstimise teel. 418 juhul väideti, et kasutati fentanüüli - neist 68 Harjumaal; 13 juhul amfetamiini - neist 6 Harjumaal. Opiaadi tarvitamisest tekkinud tervisehäire määrati 511 juhul - neist 73 Harjumaal. Eestlaste kohta saadeti 74 teatist, venelaste kohta 432. (Narkomaaniaravi andmekogu, TAI 2012, viidatud läbi narkomaaniaravi andmekogu juhataja K. Valsiga)

Eestis on praegu 9 organisatsiooni, kes pakuvad süstlavahetus- ja nõustamisteenust;

SVP on Eestis kokku 36, millest 13 on statsionaarsed keskused ja 23 väljatöö punktid<sup>3</sup>. Harjumaal tegutseb kolm kohta: MTÜ Convictus Eesti – 1 punkt Tallinnas (statsionaarne + väljatöö), teine Maardus (statsionaarne); MTÜ AIDSi Tugikeskus (statsionaarne); MTÜ Pealinna Abikeskus (väljatööna). (Kurbatova 2013b: 38; Personaalne kirjavahetus TAI spetsialisti Anne Murruga).

Madala läve keskuseid on Harjumaal üks ja see asub Tallinnas. Tegemist on varem nimetatud MTÜ Pealinna Abikeskusega, kus toimib ka väljatöö põhimõttel süstlavahetus. Sõitlastele on seal eraldatud üks köögilaadne ruum toolide ja diivaniga, kus nad saavad sooja jooki/kergete sööke teha, raamatuid-ajakirju lugeda, olla halva ilma eest soojas. Samuti on võimalik pesu pesta ning duši kasutada. Koha peal on ka sotsiaaltöötajad, kes vajadusel jagavad sotsiaalalast informatsiooni, samuti on olemas arstinurk. Rahastamine käib samuti läbi TAI. (Info personaalsest külastusest asutusse 2012 aasta detsembris)

Harjumaal asub kaks rehabilitatsioonitalu. Tegemist on statsionaarsete asutustega, kus toimub sotsiaalne rehabilitatsioon, ei kasutata ravimeid. Tegutsevad mittetulundusühingutena ning riigipoolset toetust ei saa (Kurbatova 2013b: 38). Andmaks ülevaadet rehabilitatsioonitalude olemusest, kirjeldatakse lähemalt Harjumaal asuvat MTÜ Lootuse Küla. Informatsioon on võetud nende koduleheküljelt, seega viidatakse sellele vaid ühel korral.

MTÜ Lootuse küla (Lootuse Küla 2013), mis asub Kernu vallas Laitses toimib usupõhiselt (järgitakse "12 sammu" programmi<sup>4</sup>), ainult meestele. Kokkuvõtvalt Lootuse Talu programmist: kestvus 10-12 kuud, osalejatele on tagatud majutus ja toitlustus, riietus, psühholoogiline ja vaimulik abi. Programm sisaldab õppetööd ja koduseid ülesandeid (mõistmaks oma sõltuvuse põhjuseid, nägemaks ja parandamaks tagajärgi), koostöö ning vastutuse õppimist, tööteraapiat (kasvatavad ise toitu, teevad puutöid, tegutsevad vabatahtliku päästekomandona). Päev algab kell 6 hommikul ja

---

<sup>3</sup> Statsionaarne keskus - süstlaid vahetatakse koha peal; väljatöö - töötajad liiguvad piirkondades, kus teatakse käivat sõitlasteid ning vahetavad süstlaid jms tänaval.

<sup>4</sup> "12 sammu" on programm, kus paranev sõitlane peab ennast ja oma elu analüüsima läbi 12 erineva etapi; rõhutatakse enda jõuetust sõltuvuse ees ning usaldust Jumala vastu. NB! Kõik rehabilitatsioonitalud ei ole usupõhised.

öörahu saabub kell 22. Programm pole tasuta, kuid paljudel juhtudel ei ole inimestel raha, seetõttu tasutakse nende maksumused MTÜ-le tehtavate annetuste eest. Igakuised kulud on ligikaudu 4500 eurot, 40% nendest kaetakse annetuste teel, mida teevad mitmed kodu- ja välismaised organisatsioonid ning eraisikud. Lootuse Küla enda puidutööstus katab 20% kuludest. Programmi 10-aastase tegutsemise vältel on 69% läbinutest jäänud kaineks. 2012. aastal liitus taluga 36 meest. 2013 veebruari kuu seisuga oli Lootuse Talu rehabilitatsiooniprogrammis 14 meest ja 2 meest treeningprogrammis, mis järgneb rehabilitatsioonile. 2012. aastal oli talus 60% venelasi ja 40% eestlaseid.

Samasugustel põhimõtetel tegutseb ka MTÜ Sotsiaalrehabilitatsiooni Keskus Loksa (Sotsiaalrehabilitatsiooni...2013), mis on pigem suunatud lastele, noortele ja nende vanematele. Loksa keskus organiseerib muuhulgas noortele vabaajategevusi, korraldab noortele õpetlikke üritusi sõltuvusainete teemadel, tutvustab õigeusu pärandit ja kultuuri (soovi korral, sundi pole), osutab sotsiaalset ja psühholoogilist abi.

Muude abivõimalustena Harjumaal võib veel välja tuua (Tallinn 2013; Kurbatova 2013b: 38):

- Kordamed AS, Tallinn - nõustamis- ja raviteenused sõltlastele;
- Tallinna Laste Turvakeskus - varjupaik sõltuvusprobleemiga lastele, nõustamine, ravi rahastab Tallinna Linnavalitsus;
- MTÜ Eluliin - mh ka nõustamisteenused sõltlastele;
- MTÜ Eesti Abikeskused - nõustamisteenused kaksikdiagnoosiga (sõltuvus + muu psüühikahäire), pesupesemise ja duši kasutamise võimalus;
- Eneseabirühmad nagu Anonüümsed Narkomaanid ja tugirühmad sõltlaste lähedastele.

Üldiselt on levinud kahjude vähendamise teenused ning informatsioon nende osas on suhteliselt kättesaadav. Rohkem oleks vaja avalikku ning detailsemat infot teiste abivõimaluste kohta, näiteks rehabilitatsioonitalud, tugirühmad lähedastele.

### **3. UURIMUS NARKOSÕTLASTE VAJADUSTEST JA NENDE RAHULDAMISEST HARJUMAA TUGISÜSTEEMIS**

*„Ta ei tundnud raskuse kaalu enne kuni ta tundis vabadust.“*

*Nathaniel Hawthorne*

#### **3.1. Uurimiseesmärgid ja püstitatud uurimisküsimused**

Uurimuse eesmärgiks oli välja selgitada Harjumaa narkosõtlaste tugisüsteemi tugevused ja nõrkused.

Eesmärgist lähtuvalt püstitati järgnevad alaeesmärgid:

1. uurida hetkel tarbivate narkosõtlaste arvamusi enda vajaduste ja tugisüsteemi olukorra kohta,
2. uurida hetkel ravil olevate narkosõtlaste arvamusi narkosõtlaste vajaduste ja tugisüsteemi olukorra kohta,
3. uurida endiste narkosõtlaste arvamusi narkosõtlaste vajaduste ja tugisüsteemi olukorra kohta,
4. uurida narkosõtlastega töötavate ja/või tööalaselt kokku puutuvate spetsialistide arvamusi narkosõtlaste vajaduste ja tugisüsteemi olukorra kohta.

Eesmärgist tulenevalt püstitati järgnevad uurimisküsimused:

- Kuidas alustati narkootikumide tarbimist?
- Milline on perekonna roll tugisüsteemis?
- Milline on sõprade roll tugisüsteemis?

- Milline on kooli ja/või töö roll tugisüsteemis?
- Milline on rahulolu sõltlastele pakutavate abi-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalustega Harjumaal?

Järgnevalt kirjeldatakse uurimuse läbi viimiseks valitud meetodit, valimit, andmete kogumise ning töötlemise protsessi ja eelnevatega seotud eetilisi printsiipe.

### **3.2. Uurimuse meetod, valim ja läbiviimine**

Uurimus viidi läbi kvalitatiivsel meetodil, kasutades fenomenoloogilist lähenemist - uuriti kindla grupi ja nendega lähedalt seotud isikute arvamusi ning hoiakuid grupiliikmete vajaduste kohta. Antud lähenemist kasutati seepärast, et see rõhutab üksikisiku kogemuse olulisust (Downes 2003: 10, Kidron 2008: 102), mis suhteliselt tõrjutud sotsiaalse probleemi nagu narkomaania mõistmisel on oluline. Ühtlasi kasutati ka andmeallikate triangulatsiooni, mis seisneb kasutatavate ressursside mitmekülguses (Tutty, Rothery 2010: 158, viidatud Yegidis, Weinbach, Morrison-Rodriguez 1999 vahendusel) ja võimaldab saada täpsema ning laiemat ülevaate uuritavast nähtusest, selle olukorrast. Triangulatsioon avaldub valimis.

Valim moodustati eesmärgist lähtuvalt ehk sihtgruppi silmas pidades. Kasutati ka lumepalli meetodit - mõned respondendid aitasid leida uusi intervjueeritavaid. Valimi moodustasid 14 inimest - 1 hetkel tarbiv sõltlane, 4 ravil olevat sõltlast, 6 endist sõltlast ja 3 sõltlastega töötavat või tööalaselt kokku puutuvat isikut. Valimisse kuulunud isikud leiti läbi sõltlastega töötavate asutuste ning läbi respondentide endi soovitude. Valim jaotati taolisteks alagruppideks kuna inimeste kogemused on mõjutatud nende vanusest, soost, haridusest, iseloomust (Kidron 2008: 100-101) ning tarbiv, ravil viibiv ja endine sõltlane on küll sarnaste kogemustega, kuid sõltuvusprotsessi erinevates etappides. Sõltlastega töötavate spetsialiste vaatekohad annavad juurde teenuste pakkumise poolega seotud teavet, mida saab võrrelda sõltlaste arvamustega pakutavatest teenustest.

Empiirilised andmed koguti valdavalt poolstruktureeritud intervjuudega. Sõltlaste puhul keskenduti intervjuudes rohkem nendele teguritele, mis vastajale olulised tundusid. Intervjuude küsimused endistele, praegustele või ravil olevatele narkosõltlastele (vt lisa 3 ja 4) koostati uurimisküsimustest lähtuvalt. Need jagunevad 5 blokki: tarbimise algus;

perekonna, sõprade, kooli/töö ning Harjumaal sõltlastele suunatud teenuste roll tugisüsteemis. Sõltlastega töötavatele või nendega tööalaselt kokku puutuvatele spetsialistidele saadeti küsimused koos selgitusega Interneti vahendusel (vt lisa 5) ning need lähtusid samuti uurimisküsimustest, aga kaudsemalt kui intervjuude puhul. Spetsialistidelt küsiti üldist hinnangut narkosõltlast ümbritseva tugisüsteemi olukorra kohta Harjumaal ning oma asutuse võimaluste ning korraldusega rahulolu kohta.

Intervjuude kestvuseks arvestati maksimaalselt 45 minutit, pikkus aga olenes respondendi koostöövalmidusest. Intervjuude ajad jäid vahemikku 8-50 minutit (keskmiselt ca 30 minutit intervjuu peale). Kokku oli intervjuude ajaks 294 minutit. Ühel korral toimus intervjuu kahe inimesega korraga, seega keskmine on arvatatud 10 intervjuu peale. Võib lisada, et ka lühemad vestlused (nt 8-minutiline) olid väga informatiivsed ning suuremaid üldistusi jutuajamise ajalise poole pealt autor ei teinud.

Vastajatele koostati informatiivne meelespea (vt lisa 6), millega kinnitati nende isiku anonüümsus ning info konfidentsiaalsus. Vastajate sotsiaalmajandusliku tausta koostamiseks paluti neil esmalt täita lühike ankeet (vt lisa 7 ja 8). Ka siin avaldub triangulatsioon – ankeedis vastamata jäetud küsimused tulid intervjuu ajal uuesti esile. Mõned intervjuud (2) toimusid koos vene keele tõlgiga, kuna töö autoril puudub piisav vene keele oskus. Tõlke oli kokku 5 - nad leiti Tallinna Ülikooli Slaavi Keelte ja Kultuuride Instituudist ning sotsiaalmeediaportaali Facebook vahendusel. Intervjuude küsimused, ankeet ja meelespea tõlgiti samuti vene keelde.

Tõlk tutvus konfidentsiaalsuse nõudega (vastaja meelespea). Tõlgiga intervjuude ajal tõlkis intervjuuerija aeg-ajalt mõne vastuse töö autorile kui arvas, et autor soovib teema kohta rohkem küsida. Muidu toimusid need intervjuud vene keeles ning tõlge vene keelest eesti keelde toimus peale intervjuud. Leiti viis abilist, kes olid nõus olema tõlgiks ning kahel korral kasutati kahe inimese abi – materjalide tõlkimisel ja kahe intervjuu läbiviimisel. Sõltlastega töötavatele asutustele saadeti küsimused ainult eesti keeles, lähtudes põhimõttest, et ametnik tegelikult peaks oskama ka eesti keelt.

Andmete esialgsele transkribeerimisele kulus keskmiselt 28 tundi (vahemik jäi ühest nelja tunnini). Diktofonilindistusi kuulati korduvalt ning (eriti pikemate) intervjuude puhul ei tehtud otsest transkribeerimist, vaid täheldati üles uurimuse mõttes olulisemad

vastused ning tehti sarnaseid üldistusi. Antud lähenemist kasutati lähtudes aja efektiivsest kasutamisest ning kuna lindistuste ülestähendamine võib, kuid ei pruugi olla sõna-sõnaline (Kidron 2008: 198). Andmeid analüüsiti induktiivselt ehk suunduti üksikjuhtumitelt üldistustele (Kidron 2008: 35), toodi välja esinenud korduvused ning erinevused valimi osade arvamustes.

Andmeid koguti vahemikus 28.02.2013 – 28.04.2013. Andmete kogumisel oli mitu etappi. Esmalt (28.02.2013) saadeti küsimused koos selgitusega laiali sõltlastega töötavatele või nendega tööalaselt kokku puutuvatele inimestele 12 erinevas asutuses. Kahe nädala jooksul vastas 2 inimest kirja teel. Uuesti saadeti küsimused asutustele 22.03.2013. Vastas 1 asutus telefoni teel. Narkosõltlastega töötavate või nendega tööalaselt kokku puutuvate inimeste valimi osa suuruseks tuli lõpuks 3 isikut 3 eri asutusest – 2 vastas kirja teel ja 1 intervjuu kaudu. Kuna vastas vaid 1/4 asutusi, siis otsustas töö autor mitte avaldada vastanud asutuste nimesid (nagu on kirjas saadetud selgituses), vältimaks vastuste seostamist konkreetse koha töötajaga.

Intervjuud endiste, tarbivate ja ravil olevate sõltlastega toimusid vahemikus 10.03.2013 - 28.04.2013. Intervjuud toimusid kahe Harjumaal sõltlastele teenuseid pakkuva asutuse kaasabil - saadi luba küsitleda kliente ja kasutada asutuste ruume intervjuude läbiviimiseks. Kahes asutuses viidi läbi 11 intervjuud – 6 endise sõltlasega, 4 ravil oleva sõltlasega ja ühe hetkel tarbiva sõltlasega. Intervjuude kõrvale pakuti kohvi, teed, cappuchinot, küpsiseid, šokolaadi. Valitseb arvamus, et intervjuusid peaks tegema vastaja loomulikus keskkonnas (Kidron 2008: 36), mis tagab sundimatu atmosfääri. Antud juhul viidi need läbi asutustes, kus oli võimalik sõltlastega kontakt luua. Kas see oli sundimatu olukord, jääb autori arvates tegelikult lahtiseks.

Esialgne valim oli suurem – sinna kuulusid ka sõltlaste lähedased, kellega pidid samuti toimuma intervjuud (Vt lisad 9 ja 10), ning juhuvalimi alusel valitud 32 Tallinna kooli sotsiaaltöötajad-sotsiaalpedagoogid, kellele saadeti küsimused 28.02.2013 Interneti teel (Vt lisa 11). Koolidest tuleva vähese vastukaja tõttu otsustati see osa valimist kõrvale jätta – 1 kool vastas küsimustele; 4 vastas, et nad ei kuulu sellesse valimisse. Lõputöö esitamise tähtajani pole ükski kool rohkem vastanud. Sõltlaste lähedased jäeti valimist välja uurija ajaliste ressursside tõttu.

### 3.3. Valimi iseloomustus

#### 3.3.1. Sotsiaaldemograafilised näitajad

Käesoleva uurimuse valim oli väike ning seetõttu ei analüüsitud sõltlaste ankeetidelt saadud andmeid erinevate alagruppide kaupa. Niimoodi üritatakse vältida vastanute võimalikku äratundmist kolmandate isikute poolt. Samal põhjusel ei ole intervjuude andmeid süvitsi võrreldud soost lähtuvalt, sest naiste osakaal oli väike. Valimisse kuulus ainult üks aktiivne sõltlane, seetõttu on tema vastuseid (nii ankeedilt kui ka intervjuust) analüüsitud ravil viibivate sõltlaste rühmaga koos. Taoline otsus tehti, sest osa ravil viibivatest sõltlastest tunnistas, et tarvitavad narkootikume aeg-ajalt ka ravi ajal, ning seetõttu pole võimalik täpselt kindlaks teha, millised seisukohad kuuluvad valimi ühele mitte ravil viibivale aktiivsele sõltlasele.

Tulemuste kirjeldamisel on respondendid tähistatud oma soo esitähga – N või M, vastavalt naine või mees. Peale soo esitähete tuleb intervjuu number, spetsialistide puhul kirja järjekorra number. Lisanduvad veel vastajale iseloomulikud tähised: endine sõltlane – E, ravil olev sõltlane (+ 1 aktiivne) – RO, sõltlastega töötav spetsialist – STS. Komakohtadega arvud ümardati järgmiselt: 0,1-0,5 vahemikus väiksema numbriga poole; 0,6-0,9 vahemikus suurema numbriga poole.

Enamik vastanud sõltlastest olid meessoost (9) ja nende keskmiseks vanuseks oli 36 aastat. Naiste osakaal oli väike (2) ning keskmiseks vanuseks 23 aastat. Vastajate vanuse skaala jäi vahemikku 22-52, mis teeb üldiseks keskmiseks vanuseks 34 aastat. Sellest ilmneb, et antud uuringus osalesid valdavalt üle kolmekümnendate meesterahvad ning kahekümnendates naised.

Enamik vastanutest olid abielus (5), neile järgnesid lahutatud ja vallalised (mõlemad 2) ning suhtes või vabaabielus (kumbagi 1) olevad inimesed. Lapsevanemaid oli 7. Keskmiseks laste arvaks oli 1,4 – st vastanutel oli kas 1 või 2 last. Kaks inimest ei märkinud oma laste vanust, aga rääkisid nendest intervjuudes – ühel olla „laps veel liiga väike, et aru saada, mis toimub“ (M 4 RO) ning teine rääkis, et „lapsed on juba täiskasvanud, vanem pois on 28“ (M 3 RO). Alaealiste laste keskmine vanus oli 5 aastat ning täisealistel 25 aastat.

Lastega vastanutest elas lapsest eraldi 4 inimest - alaealiste laste keskmine vanus selles kategoorias oli 7 aastat ja nende vanemate keskmine vanus 33 aastat; täisealiste laste keskmine vanus oli 25 aastat ning nende vanemate keskmine vanus 48 aastat. Lastega elas koos 3 vastanut - alaealiste laste keskmine vanus selles osas oli 3 aastat ning nende vanemate keskmine vanus taaskord 33 aastat. Eelnevast järeldub, et vastanute täisealised lapsed elavad vanematest eraldi, mis on ühiskondlikus mõttes täiesti tavaline nähtus. Alaealiste laste elukorralduse puhul on erinevused laste vanuses – eraldi elavad lapsed on natuke vanemad kui vanematega elavad lapsed.

Praeguse elukohana on enim märgitud Tallinn (8), järgnesid mõned vallad<sup>5</sup> (2) ja 1 märkis lihtsalt „linn“. Sünnikohaks märgiti samuti enim Tallinn (6), millele järgnesid: lihtsalt „linn“ (1), küla ja vald<sup>6</sup> (kumbagi 1), ei vastanud (2). Rahvuselt domineerisid vastajatest eestlased (8), järgnesid venelased (3). Vastanud oskasid eesti keelt (10), vene keelt (10), inglise keelt (6), soome keelt (5), ühe korra märgiti ära ka rootsi, hispaania ja afgaani keeled. Põhiliste keelte osas ei osanud vaid 1 inimene üldse eesti keelt ning 1 inimene üldse vene keelt.

Enim vastajaid olid kutseharidusega (4), järgnesid nii põhi- kui ka keskharidus (mõlemat 3), kõrgharidus (1). Kaks keskharidusega vastanut on hetkel kõrgharidust omandamas ning üks põhiharidusega vastanu ütles, et sooviks tagasi kooli minna. Nii isiklikus kui ka üürikorteris elas 3 vastanut. Kahel korral märgiti vastuseks "üürikorter-maja", täpsustamata kumb neist. 1 elas tugikodus, 1 koos kaaslaste vanematega ja 1 inimene jättis küsimusele vastamata. Viimasena küsiti ankeedis vastaja sissetulekute kohta, kus võis valida mitu varianti. 7 korda vastati, et omatakse stabiilset sissetulekut; 3 korda, et tehakse ajutisi töid; ühe korra märgiti ära ka järgmised variandid: ametlik töötu, perekonna toetus, õppetoetus, kriminaalsel teel teenitav tulu. Üks inimene jättis küsimusele vastamata.

Antud uuringus osalenud eestlaste ja venelaste näitajad olid väga sarnased – seda nii keeleoskuse, haridustaseme, elukoha liigi ja sissetulekute iseloomu poolest. Seetõttu ei tehtud andmetest rahvuse alusel eraldi võrdluseid.

---

<sup>5</sup> Valla nimesid ei avaldata, kuid asuvad Harjumaal.

<sup>6</sup> Küla ja valla nimesid ei avaldata, kuid asuvad Harjumaal.

### 3.3.2. Narkootikumide tarbimise näitajad

7 vastanu puhul eelnes alkoholi tarbimine narkootikumidele - keskmiseks vanuseks alkoholi tarbimise alustamisel/proovimisel oli 12 aastat. Narkootikumide proovimise esmavanus jäi vahemikku 13-30 aastat, regulaarse tarbimise algus 13-35. Alaealistena proovinud ja samuti regulaarselt tarbima hakanute keskmiseks vanuseks oli 15 aastat. Täisealistena proovinute keskmine vanus oli 22 aastat; regulaarselt tarbima hakanud täiskasvanute keskmine oli 25 aastat. Üldine proovimise keskmine oli 18 aastat, regulaarse tarbimise alustamise üldine keskmine 19 aastat.

Vastanute probleemne narkootikumide kasutamise pikkus jäi vahemikku 2-20 aastat, keskmiseks tarvitamise pikkuseks 11 inimese peale tuli ligikauda 10 aastat. Vastanud olid elu jooksul kasutanud ja/või kasutasid siamaani järgmiseid aineid:

1. Amfetamiin (82%) - alaealisena alustas 67%, keskmise vanusega 16 aastat; täisealisena 33%, keskmise vanusega 24 aastat; üldine keskmine 18 aastat;
2. Kanep (63%) - alaealisena alustas 86% keskmise vanusega 15 aastat; täisealisena 14% vanusega 18 aastat; üldine keskmine 15 aastat;
3. Heroiin või fentanüül (54%) - alla 20 aasta vanuselt alustas tarbimisega 67% keskmise vanusega 17 aastat ja üle 20 aasta 33% keskmise vanusega 27,aastat; üldine keskmine 21 aastat;
4. *Ecstasy* (36%) - alaealisena hakkas tarbima 50%, keskmise vanusega 14 aastat, täisealisena 50% keskmise vanusega 27 aastat; üldine keskmine 21 aastat;
5. Kokaiin (18%) - alustamise keskmine vanus 16 aastat;
6. GHB (18%) - keskmine vanus alustamisel 17 aastat;
7. Efedriin 9%, vanus proovimisel 21 aastat.

Eelnevast järeldub, et valdavalt alustati tarbimist alaealisena. Aine, millega enamik alustas (64%) oli kanep, ning sellele järgnes teise-kolmanda ainenäna amfetamiin, mille peale enamik ka jäi. Teise-kolmanda aine vahemikku kuulusid ka *ecstasy*, kokaiin, GHB ja heroiin. Ainete süstimist tunnistas 8 inimest (73%) ja pooled süstisid valdavalt amfetamiini, teised heroini/fentanüüli. Üks oli esimest korda narkootikume proovides kohe süstinud. Kaks inimest alustasid heroiinist ja fentanüülist, kuid süstinud pole

kunagi ning muid aineid pole ka lisaks kasutanud.

Kujunesid välja küll eelistatumad ained, kuid üldiselt räägiti segatarbimisest.

*"Sai ära proovitud (amfetamiin), ja oh tõesti, täitsa tore, nii ta läkski /.../ ecstasy, aga see oli pärastpoole kui hakkasin amfetamiini ecstasyga segama juba." (M 11 E)*

*"Amfetamiin, selle peale ma jäin, neli aastat või rohkem. Kuskil siis süstisin juba ja siis leidsin GHB. Neid hakkasin igapäevaselt kahte ainet koos tarvitama." (N 7 E)*

*"Illegaalne esimene oli kanep, siis kohe amfetamiin, kokaiin, GHB. Amfetamiin hakkas enim külge /.../ samaaegselt tarvitasin eri aineid, kolme-nelja korraga." (N 9 E)*

*"Üleminekut leebelt kangele ei toimunud. Suitsetasin kanepit, tsillisime, ja ecstasyt ja amfi /.../ kanepit pea iga päev, ülepäeva, see oli tavaline /.../ proovisin (heroiin) ja pani sellise kõpsu ära. Sain kohe aru, et see on minu teema. Et pole vaja sööki-jooki, mitte midagi." (M 10 RO)*

Mõnel juhul seostati suuremate probleemide algust süstimise ja kangemate ainete tarvitama hakkamisega, mõnel juhul leiti, et probleemid tekkisid suhteliselt ruttu.

*"Tõsisemad probleemid tulid 19-20 kuskilt /.../ heroiini ajal ma arvan." (M 5 E)*

*"Proovisin heroiini ja see muutis esimesest päevast mu elu /.../ käe andsin ja terve keha võttis." (M 10 RO)*

*"Ikka päris kähku. Mingi kuu või kahe pärast." (M 3 RO)*

*"Probleemid hakkasid väga ruttu tulema, aga ei tule niimoodi pähe, et oh on probleem, see aine on nii paksult sees juba, et ei saa välja enam. Korterit olin maha müünud juba, raha oli narkootikumi peale ära läinud. Tead küll, et korterit enam pole, aga aju ei võta kinni enam niimoodi." (M 11 E)*

Samas nenditi, et probleemid olid juba enne ning neid teadvustati ka tarbima hakates, kuid see ei vähendanud või lõpetanud koheselt kasutamist. Ühtlasi ilmneb vastustest, kuidas varasemad probleemid hoopis avaldasid narkootikumidega katsetamisele mõju, eriti suhted perekonnaga.

*"Kanepi tegemise ajal juba mõtlesin, et peaks maha jätma, ju mingid probleemid olid siis, et kuidas raha saada jne /.../ mingid probleemid võimendused, pereprobleemid /.../ kodus oli raske, sõpradega ikka meeldis olla." (M 5 E)*

*"Üritasin tol ajal alkoholi maha jätta /.../ panin endale ampulli /.../ siis hakkasid tänavatel levima ecstasy tabletid ja avastasin, et on olemas teine võimalus end hästi tunda /.../ alkohol jäigi mingiks ajaks eemale." (M 6 E)*

*"Tundsin mingit kergendust ja õnnetunnet, jutumärkides, polnud enam nii kurb elu /.../ ebastabiilne elu oli /.../ ema oli alkohoolik." (N 7 E)*

*"Ema karmilt kasvatas mind, pidasin seda ebaõiglaseks /.../ hüsteeriahood olid mul ja siis kui ma amfetamiini tegin esimest korda nägin, et olen jumala rahulik. Mõtlesin, et leidsin midagi, mis rahustas. Tülide ajal ei kottinud. Nagu väljapääs, tundus." (N 9 E)*

*"Intervjueerija: millist ainet esimesena kasutasid? - Vastus: fentanüüli. Intervjueerija: miks otsustasid proovida? - Vastus: tol hetkel kasutasin seda valuvaigistina /.../ vigastuse tõttu /.../ ringkonnas liikus selliseid aineid päris palju." (M 4 RO)*

*"Tegelikult on kogu aeg mingid probleemid. Eriti tööga." (M 1 RO)*

Probleemide osas mainiti ühe korra ka, et seni kuni perekond arvas, et inimene kasutab kanepit, ei tekitatud sellest probleemi. Viimased tekkisid alles siis, kui saadi teada, et inimene tarvitab heroini.

*"Alguses ei muutunud, sest raha oli, sain minna ja osta iga päev. Kodus ujusin välja, ütlesin, et teen kanepit. Sest kanep ja heroiin mõlemad on downersid, teevad uimaseks. Lõpuks jäin ikka vahele." (M 10 RO)*

Narkootikumide tarbimisele eelnenud tegevustest mainiti enim sporti. Toodi välja aja veetmise soovi sõpradega ning enamasti hakati koos sõprade ja/või eakaaslastega ka narkootikumidega katsetama. Mõnel korral avaldus ka narkootikumide kasutamise mõju huvi langusele meelistegevuste osas. Siin avaldub peresuhete negatiivse mõju kõrval sõprade negatiivne mõju, ent üldjuhul tajutakse seda vastupidisena – sõpradega koos on lõbus aega veeta.

"Üks oli kuulnud, et on liikvel mingid toredad tabletid ja võiks nagu proovida neid ja siis ühe sõbraga koos proovisime. Olid head /.../ Rääkisime edasi ja ikka koos sõpradega /.../ Peale tarvitamist, siis ma tundsin end nii kehvasti, et ma ei suutnud mitte millegagi tegeleda enam." (M 8 E)

"Aasta enne tarbima hakkamist käisin trennis /.../ Esimest korda proovisin seltskonnas, keegi andis mulle proovida /.../ Pärast katkestasin trenni, sest huvi ei olnud enam, polnud tähtis." (M 1 RO)

"Ma ei teagi, lihtsalt selline aeg oli, kõik nagu proovisid. Kõigil oli nagu vahva, et oi-oi, mis asi see on." (M 3 RO)

"Ema oli selline karm /.../ ei saanud tegeleda sellega, mis meeldis. Lõpuks - tänav. See elu tõmbas mind, olin vabam, tegin, mis tahtsin. Huvid...aidata teisi, joonistasin. Vihik oli joonistustega, ema koristas, ei saanud aru, et mis see on ja viskas ära. Siis ma ei joonistanud enam." (N 9 E)

"Esimene kord võib-olla kuidagi tahtsin koos teistega proovida, siis pärast juba ei tahtnud koos teistega, aga kõik see kuidagi tõmbas sisse. Ja lõpuks ikkagi muutusin selliseks." (M 2 RO)

Olulisemate tagajärgedena toodi välja terviseprobleeme, ennasthävivat käitumist, agressiivsest käitumist teiste ja iseenda suhtes, vabadusekaotust, raskusi töö leidmisel, üksindust. Ühtlasi leiti mõnel korral ka, et just nende probleemide ilmumine andis tõuke narkootikumidest loobumiseks.

"Politsei tuli /.../ otsisid ühte neiut, aga tema elas minu juures /.../ mul oli see amfetamiini kott seal taskus /.../ kutsuti narkopolitsei välja kohe /.../ edasi sai sellest poolteist aastat kinni istumist, siis sai mõeldud. Kui välja sain läkski kõik teistmoodi hoopis." (M 11 E)

"Mul tekkis mingine ajukahjustus ja nüüd on sellest 15 aastat möödas ning ma pole ikka paranenud sellest /.../ tarvitamise ajal..olid enesetapumõtted. Päeva sisuks oli see, et kuidas saaks selle päeva õhtusse veeta nii, et ennast ära ei tapaks /.../ siis kui ma oleksin ühe inimese peaaegu ära tapnud, siis see oli põhjuseks, miks ma hakkasin

tervenema. Kaineks saades mul oli meeles, mida ma temaga teha tahtsin ja see polnud näitemäng, et tulen ähvardama või nii, vaid tõeline soov teine inimene maha tappa. Soovi siirusest sain sellise ehmatus, et tõukas tervenema." (M 8 E)

"Tervis oli väga halb, füüsiline ja vaimne ka, depressioonid ja asjad. Nüüd on seda vähem. Halvim asi, mis tarvitamise tõttu juhtus oli vägistamine ja selline üleüldine ärakasutamine ja kogu see asi, mis selle eluga kaasa käib, see oli vastik..õudne." (N 7 E)

"Terviseprobleeme oli küll, külmetushaigused ja sellised hakkasid sagenema. Ja paranoiad, vaimsed probleemid, vaimuhaigus. See tuli üsna pea." (M 6 E)

„Terve ports haigusi on küljes. HIV, hepatiit B ja C.“(M 10 RO)

Samas tunnistas osa, et need jt probleemid omakorda raskendavad n-ö korralik olemist.

"Töö oleks väga hea, teeks asja paremaks. Üritan tubli olla ja mitte varastada, aga noh, olukord on selline, et kõik lihtsalt lükkab mind valele poole, valele tee. Alles X<sup>7</sup> kuus tulin vanglast välja. Tahan normaalset elu, aga väga vähe on kohti, mis võtavad, sest vaatavad, et oled istunud ja siis kohe ei taha ka. Ma ei tea kuidas õigele tee tagasi saada - varastada ei tahaks, vangis istumine on ka juba ära tüüdanud, tahaks elada normaalselt." - isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.

"Riik ei ole midagi head teinud meie selle olukorra jaoks. Riigil on ükskõik. Teate, mis riik teeb? Riik saadab mind ekspertiisile, mille pean ise pärast kinni maksma ja trahvi saan veel ka. Ma oleks võinud lihtsalt käsi näidata ja siis oleks ka aru saanud, et ma olen ainete mõju all. See viib selleni, et ma hakkas ka vastavalt tegutsema, ma ei plaani ju seda raha, mis ma tööl teenin, kulutada trahvi maksmise peale, ma siis pean ka vastavalt tegutsema, otsin teisi allikaid, teisi viise, kuidas raha saada, aga need ei pruugi olla head ümberringi olevatele inimestele." - isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.

"Tervis jah. Ja pere ei ole, igav on üksinda. Saan aru, et siukse eluga pole võimalik väga. Väga kahju on, väga väga. Poega tahaks hirmsasti, ja tüdart ka. Elaks nagu

---

<sup>7</sup> Kuu nimi jäetakse varjatuks

*inimene. Mitte nagu koer, tulen hilja öösel koju, süön, mida on ja magama. Hommikul kell 9 üles jälle linna, sebima, raha on vaja, raha." - isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.*

Järgnevates alapeatükkides on analüüsitud sõltlaste intervjuusid ning sõltlastega töötavate spetsialistide arvamusi tugisüsteemi olukorra kohta, tuues eraldi välja esile kerkinud tugevused ja nõrkused.

### **3.4. Tugisüsteemi nõrkused**

Paljud antud uurimuses osalenud olid 30+ inimesed, seega alustasid nad tarbimist 90ndatel või varem kui narkootikumid Eestis alles levima hakkasid (Allaste 2005: 31). Seetõttu ilmneb vastustest, et perekonna ja kooli kui tänapäeval tugisüsteemi ühe olulisemate osade rolli ei peetud vähemalt tolle aja kontekstis narkomaania ennetamisel suureks, sest narkootikumid olid Eesti laiemal ühiskonnas jaoks veel võõrad ning nendega kaasnevatele ohtudele või ennetamisele ei osatud ka õiget tähelepanu pöörata. Kõigepealt antakse neist ülevaade, iseloomustamaks kui oluline on, et need tugisüsteemi osad tänapäeva muutunud kontekstis oleksid informeeritud ning toimivad.

*"Mitte midagi ei räägitud kodus, ringiga käidi mööda /.../ terviseõpetusest käis läbi pigem see suitsetamise teema, 90ndad olid ka vaata. Heroiinist küll juttu polnud." (M 10 RO)*

*„Sõltuvusprobleeme tol ajal ei olnud või vähemalt neid ei teadvustatud, tol ajal räägiti joomisest võib-olla rohkem. Selliseid asju nagu narkomaania ja narkootikumid omal ajal ei tunnustatud üldse.“ (M 4 RO)*

*"Ei, siis oli veel Nõukogude Liit, seda ei teatud, ei tuntud. Kui ajalehtedes räägiti, siis ikka et Ameerikas, välismaal, meil neid pole, koolis ei, üldse kuskil. Keegi nendest ei teadnud, ei rääkinud. Muidugi neid oli igal pool." (M 11 E)*

*"Ei, mulle küll mitte. Vanemad ei teadnudki, mis need on /.../ koolis? Ei räägitud üldse /.../ sotsiaaltöötajat ka ei olnud." (M 8 E)*

*"Ei räägitud, siis ei teadnud narkootikumidest keegi veel eriti midagi, siis oli seda nii vähe." (M 1 RO)*

*"Ei teadnudki keegi, et mis need on, neid polnud olemaski siin veel ju. " (M 3 RO)*

Siiski polnud ka aastatel 2000+ põhi- ja/või keskkoolis käinutel erinevamad vastused, mis ei pruugi tähendada, et nendel teemadel kodus või koolis ei räägitud, vaid et juba probleemsete noorukiteni ei jõua piisavalt infot kas koolikohustuse eiramise või muude võimalike põhjuste tõttu.

*"Kodus ei räägitud narkootikumidest, alkoholist küll /.../ konkreetse tarvitamise ajal ma ei jõudnud eriti kooli /.../ kui õpetajad teada said olid šokis, nad ei osanud oodata seda minult." (M 9 E)*

*"Kodus ei räägitud narkost midagi /.../ kooli kohta ka ei mäleta, et oleks räägitud /.../ kui ma juba tarvitaja olin, võib-olla siis juba räägiti, aga muidu mitte eriti. Ma olen 8 erinevas koolis käinud, nii et võimalust oleks olnud küll /.../ sotsiaaltöötajaid koolidest..ei tea küll, et oleks olnud." (N 7 E)*

Eelnevast ilmneb, et probleemne nooruk, kes lõppkokkuvõttes käis 8 erinevas koolis, ei kohtunud üheski õppeasutuses sotsiaaltöötajaga. Sama vastaja lisas veel:

*"Kutsuti ema kooli, tuli purjus peaga, selle pärast pöörati tähelepanu /.../ probleemsete lasteni on raske jõuda kui pole just ka professionaal, raske on." (N 7 E)*

Antud respondent kuulus juba tol ajal riskirühma, kuid temani ei jõudnud piisav abi, mis oleks võinud ennetada suuremaid probleeme tulevikus. Tema ema ilmus kooli purjus peaga, kuid edasi sellega (väidetavalt) ei tegeletud. Respondendi eelmisest vastusest ilmneb ka asjaolu, millest viimastel aastatel ajakirjanduses palju kirjutatakse - õpetajate koormusest ning oskustest probleemsete lastega tegeleda. Käesoleva töö alguses viidati mõttele, et igal põlvkonnal on oma probleemid ja sõltuvused on selle sajandi omaks. Lahtiseks jääb küsimus kui palju pedagooge narkomaania valdkonnaga kursis on. Tasub välja tuua, et üks respondent käis ka ülikooli ajal narkootikumi mõju all loengus, kuid midagi tõsisemat sellele ei järgnenud.

*„Kõrgkoolis kord õpetaja kahtlustas küll, aga sellega see piirdus ka. Viskas välja klassist vaid.“ (M 5 E)*

Kõik 11 vastanud sõltlast leidsid, et ennetustöö, mida tänapäeval tehakse, ei ole piisav.

Liiga teoreetilist ja "ütle lihtsalt ei!" lähenemist ei peetud efektiivseks. Pigem usuti, et noortele peaks näitama n-õ karmi reaalsust, et nad teaksid, mis võib juhtuda. Samuti arvati, et ainetest ja narkomaaniast peaks objektiivsemalt rääkima.

*"Optimaalseim variant on juba välja mõeldud. Selle krokodilliga, mis netis levib. Näidatakse, näe palun, vaata - käsi kukub otsast ära, pauguta (süsti) kui tahad siis. Aga istuda klassiruumis ja lugeda õpikust, see on suht mõttetu /.../ keegi võiks video peale võtta, kuidas ma kodus vedelen valude käes, hommikul poole kolmest kaheksani olen põlvini maas, sest sellised valud on sees, maks on nii läbi." (M 10 RO)*

*„Ei räägita piisavalt vaimsetest ja sotsiaalsetest faktoritest. Ei räägita, et kes on mingis mõttes riskirühmad, alkohoolikute jne lapsed näiteks /.../ (ennetustegevusest) ega ei mõju küll. Probleem pole selles, et kas ma võtan või ei. Küsimus on selles, et mis ma sellest saan. Tunne. Ükski kampaania ei suuda väita vastupidist kui ma olen ise kogunud, et see on hea. Seda ei tohiks läbi keelamise teha, et ÄRA tarvita. Pigem rõhutada seda, et võid, aga et sellel on tagajärjed. See on probleem, hoiame oma lapsi liiga mullikiles, elu on teistsugune. Reaalse elu laks on hoopis teistsugune." (M 5 E)*

*„Ma ei tea, mäletan, et meid viidi vanalinna vaatama filmi, mis oli seotud narkoga, seal andsid intervjuu inimesed, kes on sattunud vanglasse selle tõttu. Sellised võiksid olla küll.“ (N 9 E)*

*„Šokiteraapia on kindlasti selle üks osa. Tuleks näidata osadele sellest seltskonnast veel teisi, kes siin nagu liiguvad, sellised äärmuslikud olud, see tuleks kuidagi kommunikeerida lasteni, et nad saaksid aru, milleni see viia võib.“ (M 4 RO)*

Suureks nõrkuseks peeti ka lähedaste oskamatust esilekerkinud probleemile reageerida ning mainiti, et nad võivad tahtmatult hoopis olukorra süvenemisele kaasa aidata, sest soovivad toeks olla. Arvati, et narkomaani osas tuleb olla võimalikult karm, vastasel juhul kasutab ta kõiki võimalusi, et edasi tarbida.

*„Vanema koha pealt - ära anna raha, ära anna raha isegi kui nutab, viska välja või midagi, ära poputa. On mõistlikum kraanid kinni keerata. Et kui tahad abi terveneda, siis anna abi. Äärmuslikud meetodid, sõltlasega ei saa teistmoodi.“ (N 7 E)*

*„Rahakraanid tuleb kindlasti kinni keerata. Manipuleerivad, et raha saada. Tuleks suunata /.../ kogemusnõustaja juurde pigem. NA rühmas on laupäeviti avatud koosolekud. Kohe ei pea käima hakkama, aga saab ettekujutuse, mis see narko on ja kas ja kuidas on võimalik terveneda.“ (M 8 E)*

*„Kõige õigem oleks jalaga ja kodust välja ja ise ainult palvetad, et midagi ei juhtuks. Kogemus näitab, et see on kõige parem, paneb inimesel ajud tööle. Muidugi kui hellitavad jne, see pole kunagi aidanud.“ (M 11 E)*

*„Arvan, et see sõltlase pere roll on selline, et liikmed hakkavad tegelema sõltlaste probleemidega ja omaenese proleemidega, noh, ei tegele. /.../ Sõltuvuse puhul pereliikmed hakkavad sageli ka ju valetama, võlgu ära maksma, helistavad tööle, et jäi haigeks..noh hakkavad samamoodi käituma.“ (M 5 E)*

*„Mu ema võitles igatepidi. Küll viskas välja, võttis tagasi, käis ekstrasensi juures, igasugu variante proovis. Muidugi tuleb spetsialisti poole pöörduda, oma jõududega kui pole varem kokku puutunud, ei saa hakkama. Talle pole mõtet rääkida, et see on halb, et sa tapab ennast. /.../ On NA, on rehabid. Nüüd järjest rohkem räägitakse. Alaealiste kohta on raskem öelda, kuna neil puudub elukogemus. Kui ma praeguste kogemustega oleksin olnud 10 aastat tagasi, oleksin täiesti teistmoodi käitunud.“ (N 9 E)*

Mõnel juhul toodigi eraldi välja perekonna teguviise lähedase sõltuvusprobleemiga tegelemisel, mida peeti pigem kahjulikuks kui kasulikuks.

*“Kahju, kahju, mõnest inimesest on nii kahju. Väga normaalsed inimesed panevad lihtsalt niimoodi üle, rumalasti. Vanemad teavad nt, et ta paugutab, eelmine neljapäev olid matused sõbral mul, aga...noh, väga hea tuttav oli. Vanemad teadsid, käisid arsti juures, möllasid, rohte jne. Hoidsid kodus, et ta ei teeks. Aga salaja ikka käis. (väga rõhutatult) See on kõige suurem viga, et nagu ta saab salaja välja, ta on nii ähmis ja tahab kohe ruttu saada, andke mulle ja paugutab. Noh ja valmis, neljapäeval matused...”. (M 10 RO)*

*„Kui liiga palju räägitakse, et nemad teavad alati paremini. See mõjub eemaletõukavalt. See abi on raske. Noh, see abi sõltlasel on nii, et lasta tal vastutada oma tegude eest ise...karm armastus.“ (M 5 E)*

Eelnevaga seostus järgmine puudujääk - nii sõltlased kui ka spetsialistid leidsid, et puuduvad piisavad tugiteenused/tähelepanu kaassõltlastele, kes oma probleemi juures tuge ja nõu vajavad.

*„Puuduseks võib pidada sõltlaste peredele tugisüsteemide puudumist, nt, kuidas ära tunda kui laps on tarvitanud uimasteid, mida edasi teha, kuidas käituda, kust abi saada jne...Koostöö peaks olema mitmepoolne, nii kooli, kodu kui omavalitsusega. Osaliselt see muidugi toimib, kõik oleneb jällegi asjaoludest.. /.../ Samuti on vähene informatsioon ka peredel, kes ei tea, millised teenuseid vaimuhaigetele, kes kuritarvitavad narkootikume, Tallinnas ja Harjumaal pakutakse..“ (STS 1)*

*„Peredega peaks rohkem tegelema. See "ära tarvita" on liiga hiline ennetus juba.“ (M5E)*

Spetsialistid nägid nõrkusena ka ravikohtade pidevat puudust, hoolimata asjaolust, et ravikohti juurde luuakse. Toodi välja ka järelravi teenuste nappust.

*„Ravi on väga kallis ja pikaajaline ning ravikohtade nappust tunnistavad kõik selle alaga kokku puutuvad spetsialistid /.../ Tallinnas on kindlasti ravivõimalusi opiaatsõltlastele vähem kui vaja oleks ja nende tase on erinev“ (STS 2)*

*„Peale ravi pole taustsüsteemi, järelasutusi /.../ tingimused pole ka parimad.“ (STS 3)*

Samuti tõid spetsialistid välja teenuste mõningase jäikuse ning regionaalse kaetuse ebahütluse.

*„Nõrkusteks võibki pidada kõike seda, mis Tallinnas on olemas, aga mõnes väiksemas Harjumaa vallas või linnas, kõik teenused enamjaolt puuduvad. Samas on see paratamatus, sest riik ei hakka ressursi nõ. raiskama väiksemate maapiirkondade ja linnade peale, kus probleem ei ole nii laialt esinenud, aga samas abisaamise võimalus nendes piirkondades on suures osas nullilähedane. MIS neist saab, milline on nende inimeste tulevik?“ (STS 1)*

*“Puudu on võimalusest ravile iseseisvalt hakkamasaavatele patsientidele, kes vajavad ainult asendusravimit (meie nägemus probleemilahendusse on kaasata apteegid koostöösse asendusravimi väljastamisel). Samuti on puudu nn. madala-läve keskused,*

*ehk siis teine äärmus. Soomes on nad oma olemasolu vajadust väga hästi tõestanud.”*  
(STS 2)

*“Üldises plaanis Harjumaal on vähe, Tallinnas on parem.”* (STS 3)

Spetsialistide poole pealt toodi ühe nõrkusena välja uute sotsiaalvaldkonda tööle suunduvate inimeste vähene vene keele oskus, mis probleeme tekitab.

*“Kui praktikandid on käinud, siis vene keelt ei osata eriti, see tekitab probleeme /.../  
ehk jah peaks koolides sellele rohkem tähelepanu pöörama.”* (STS 3)

Teenuste poole pealt tõid sõltlased esile uute mitmekülgsete rehabilitatsioonikeskuste avamise vajaduse, eriti eestikeelse rehabilitatsiooni osas, mis hetkel on kehvemas seisus kui venekeelne. Kogemusnõustamises nägid paljud endised sõltlased parimat viisi veel tarvitava inimese või tema lähedase aitamiseks, suunamiseks.

*„Rohkem rehabilitatsioone, esiteks. Just eestikeelset oleks vaja. Olulisim on see, et paljud naisterahvad, noored emad, kellel on lapsed. Ise tahaks küll rehabi minna, aga lapsega? Pole seda võimalust siia maani, et lapsega koos saaks. Teistes riikides on nii, et keskuses on lasteaed. See oleks ka väga oluline.“* (M 11 E)

*„Põhilised rehabilitatsioonid on venekeelsed, venekeelseid NA rühmasid on rohkem /.../  
Mulle tundub just, et eestlastel on raskem.“* (M 6 E)

*„Rohkem rehab-keskusi, just tasuta, riigi poolt rahastatud, kuna igal vanemal pole raha, et oma laps panna rehab-keskusesse, mis on tasuline.“* (N 9 E)

*„Teine hästi oluline asi - et oleks eestikeelne rehabilitatsioon. Et abi praegu nagu on, aga et oleks need asjad ka eestikeelsed. Ümberringi on rehabis venelased. Viljandis nüüd on jah, aga et eestlastele oleks rohkem võimalusi. See pole ainult vene rahvusest inimeste probleem. Eestlaste seas see info polegi nii hästi levinud.“* (N 7 E)

*„Kui mul oleks raha teha, siis teeks keskuseid juurde. Vajadus on oluliselt suurem, paar tükki võiks teha. Ja see võiks olla valik nr 1, mitte metadoon. Julgustaks inimesi rohkem rääkima oma sõltuvusest. Looks Eestisse sõltuvusravi kompetentsikeskuse. Spetsialiseerumist ei ole, alko ja narko valdkonnale. Ma ei tea kust tänapäeval inimesed*

*neid teadmiseid saavad. Kogemusnõustajate tööd arendaks.“ (M 5 E)*

Eelnevast ilmneb ka sõltuvushäirete valdkonnale spetsialiseerunud inimeste vajadus ehk hetkel nende ebapiisavus. Kogemusnõustamise eelis teiste nõustamisteenuste ees seisneb selles, et oluliseks peeti inimese tõsiseltvõetavust, kes narkootikumidest räägib.

*„Informatsiooni peab võimalikult palju võimaldama, et poleks väärarvamusi. Ja et ei räägiks ainult need, kes ei tea sellest, kes pole ise midagi proovinud. See ei mõju usutavalt. Kogemusnõustaja on usutav.“ (N 7 E)*

*„Sõltlane mõistab sõltlast, me mõistame üksteist poole lause pealt, sest me teame, mis tunne see on.“ (M 8 E)*

Kogemusnõustamise osas mainiti aga ära, et noortele narkootikumide-alase ennetustegevuse mõttes ei pruugi see parim variant olla. Pigem peaks see olema suunatud nendele, kes juba on sõltuvuses ning soovivad paraneda.

*„Lastel on see, et kui nad näevad inimest, kes on sellest välja tulnud, võib tekkida mõte, et võib tarvitada küll ju, et tema ju sai välja sellest. Nooremas eas võibki ju nii mõelda, et nad ei mõtle sellele, mida see inimene on läbi elanud ja kui paljud inimesed, kellega ta koos tarvitas, on ära surnud, kes ei jõudnudki sellest välja.“ (N 9 E)*

Nõrkustena toodi välja ka liigselt moraliseerivaid, ükskõikse või negatiivse suhtumisega töötajaid antud valdkonnas, mis tekitab vastumeelsuse teenuseid kasutada, paraneda. Spetsialistide poole pealt toodi välja koostöö arenguvajadusi.

*„See suhtumine sellesse, et oled rämps ja prügi, seda võiks olla vähem. Et oleks abi kättesaadavam, et poleks troppe arste, kes räägivad, et sa oled lootusetu juhtum.“ (N7E)*

*„Olin metadoonis 3 korda /.../ kui lähen sinna, seal on nn arst ja ta hakkab mulle sõnu peale lugema, et sa oled kuradi loll. No mis kuradi..? Sõltlasega on oluline suhte loomine ja seda ei toimu nendes kohtades, kus ma olen käinud.“ (M 5 E)*

*„Tarvitavast elust - politsei suhtumine väga halb, et narkareid mõnitati, et see on ebanormaalne. Et olen lootusetu rämps.“ (N 7 E)*

*“Mis puudutab muid tugisüsteeme, puudub ühtne nägemus ja infovahetus kahjuks ei ole veel selline nagu ta 21-sel sajandil olla võiks.” (STS 2)*

*„Aga arstidega...nojah, vahest ei usuta, et olen kasutanud, või et on alkoprobleem olnud. See on imelik mu jaoks. Ja ei küsita ka, et kuidas läheb. Võtavad loomulikult, et ma ei tarvita. Minu jaoks on pigem loomulik, et ma tarvitan.“ (M 6 E)*

Metadoonravi olemuse osas valitsesid sõltlaste poole pealt enamuses negatiivsed hoiakud, mis tundus olevat põhjustatud asjaolust, et sellest ei leitud loodetud abi. Samuti toodi segava faktorina välja kohustust iga päev kohal käia, mis mõjutavat näiteks töötamist. Samuti arvati, et tegemist pole raviga, vaid uue sõltuvusega, samas tunnistati, et see vähendab kriminaalset käitumist. Järjekordade pikkust toodi ka esile.

*„Noh, kindlasti pole rahul. See peaks olema niimoodi nagu läänes on - et kui inimene on haige, siis talle antakse normaalset looduslikku ainet, mitte mingisugust...inimesed ei teagi, mis asi see on. /.../ kui inimene käib tööl ta peaks kaasa saama oma selle nagu välismaalgi on.“ (M 3 RO)*

*„Kogu see süsteem on mäda. /.../ Siin käivad inimesed põhiliselt selleks, et metadoonilaksu saada, mitte selleks, et maha jätta /.../ See, mis siin toimub, inimesed, kes käivad siin kaks, kolm, neli, viis aastat...nad jäävadki kogu eluks seda metadooni jooma.“ (M 2 RO)*

*„Metadooni tarbimine segab küll, ei taheta tööle võtta selliseid inimesi. Praegu on mul üks pakkumine /.../ aga seal on vahetused nädala aja kaupa. Metadooni värk hakkaks segama seda, olen kuulnud, et võib mingil moel kaasa ka saada seda pikemaks ajaks, aga et selle jaoks on vaja täita avaldus ning mingi bürokraatia asjad.“ (M 1 RO)*

*"Ma väga tahaks, kust saaks kiiresti. Sellised järjekorrad on. Ja tasulisse ka ei taha, kui on valida kas maksan fentanüüli eest või metadooni eest, siis muidugi maksan fentanüüli eest." - isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.*

*“See metadoonivärk, see on suht sama, mis...tarvitas üht asja, nüüd teist. Et ei varasta enam, seda ei pea enam tegema jah. Aga see pole abi minu arvates.” (N 9 E)*

*“Metadoon on, aga seal on järjekorrad. Metadooni paneks üldse kinni. Sellest pole*

suuremat kasu. 300-400 inimest, kes seal on, 11-12 neist ehk võtavad ainult metadooni, ülejäänud tarvitavad edasi ja metadooni rüüpavad lihtsalt peale. Inimesel on vaja asendusravi sellega, mida ta on tarvitanud. Nagu Sveitsis, inimesed saavad seal puhast heroini, mitte mingisugust metadooni.” (M 11 E)

“See sõnum, et see on ravi? See on vale. Ma ei tea ühtegi..tegelt tean, selles mõttes et nad tarvitavad, et neil pole enam seda kriminaalset käitumist. Aga ilma metadoonita ka ei saa. Ja küsimus on selles, et mida need inimesed siis oma lastele õpetavad.....et kuidas probleemidega toime tulla? Perest õpitakse ju. Reeglina need kes metadooni panevad, panevad muud ka otsa. Eriti alkoholi. Kindlasti ei tohiks see olla valik nr 1. Aga seda tihti tehakse...” (M 5 E)

Tugisüsteemi ühtepidi olulise ent tarbiva sõltlase mõttes ebaolulise faktorina nähti sõpru. Varasemad uuringud sõltlastega (nt Downes 2003) on näidanud, et üldjuhul alustatakse tarbimist koos sõpradega, aga suuremas sõltuvuses olles ei olevat inimesel enam sõpru. Sama tulemus esines ka antud uuringus. Sõprade rolli muutumist peeti paratamatuks ning arvati, et tõenäoliselt nad ei saakski aidata.

“Paugupealt ikka, haarad neist kinni, kes ikka tarvitavad /.../ Tarvitamisel sõpru pole, neid ei saagi olla /.../ Tuttavaid tuli teine ring kohe, teistega läbi ei käinud - nemad joovad, mina süstin.” (M 11 E)

“Minul ei muutunud, kõik jäi samaks, kõik hakkasid tarvitama. /.../ lõpuks uued sõbrad tekkisid, need tarvitasid rohkem ja jõid. Mulle see sobis rohkem, oma sõbrad jäid tahaplaanile. /.../ sõprade arvamus ei huvitanud. Pigem otsisin teised inimesed siis.” (M 8 E)

“Hakkasin n-ö normaalsetest eemale hoidma, klassiõed ja nii. Ainult need, kes tarvitasid, need jäid ümber. Need, kes jäid maha, jäid maha. Ühist polnud enam. N-ö normaalsemad tarvitajad hääbusid ka, olid sellised paadunud narkarid nagu mina /.../ kui keegi suhtus kortsus kulmuga siis ma suhtusin veel halvemini ja läksin minema, otsisin omasugused, üritasin vältida. Olin eituses ja seda vähem tahtsin enda ümber inimesi, kes seda mulle näitasid. Sest see oli minu jaoks noh normaalne.” (N 7 E)

“Koos klassikaaslastega alustasin, sealt läks edasi, noh tahtlikult / tahtmatult hakkad

*lävima nendega, kellel on samad huvid. Mul tekkis kohe hästi palju diilereid tuttavaid, ülejäänud tarvitajad. Ülejäänud erinevad - kanepit, raskemaid, amfi, peaasi et tarvitaksid. /.../ Nendega, kes ei tarvitanud...noh, mul polnud aega selle jaoks. Kuna kas olin ebaadekvaatne või otsisin ainet./.../ varasemad sõbrad ei osanud aidata, üritasid, rääkisid minuga.” (N 9 E)*

*“Üha vähem tervemaid inimesi hakkas mu ringkonnas olema. Lõpuks sõpru ei olnud, olin üksinda /.../ mõni rääkis jah, aga ega nad ei saanud rohkem teha ka midagi, hakkasin ignoreerima neid lihtsalt.” (M 5 E)*

Kui läheneda asjale niimoodi, et üldjuhul alustatakse koos sõpradega, siis ehk on vaja mitte-tarvitavatele (või ka juhutarvitajatest) sõpradele teatud tugiteenuseid, juhendajat, kes aitaks toimivas orienteeruda, et kontakt sõbraga ei kaoks. Siinkohal (muidugi ka pereliikmete puhul!) võiks edukalt rakendada kogemusnõustajaid. Tugirühma laadne lähenemine ei pruugi kõikide kaassõltlaste (eriti nooremate) puhul toimida. Sellest ilmneb ka, et kogemusnõustamise olemust peaks üldsusele rohkem tutvustama, et abivajavad lähedased, olgu need siis sõbrad või perekonnaliikmed, oskaksid langetada valiku, kuhu ja kelle poole pöörduda. Kogemusnõustajad pole tavalised nõustajad ega ka psühholoogid, vaid inimesed, kes on sõltuvusprotsessi läbi käinud.

Perekonna rolli nähti mõningatel juhtudel ka sõltuvuse kujunemise soodustajana. Seda võib samuti pidada tugisüsteemi nõrkuseks, ent tuleb täheldada, et üks-ühele antud väidet võtta ei saa, sest see hõlmab mitmeid teisi sotsiaalseid, keskkondlikke, jmt aspekte. Sellest hoolimata ei saa eitada perekonna nii negatiivset kui ka positiivset mõju.

*“Esiteks, sõltuvuse tekkimisel. Noh, ma olen seisukohal, et terve perekonnast sõltlaseid ei tule, kõik on sellised anomaaliatega perekonnad. Kas vägivald, mitte ainult füüsiline, ka vaimne. Religioossed dogmad. Sellised perekonnad, kus rõhutakse inimese mina alla.” (M 5 E)*

Sõltlastelt küsiti ka, millised teenused oleksid veel vajalikud. Esines arvamusi, et sõltlase elu ei tohiks liiga mugavaks teha, muidu muutub see süsteemi uueks nõrkuseks. Teatud välismaal olemasolevaid võimalusi sooviti siiski ka Eestisse. Vareseimates intervjuu väljavõtetes nimetasid spetsialistid nt madala läve teenuste laiema arendamise

vajadust ning sõltlased mainisid ka heroiooni baasil toimivat asendusravi.

*“Paremaks narkomaani elu pole mõtet muuta, liiga lihtsaks mitte.” (N 9 E)*

*“Kui on tahtmist, leiab ise. Kui taldriku peal ette tuua, niimoodi vist ei tööta.” (M 11 E)*

*“Jah, see aitaks väga palju kui oleksid mingisugused tööandjad. Noh, näiteks, kui oleks korraldatud selline grupp, kus kõik minutaolised inimesed tuleksid kokku ja meid saadetakse tööle lihtsalt, kuidagi. See aitaks küll.” (M 1 RO)*

*“Jaa, aga, ma arvan, et suunamine tööprogrammi peaks tulema omal soovil, seal peaks vaheetapp olema, muidu tundub, et nagu pannakse tööle. Kui see ei teki iseenesest, siis ei ole kasu.” (M 6 E)*

*“Samasugune koht, aga rohkem ruumi /.../ et tuled siia, paned litaka ära, tunned paremini, lähed ära. Neid üledoose on seepärast ka nii palju, et pole abi lähedal /.../oleks hea selline variant, et tuleb ja saab süstida. Aga meil on nii väike riik ja see maksab tohutut raha ju, kes hakkaks rahastama seda”? (M 10 RO)<sup>8</sup>*

*“Võiks olla tugirühmad nagu, kus inimesed saaksid omavahel vabalt rääkida. Ei pruugi olla konkreetselt anonüümsete programm, aga kus on keegi pikemaajalise nõustamiskogemusega inimene, kes suunab...välismaal tehakse nii. Sellest ei pruugi olla täielikku abi, nagu hüppelauaks või nii.” (M 6 E)*

*“Eneseabirühmad. Venemaal on Minnesota mudel, 42 päevane raviprogramm, mis on võrreldes teistega, mu arvates, väga efektiivne. See tugineb ka 12 sammu programmile. Läbi motivatsiooni toimub see.” (M 5 E)*

Teatud määral näitavad tugisüsteemi puudujääke ka ravil olevate sõltlaste pessimistlikult väljendatud tulevikuväljavaated ning negatiivne suhtumine võimalikesse uutesse teenustesse. See on seletatav pigem nende endi sisemiste vastuolude ning probleemidega, kuid samas ei tasu ka neid väljaütlemisi tähelepanuta jätta.

*“Ma ei saa aru, et mis ülesanne mul on üldse, et milleks ja kui kaua peab siin veel*

---

<sup>8</sup> Räägib Ameerika Ühendriikides olemasolevatest steriilsetest süstimisruumidest, kuhu sõltlased saavad arsti järelevalve all süstima tulla, vältimaks üledoose jm tüsistusi, mustade süstaldega süstimist, jms.

*tuikuma, siin selle kuradi mätta peal. Ma ei tea kas minna teise riiki üldse elama või mida edasi teha lihtsalt. Teadmatus on praegu.” (M 3 RO)*

*“Ma ei tea, ma ei taha enam midagi. Mul pole usku, et sellest asjast kuidagi millegi abil lahti saaksin /.../ see kaine elu, sellega on nii, et vahepeal suudan olla nädala või kuu juba kaine ning hakkab tunduma, et kõik on normaalne ja hästi, aga siis saab sellest kainest elust kõrini. Ja siis lähed ja tarbid ühe korra, aga kui ühe korra tarbid, siis oled jälle tagasi mitmeks aastaks” .– isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.*

*“Hommiikul tõused ja mõtled, et nüüd on kõik ja siis tuleb mingi jama ning ikkagi ei saa välja sellest.” (M 1 RO)*

Tugisüsteemi nõrkuseks ühiskondlikul tasandil võib pidada ka esinenud seisukohta, et narkomaanidesse suhtutakse tõrjuvalt ja/või vastumeelsusega. Avaliku arvamuse negatiivne mõju võib saada takistuseks vajalike teenuste välja töötamisel ning abivajajateni jõudmisel, sest nad ei pruugi teenusepakkujaid usaldada. Ühel korral koolist rääkides arvati, et antud teemal lõputöö ei huvita ülikoolis kedagi, sest sellel pole tulevikku.

*“See teema ei lähe seal peale, see on niuke tõde, et sulle öeldakse, et plika, viska see prügikasti /.../ See on ju siukene veneaegne raudtee maha pandud ja keegi seda üles võtta ei saa enam ju.”(M 3 RO)*

*“Samuti on kahjuks piisavalt negatiivseid hoiakuid, mis segavad tegemast konstruktiivset tööd sõltlastega.”(STS 2)*

*“Mõned kardavad, pelgavad. Politseinikud ka. Isiklikud tunded on vastas.” (M 11 E)*

*“See on siiski halvustav, et parem oleks kui nad maha sureks. Ma olen kuulnud oma töökaaslasi rääkimas niimoodi. Levinud suhtumine.” (M 8 E)*

*“Aga üldjuhul kui kuulda, siis...halvustav, et narkomaanidesse väga-väga halb. Rehabis ka, külarahvas vihkas meid. Kui midagi juhtus, siis kohe süüdistati meid. Alguses oli solvav, et kuidas nad aru ei saa, et ma ju tulen ja üritan parem inimene olla, aga siis ma sain aru, et ma ei peagi meeldima neile. Tähtis on see, et ma iseennast armastan.” (N 7 E)*

*“Halvasti. Sest sõltlane...tavainimese peas on tema see paadunud narkomaan, kes on must ja räpane, varastab vanamemmel kotti ja muud nagu ei olegi. Ei taheta näha, et nende seas on ka n-ö inimesi, kes lihtsalt vajavad abi ja et igäüks võib sattuda sellele teele. Paljud mõtlevad, et sotsiaalselt halbadest peredest, aga pole ainult nii, ka päris korralikest peredest.” (N 9 E)*

Suureks nõrkuseks võib pidada ainete kerget kättesaadavust, mida tunnistasid kõik intervjueritud sõltlased. Isikute anonüümsuse kaalutlustel pole järgnevatele intervjuu väljalõigetele lisatud respondente eristavaid tundemärke.

*“Lihtne kättesaadavus. Kui müüjat tead on kerge, pole mingit probleemi, peaaasi, et raha oleks olemas.”*

*“Meil on miljon diilerit, neid pole üldse raske kätte saada, lausa õudne.”*

*“Väga lihtne, peaaegu sama lihtne kui putkast suitsu osta.”*

Analüüsist on näha, et suur osa respondente keskendus just tugisüsteemi puudujääkide välja toomisele.

### **3.5. Tugisüsteemi tugevused**

Tugisüsteemi tugevustena töid nii sõltlastega töötavad spetsialistid kui ka mõned sõltlased välja kahjude vähendamise teenuste olemasolu ning leviku.

*“Sõltlasi ümbritsev tugisüsteem Harjumaal on muutunud aina paremuse poole. Positiivseks saab pidada metadoon-asendusravi keskuste olemasolu, süstlavahetuspunkte. Eesti on kokku üheksa organisatsiooni, kes pakuvad süstlavahetus- ja nõustamisteenust.” (STS 1)*

*“See on ülimega koht ju. Apteegis pean euro maksma süstla eest.” - räägib süstlavahetuspunktist, isikule viitamine anonüümsuse kaalutlustel ära jäetud.*

Korra mainiti ka narkoõpetuse tunni olemasolu ning selle kasu edasise tarbimise käigus.

*„Aga seal koolis, kus mina käisin, oli narkoõpetus täitsa olemas /.../ No eks ikka tulevad mõned asjad meelde. Kas ma nimetan mõnda? Ära üksinda tee, ära kasuta*

*segamini, nt ratastega (ecstasy) joo vett piisavalt ja...nõelte kasutamisega, et puhtaid nõelu, et mitte jagada. – Intervjueerija: kas sellel oli mõju, ennetusel?- Respondent: võib-olla mingil määral küll. Näiteks nõelakasutuse ja süstimise osas, hepatiidid ja HIV, neid ma kartsin küll, ei teinud.“ (M 6 E)*

Tugevusena võib välja tuua endiste ja ravil olevate sõltlaste valmisoleku kogemusnõustamiseks ning soovi antud valdkonnas midagi ära teha.

*„Ma olen mõelnud, et mingi aeg võiks hakata siin noortele neid asju tegema ja rääkima ja tegema. Aga noh, ma ei tea, ma ei kujuta ette /.../ siin on ikka, täitsa lõpp, mingisugused 14-aastased hakkavad ennast toksima (süstima) ja proovima ja ma ei kujuta ette...ebanormaalne. Nad ei tea vabsee üldse mitte midagi asjast ju. Peab vist seda raiuma, et see on eluks ajaks, see jääb eluks ajaks, käib teiega kaasas. Need augud ja nõelad ja..“ (M 3 RO)*

*„Peaks olema nagu mingi organisatsioon, mitte suvaliselt lähed rääkima. Mingi organisatsioon, kus oled osaliselt tööl või midagi. Ma võiksin olla tõesti selle ameti peal, et teisi aidata oma kogemusest lähtuvalt. Kui inimesi on palju, kes tahavad kuulda, koole jne, võiks ju olla mingi amet või midagi. Igapäevaselt..ma ei tea kas ma päevast-päeva tahaksin seda teha. Ei oska hetkel vastata. Võib-olla tõesti.“ (M 8 E)*

*„Ma oleks nõus. See, mida siin tehakse, on super. Seda võiks olla rohkem.“ (N 7 E)*

*„Olen rääkinud, haiguse kontekstis. Kuidas eitamise mehhanismid kasvavad ja...ainepõhiselt mitte. Ei oska öelda, kas tulemit on olnud. Seda ma ei tea.“ (M 5 E)*

Tugevuseks on ka teenusepakkujate rahulolu oma asutuse võimalustega piiratud ressursside tingimustes. Tugisüsteemi selle osa nõrkust näitaks asjaolu kui töötajad ise ühtegi positiivset aspekti välja ei oskaks tuua. Toodi välja ka koostööd teiste asutustega ning ravil olijate arvu vähenemist.

*„Olen rahul oma asutuse teenuse pakkumise võimalustega /.../ Kuna teenus on kliendile tasuta, siis seetõttu on neil ka mõnevõrra kõrgem motivatsioon programmis osalemiseks.“ (STS 1)*

*„Olen rahul, kuna kõikide teenuste osutamisele seab piirid rahastamine, siis minu*

*arvates on meie asutuse poolt pakutavad teenused kvaliteetsed ja hästi läbi mõeldud, samuti kooskõlas üldise ravijuhisega. “(STS 2)*

*„Koostöö toimub teiste asutustega, tõsisemaid sõltlaseid on vähemaks jäänud.“ (STS 3)*

Esile tõsteti ka ravikohtade loomist, ühtsete nõuete kehtestamist teenustele ning töötajate koolitamist.

*„Tugevusena tuleb välja tuua see, et ravikohti luuakse juurde. Teenustele seatakse ühtsed nõuded (Tervise Arengu Instituudi uus ravijuhis opiaatsõltlastele peaks olema valmis või siis valmimisjärgus). Töötajaid koolitatakse tööks sõltlastega, kaasates erinevate riikide spetsialiste (Soome, Norra, Rootsi).“ (STS 2)*

Tugisüsteemi tugevuseks on ka informatsiooni küllaldane levik erinevate asutuste kohta, vähemalt tänapäeval. Ilmnes, et suur roll on selles ennekõike tutvusringkonnal.

*„Linn on nii väike, tuttavate kaudu kuulsin.“ (M 10 RO)*

*„Seda (SVP) kasutasin, muud mitte, sest ma ei teadnud ja ei uurinud ka. Selle koha kohta keegi rääkis ja näitas. Ja hakkasin ka käima /.../ Enne vangistust olin valmis lõpetama. Kui oleksin teadnud rehab asutustest, aga ma ei teadnud. Ei osanud küsida ka kuskilt, muidu oleksin läinud küll. Kui keegi siis oleks öelnud, oleksin läinud, sest ma olin nii tüdinud sellest.“ (N 9 E)*

*„Info sõprade kaudu, on tekkinud inimesi, kes on tuttavad ja noh...ja rohkem ma ei oska öelda.“ (M 6 E)*

Tugevusena toodi välja eneseabirühmade, ennekõike Anonüümsete Narkomaanide, aktiivset tegutsemist ning abi narkootikumidest puhtaks jäämisel.

*„Abistav ja lootust andev, eriti NA-ga seotud just /.../ Käin rühmas, kirjutan tundeid, käime ja teeme koos rühma omadega midagi, kui on rühma tugi olemas, siis on super.“ (M 8 E)*

*„NA on väga tänuväärse rolli võtnud, üritavad kontakte luua, et inimesed saaksid siin käia.“ (M 5 E)*

*„Intervjueerija: käid siin tugirühmas, saad vajalikku motivatsiooni ja toetust? - Respondent: eneseabirühmas. Jah.“ (M 6 E)*

*„Kui sain välja /.../ üks poiss /.../ rääkis, et siin on selline rühm NA, kus ta käib ja kutsus mind ka /.../ Hakkasin rühmas käima, aga seal, kus see rühm käis olid kontoriruumid ka /.../ kuulsin, et on mingid üritused, jalgpallimatšid, et jagavad kondoomi ja infomaterjali. Ma ütlesin, et ma tahan ka kuskil osaleda niimoodi ja võeti kaasa, pärast veel. Siis kuulsin veel, et mingid üritused, kaasa lüüa vabatahtlikuna. Hakkasingi käima.“ (M 11 E)*

Tugevuseks tuleb kõigest hoolimata pidada ka sõltlaste lähedaste katseid oma pereliiget aidata (olenemata selle tulemusest – väga lihtne oleks niisama loobuda). Samamoodi on tugevuseks teenustest positiivse mulje jäämine sõltlasele, isegi kui ta seda enam ei kasuta või sellest mingil põhjusel loobus. Nagu eelnevast järeldus, siis palju informatsiooni liigub just sõltlaste endi vahel ning asutuse hea maine on plussiks (ja vastupidi).

*„Haiglasse muretseti koht, psühhiaatria haiglasse, ravimitega – see oli hullem kui narkolaks.“ (M 5 E)*

*„Sinna keskusesse nad suunasid. Ise pead ka nõus olema, muidu ei aita, sinna peab minema selle mõttega, et tulid siia et korda saada, elu muuta. Ma läksin ja...nädal aega olin, 5 päeva pärast oli hea juba, sõin-jõin ja magasin.“ (M 10 RO)*

*„Käisin X keskus. Olin lühikest aega, aga super koht oli. Paari kuuga õppisin väga palju, tegema eneseanalüüsi nt /.../ turvaline koht /.../ Lootuse aura, et kõik on võimalik.“ (M 8 E)*

Endised sõltlased rõhutasid eriti perekonna toe olulisust ja mõistmist paranemisprotsessis, ilma milleta võib esineda tagasilangusi.

*„Praegu kainenemisel on väga suur roll. Julgustavad, toetavad, nad on uhked mu üle. Aga noh, tarvitavas elus oli omakasupüüdlilik, raha jaoks nagu. Mul oli ema alkohoolik, roll oli suur aga halb.“ (N 7 E)*

*„Tervenemisel on väga oluline kui toetab. Sellest on väga tuge. Kui on eitav suhtumine,*

*et pole vaja käia NA rühmas, et lihtsalt on vaja tugev olla, et pole vaja /.../ Ja kui pere ei toeta, siis on väga raske. Noh minul on nii, et üks põhjus miks ma olen libastunud.“ (M 8 E)*

*„Pere roll on ikka ülioluline /.../ Ma olen oma abikaasale väga tänulik, et ta mõistab.“ (M 5 E)*

Sõltlaste poole pealt toodi välja ka valdkonnas töötavate isikute toetava suhtumise olulisust.

*„Esimene toetav inimene, kes andis mulle lootust, suhtus minusse kui inimesse, mitte kui rämps, oli Wismari haigla üks arst, tarvitava elu ajal. Muidu mitte, siis kui ma veel tarbisin. Aa, oli küll veel, alaealiste komisjonis mu esindaja, mentor, oli ka toetava suhtumisega.“ (N 7 E)*

*„Valdkonnas töötajad..üldiselt mõistvad ja toetavad.“ (M 8 E)*

Tulemuste lugemisel jääb silma valimi osapoolte suur nõrkuste välja toomine. Vajaduste uuringutes ongi levinud just puudujääkide esile tõstmine (Tutty, Rothery 2010: 150). Järgmises alapeatükis ei ole autor hakanud uuesti viitama informatsioonile, mida varasema töö käigus juba kirjeldatud ja käsitletud on. Esitatud on lõputöö käigus ilmnenud olulisemad tähelepanekud ja ettepanekud.

### **3.6. Järeldused ja ettepanekud**

Käesoleva lõputöö uurimuses osalenud narkosõltlased hakkasid valdavalt erinevate ainetega katsetama ja/või regulaarselt tarbima alaealisena ning varases täiskasvanueas. Alaealisena alustamine on olnud aastaid nii Eestis kui ka Euroopas üldine tendents, vastavalt ESPAD uuringutele 15-16-aastaste koolinoorte seas. Antud uuringu respondendid olid valdavalt pikaajalised probleemsed narkootikumide tarbijad, kes alustasid katsetamist enne või 90ndatel aastatel. Tegemist oli ajaga, mil narkootikumid ja sõltuvus olid Eesti ühiskonna jaoks suhteliselt võõrad probleemid ning see ilmnis ka intervjuudest. Peab lisama, et veel tänapäevalgi, mil narkomaania on tõsine sotsiaalne probleem, pole teadmised antud valdkonna kohta tugisüsteemis piisavalt levinud.

Intervjuude väljalõigetest ilmnevad sotsiaalsed ja keskkondlikud tegurid, mis mõjutasid

tarbimist ning sõltuvuse kujunemist - sõbrad, suhete kvaliteet perekonnaga, uudishimu, n-õ vooluga kaasa minemine, varasemate probleemide eest põgenemine, ainete kättesaadavus. Tagajärgedena toodi välja füüsilise ja vaimse tervise probleeme, vabadusekaotust, rikutud suhteid lähedastega, vägivaldseid juhtumeid. Endiste sõltlaste rühmas toodi väga negatiivseid tagajärgi välja ka kui tegureid, mis mõjutasid narkootikumidest loobuma.

Valimisse kuulunud sõltlased kirjeldasid põhiliselt narkootikumide segatarbimist, mis on kirjas ka RTA-s kui manustamisviiside tõusev trend. Valdavalt kasutasid/kasutavad valimisse sattunud Harjumaal elavad sõltlased amfetamiini, kanepit ja opiaate. See kinnitab varasemate aastate statistikat, mille põhjal anti alapeatükis 1.5. Enam levinud narkootikumid neist ka põhjalikum ülevaade. Enamiku valimist moodustasid mehed, naiste osakaal oli väike, mis on samuti narkomaania-alaste uuringute puhul tavaline. Üldjuhul satub valimisse rohkem venelasi, ent antud uuringus domineerisid eestlased - see oli tingitud asjaolust, et uurija vene keele oskus ei olnud piisav. See asjaolu viis aga tulemuseni, mis vastupidisel juhul võib-olla nii tungivalt esile poleks kerkinud.

Sõltlaste poole pealt rõhutati ennekõike just eestikeelse rehabilitatsiooni vajadust, sest valdav enamus rehabilitatsioonitaluprogramme on venekeelsed. Programmi edukas läbimine eeldab aga selle mõistmist ning iseendaga töötamist, mitte niisama oma tavalisest keskkonnast eemal viibimist. Leiti, et üleüldse võiks rehabilitatsioonikeskuseid rohkem olla, just tasuta keskuseid. Toodi esile kogemusnõustamise potentsiaali ning selle võimalikku arendamist toimivaks teenuseks nii paraneda soovivate kui ka sõltlaste lähedaste aitamiseks. Kogemusnõustamist ei peetud sobilikuks noorte ennetustegevuse läbi viimisel.

Teenuste osas tõid sõltlased veel välja sõltlastest emadele mõeldud rehabilitatsiooni vajadust - kohta ja/või programmi, milles saaks osaleda koos lapsega, vältimaks ema ja lapse teineteisest võõrandumist ning tugevdamaks tagasilanguse vältimist, võimaldades neil paranemisprotsessi ajal kohtuda. Samuti mainiti soovitud uuendusi, mida Eestis võiks toimuda: steriilsed süstimisruumid, asendusravi heroiiniga, tööprogrammid sõltlastele. Sõltlaste poole peale mainiti mõnel korral ka valdkonnas töötavate isikute üleolevat suhtumist kui demotivaatorit.

Ennetustegevust pidasid nii sõltlased kui ka spetsialistid valdkonnaks, mida arendada. Sõltlased osutasid rohkem kampaaniate ebaefektiivsusele ning nende käigus esitletava informatsiooni vastuolulisusele ja šokiteraapia võimalikule kasule. Spetsialistid tõid välja suurema teavitustöö vajaduse – nii kolleegide (nt perearstid) kui ka sõltlaste lähedaste jaoks. Esimesel juhul, et osataks rohkem inimesi õigetes asutustes suunata, teisel juhul, et osataks esmalt ise abi leida. Mõlemapoolselt esines ka seisukoht, et sõltlaste lähedastele kui tugisüsteemi olulisele osale polegi piisavalt riigipoolseid abiteenuseid ning adekvaatset informatsiooni, kuidas oma lähedase sõltuvusprobleemiga tegeleda. Valdavalt tegutsevad selles osas vabatahtlikkuse alusel toimivad eneseabirühmad, kus sarnaste probleemidega inimesed saavad oma kogemusi vahetada ning üksteiselt tuge ja mõistmist leiavad.

Spetsialistid tõid ravi poole pealt välja nii positiivse kui ka negatiivse ravikohtade arvu ja mahud – ühtlasi on neid aastate lõikes juurde tekkinud ning mahud suurenenud, ent siiski on pidevalt järjekorrad. Sama arvamus kajastub ka teooria osas, kus on räägitud nõudluse konstantsest domineerimisest pakkumise üle. „Peale Euroopa Liiduga ühinemist toimus Eestis kiire asendusravi levik – seitsmeaastase perioodi vältel 16-kordne kasv 60 patsiendilt rohkem kui 1000 patsiendile, kuigi see moodustab vaid 5% opioidsüstijatest.“ Eesti on üks neist Euroopa riikidest, kus ambulatoorse psühhosotsiaalse ravi ja võõrutusravi kättesaadavus on hinnanguliselt siiski vähem pooltele seda aktiivselt taotlevatele inimestele (Uimastiprobleemide...2012: 32, 33, 76).

Eelneva lõigu jätkuks – spetsialistid tõid metadoonravi olemasolu välja kui positiivse külje, samas sõltlased nägid seda valdavalt kui negatiivset ning sõltuvusest vabanemisele mitte kaasa aitavat meetodit. Sarnase tulemuseni jõudsid Abel-Ollo jt (2008: 28), mille järgi metadoonravil viibinud inimesed rääkisid, et nende SN sõbrad ei soovi ravile tulla, kuna kardavad hullema sõltuvuse tekkimist.

Samas tunnistati, et see aitab hoiduda kriminaalsetest eluviisidest. Sõltlaste poole pealt kiideti nt süstlavahetuspunkte.

Murekohana nägid spetsialistid ka teenuste regionaalset ebaühtlust - enamik abivõimalusi asuvad Tallinnas, kuid probleem ulatub ka mujale Harjumaale. Samuti tõid nii spetsialistid kui ka sõltlased välja mõnede teenuste paindumatuse ning vajaduse

neid mõistlikkuse piires sobilikumaks kohandada. Teenuste jäikus ja regionaalne jaotus kui potentsiaalne probleemiallikas on omavahel tihedalt seotud. Näiteks metadoonravi osas, kus inimene peab üldjuhul iga päev kohal käima, isegi kui elab väljaspool Tallinnat. Samas ei saa seda teenust muuta liiga „lõdvaks“, sest siis võib kaduda kontroll sõltlase käekäigu ning ravitulemuste üle.

Koostööd erinevate asutuste vahel hindasid spetsialistid rahuldavaks, samas leiti, et see võiks kvaliteetsem olla. Teenuste poole pealt mainisid spetsialistid veel madala läve teenuse laiendamise vajalikkust, tuues eeskujuks Soome, kus madala läve keskuste arendamine on olnud prioriteediks (Kouvonen et al 2006: 76). Samuti mainisid spetsialistid ning ka mõned sõltlased ravijärgse taustsüsteemi ja järelasutuse vähesust ning teiste institutsioonide suurema kaasatuse vajalikkust, näiteks tihedam koostöö apteekide ja politseiga. Nõrkusena nähti mõlemalt poolelt veel negatiivset avalikku suhtumist narkomaania probleemi ning inimeste soovimatust teemal rääkida, selle leevendamisse panustada. Probleemseks kohaks Eesti ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis on rahastuse vähesus, sellest hoolimata olid valimisse kuulunud spetsialistid pigem rahul oma asutuse võimalustega teenuste pakkumisel.

Vastandlikult eestikeelse rehabilitatsiooni vajadusele toodi spetsialistide seas välja, et valdkonda tööle tulevad uued töötajad võiksid rohkem vene keelt rääkida. Selle järelduseni jõudsid aga ka eelmisel aastal Viljandis tegevust alustanud narkosõltuvuse rehabilitatsiooni töötajad (Kerdmann, Hindus 2013: 50). Selles ei avaldu üksnes narkomaania valdkonna sihtgrupi eripära, vaid tegelikult ka puudujääk sotsiaaltöötajate ettevalmistuses.

Tugevusi toodi tunduvalt vähem välja. Sõltlaste poole pealt peeti positiivseks süstlavahetuspunktide ja eneseabirühmade, eriti Anonüümsed Narkomaanid, olemasolu. Spetsialistid olid üldjuhul rahul oma asutuste teenuste pakkumise võimalustega, positiivsena nähti ravikohtade juurde loomist, ühtsete nõuete välja töötamist teenustele, töötajate koolitamist koostöös välismaiste partneritega. Mõõdukalt oldi rahul ka asutustevahelise koostööga. Üks asutus mainis ka ravilolijate arvu vähenemist.

Lähtudes käesoleva lõputöö uurimuse tulemustest teeb töö autor järgmised ettepanekud:

- arendada koos kogemusnõustamise teenust ning eestikeelset rehabilitatsiooni,

kuna mõlemad mõtted esitati endiste sõtlaste poolt – pakkuda neile vajalikku tuge enda kogemuste ning teadmiste rakendamiseks rehabilitatsiooniteenus(t)e edendamisel;

- uurida täpsemalt kaassõltuvuse teemat Eesti kontekstis;
- uurida endiste sõtlaste motivatsiooni ja valmisolekut erinevate teenuste välja töötamiseks ning nende pakkumisel osalemiseks – millised on nende esile kerkivad vajadused?

Edaspidiseks probleemiks, mis vajab ettepanekute raames ja/või nende rakendamiseks lahendamist, on narkomaania valdkonna rahastuse küsimus.

Töö autor lisaks omalt poolt, et sotsiaaltöö tudengitele võiks olla läbi terve õppeaja kestev kohustuslik aine, mis käsitleks süvendatumalt sõltuvushaiguseid ja teisi erivajadustega inimesi (nt erinevad puuded) ning riskirühmi. Üldjuhul on ülikoolis taolised ained valikainetena ning neid ei pea valima. Vene keele õpe võiks alata juba esimest ülikooliaastast, alguses väiksemas mahus, minnes aina spetsiifilisemaks - järkjärguline õpe annaks paremaid tulemusi kui üks semester kestev aine. See esindab töö autori isiklikku seisukohta. Valikuvabadus seda kõike teha on praegugi olemas, ent valides palju erinevaid aineid, kasvab ka koormus. Seetõttu oleks vaja läbi mõeldumat ning omavahel rohkem põimunud sotsiaaltöö alast õpet, mis arvestaks nii õppe mitmekülgsuse kui ka õppijate ajaliste ressursside piiratusega.

Ülikool on vabatahtlik ja seda võib iseenesest vaadelda kui tarbitavat teenust. Teenused muutuvad ajas, sest pakkujad peavad arvestama turu nõudmistega kui soovivad n-ö läbi lüüa ja edukad olla. Üldiselt räägitakse, et sotsiaalalal on pidev puudus spetsialistidest, sama on täheldanud ka sõtlastega töötavad inimesed. Pakkudes uutele tudengitele rohkem "lõimitud informatsiooni" sotsiaalala erinevate valdkondade kohta, täidame potentsiaalseid tühikuid, mis on viinud sotsiaalala spetsialistide ülekoormatuse ning sellest tingitud mõnikord ebapiisavate tulemusteni klientide aitamisel.

Kui turg vajab rohkem erialast väljaõpet saanud spetsialiste, tuleb neid turule ka viia, sest nõudlus on olemas ning ühiskonna edu sõltub sellest, kuidas suudame toime tulla selle kitsaskohtade parendamisega. Seda öelnud, peab nentima fakti, et sotsiaalala pole

atraktiivne tulevikuväljavaade ennekõike suhteliselt madalate palkade ent samas pingelise töö tõttu. Töö autor julgeb väita, et proportsionaalselt (töö maht *versus* tasu; töö mahtude vajalikkus *versus* investeeringute suurused) on valdkond alarahastatud väga mitmes mõttes.

## KOKKUVÕTE

Lõputöö “Narkosõltlaste vajadused ja nende rahuldamine Harjumaal tugisüsteemis” viidi läbi 6 endise, 4 ravil oleva ja 1 praegu aktiivse sõltlase ja 3 sõltlastega töötava spetsialisti osalemisel. Käesoleva töö tulemused kajastavad sõltlaseid ümbritseva tugisüsteemi tugevusi ja nõrkuseid Harjumaal 2013.a. alguse seisuga.

Narkomaania ja sõltuvus on keerulised mõisted, mis hõlmavad endas nii ühiskondlikke, keskkondlikke, sotsiaalseid, psühholoogilisi kui ka üksikisiku individuaalsust sisaldavaid aspekte. Vajadused on ajas muutuvad ning sõltuvuse puhul etendab olulist rolli tugisüsteem, mis võib mõjuda nii positiivselt kui ka negatiivselt.

Eelmisel aastal lõppenud “Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012” tulemused näitasid, et strateegia loomisel seatud eesmärgid on siiani aktuaalsed ning problemaatilised. Eestis, sh enim Harjumaal, on Euroopa kontekstis jätkuvalt kõrge süstivate narkomaanide ja narkosurmade arv, narkosõltlastele ja nende lähedastele suunatud teenuseid pole piisavalt ning nende arendamine on aegavõttev. Teenuste välja töötamist ja rakendamist mõjutab ressursside vähesus ning ka negatiivne avalik arvamus.

Peamiseks aineteks probleemsete tarvitajate seas Harjumaal on jäänud fentanüül ja selle analoogid ning amfetamiinid, raviteenuste osas on põhiorõhk jätkuvalt opiaatsõltlastel. Suurenenud on metadoonasendusravi mahud, kuid nõudlus on pakkumisest jätkuvalt suurem. Tegutsevad mitmed statsionaarsed ja väljatöö süstlavahetuspunktid.

Teatud tugisüsteemi nõrkuste ja tugevuste osas on nii sõltlased kui ka nendega töötavad isikud ühel meelel, nt sõltlaste lähedastele suunatud tugiteenuste puudulikkus, ühiskonna negatiivne suhtumine narkomaaniasse kui takistav tegur sõltlastega kontakti

loomisel ja ravis, kahjude vähendamise teenuste olemasolu kasulikkus. Viimases esinesid teatud mõõndused – sõltlaste poolt räägiti süstlavahetuse kasulikkusest; spetsialistid tõstsid esile ka metadoonravi, mida sõltlased ise aga kõrgelt ei hinnanud.

Positiivsena kerkis esile endiste ja/või ravil olevate sõltlaste tahe tegeleda kogemusnõustamise või mõne muu taolise ettevõtmisega, panustamaks seeläbi narkomaania olukorra leevendamisse. Sõltlaste poolt rõhutati korduvalt erinevate rehabilitatsioonide vajalikkust: ennekõike rohkem eestikeelseid programme, spetsiaalseid programme emadele lastega, tasuta rehabilitatsioonivõimalusi. Mainiti ka vähest narkomaania valdkonnale spetsialiseerumist kui probleemi väljaõppinud tööjõus.

Spetsialistide peamiseks murekohaks oli ravikohtade vähesus võrreldes nõudlusega. Samuti toodi esile teenuste regionaalset ebaühtlust Harjumaa piires, kus põhiosa teenustest on koondunud Tallinnasse, kuid probleem on laiaulatuslikum. Oluliseks peeti ka madala läve teenuste arendamist ning metadoonravi jagamise tingimuste osalist muutmist.

Peamised ettepanekud esitati nelja valdkonna kohta, mida võiks Eesti oludes uurida ning edasi arendada. Töö autor adresseeriks need ettepanekud kõikidele narkomaania valdkonnas töötavatele ja/või sellega kokku puutuvatele, sellest huvitatud või sellest puudutatud inimestele.

Esiteks, kuna nii sõltlased kui ka nendega töötavad spetsialistid tõstsid esile sõltlaste lähedastele suunatud teenuste ja vajaliku info puudulikkust, tuleks uurida kaassõltuvuse teemat Eesti kontekstis lähemalt. See on vajalik, saamaks täpsemat ülevaadet antud sihtgruppi kuuluvate isikute spetsiifilisematest vajadustest, mis on tihedalt seotud sõltlaste vajadustega. Teiseks, kuna endiste sõltlaste valimirühmas rõhutati eriti eestikeelse rehabilitatsiooni vajadust ning kogemusnõustamise tõsiseltvõetavaks teenuseks arendamist, võiks neid kahte osapoolt koos arendama hakata. See pakuks endistele sõltlastele võimaluse ennast ametlikult rakendada ning täita puudujääk rehabilitatsioonivõrgus.

Kolmandaks, enamik käesoleva uurimuse tulemusi põhineb endiste sõltlaste mõtetel ja arvamustel ja neist ilmneb nende potentsiaal valdkonnas ametlikult osalemiseks. Võiks

uurida nende valmisolekut taoliseks ettevõtmiseks ning omakorda sellega kaasnevaid vajadusi. Edaspidist lahendamist vajavaks probleemiks on narkomaania valdkonna rahastamise teema, sest kõik tehtavad ettepanekud nõuavad ressursse. Leides inimressursid, on vaja ka finantsi, ning kehtib ka vastupidine.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. **Abel-Ollo, K., Vals, K., Talu, A., Trautmann, F., Kools, J.-P., Vorobjov, S., Subata, E., Rotberga, S.** 2008. Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu aruanne. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
2. **Aimre, I.** 2013. Sotsioloogia (4 tr). Tallinn: Sisekaitseakadeemia.
3. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise käsiraamat. 2004. Toimetajad Kiipus, M., Neuman, A. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.
4. **Allaste, A.-A.** 2005a. Uimastitarvitajate kultuurid. - Uimastid ja uimastitarvitajad Eesti ühiskonnas. Tallinn: Valgus, lk 7 - 92.
5. **Allaste, A.-A.** 2005b. Drug related knowledge among drug users in Estonia. - Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Finnish Youth Research Network, pp 154-169.
6. **Downes, P.** 2003. Elu heroiiniga. Identiteet, sotsiaalne tõrjutus ja HIV Eesti ja Läti venekeelsete vähemuste seas. Tallinn: Inimõiguste Teabekeskus.
7. Eesti keele seletav sõnaraamat. [<http://www.eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=narkootikum&F=M>] 15.03.2013.
8. Eetikakoodeksite käsiraamat. 2007. Koostajad Aavik, T. jt. Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus, lk 364-368.
9. **Ganeri, A.** 2000. Uimastid. Tallinn: Egmont Estonia.
10. **Hardiman, M.** 2000. Sõltuvus. Tallinn: Tänapäev.
11. **Harro, J.** 2006. Uimastite ajastu. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus.
12. **Haskins, M.** 2003. Meelemürgid. Tallinn: Ersen.
13. **Henry, S.** 2009. Social deviance. Cambridge: Polity Press.
14. Kahjude vähendamise teenuse kirjeldus 2013. Tervise Arengu Instituut.
15. Karistusseadustik 2001. – RT I 2001, nr 61, art 364.
16. **Kidron, A.** 2008. Uurija käsiraamat. Tallinn: Mondo.
17. **Kiive, E., Kull, M., Põiklik, E., Saat, H.** 2007. Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

18. Koolinoored ja uimastid. 15-16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide tarvitamine Eestis. 2008. Toimetaja Allaste, A. Tallinn: Tallinna Ülikooli kirjastus.
19. **Kouvonen, P., Skretting, A., Rosenqvist, P.** 2006. Drugs in the Nordic and Baltic countries. Common concerns, different realities. Helsinki: Hakapaino Oy.
20. Kui palju on Eestis süstivaid narkomaane? Sotsiaaltöö ajakiri, nr 2, lk 26.
21. **Kurbatova, A.** 2013a. Narkomaania kui meie kõigi ühine mure. - Sotsiaaltöö ajakiri, nr 2, lk 2.
22. **Kurbatova, A.** 2013b. Narkosõltuvuses inimeste abistamine Eestis. - Sotsiaaltöö ajakiri, nr 2, lk 37-39.
23. **Kurbatova, A., Lagerspetz, M.** 2005. Uimastid ja uimastitarvitajad Eesti ühiskonnas. – Mida teeb ühiskond? Tallinn: Valgus.
24. Lepingupartnerid 2013. Tervise Arengu Instituut. [[http://www.tai.ee/images/PDF/Lepingupartnerid\\_sltuvus\\_2013.pdf](http://www.tai.ee/images/PDF/Lepingupartnerid_sltuvus_2013.pdf)] 13.05.2013.
25. Lootuse Küla. [[www.lootusekula.ee](http://www.lootusekula.ee)] 13.05.2013.
26. **McGill, T.** 2003. Uimasteid trotsides: teejuht lapsevanematele. Tallinn: Varrak.
27. Meditsiinisõnastik (2. täiend tr). 2004. Toimetajad Ootsing, S., Trapido, L. Tallinn: kirjastus Medicina.
28. Metadoonasendusravi – teave tulevastele ja praegustele patsientidele. 2011. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
29. **Mikelsaar, R.-H.** 2002. Haigusõpetus – üldpatoloogia I. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus, lk 10.
30. Mis on sõltuvus? Narko.ee. Tervise Arengu Instituut. [<http://www.narko.ee/soltuvus/>] 11.04.2013b.
31. Mis on uimastid? Narko.ee. Tervise Arengu Instituut. [<http://www.narko.ee/mis-on-narko>] 15.03.2013a.
32. **Mumma, J.** 2007. Narkomaanide ravi on jäetud nende endi mureks. – Hippokrates. Kuukiri arstidele. Toimetaja Nurmis, K. Tallinn: FIE Tiit Siinmaa, lk 183-191.
33. Nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond. 2013. Tervise Arengu Instituut. [<http://www.tai.ee/instituut/osakonnad/nakkushaiguste-ja-narkomaania-ennetamise-osakond>] 13.05.2013.
34. Narkomaania ennetamine. Tegevused. Tervise Arengu Instituut. [<http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamise/narkomaania-ennetamine>] 15. 04. 2013b.
35. Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. 2004. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
36. Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 täitmise 2010. aasta

- aruanne. 2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
37. Narkomaania ravijuhis. 2001. Tallinn: Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus.
  38. Narkomaania. Terviseinfo.ee Tervise Arengu Instituut. [http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/narkomaania] 15.03.2013a.
  39. Narkomaaniaravi andmekogu. 2011. Tervise Arengu Instituut. [http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/narkomaania/narkomaaniaravi-andmekogu] 17.04.2013.
  40. Narkootikumide tarbimise põhjused. Politsei- ja Piirivalveamet. [http://www.politsei.ee/et/nouanded/narko/narkootikumide-tarbimise-pohjused/] 10.04.2103.
  41. Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus 1997. - RT I 1997, nr 52, art 834.
  42. Narkopoliitika kujunemine Eestis. [http://www.ttk.ee/~moonika/narkopoliitika-ja-hiv-aids-ennetamise-poliitika/narkopoliitika\_\_kujunemine\_eestis.html] 17.04.2013.
  43. **Oiseth, O. V.** 1990. Narkootikumid ning doping- ja muud tervistkahjustavad ained. Oslo: Oslo Politseiprefektuur.
  44. Psühhiaatrilise abi seadus 1997. – RT I 1997, nr 16, art 260.
  45. Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020. 2008/2012. Tallinn:Tervise Arengu Insituut.
  46. Rahvatervise seadus 1995. – RT I 1995, nr 57, art 978.
  47. **Raudne, R.** 2013. Uimastisõltuvuse kahjude vähendamine Eestis - kuidas edasi? - Sotsiaaltöö ajakiri, nr 2, lk 27-29.
  48. **Rogers, P., D., Goldstein, L.** 2002. Kuidas aidata uimastiprobleemidega last? Tallinn: ERSEN.
  49. *Scene.* English-Estonian Dictionary. [http://dict.ibs.ee/translate.cgi?word=scene&language=English] 17.04.2013.
  50. **Šepel, J.** 2007. Mäng, hasart, sõltuvus...Tallinn: Hasartmängusõltuvuse Uurimise ja Võõrutamise Instituut.
  51. Sotsiaalhoolekande seadus 1995. – RT I 1995, nr 21, art 323.
  52. Sotsiaalrehabilitatsiooni Keskus Loks [www.loksakeskus.org] 13.05.2013.
  53. Tallinn 2013. Narko.ee. Tervise Arengu Instituut. [http://www.narko.ee/tallinn/] 08.05.2013.

54. **Talu, A.** 2008. Illegaalsete uimastite tarvitamine ja kättesaadavus Eestis: tähendus HIVi levimuse ja preventiooni seisukohalt. Tartu: Tartumaa Trükikoda.
55. **Talu, A., Abel, K., Kutsar, K., Laastik, L., Allaste, A.-A., Ahven, A., Neuman, A.** 2005. Narkomaania Eestis 2005. Tallinn: AS Spin Kirjastus.
56. **Tamm, T., Tiko, A.** Sotsiaaltöö professioni kasvuraskused ühiskonnas. [[http://www.sotsioloogia.ee/vana/esso3/6/tiia\\_tamm\\_anne\\_tiko.htm](http://www.sotsioloogia.ee/vana/esso3/6/tiia_tamm_anne_tiko.htm)] 10.04.2013.
57. Tarbimise tagajärjed. Politsei- ja Piirivalveamet. [<http://www.politsei.ee/et/nouanded/narko/tarbimise-tagajarjed/>] 10.04.2103.
58. **Tiko, A., Pints, P.** 1997. Inimkäsitlused ja eetika sotsiaaltöö lähtekohana. Tallinn: Spin Press.
59. Trendid koolinoorte uimastitarvitamises. 15-16-aastaste õpilaste legaalse ja illegaalse narkootikumide kasutamine Eestis. 2004. Toim Allaste, A.-A. Tallinn: TPÜ Kirjastus.
60. **Tutty, L. M., Rothery, M. A.** 2010. Needs Assessments. - The Handbook of Social Work Research Methods. (2nd ed) Editor Bruce Thyer, pp 149-162.
61. Uimastiprobleemide olukord Euroopas 2010. aasta aruanne. 2010. Luxembourg: Euroopa Liidu väljaannete talitus.
62. Uimastiprobleemide olukord Euroopas 2012. aasta aruanne. 2012. Luxembourg: Euroopa Liidu väljaannete talitus.
63. Uimastite levik noorsoo hulgas. Kooliõpilaste alkoholi ja illegaalse narkootikumide kasutamine Eestis. 2000. Toimetaja Allaste, A.-A. Tallinn: Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus.
64. Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15-16- aastaste õpilaste legaalse ja illegaalse narkootikumide kasutamine Eestis. 2012. Toimetajad Kobin, M. jt. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
65. **Uusküla, A., Rajaleid, K., Talu, A., Abel-Ollo, K., Des Jarlais, D. C.** 2013. A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005-2009. – International Journal of Drug Policy, pp 1-7.
66. Võrdsed võimalused teel eilsest homsesse. 2009. Tallinn: Referents OÜ.

## **KAUDSELT VIIDATUD ALLIKAD**

**Yegidis, B. L., Weinbach, R. W., Morrison-Rodriguez, B.** 1999. Research methods for social workers (3rd ed). Boston: Allyn & Bacon.

## LISAD

### Lisa 1. Narkootikumidega katsetajate tarbimise muutused

1995ndast aastast on Eesti osalenud Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise küsitlusuuringus (edaspidi – ESPAD), mida korraldatakse iga nelja aasta tagant 15-16-aastaste õpilaste seas. ESPAD uuringud näitavad, et noorte narkootikumidega katsetajate osakaal on Eestis aastate lõikes pidevalt kasvanud – 1995. aastal oli see 7%, 1999. aastal 15%, 2003. aastal 24%, 2007. aastal 30% ja 2011. aastal 32% (Uimastite...2012: 18). Olukord Harjumaal oleks vastavalt 3%, 16%, 26%, 39% ja 38% (Trendid...2004: 45; Koolinoored...2008: 38; Uimastite...2012: 29).

Eelnevast ilmneb, et noorte katsetajate hulk Eestis tervikuna on pidevalt tõusnud. Nelja-aastaste vahemaade lõikes on aga näha, et esialgne kiire tõus jääb järjest väiksemaks – vahemikes 1995-1999 ja 1999-2003 tõusis proovijate arv vastavalt 8% ja 9%, peale seda 2003-2007 ja 2007-2011 vastavalt 6% ja 2%. See näitab huvi vähenemist. Harjumaal on proovijate arvu muutus olnud hüplik – 1995-1999 ning 1999-2003 tõusis vastavalt 13% ja 10%, 2003-2007 tõusis 13% ning vahemikus 2007-2011 hoopis langes 1%. Eestis tervikuna hakkas proovijate arvu kasv aeglustuma perioodis 2003-2007 (6% eelneva perioodi 9% vastu), Harjumaal samal ajal kasvas proovijate arv 13%. Viimase uuringuvahemiku 2007-2011 andmete järgi hakkab olukord uute proovijate osas stabiliseeruma.

ESPAD andmete (Uimastite...2012: 18-19) järgi on noorte seas jätkuvalt levinuim kanep (elu jooksul proovinud 24% õpilastest), järgnesid inhalandid (15%), legaalsetest ainetest kuritarvitati ilma arsti korralduseta rahusteid-uinuteid (8%). Võrreldes eelmise ESPAD uuringuga on sagenenud "maagiliste seentega" katsetamine, vähenenud (kuid siiski aktuaalsed) on amfetamiini ja *ecstasy* proovimine. Langenud on ka heroini proovimine (1,3%-lt 1%-le), kuid 0,1% on tõusnud süstimisega katsetamine (0,5%-lt 0,6%-le).

## Lisa 2. Narkomaaniaga seotud õigusaktid

Õigusaktid, mida antud valdkonna juures teada võiks oleksid järgmised (Narkootiliste...1997; Narkootiliste...2005; Karistusseadustik 2001; Rahvatervise...2001; Psühhiaatrilise...1997):

- NPALS sätestab erinevate ainete ning nende lähtesaaduste käitlemise korra;
- Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad, kus on kirjas, milliste ainete kasutamine on Eestis seadusega kooskõlastamatult keelatud;
- Karistusseadustikuga (edaspidi KarS) on reguleeritud karistusmäärad ja tingimused (põhiliselt § 183 - § 191), mis on ette nähtud narkokuritegude eest;
- Rahvatervise seaduses on sätestatud tervisekaitse, tervise edendamise ja haiguste ennetamise põhimõtted ja ülesanded (§ 3);
- Psühhiaatrilise abi seadusega (edaspidi PAS) on reguleeritud abi osutamine sõltuvushäiretega inimestele.

Eesti on ühinenud ka ÜRO 1961. aasta "Narkootiliste ainete ühtse konventsiooniga", 1971. aasta "Psühhotroopsete ainete konventsiooniga" ja 1988. aasta "Uimastikaubanduse ja rahapesu vastase konventsiooniga". Aastal 2003 moodustati Tervise Arengu Instituut, mis hakkas uimastialast tegevust planeerima, läbi viima ja koordineerima. (Kurbatova, Lagerspetz 2005: 103, 107, 109) Alates 2008 aastast (taas)töötab narkomaaniaravi andmekogu, mis töötleb anonüümselt ravile pöördujate andmeid, eesmärgiga kavandada, välja töötada ning hinnata narkomaania-alaseid tervishoiuteenuseid, ennetusmeetmeid ja üldist statistikat (Narkomaaniaravi...2011).

PAS § 6 järgi võib psühhiaatrilist abi anda vaid sellekohase tegevuslooga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid. PAS § 3 järgi osutatakse psühhiaatrilist abi isiku vaba tahte alusel, v.a § 11 (tahtest olenematu vältimatu psühhiaatriline abi) korral. KarS eristatakse väärtegeusid (karistuseks kas rahatrahv või arest) ja kuritegeusid (rahatrahv või vangistus) ning nende alusel saab vastutusele võtta kõiki süüdivaid inimesi alates 14ndast eluaastast (Alkoholismi...2004: 34, 36). Alla 14-aastaste õigusrikkujatega tegeleb alaealiste komisjon ning karistuse määramist reguleerivad muuhulgas lapse õiguste konventsioon ja lastekaitseseadus (Alkoholismi...2004: 36-37).

### **Lisa 3. Intervjuu küsimused sõltlastele (eesti keeles)**

#### **Narkootikumide tarbimise algus**

1. Millal ja kuidas alustasid narkootikumide tarbimist?
2. Millega enne narkootikumide tarbimist tegelesid? Millised olid Su huvialad?
3. Millal tekkisid narkootikumide tarbimise tõttu probleemid?

#### **Perekonna roll tugisüsteemis**

1. Kas ja mida Sulle lapsena kodus narkootikumidest räägiti? Millal sai Su perekond teada, et tarbid narkootikume?
2. Kuidas partnerid narkootikumide tarbimisse suhtunud on?
3. Mida arvad perekonna / partneri rollist sõltlase elus?

#### **Sõprade roll tugisüsteemis**

1. Kuidas muutus sõprusringkond peale narkootikumide tarbima hakkamist?
2. Kas ja kuidas on Sind mõjutanud sõpradega juhtunu – üledoosid, HIV-i haigestumine, politseile vahele jäämine, vanglasse minek, jmt?
3. Mida arvad sõprade rollist sõltlase elus?

#### **Kooli ja/või töö roll tugisüsteemis**

1. Mida tegid õpetajad, koolisotsiaaltöötaja ja/või –psühholoog kui ilmnes, et tarbid narkootikume? Mida oleksid õpetajad jt võinud teistmoodi teha?
2. Kas ja kuidas räägiti Sulle ja klassikaaslastele koolis narkootikumidest? Milline oli ennetustegevuse mõju? Kuidas peaks lastele koolis narkootikumidest rääkima?
3. Kas lähetsid võimalusel uuesti kooli?
4. Käid hetkel tööl? Räägime töö ja narkootikumide seostest. Kas sõltlastele võiksid olla eraldi tööturuteenused ja -programmid?

#### **Sõltlastele pakutavad abi-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused Harjumaal**

1. Milliseid teenuseid ja abivõimalusi oled kasutanud?
2. Mis on teenuste kasutamisel takistavateks teguriteks (raha, info puudumine)?
3. Milliseid teenuseid oleks juurde vaja?
4. Millised on kogemused abiasutuste töötajatega?

**Lõpetuseks küsida kas vastaja soovib antud teemal veel midagi lisada/täpsustada.**

## **Lisa 4. Intervjuu küsimused sõitlastele (vene keeles)**

### **Начало употребления наркотиков**

1. Когда и как вы начали употреблять наркотики? Чем бы занимались до употребления наркотиков?
2. Когда начались проблемы по поводу употребления наркотиков?

### **Роль поддержки семьи**

1. Что говорили ли тебе о наркотиках в детстве дома? Когда твоя семья узнала что ты употребляешь наркотики?
2. Как относится твой партнёр к тому что ты употребляешь, как он/она тебя поддерживает? если ты не в отношениях, что думали-делали твои предыдущие партнёры?
3. Что бы думаете о роли семьи/партнёра в жизни человека зависимого от наркотиков?

### **Роль поддержки друзей**

1. Как изменился твой круг общения после того как вы начали употреблять наркотики? Как на вас повлияло случившееся с вашими друзьями-знакомыми - передозы, спид, передраги с полицией, тюрьма, итд.?
2. Что ты думаешь о роли друзей в жизни человека зависимого от наркотиков?

### **Роль школы и/или работы в системе поддержки**

1. Что сделали учителя, социальные работники и/или - психолог когда обнаружилось, что вы употребляете наркотики? Что могли бы сделать иначе учителя, психологи, и.д.?
2. Как и говорил ли вообще кто-нибудь тебе и твоим одноклассникам в школе о наркотиках? Была ли польза от этого? Что ты думаешь, как нужно говорить о наркотиках детям?
3. Вы сейчас работаете? Начальник и коллеги знают что вы употребляете наркотики? Как они к тебе относятся? Нужны ли людям зависимым от наркотиков специальные программы и социальные услуги ?

### **Варианты помощи, лечения и реабилитации наркоманов в Харьюмаа**

1. Какие услуги и возможности помощи вы использовали?
2. Какие факторы препятствуют использованию услуг (денежные средства, отсутствие информации)? Какие услуги должны еще быть?
3. Какой опыт был у вас с помощью сотрудников медицинских учреждений?

**Наконец я хотел(а) спросить, не хотели бы вы что-то добавить/уточнить по данной теме.**

## Lisa 5. Küsimused asutuste töötajatele koos selgitusega

Tere,

minu nimi on Aili Annuk ja olen TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse III kursuse tudeng. Tegelen lõputöö kirjutamisega teemal „Narkosõitlaste vajadused ja nende rahuldamine Harjumaal tugisüsteemis“. Põhirõhk on sõitlastega tehtaval intervjuudel, kus küsin nende arvamusi tugisüsteemi erinevate osade rollide kohta nende elus.

Teisest küljest, tahaksin kõrvale ka spetsialistide arvamusi tugisüsteemi olukorra kohta. Tugisüsteemi all käsitlen oma töös perekonda, sõpru, kooli ning asutusi, mis pakuvad sõitlastele erinevaid teenuseid ja abivõimalusi.

Seetõttu kirjutan Teile palvega vastata alljärgnevale küsimustele:

1. Kuidas olete rahul oma asutuse teenuste pakkumise võimaluste ja korraldusega? Mida ja kuidas tuleks Teile arvates muuta?
2. Missugune on Teile arvates sõitlast ümbritseva tugisüsteemi (perekond, sõbrad, kool jt asutused) peamised tugevused ja nõrkused Harjumaal?
3. Kui kaua olete sotsiaalvaldkonnas töötanud?

Vastanute nimesid ei avaldata. Ära saab märgitud, millised asutused küsimustele vastasid, aga mitte nii, et asutus X arvamus oli, asutus Y arvamus oli, ... - vastustest teen üldised kokkuvõtted.

Oleksin Teile abi eest väga tänulik. Soovi korral võin lõputöö valmides Teile tulemustest teada anda.

Lugupidamisega,

Aili Annuk

Tel: 53 408 892

## **Lisa 6. Vastaja meelespea (eesti ja vene keeles)**

### **Lugupeetud vastaja!**

Palume Teil vastata järgneva intervjuu küsimustele, mille eesmärgiks on välja selgitada sõltlaste vajadused ja nende rahuldamine Harjumaa tugisüsteemis. Antud uuringu tulemusi kasutatakse lõputöö tegemiseks ning intervjuu andmeid ei edastata ühelegi ametiasutusele ega spetsialistile. Vastamine on anonüümne - Teilt ei nõuta nime ega allkirja. Antud meelespea on informatiivse ja kinnitava iseloomuga.

Kui mõni küsimus tekitab Teis ebamugavust, on Teil õigus sellele vastamata jätta. Intervjuu kestab max 45 minutit ning salvestatakse diktofonile. Peale töö valmimist diktofonisalvestused ja ankeet hävitatakse.

Intervjuueerijad kinnitavad oma allkirjadega Teie isiku anonüümsuse ning info konfidentsiaalsuse.

Allkirjad:

### **Уважаемый респондент!**

Мы просим Вас ответить на следующие вопросы интервью которые направлены на выявление потребностей наркоманов и их удовлетворение в системы поддержки Харьюмаа. В данном исследовании использованные данные из интервью будут использованы только в тезисе окончание шолы и не будут не в каком виде переданы любой профессиональной организации или специалистам. Всё анонимно - у вас не потребуют имени или подписи. Этот перечень носит исключительно информационный и подтверждающие.

Если вопрос задан вам неудобен, вы имеете право на него не отвечать. Интервью будет длиться максимально 30 минут и будет записан на диктофон. После завершения работы над тезисом, все записи на диктофоне и анкета будут уничтожены.

Интервьюирующие подтверждают с помощью своих подписей ваше конфиденциальность информации и вашу анонимность.

Подпись:

## Lisa 7. Vastaja ankeet (eesti keeles)

1. Sugu: mees / naine
2. Vanus:
3. Perekonnaseis: vallaline / suhtes / vabaabielus / abielus / lahutatud / lesk
4. Lapsed: jah / ei  
Laste arv ja vanus:
5. Kas elad koos lapsega?: jah / ei Kommentaar:
6. Praegune elukoht (linn/ alevik/ küla):
7. Sünnikoht (maakond/ linn/ alevik/ küla):
8. Rahvus: eestlane / venelane / muu (palun kirjutage):
9. Keeleoskus: eesti / vene / inglise / saksa / soome / muu (palun kirjutage):
10. Haridustase: põhiharidus / keskkharidus / kesk-eri ehk kutseharidus / kõrgharidus
11. Elukoht:
  - isiklik korter või maja
  - üürikorter või -maja
  - varjupaik
  - otsiaalmaja või -korter
  - kodutu
  - muu (palun kirjutage):
12. Sissetulekud ja töö:
  - stabiilne sissetulek, osaline või täiskohaga töö
  - katkendlik sissetulek, ajutised tööotsad, juhutööd
  - ametlikult töötu, töötu abirahad
  - registreerimata töötu
  - perekonna või lähedase inimese materiaalne toetus
  - õppetoetus, stipendium
  - kriminaalsel teel teenitav tulu
  - muu (palun kirjutage):

## Lisa 8. Vastaja ankeet (vene keeles)

1. Пол: мужской / женский
2. Возраст:
3. Семейное положение: холост или / в отношении / граждански брак / в браке / разведен(а) / вдовец или вдова
4. Дети: да / нет  
Количество детей и возраст:
5. Живёте ли с ребенком: Да / Нет  
Комментарий:
6. Место жительства (город / поселение/ село):
7. Место рождения (округ / город / поселение/ село):
8. Национальность: эстонское / русское / другое (пожалуйста впишите)
9. Знание языков: английский / русский / английский / немецкий / финский язык / ...
10. Уровень образования: начальное образование / среднее / среднее профессиональное или профессионально-техническое / высшее образование
11. Место жительства:
  - Частная квартира или дом
  - Квартира или дом взят под аренды
  - Приют
  - Социальный дом или квартира
  - Бездомный
  - другое:
12. Доходы и занятость/работа:
  - стабильный доход, полный рабочий день или в пол-ставки
  - временные доходы, случайные или не долговременные работы
  - официально безработный(-ая), пособие по безработице
  - не зарегистрированный безработный
  - материальная поддержка семьи или близким
  - стипендии
  - доходы получены преступным путем
  - другое:

## **Lisa 9. Intervjuu küsimused sõltlase perekonnale**

### **Narkootikumide tarbimise algus**

1. Millal said teada, et Su lähedane tarbib narkootikume?
2. Kuidas probleem ilmsiks tuli? Millised olid Su teadmised narkootikumidest?
3. Mida probleemi ilmnedes tegid?

### **Perekonna/partneri roll tugisüsteemis**

1. Kuidas suhtusid probleemi sõltlase perekonnaliikmed või tema partner?
2. Millised olid peamised tegurid, mis raskendasid sõltlase aitamist?
3. Mida arvad perekonna või partneri rollist sõltlase elus?

### **Sõprade roll tugisüsteemis**

1. Kui palju tunned oma lähedase tutvusringkonda?
2. Kas tead, mida Su lähedane vabal ajal koos sõpradega tegi / teeb?
3. Mida arvad sõprade rollist sõltlase elus?

### **Kooli/töö roll tugisüsteemis**

1. Mida tegid õpetajad, koolisotsiaaltöötaja ja/või –psühholoog kui ilmnes, et Su lähedane tarbib narkootikume? Mida oleksid õpetajad jt võinud teistmoodi teha?
2. Kuidas peaks koolis lastele narkootikumidest rääkima? Mida arvad Eestis tehtavast ennetustööst?
3. Kuidas lähedasel töökohaga asjalood on? Milline on töökaaslaste suhtumine? Kas sõltlastele võiksid olla eraldi tööturuteenused ja -programmid?

### **Sõltlastele pakutavad abi-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused Harjumaal**

1. Milliseid tugiteenuseid Su lähedane on kasutanud? Kas oled kasutanud tugiteenuseid sõltlase lähedastele?
2. Mis on teenuste kasutamisel (Sul endal, lähedasel) takistavateks teguriteks?
3. Mida arvad tugiteenuseid pakkuvate asutuste ja sotsiaalvaldkonnas töötavate või sellega kokku puutuvate spetsialistide (nt sotsiaaltöötajad, psühholoogid, arstid) tööst ja suhtumisest antud probleemi? Millised on Su kogemused?
4. Milliseid teenuseid oleks Su arvates juurde vaja?

**Lõpetuseks küsida kas vastaja soovib antud teemal veel midagi lisada või täpsustada.**

## **Lisa 10. Intervjuu küsimused sõltlase sõpradele**

### **Narkootikumide tarbimise algus**

1. Millal said teada, et sõber tarbib narkootikume?
2. Kuidas probleem ilmsiks tuli? Millised olid Su teadmised narkootikumidest?
3. Mida tegid kui probleem ilmsiks tuli? Millisena tajusid enda võimekust sõbra aitamiseks?

### **Perekonna roll tugisüsteemis**

1. Kuidas suhtusid probleemi sõbra perekonnaliikmed/partner?
2. Mida arvate perekonna/partneri rollist sõltlase elus?

### **Sõprade roll tugisüsteemis**

1. Milline oli sõbra tutvusringkond enne narkootikumide tarbima hakkamist, milline hiljem, milline nüüd?
2. Mida koos oma sõbraga vabal ajal tegite? Kas ja kuidas see peale narkootikumide tarbimist muutus? Mis raskendas sõbra aitamist?
3. Mida arvad sõprade rollist sõltlase elus?

### **Kooli/töö roll tugisüsteemis**

1. Mida tegid õpetajad, koolisotsiaaltöötaja ja/või –psühholoog kui ilmnes, et Su sõber tarbib narkootikume? Kui hakkas tarbima peale kooli - kas mäletad taoliseid juhtumeid oma kooliajast, kes nende lastega tegeles?
2. Kas ja kuidas räägiti koolis narkootikumidest? Kuidas tuleks narkootikumidest rääkida?
3. Kas sõber käib tööl? Kuidas tema sõltuvus ta tööelu mõjutab? Kas oleks vaja eraldi tööturuteenuseid sõltlastele?

### **Sõltlastele pakutavad abi-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused Harjumaal**

1. Milliseid tugiteenuseid Su sõber on kasutanud? Kas oled kasutanud tugiteenuseid sõltlase lähedastele?
2. Mida arvad tugiteenuseid pakkuvate asutuste ja sotsiaalvaldkonnas töötavate või sellega kokku puutuvate spetsialistide (nt sotsiaaltöötajad, psühholoogid, arstid) tööst ja suhtumisest antud probleemi? Mida on rääkinud Su sõber või tema perekond, partner?
3. Milliseid teenuseid oleks Sinu arvates juurde vaja?

**Lõpetuseks küsida kas vastaja soovib antud teemal veel midagi lisada või täpsustada.**

## Lisa 11. Küsimused koolidele

**Palun vastake järgmistele küsimustele või tõmmake sobivale variandile joon alla.**

Asutus on: põhikool / gümnaasium / huvikool

Õppekeel: eesti / vene/ inglise/ muu (palun kirjutage)

Õpilaste arv (palun kirjutage):

1. Kui tihti esineb Teie koolis olukorda, kus õpilane tarvitab narkootikume?  
Milline on kooli tegevuskava antud olukorra ilmnedes (sh koostöö teiste asutustega ja perekonnaga)? Kes probleemse õpilasega tegeleb / tegelevad?
2. Millised on põhilised probleemid/ raskused olukorra lahendamisel?
3. Milline on narkootikumidevastane ennetustegevus Teie koolis?
4. Missugused on Teie arvates tugisüsteemi (perekond, sõbrad, kool, abi pakkuvad asutused) peamised tugevused ja nõrkused Harjumaal?
5. Kommentaarid antud teemal vabas vormis:

## **SUMMARY**

### **DRUG ADDICTS' NEEDS AND SATISFACTION OF THEM IN HARJU COUNTY'S SUPPORT SYSTEM**

Aili Annuk

The aim of this research paper was to get an overview of drug addicts' needs and satisfaction of them in Harju County's support system.

There has been a rising level of drug-related deaths and a high proportion of injecting drug users in Estonia for the past years. "The national drug strategy for preventing narcomania until 2012" results indicate that the purpose of the strategy was not entirely reached and the same problems still occur. One concerning outcome is under-financing of drug-related work in Estonia.

Drug addiction is a complex phenomenon consisting of environmental, social, psychological, societal and individual factors that might change over time. Therefore, drug addiction and its support system should be more thoroughly studied.

To reach the aim of the paper, author set up following research tasks:

- research previous materials on the topic;
- choose a method, construct structure of the work and describe the process;
- write the theoretical part of the work while carrying out the empirical part;
- analyse the results of the empirical study from the viewpoint of the set aim;
- form the results;
- form conclusions and suggestions.

Research paper was carried out using a qualitative method, phenomenological approach – focused on the experiences and opinions of the target group. The latter consisted of 6

ex-addicts, 4 addicts undergoing a treatment, 1 active addict and 3 specialists working with drug addicts. Data was mostly gathered by semi-structural interviews over a 2-month-period in the beginning of 2013.

Results indicate that the main substances used by Harju County's drug addicts are mostly fentanyl, cannabis and amphetamines. The main available treatment programs are using methadone. The demand for methadone treatment is higher than offering, even though the latter has also risen over years. There are not enough services for co-dependent people nor enough rehabilitation places for addicts. It was emphasized by ex-addicts that there is a serious lack of Estonian based rehabilitation, most of the programs being Russian. Also, ex-addicts made a suggestion to develop experience-based counselling services for addicts and their closed-ones.

Specialists pointed out that Estonia could have more low-threshold services and methadone treatment places. In addition, they were concerned about the division of services in Harju County – most of them are in Tallinn and basically none outside, yet the problem is widespread. Syringe exchange was considered a strength by both sides, addicts and specialists. Addicts also considered Narcotics Anonymous group work as a good part of the support system.

Based on the results, author made some suggestions:

- to develop a new Estonian-based rehabilitation program in co-operation with ex-addicts who could work as experience-based counsellors;
- to research the topic of co-dependence in Estonia more closely;
- to research the readiness of ex-addicts to participate in developing new services for addicts and their closed-ones.

The main area for further observation would be the funding of drug-related work in Estonia. There are ideas, yet ideas also need support.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Aili Annuk (sünnikuupäev: 9. jaanuar 1988),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

"Narkosõitlaste vajadused ja nende rahuldamine Harjumaa tugisüsteemis", mille juhendaja on Tiiu Kamdron,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, **15.05.2013**