

INIMÕIGUSED

Balti riikide vaimse tervise poliitikas

INIMÕIGUSED

Balti riikide vaimse tervise poliitikas

Autorid:

Arunas Germanavicius, Vilniuse Ülikool
Egle Rimsaite, Global Initiative on Psychiatry
Eve Pilt, Eesti Patsientide Esindusühing
Dainius Puras, Vilniuse Ülikool
Dovile Juodkaite, Global Initiative on Psychiatry
Ieva Leimane - Veldmeijere, Läti Inimõiguste Keskus

Toimetajad:

Ellen Mercer, Global Initiative on Psychiatry
Egle Rimsaite, Global Initiative on Psychiatry

Eessõna:

Robert van Voren, Global Initiative on Psychiatry

INIMÕIGUSED

Balti riikide vaimse tervise poliitikas

Käesolev dokument on valminud projekti "Suletud asutustes inimõiguse jälgimine ja piinamise vältimine: vanglad, politseikongid ja vaimse tervise asutused Balti riikides" raamistikus ning on rahastatud Euroopa Ühenduse poolt. Dokumendis esitletud vaated kuuluvad autoritele ja neid ei saa kuidagi tõlgendada Euroopa Komisjoni ametliku seisukohana.

© **Läti Inimõiguste Keskus**



**Estonian Patient
Advocacy Association
EPE**



European Commission

EESSÕNA

Vaimse tervise teenuste kaasajastamine ja inimliku, kasutajale keskenduva ja kogukonnale suunatud psühhiaatriateenuste mosaiigi arendamine on pikaajaline ning kestav protsess, millel praktiliselt pole lõppu. Kuna ühiskond muutub, muutuvad ka inimeste vajadused ja seepärast peavad teenused jääma muutuvale keskkonnale avatuks ning ennast pidevalt kohandama.

See muutuste protsess on raske isegi arenenud riikides, rääkimata siis riikidest, mis ilmusid vabaduse valgusesse alles viisteist aastat tagasi, olles enam kui pool sajandit olnud totalitaarse režiimi võimuses. Nende riikide vaimse tervise teenused on kahtlemata jäänud maha Euroopa standarditest, kuna teenuseid määrati ühiskonnas, mis ignoreeris individuaalseid inimõigusi, heitis kõrvale nii vaimsete kui füüsilise puuetega isikuid ja vaatles vaimset puuet ainult bioloogilisest vaatenurgast ning ei tundnud vajadust investeringute järele isegi selleks, et olemasolevaid teenused säilitada. Kontrollkülaskäigud paljastavad tänaseni tõsiseid puudujääke ja osutavad tihti selgetele inimõiguste rikkumistele. Kahjuks on palju kritiseerida veel ka peale vaimse tervise reformikogukonna viieteist aasta pikkust rasket tööd.

Ent kriitika on kasutu, kui sellega ei kaasne midagi muud. Küsimus ei ole mitte selles, et ei teata seda, mis kehvasti on – küsimus on selles, kuidas olemasolevat probleemi lahendada. Seepärast on hädavajalik kasutada konstruktiivset kriitikat. Ainult praeguse olukorra ja tulevaste väljakutsete analüüsiga saab võrdsetl tunnistada nii seda, mis tehtud, kui juhtida tähelepanu sellele, mida on veel vaja teha. Keskseks tähelepanuobjektiks peavad jääma vaimsete puuete või haigustega inimeste vajadused.

Käesolev aruanne just seda üritabki teha. See ei varja puudujääkeningasetabneidõigessekonteksti. Aruanne pakub soovitusi ja nõuandeid võimudeorganitele ja asutustele, et kohatud probleeme lahendada ja nii paremat psühhiaatrilist hoolekandesüsteemi ehitada.

Ma siiralt loodan, et sellel aruandel saab olema positiivne efekt, sest olgem ausad: väga lihtne on nii aruannet ignoreerida, pidades seda liiga kriitiliseks ja kallutatuks, kui ka lihtsalt kirjutada kriitilist aruannet, mis ei paku välja võimalikke konstruktiivseid samme. Ja kumbki variant ei aita neid, keda mõjutab vaimse tervise häire.

Robert van Voren

Global Initiative on Psychiatry

KOKKUVÕTE

Läbi terve Balti regiooni ei ole vaimse tervise häiretega inimestel ikka veel ligipääsu kogukondlikele teenustele ja nende inimõigusi ignoreeritakse endiselt. Tingimused vaimse tervise hoolekandeesutustes on teatud määral sarnased kõigis kolmes Balti riigis: Eestis, Lätis ja Leedus. Ent poliitilisel ja seadusandlikul tasemel on Leedu ja Eesti liikunud Lätist ette.

Käesolev dokument valmis Euroopa Komisjoni (EK) rahastatud projekti " Inimõiguste jälgimine ja piinamise vältimine suletud asutustes: vanglates, politseiosakondades ja vaimse tervise asutustes Balti riikides" raames. Dokumendi valmistasid ette järgmised mittetulundusühingud: Läti Inimõiguste Keskus ja selle partnerorganisatsioonid: Global Initiative for Psychiatry esindus Vilniuses, Mental Disability Advocacy Center (MDAC), ja Eesti Patsientide Esindusühing.

Dokument annab ülevaate hetkelistest arengutest kõigi kolme Balti riigi vaimse tervise poliitikas ning esitab soovitusi selleks, et viia teenuseid ravi- ja hoolekandeesutuste juurest kõige vähem piiravate ravi- ja kogukondlike teenusteni. Soovitused on suunatud valitsustele, teenuseosutajatele antud riikides, riiklikele ja rahvusvahelistele inimõiguste esindajatele ning ka era- ja avalikele toetajatele. Teksti võib võtta tegevusprogrammide planeerijate infoallikana, inimõiguste organisatsioonide nõustamisjuhisenä ja riikide ja rahastajate jaoks rahade jaotusjuhisenä.

Aruanne julgustab Eestit, Lätit ja Leedut nihutama vaimsetervise häiretega isikute toetuse keskpunkti kogukondlikele teenustele ja looma detailset ajakava asutuspõhiste teenuste vahetamiseks kogukondlike teenuste vastu. Lisaks juhib aruanne tähelepanu

hästitoimivate, sõltumatute kontrollorganite puudusele ning soovib tungivaltp Balti riikidel asutada sõltumatuid inimõiguste jälgimismehhanisme.

Ministeeriumitevahelise koostöö puudumine nendes riikides on samuti aruandes välja toodud ning lisaks soovime me tugevdada sidemeid ka teiste sektoritega. Samuti oleks vaja tugevdada ravi tarbija osalust otsuste tegemise tasemel ning pakkuda tuge kasutajate organisatsioonidele.

Aruanne soovib parandada vaimse tervise häiretega isikute juurdepääsu õigussüsteemile kõigis kolmes riigis, võttes Lätis ja Eestis vastu uue vaimse tervise seaduse ning koolitades Lätis, Eestis ja Leedus kohtunikke ja advokaate. Kõigi kolme riigi puhul on tungivaltp vaja tugevdada eestkosteval seadusandlust ning juurutada ka osalise eestkoste programme.

Selleks, et tagada vaimse tervise häiretega isikute põhiõiguste kaitset, julgustab aruanne Lätit ja Leedut ratifitseerima Euroopa Nõukogu konventsiooni inimõiguste ja biomeditsiini osas ning ka Euroopa sotsiaalharta valikulist protokollit X kollektiivkaebuste süsteemi kohta.

Iga riigi kohta on lisaks toodud eraldi soovitusi ning neid leiab igat riiki puudutava osa lõpust. Aruanne on avaldatud inglise keeles; eraldi aruanded, sh. sissejuhatus, riiklik aruanne ja üldised soovitused avaldatakse ka eesti, läti ja leedu keeles.

2003. aasta lõpus jälgis kolm partnerorganisatsiooni Euroopa Komisjoni rahastatud projekti raames kolme Balti riigi ja Vene Föderatsiooni Kaliningradi oblastis psühhiaatriaiglaid ja hooldekodusid (mida kutsutakse tihti internaatideks). Partnerite hulka kuulusid Läti Inimõiguste Keskus (varem Läti Inimõiguste ja Etniliste Uuringute Keskus), kes oli organisatsiooni peamine läbiviija; Global Initiative for Psychiatry (varem Geneva Initiative for Psychiatry) piirkondlik esindus Vilniuses; Eesti Patsientide Esindusühing ja Mental Disability Advocacy Center. 2004-2006. aastatel jätkati kontrollkülaskäike suures osas nii Lätis kui Leedus. Käesolev aruanne esitab ülevaate kõigi kolme Balti riigi vaimse tervise poliitika hetkearengutest ning esitab soovitusi selleks, et viia teenuseid asutuste juurest kõige vähem piirava ravi ja kogukondlike teenusteni. Soovitused on suunatud valitsustele, asutustele antud riikides, riiklikele ja rahvusvahelistele inimõiguste esindajatele ning ka era- ja avalikele toetajatele. Tekst peaks olema tegevusprogrammide planeerijate infoallikana, inimõiguste organisatsioonide nõustamisjuhisenä ja riikide ja rahastajate jaoks rahade jaotusjuhisenä

vaimse tervise häiretega inimesed Balti riikides (Eestis, Lätis ja Leedus) ning Vene Föderatsiooni Kaliningradi oblastis on liiga tihti pigem haiglates ja pikaajaliselt hooldekodudes, kui kogukonnas. Nii intellektuaalsete puuete kui vaimse tervise probleemidega isikud on nendesse asutustesse isoleeritud ning nende hariduslikud, kutselised, sotsiaalsed ja emotsionaalsed arenguvõimalused on väga piiratud. Lisaks oma iseseisvuse kaotamisele võib residentide puhul esineda ka selgeid inimõiguste rikkumisi näiteks nende liikumisvabaduse piiramise

näol. Inim- ja finantsressursid on tihti suunatud pigem kahjustavajakulukainstitutsionaliseerimiseäilitamisele kui kogukondlike programmide arendamisele, mis puuetega inimeste eraldamise asemel aitaks neil ühiskonda sulanduda. Kuigi elustandardid on taolistes asutustes peale nõukogude aja lõppu suures osas paranenud, ei ole peale mõne pilootprojekti loodud mingeid märkimisväärseid kogukondlikke alternatiive.

Reformi takistused

Kõik kolm Balti riiki liitusid Euroopa Liiduga (EL) 2004. aasta mais. EL-i ainsate endiste Nõukogude Liidu vabariikidena pidid Balti riigid EL-i liitumisprotsessi käigus täiendama oma inimõiguste alast seadusandlust ja praktikat. Kuigi riigid tegid palju parandusi etniliste ja keeleliste vähemuste ja muude haavatavate gruppide kohtlemisse, on kõige rohkem häbimärgistatud isikute – näiteks vaimse tervise häiretega inimeste – inimõiguste järgimise olukord jäänud suures osas samaks. EL soovitusi vaimse tervise häiretega isikute õiguste kohta ei ole alati järgitud, kuna: (1) EL-is pole konkreetseid mehhanisme, mis toetaks soovitustele vastavust; (2) EL-i soovitused filtreeruvad läbi rahvuslike prioriteetide ja vaimse tervise häiretega inimeste staatusparandamine ei ole olnud kunagi rahvuslikuks prioriteediks; (3) EL-i inimõiguste prioriteete mõjutas poliitiline kasulikkus ja kuna vaimse tervise häiretega isikud ei ole üldiselt organiseeritud, vaid pigem osaliselt kodanikuõigusteta ning isoleeritud, siis ei ole nad poliitiliselt oluline grupp.

Poliitiline soov praeguse, asutuspõhise süsteemi muutmiseks on endiselt ebapiisav, mis muudab vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikud üheks enim inimõiguste rikkumise osas ohustatud grupiks antud piirkonnas. Kolme Balti riigi valitsused peaks toetuma üha enam suurenevale rahvusvahelise inimõigusliku seadusandluse kogumile ning Euroopa standarditele ja rahastamisele, et arendada välja konkreetseid plaane, mis lõimiks vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikuid ühiskonda ning lõpetaks tuhandeid kodanikke ja elanikke ahistava kinnipidamise ja isolatsiooni.

Inimõiguste rikkumised esinevad Balti riikides mitmel põhjusel: riiklik seadusandlus ei vasta piisavalt rahvusvahelisele seadusandlusele; hoolekande- ja raviasutuse sisepoliitika ei järgi riiklikku seadusandlust; ja/või asutuse individuaalsed töötajad ei tea seadust või otsustavad seda tahtlikult rikkuda.

Inimõiguste mitteaustamine esineb terve rea omavahel seostuvate poliitiliste faktorite tõttu: jätkuv halvustav suhtumine vaimsetervise häiretesse ; riiklikud rahastusskeemid, mis toetavad institutsionaliseeritust; vastuseis asutustest ja töötajatelt, kes kardavad töökoha kaotust; ebapiisav psühhiaatria ja sotsiaaltöö töötajate koolitus; hetkel töötava personali jätkuhariduse puudumine; vaimse tervise häiretega tervise häiretega inimeste vähenenud teadlikkus oma õigustest; fakt, et tervishoiuteenuse pakkujad, poliitika koostajad ja laiem avalikkus ei kujuta vaimse tervise häiretega tervise häiretega inimesi ette õiguste omajana. Vahest kõige suuremaks ja tähtsamaks takistuseks ongi see, et vaimse tervise häiretega inimesi ei kujutata ette inimõigusi omavate kodanikena ja see selgitab ka seda, miks valitsustasemel praktiliselt täielikult puudub poliitiline tahe teha märkimisväärseid parandusi vaimse tervise häiretega tervise häiretega inimeste olukorda.

Selle asemel, et panustada maksimaalselt pereringis ja ühiskonnas, näruvad tuhanded vaimse tervise häiretega isikud Balti riikide psühhiaatriahaiglates ja hooldekodudes.

Kogukonnapõhise ravi puudumine tähendab seda, et isikutel, kes vajavad ükskõik millist abi, ei ole muud alternatiivi kui lasta ennast asutusse panna, aga selle tulemuseks on de facto kinnipidamine. Elu hoolekandeesutuses võib vähendada isiku võimalusi kunagi iseseisvat elu saavutada, sest ravimitega ületõhterdamine ja stimulatsiooni puudumine raskendavad olemasolevat puuet. Põhimõtteliselt tegelevad haiglad ja sotsiaalhoolekandekodud pigem oma elanike ladustamise, kui majutamise või rehabiliteerimisega ning kinnistavad seega vaimsete puuete häbimärgistamist. Diskrimineerimise all kannatavad vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikud elavad nendes riikides kehvades tingimustes, taluvad vägivalda ja omavad vähe osalusvõimalusi ning see rikub rahvusvahelist seadusandlust ning tunnustatud praktikat.

RAHVUSVAHELISE SEADUSANDLUSE JA POLIITIKA KONTEKST

Võimalused ja meetodid reformiks

Euroopa Puuetega Inimeste Aasta oli 2003. 1990ndatel oli ÜRO Puuete Dekaad ning ÜRO on alustanud puuetega inimeste õigusi kinnistava konventsiooni välja töötamist. 2005. aasta jaanuaris kinnitasid Euroopa tervishoiuministrid Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) kohtumisel Soomes Helsingis, et tuleb:

“[T]egeleda halvustava suhtumise ja diskrimineerimisega, tagada inimõiguste ja väärkuse kaitset ning rakendada vajalikku seadusandlust, mis annaks ohus olevatele või vaimse tervise probleemide ning puuete all kannatavatele inimestele võimaluse osaleda ühiskonnas võrdselt ja täiel määral.”¹

Lisaks valmistab Euroopa Nõukogu ette puuetega tegelemise tegevusplaani, millele EN liikmesriigid kirjutavad alla 2005. aasta oktoobris.

Vaimse tervise poliitika mõjutajad ja õiguste eest seisjad saavad kasutada neid ja teisi dokumente, et mõjutada valitsusi järgima oma kohustust edendada vaimse tervise häiretega inimeste lõimumist. Veelgi enam, ÜRO organisatsioonide (nagu WHO) ja EL-i rahastusmehhanismide poliitika juhised toovad välja rea käitumisviise ja – standarded, mida õiguste eest seisjad saavad kasutada selleks, et tuvastada praeguse valitsuse seadusandluses ja/või tegevuses auke ning soovitada reformisuundi ja –teid.

Vaimse tervise häiretega seotud rahvusvaheline seadusandlus ja standardid

Nagu märgitud, on levinud rahvusvaheline mudel viimase 30 aasta jooksul märkimisväärselt muutunud, kuid Balti riikides jääb puuetesse suhtumine peamiselt meditsiiniliseks. Puuetega inimeste lõimimine on muutunud inimõiguste küsimuseks ja puuet vaadeldakse “sotsiaalses mudelis” või “inimõiguste mudelis”. Selle uue vaate kohaselt ei tulene takistused isikulisest eristamisest, vaid sellest, kuidas ühiskond on struktureeritud. Teiste sõnadega sellest, kuidas ressursse jagatakse, kuidas isikud omavahel suhtlevad, milliseid tehnoloogiaid me kasutame igapäevaelus puuetega inimestega suhtlemisel. Erinevalt meditsiinilisest mudelist mõistab sotsiaalne mudel diskrimineerimist, ebaõigluse jaotamist ja piiratud õiguslikku staatust kui ebaõiglast isiku funktsioneerimise ja osaluse piiramist. Riigil on seega vastutus keskkonna muutmise eest, et kohandada seda puuetega inimestele. Lisaks peab riik võtma käsile positiivse erikohtlemise meetmeid, et võrdsust soodustada.

Need arenevad mõisted esinevad rahvusvahelises inimõigustealases seadusandluses ja standardites. Rahvusvaheline seadusandlus on siduv ning kinnitatud lepingutes (mida tihti kutsutakse “paktideks” või “konventsioonideks”). Vastavate paktide või konventsioonidegaliitunudriikidel on kohustus austada, kaitsta ja täita neis sisalduvaid õiguseid. Balti riigid on allkirjastanud nii ÜRO kui EN-i inimõigusteleppeid. Rahvusvahelised standardid sisalduvad ÜRO, WHO ja EN-i deklaratsioonides ja avaldustes ning esitavad tihti inimõigustealase seadusandluse sisu detaile,

¹ WHO Euroopa ministrite konverents vaimse tervise alal. EUR/04/5047810/6 14. jaanuar 2005. 52667. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>

andes parema ülevaate sellest, mida austus tähendab puuetega inimeste inimõiguste kontekstis.

Vaimse tervise häiretega inimestele kehtivad kõik inimõiguste lepped ja –avaldused. ÜRO poolt 1948. aastal vastu võetud inimõiguste ülddeklaratsiooni (UDHR) 1. punkt märgib seda, et “kõik inimesed sünnivad vabade ja võrdsetena oma inimväärikuselt ja õigustelt.”² Lisaks kehtivad vaimse tervise häiretega tervise häiretega inimestele ka Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt (ICCPR), Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt (ICESCR), Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon (ECHR), Euroopa sotsiaalharta (ESC), Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsioon (CPT) ja Konventsioon inimõiguste ja inimväärikuse kaitseks bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel (Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon).

Hiljutine ÜRO peasekretäri aruanne üldkogu ees tegi selle selgeks:

“Rahvusvaheline kodaniku- ja poliitiliste õiguste konventsioon... ja Rahvusvaheline majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste konventsioon... sisaldavad erisätteid mittediskrimineerimise kohta ning tagavad vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikutele õiguse vabadusele ja turvatundele, õiglasele kohtupidamisele ja tunnustusele kõikjal seaduse silmis, samuti õiguse saavutada kõrgeimat saavutatavat taset, õiguse füüsilisele ja vaimsele tervishoiule, õiguse tööle ja haridusele³”

Käesolevas aruandes käsitletud riikide valitsused on allkirjastanud ja ratifitseerinud enamuse nendest lepetest, mistõttu nende riiklik seadusandlus peab

olema kooskõlas rahvusvaheliste inimõigusalaste leppekohustustega. Alljärgnev tabel võtab kokku asjakohaste lepete ratifitseerimisaruande.

Riik	ICCPR	ICESCR	ECHR	ESC	CPT	Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon
Eesti	X	X	X	X	X	X
Läti	X	X	X	X	X	Allkirjastatud, kuid mitte ratifitseeritud
Leedu	X	X	X	X	X	X

Lisaks täiendavad puuetega inimeste (või hooldusasutustes elavate inimeste) õigusi ka rahvusvahelised avaldused, millel pole küll konventsioonide juriidilist jõudu. Avalduste hulka kuuluvad ÜRO Standardreeglid puuetega inimeste võrdsete võimaluste kohta (1993) (edaspidi “Standardreeglid”) ja ÜRO Põhimõtted vaimuhaigustega inimeste kaitseks ja psühhiaatria parandamiseks (1991) (edaspidi “ÜRO põhimõtted”).

Käesolevas aruandes käsitletud asutustes rikutakse regulaarselt mitmeid eelpool mainitud konventsioonides ja avaldustes tagatud olulisi õigusi, millest tähtsaimad on: õigus privaatsusele, õigus vabadusele ja turvatundele, õigus olla vaba ebainimlikust ja alandavast kohtlemisest, õigus kogukondlikule lõimumisele.

Õigus privaatsusele

vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikud, kes resideeruvad psühhiaatria haiglates ja hooldekodudes, on tihti jäetud ilma õigusest privaatsusele. Nagu mitmete vaimse tervise häiretega tervise häiretega isikute õiguste rikkumise puhul, toetab privaatsuse õiguse mittejärgimist avalikult halvustav suhtumine. Asutuste töötajad ja vaimse tervise poliitika mõjutajad

2 Rõhuasetus autorite poolt. Inimõiguste ülddeklaratsioon. Üldkogu resolutsioon 217 A (III) 10. detsembrist 1948. <http://www.un.org/Overview/rights.html>

3 ÜRO üldkogu, “Progress katsetes tagada puuetega isikute inimõiguste täielikku tunnustust ja kasutust” Peasekretäri aruanne, 24. juuli 2003, lk 4 & 5

ei usu, et vaimse tervise häiretega inimestel on võime nautida privaatsusega seostuvaid eeliseid või teha oma privaatsust puudutavaid otsuseid. Näites võib psühhiaatriahaigla personal regulaarselt jälgida residentide kirjavahetust, andmata endale aru, et selline tegevus rikub privaatsuse alustalasiid.

Rahvusvahelised standardid sätestavad sõnaselgelt iga inimolendi õiguse privaatsusele, sealhulgas õiguse ravist keeldumisele. Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 8. punktis on öeldud, et:

“[I]gaühel on õigus oma era- ja pereelu, kodu ja kirjavahetuse austusele. Avalik võim ei sekku selle õiguse kasutamisesse, välja arvatud seadusega ettenähtud ja vajalikel juhtudel... riikliku julgeoleku või avaliku ohutuse tagamiseks... rikkumise või kuriteo vältimiseks, moraalide või tervise kaitmiseks või teiste isikute õiguste ja vabaduste kaitseks.”⁴

Privaatsuse õiguse rikkumised, mis esinevad Balti riikides ja Kaliningradis, ei vasta tihti avaliku ohutuse või teiste isikute õiguste ja vabaduste kaitsmise eesmärgil tehtud erandite nõuetele.

ÜRO põhimõtted näevad selgesõnaliselt 13. põhimõttes ette seda, et vaimse tervisehoiuasutuste patsientidel on täielik õigus nende privaatsuse austamisele ja suhtlusvabadusele.⁵ ÜRO 11. põhimõte sätestab ka õiguse informeeritud nõusolekule ja ravist keeldumisele. Põhimõte määrab protseduurilised kaitsemehhanismid, mida tuleb kasutada selleks, et isikuid saaks ravida nende tahte vastaselt. Ravi tohib väevõimuga teostada ainult siis, kui patsient on asutusse määratud seaduslikult ning vastu oma tahtmist; kui sõltumatu organ otsustab, et patsient ei

ole võimeline oma informeeritud nõusolekut andma; või kui kvalifitseeritud psühhiaater otsustab, et ilma ravita oleks patsient nii endale kui teistele isikutele ohlik.⁶

Uuem EN-i juriidiline instrument, Konventsioon inimõiguste ja inimväärikuse kaitseks bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel, loetleb üles õiguse privaatsusele, informeeritud nõusolekule ja ravist keeldumisele. Erinevalt ÜRO põhimõtetest on sellel konventsioonil ka rahvusvahelise seaduse jõud, seda saab rakendada konventsiooni ratifitseerinud riikide kohtutes ja selle täitmist jälgib komisjon.⁷

Õigus vabadusele ja turvatundele

Vaimse tervise häiretega inimestelt ei tohi oma suva järgi vabadust ära võtta. Ometi rikutakse seda õigust, nagu ka õigust privaatsusele, tihti just seetõttu, et vaimse tervise poliitilika mõjutajad ja asutuste töötajad ei usu, et vaimse tervise häirega isikud on võimelised institutsionaliseerimise osas otsuseid tegema. Nagu näitavad alljärgnevad riike puudutavad peatükid, on mõnes riigis poliitika, mis ei ole piisavalt lõimunud Euroopa ja rahvusvahelisse seadusandlusesse sissekirjutatud vabaduse kaitsemehhanismidega. Teistes riikides on piisav seadusandlus ja poliitika olemas, kuid seda rikutakse asutuste personali poolt, keda huvitab rohkem juhtumi praktiline külg kui inimõigus.

Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 5. artikkel ütleb, et “ebaterve mõistusega” isikuid võib pidada nende tahte vastaselt kinni, ent aresti toimumisel tuleb antud indiviidid “koheselt informeerida talle arusaadavas keeles aresti põhjustest ja ükskõik millistest süüdistustest tema vastu.”⁸ Igal

4 Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. Rooma, 4.XI.1950. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>

5 Põhimõtted vaimuhaigustega inimeste kaitseks ja vaimse tervishoiu parandamiseks, Üldkogu resolutsioon 46/119, 17. detsember 1991. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

6 Samas.

7 Konventsioon inimõiguste ja inimväärikuse kaitseks bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel: Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon CETS Nr.: 164. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm> Ei Läti ega Venemaa pole seda lepet ratifitseerinud. Hetkel kehtib see Eestis ja Leedus.

kinnipeetaval on õigus ilmuda kohtu ette, et kiirelt otsustada tema kinnipidamise seaduslikkuse üle. Need kaitsemehhanismid on võtmetähtsusega: mitmel juhul on Balti riikides ja Kaliningradis määratud "ebaterve mõistusega" inimesi tahtevastasel asutustesse, kuid neile ei öelda, miks neid sinna määratakse ning neil ei võimaldata kohtu ette ilmuda.

Õigus olla vaba ebainimlikust ja alandavast kohtlemisest

Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 3. artikkel ja Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti 7. artikkel kinnitavad, et keegi ei pea taluma ebainimlikku või alandavat kohtlemist või karistust.⁹

Lisaks esitavad ÜRO põhimõtted veel täpsema kirjelduse kaitsest ebainimliku ja alandava käitumise ees, mis kehtib eriti vaimse tervise häiretega inimestele. 11. põhimõtte kirjeldab tingimusi, mille korral võib kasutada eraldamist ja ohjeldamist: "ainult siis, kui see on ainus viis takistada kohese või tõenäolise kahju tekitamist patsiendile või teistele... Kõigi füüsilise ohjeldamise või tahtevastase eraldamise juhtude korral tuleb patsiendi haigusloos talletada nende kasutus põhjused ja –viis ning –ulatus."¹⁰ Eriti tähtis on just ohjeldamiste ja eraldamise kasutuste ülesmärkimine, sest see võimaldab haiglal või sotsiaalhoolekandekodul jälgida ohjeldamise ja eraldamise sagedust ja kestvust.

EN löi Piinamisvastase komisjoni vastavalt Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsioonile, et külastada ükskõik millist asutust, sealhulgas psühhiaatriaiglat ja hooldekodu, kus isikute vabadust on avaliku võimu poolt piiratud.¹¹ Komisjon on kirjeldanud veelgi

ulatuslikumaid kaitsemehhanisme ohjeldamise ja eraldamise kasutamise vastu. Nimelt peab patsientide ohjeldamine olema selgelt defineeritud poliitikale allutatud. Samuti tuleb personali koolitada mittefüüsiliste ja patsiendi käsitsi kontrollimise tehnikate osas, et neid enne ohjeldamise kasutamist proovida. Ohjeldust ega eraldust ei tohiks kasutada karistusena, vaid arsti poolt soovitatud meetodina takistamiseks patsienti, kes on muutunud ohtlikuks kas endale või teistele. Lõpuks sätestab konventsioon ka seda, et kõik asutused peavad pidama eraldi registrit ohjeldamise ja eraldamise kasutuse kohta.¹² Selline register lihtsustab ohjeldamise kasutamise kontrollimist kogu asutuse peale (mitte patsiendi kaupa).

Nagu näitavad järgnevad peatükid, on riiklike haiglate ja sotsiaalhoolekandekodude elamistingimused tihti ebahügieenilised ja ei soodusta isiklikku arengut. Taolised tingimused võivad vastata alandavate tingimuste kirjeldusele.¹³ Indiviidid ei pea allutama end elamistingimustele, kus on ebapiisav toit, riietus, küte või soe vesi, vaid selleks, et saada vajalikku vaimse tervise ravi või tuge. Samuti ei pea nad taluma alandust, mida toob kaasa pidev privaatsuse õiguse rikkumine näiteks ühisduši või tualeti näol.

Haiglate või sotsiaalhoolekandekodude elanikele pakutakse tihti vähe või ebasobivat stimulatsiooni iseseisvaks toimetulekuks. Balti riikide ja Kaliningradi puhul võib see tähendada ruumi sulgemist ilma tegevusteta või varustamist ainult televiisori või laste mänguasjadega. Kuigi see ei pruugi eraldivõetud juhul tähendada alandavat kohtlemist, võib mõjukogumis olla alandav, kuna institutsionaliseeritud isikute sotsiaalsed ja muud oskused halvenevad. Tõepoolest, ÜRO Inimõiguste Komisjon, mille ülesandeks on muuhulgas ka Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakti

8 Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. Rooma, 4.XI.1950. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>

9 Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. Rooma, 4.XI.1950. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>; Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt. <http://www.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

10 Põhimõtted vaimuhaigustega inimeste kaitseks ja vaimse tervishoiu parandamiseks, Üldkogu resolutsioon 46/119, 17. detsember 1991. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

11 Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsioon. Strasbourg, 26.XI.1987. <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/126.htm>

12 Euroopa Piinamisvastane komisjon. CPT üldaruannete regulatiivosa standardid. CPT/Inf/E (2002) 1 - vers. 2004. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc> 59.

13 Vaimse tervishoiu ja ainesõltuvuse osakond, Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (2004). Rahvusvaheliste inimõiguste roll riiklikus vaimset tervishoidu puudutavas seadusandluses. http://www.mdri.org/pdf/WHO%20chapter%20in%20English_r1.pdf 55.

täitmise riiklike aruannete ülevaatus, on märkinud, et taolise praktika kestust võetakse arvesse selle alandava iseloomu üle otsustamisel.¹⁴ Veelgi enam, kui CPT selgitas oma tõlgendust sellest, mis on komisjoni arvates alandavaks kohtlemiseks, siis ütles komisjon, et:

“CPT uurib tähelepanelikult patsientide elamistingimusi ja kohtlemist; puudused nendes valdkondades võivad tuua kiiresti kaasa olukorra, mis läheb “ebainimliku ja alandava kohtlemise” mõiste alla. Eesmärgiks peaks olema matriaalsete tingimuste pakkumine, millega soodustatakse ravi ja patsientide heaolu; psühhiaatrilises mõistes peaks olema tegemist positiivselt terapeutilise keskkonnaga.”¹⁵

CPT jätkab sellega, et kirjeldab materiaalsete tingimuste mõiste all piisavat eluruumi, isiklike asjade olemasolu, väärikaid toitumistingimusi ja hügieenivõimalusi, lukustatava hoiuala olemasolu iga elaniku jaoks.¹⁶

Õigus iseseisvusele ja kogukondlikule lõimumisele

Nii Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakti (ICCPR) kui Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelise pakti (ISECR) 1. punkt ütleb, et “[k]õigil inimestel on õigus enesemääramisele. Selle õigus abil nad määravad vabalt oma poliitilise staatuse ja teostavad vabalt oma majanduslikku, sotsiaalset ja kultuurilist arengut.” Vaimse tervise häiretega inimestel pole tihti võimalik vabalt oma arengut teostada tänu nende isolatsioonile ja viibimisele asutustes, kus on ebapiisavad hariduslikud, kultuurilised ja kutselised ressursid; või viibimisele kogukonnas, kus on ebapiisavad kogukondlikud teenused. Nagu me edaspidi näitame, on asutustes kasutatavad ravi- ja juhtimistavad pigem isiklikku vabadust õonestavad

kui täiendavad. Residente koheldakse kui asutuse hoolealustena, mitte indiviididena, kellel on õigus teenustele, mis arendavad iseseisvust ja kogukondlikku osalust.

Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurilise õiguste komisjoni 5. üldine kommentaar kirjeldab mõningaid tegevusi, mida tuleb teha ükskõik milliste võimetega kodanike enesemääratuse tagamiseks. Komisjoniarvamuse kohaselt tähendab õigus tervisele seda, et riigid peaks pakkuma puuetega kodanikele “rehabiliteerivaid teenuseid, mis aitaks neil jõuda optimaalse iseseisvuse ja funktsioneerimise tasemeni ning säilitada seda taset.”¹⁷ Hariduse vallas peaks riigid ka “tunnustama puuetega laste võrdse põhi-, kesk- ja kõrghariduse võimalusi loimitud keskkonnas.”¹⁸ Lõpuks peaks “[r]iigid tagama, et puuetega inimestel on võimalus kasutada oma loomingulist, kunstilist ja intellektuaalset potentsiaali... [s]ama kehtib ka... rekreatsiooni, spordi ja turismi vallas.”¹⁹ Lühidalt öeldes on valitsustel kohustus astuda samme, mis maksimeeriks puuetega inimeste sotsiaalset lõimumist. See kohustus tähendab enam kui puuetega isikute osaluse lubamist ja nõuab, et riigid lihtsustaks juurdepääsu tervele reale teenustele, tegevustele ja ressurssidele ja muudaks neid ressursse kohaseks vaimse tervise häiretega inimeste vajadustele.

Ülejäänud standardid kirjeldavad iseseisvuse mõistet täpsemalt. ÜRO põhimõtete kohaselt “peab igapatsiendi ravi olema suunatud isikliku iseseisvuse säilitamisele ja täiendamisele.”²⁰ Käesolevas aruandes käsitletud asutustes elavate inimeste iseseisvust piiravad tihti asutuse poliitika ja praktika. Näiteks telefoni privaatsust kasutust või isiklike suhteid keelavad reeglid pigem piiravad kui arendavad iseseisvust.

¹⁴ Nagu tsiteeritud: samas, 56.

¹⁵ Euroopa Piinamisvastane komisjon. CPT üldaruannete regulatiivosa standardid. CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2004. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc> 53.

¹⁶ samas, 54.

¹⁷ Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjon. 5. üldine kommentaar. Üheteistkümnnes istung. 1994. 34. punkt

¹⁸ Samas, 35. punkt

¹⁹ Samas, 36. punkt

²⁰ Rõhk autorite poolt.

Iseseisvust takistab ka eestkoste. Mitmel juhul on kohus kuulutanud asutuses elava inimese juriidilist teovõimetuks ning nende eestkostjaks on määratud isik, kes otsustab muuhulgas nende ravi ja rahaliste tehingute üle. Tänu eestkostjate laiaulatuslikule otsustusjõule on eestkoste praktika toonud tihti kaasa hooletuse või koguni ekspluateerimise. EN-i Ministrite Komisjon on märkinud teovõimetuse erinevate astmete tunnustamise tähtsust ning vaimse tervise häiretega isikute maksimaalse võimaliku iseseisvuse säilitamise olulisust. Seetõttu keelab Ministrite Komisjoni soovitus nr. 99(4) võtta isikult automaatselt õigust hääletada, testamenti koostada, ärilisi tehinguid sooritada ja meditsiiniliste sekkumiste nõusolekut anda või neid keelata.²¹ Iga riigi poliitika analüüs näitab alljärgnevalt, et mõnel juhul tähendavad tahtvastase institutsionaliseerimise protseduurid automaatselt ka nende õiguste tühistamist, takistades isiku osalust ühiskonnas.

Lõpuks sätestavad ÜRO põhimõtted selgesõnaliselt ka vaimse tervise häiretega inimeste õiguse elada võimaluse korral alati kogukonnas. 3. põhimõte ütleb, et "[i]gal vaimse puudega isikul on õigus elada ja töötada võimaluse korral oma kogukonnas."²² Kuigi Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon ei tegele otseselt selle küsimusega, on Euroopa Inimõiguste Kohtus (millel on konventsiooni järgimise kontrollimise mandaat) vastuvõetud otsused taganud õigust elada kogukonnas. Näiteks juhtum *Litwa vs. Poola*, leidis Kohus, et indiviidi kinnipidamine on nii tõsine meede, et seda õigustab ainult olukord, kus vähemtõsiseid meetmeid on kaalutud ning peetud ebapiisavaks isiklike või avalike õiguste kaitseks ning seetõttu osutub kinnipidamine vajalikuks lahenduseks.²³

Mittediskrimineerimine, osalus ja adekvaatne progress

Enamusest inimõigustelepetestjooksebläbi kolm nõuet – mittediskrimineerimine, tõeline osalus ja adekvaatne progress.²⁴ Need nõuded on eriti olulised vaimse tervise häiretega inimeste õiguste uurimisel. Kuna vaimse tervise häiretega inimesed on käesolevas aruandes käsitletud riikides ühed kõige enam marginaliseeritud ja häbimärgistatud gruppidest, esineb nende suhtes mitmes avaliku elu sektoris diskrimineerimist. Veelgi enam, halvustav suhtumine vaimse tervise häiretega inimestesse takistab neil tihti ühiskonnas osaleda või omaenda ravis prioriteete seada. Alljärgnevad peatükid näitavad seda, et praktikas on vaimse tervise häiretega inimesed tihti teenuste passiivseks vastuvõtjaks. Neil on vähe võimalusi osaleda omaenda ravi kulgemise määramisel, asutuse poolt pakutud teenuste tähtsuse üle otsustamisel või lihtsalt sotsiaalses ja kultuurilises elus osalemisel. Lisaks ei ole paljudel valitsustel – kaasa arvatud käesolevas aruandes käsitletud riikides – piisavaid rahalisi ressursse, kuid neil on kohustus teha adekvaatset progressi nende kohustuste täitmisel. Valitsused peavad tegema konkreetseid samme, et austada kõikide vaimse tervise häiretega inimeste õigusi järgnevalmoel: uue seadusandluse kehtestamisega; sõltumatute organite loomisega asutustes inimõiguste täitmise jälgimiseks; psühhiaatrie ülikoolihariduse täiendamiseks; kogukondlike teenuste loomisele ressurside eraldamisega. Kuna institutsionaliseerimine on tihti kulukam kui kogukondlik hoolekanne, ei saa rahaliste ressursside puudumine olla riikliku tegevusetuse vabanduseks. Ebapiisavad rahalised ressursid ei saa kunagi õigustada nõ. põhiliste õiguste (sh. piinamise, julma, ebainimliku või alandava kohtlemise või karistuse mittetalumise õiguse) rikkumist.

21 Euroopa Nõukogu Ministrite Komisjon. Soovitus nr. 4, 1999 "Teovõimetute täiskasvanute juriidilist kaitset puudutavad põhimõtted."

22 Põhimõtted vaimuhaigustega inimeste kaitseks ja vaimse tervishoiu parandamiseks, Üldkogu resolutsioon 46/119, 17. detsember 1991. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

23 Witold Litwa v. Poland, Avaldus nr. 26629/95, otsus 4. aprillist 2000

24 ÜRO arenguprogramm. (2000). Inimõiguste eest vastutamise indikaatorite kasutus. Sisaldub: Inimarengu aruandes: 2000. 95. http://hdr.undp.org/reports/global/2000/en/pdf/hdr_2000_ch5.pdf

Õigus olla vaba DISKRIMINEERIMISEST

Lisaks rahvusvaheliste inimõiguste lepetes sisalduvatele mittediskrimineerimise klauslitele on ÜRO Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjon selgitanud, et poliitika, mis eraldab ja isoleerib vaimse tervise häiretega inimesi, on diskrimineeriv. "Nii de jure kui de facto diskrimineerimine puuetega inimeste vastu on pika ajalooga ja erinevas vormis, alates vastuvõetamatust diskrimineerimisest (nagu näiteks haridusvõimaluste keelamisest) kuni "peenemate" diskrimineerimisvormideni, nagu näiteks eralduse ja isolatsioonini, mida saavutatakse nii füüsiliste kui sotsiaalsete barjääride kaudu."²⁵

Tõepoolest, õigus olla vaba diskrimineerimisest tähendab puude kontekstis enam kui võrdsust seaduse ees: see tähendab ka nii-öelda "erimeetmete" rakendamist, et tagada kodanike võrdset kaitset.²⁶ Erimeetmete hulka kuulub mõistlik vastutulek, mida võib defineerida kui poliitikat või teenuseid, mille eesmärgiks on lihtsustada puuetega inimestel juurdepääsu asutustele või hoonetele. Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjoni hinnangul tähendab mõistlikust vastutulekust keeldumine diskrimineerimist:

""[P]uudelpõhinevat diskrimineerimist" võib defineerida kui ükskõik millist puudel põhinevat eristust, välistust, piirangut või eelistust või mõistlikkust vastutulekust keeldumist, mille tulemuseks on majanduslike, sotsiaalsete või kultuuriliste õiguste tunnustamise, nautimise või kasutamise nullimine või piiramine."²⁷

Standardreeglid puuetega inimeste võrdsete võimaluste kohta ütlevad seda, et puuetega inimested peaks saama

kasutada samu õigusi nagu kõik teised ning puuetega inimestel on õigus vahendustegevustele.

"Puuetega inimesed on ühiskonnaliikmed ja neil on õigus jääda oma kohalikkude kogukonda. Nad peaks saama tuge, mida nad vajavad tavapärastes hariduses, tervise-, töö- ja sotsiaalses keskkonnas... võrdsete õiguste põhimõtte tähendab seda, et iga üksiku indiviidi vajadused on võrdse tähtsusega..."²⁸

Õigus OSALUSELE

ÜRO ja teised organisatsioonid on rõhutanud vaimse tervise häiretega inimeste osaluse aktiivse lihtsustamise tähtsust tsiviilühiskonnas. 1982. aasta ÜRO Maailmaprogrammi puuetega inimesi puudutavate tegevuste osas (WPA) nõuab, et liikmesriigid: "kaotaks barjäärid, mis takistavad täielikku osalust, ... asutaks või mobiliseeriks vastavaid avaliku sektori ja erasektori organisatsioone ning toetaks puuetega inimeste organisatsioonide arengut ja kasvu."²⁹

Riigi roll tähendab enam, kui lihtsalt seda võimaldava poliitilise keskkonna loomist; valitsused peaks rahaliselt toetama tarbijate või kasutajate gruppe, mis koosnevad puuetega inimestest ja mis osalevad poliitika jälgimisel ja arendamisel. 18. reegel Standardreeglites puuetega inimeste võrdsete võimaluste kohta ütleb, et:

"Riigid peaks julgustama ja majanduslikult ning muul moel toetama puuetega inimeste, nende pereliikmete ja/või esindajate organisatsioone nende loomisest või tugevdamisest. Riigid peaks tunnustama rolli, mida need organisatsioonid mängivad puuet puudutava poliitika arenduses."³⁰

25 Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjon, 5. üldine kommentaar, ülemine märkus 2.

26 Vaimse tervishoiu ja ainesõltuvuse osakond, Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (2004). Rahvusvaheliste inimõiguste roll riiklikus vaimset tervishoidu puudutavas seadusandluses. http://www.mdri.org/pdf/WHO%20chapter%20in%20English_r1.pdf 40.

27 Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjon, 5. üldine kommentaar. Üheteistkümmes istung. 1994. 15. punkt

28 ÜRO Üldkogu Res. 48/96, Dets. 20, 1993, 26 & 204.

29 Sisaldub: RL Metts. (2000). Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank. Washington DC: World Bank. 15.

30 Standardreeglid puuetega inimeste võrdsete võimaluste kohta, A/RES/48/96, 85. plenaaristung 20. detsember 1993. <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/disabilitystandards.html>

2005. aasta jaanuaris Soomes Helsingis toimunud WHO kohtumisel kinnitasid Euroopa tervishoiuministrid, et järgmise kümnendi prioriteediks on: “tunnustada teenuse kasutajate ja eestkostjate kogemust ja teadmisi psühhiaatriliste teenuste planeerimisel ja arendamisel.”³¹ Ministrid lubasid “stimuleerida mittetulunduslike ja teenuste kasutajate organisatsioonide loomist.”³² Eriti tervitavad nad organisatsioone, mis aktiivselt “organiseerivad kasutajaid, kes osalevad “haavatavate ja marginaliseeritud isikute toetuses ja esindamises””³³

Vajadus ADEKVAATSE PROGRESSI järele

Osaliselt tänu jätkuvale progressi puudusele vaimse tervise häiretega inimeste õiguste valdkonnas, on ÜRO, EN ja muud organid hakanud võtma ette samme, et julgustada riike aktiivselt võitlema diskrimineerimise ja sotsiaalse eraldatusega, mis puuetega inimesi mõjutab. 2003. aasta EN- parlamentaalse assamblee soovitusel kohaselt on puuetega inimestelt:

“[V]õetud ära täielik ja tähendusrikas võimalus nautida õigusi, mida ülejäänud inimesed peavad enesestmõistetavaks... õigus saada tuge ja abi... ei ole piisav. Võrdne staatus, kaasamine, täielik kodakondsus ja õigus valida peavad olema paremini soodustatud ja rakendatud.”³⁴

Ülejäänud instrumendid rõhutavad seda, kui tähtis on omada adekvaatset progressi puuetega inimestele pakkunud ravi ja toetuse tüübis ja eesmärgis. Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelise pakti 14. üldine kommentaar selgitab, et riigid peaks astuma samme selleks, et arendada vaimse tervise häiretega inimeste jaoks välja kogukondlikke

teenuseid. “Taolised sammud peavad olema tahtlikud, konkreetsed ja suunatud selleks, et täielikult realiseerida õigust tervisele.”³⁵

2001. aastal asutas ÜRO üldkogu erikomisjoni, mis kaaluks ettepanekuid põhjaliku puuetega inimeste õiguste kaitse pakti koostamiseks, kuna riigid ei olnud selleks hetkeks näidanud üles adekvaatset progressi.³⁶

Muud vaimse tervise häiretega inimeste õigusi puudutavad põhimõtted ja normid

Lisaks rahvusvahelisele seadusandlusele, on tähtsaid juhiseid institutsionaliseerituse kaotamise, kogukondlike teenuste loomise ja institutsionaliseeritud ravi kohta tulnud Maailma Tervishoiuorganisatsioonilt (WHO), Euroopa Liidult (EL) ja Maailmapangalt. Samuti võib vaimse tervise häiretega inimeste austuse mõõtmisel kasutada riiklike sotsiaalministeeriumite või tervishoiuministeeriumite tegevusplaanide või reformistrateegiaid. Ent on oluline märkida, et need riiklikud plaanid või strateegiad ei pruugi adekvaatselt peegeldada rahvusvahelistes soovitusetes või seadusandluses kinnistunud põhimõtteid. Samuti ei pruugi kodused seadused sisaldada – või koguni väldivad otseselt – rahvusvahelises seadusandluses sisalduvaid standardeid.

WHO soovitusel selgitavad institutsionaliseerimise kaotamise ja kogukondlike teenuste loomise taga olevaid inimõiguslikke, kliinilisi ja poliitilisi õigustusi. WHO peamiseks muredeks institutsionaliseeritud ravi osas (millest mitmed on sarnased eelpool kirjeldatutega) on kokkuvõetavad järgmiselt:

31 WHO Euroopa Ministrite konverents vaimse tervise alal. EUR/04/5047810/6 14. jaanuar 2005. 52667. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf> 7. punkt

32 Samas.

33 Samas.

34 Rõhk autorite poolt. Euroopa Nõukogu soovitus 1592 (2003). www.coe.int/T/E/Communication_and_Research?press?events?2.-Parliamentary_Assembly_Sessions/2003/2003-01_Winter_session/ONG_Decl.asp#TopOfPage

35 Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komisjon. Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt, 14. üldine kommentaar, ÜRO dok. E/C.12/2000/4 22. istung, 12. punkt (2000).

36 Üldkogu res. 168, ÜRO GAOR, 56. istung. Päevakorrapunkt 119(b), ÜRO dok. A/RES/56/168 (2001).

- **Inimressursid:** Asutused kasutavad suurt osa psühhiaatrilistest inimressursidest. Personal on tihti motiveerimata ja toetamata ning ei oma piisavaid kliinilisi oskusi või inimõiguslikku lähenemist.
- **Kliinilised tulemused:** Paljud asutused pakuvad ainult vanglatele sarnanevat hooldeteenust ja see on tihti ülimalt halva kvaliteediga. Kehv kliiniline ravi, inimõiguste rikkumine, institutsionaliseeritud ravi isoleeriv ja mittestimuleeriv iseloom ning rehabiliteerivate tegevuste puudumine toovad kaasa halva kliinilise tulemuse. Teiste sõnadega kaotavad institutsionaliseeritud isikud tihti oma iseseisva otsustusvõime, mitte ei saavuta progressi oma üldises seisundis.
- **Vastuvõetavus:** Kuna segregeeritud vaimuhaiglatega seostub sügavalt halvustav suhtumine ja kogukondlikke teenuseid on vähe saadaval, siis ei otsi abi vajavad inimesed tihti psühhiaatrilisi teenuseid enne, kui see on viimaseks võimaluseks. See aga omakorda mõjutab negatiivselt kliinilisi tulemusi.
- **Inimõiguste rikkumised:** Asutustel on tõsiste inimõiguste rikkumiste poolt tuntud ajalugu. Nii arenenud kui arenguriikides on asutustes resideerivate inimeste suhtes rikutud inimõigusi nii personali kui teiste residentide poolt ja mõnikord ka pakutavate teenuste puudumise kaudu.
- **Juurdepäas:** Kuna asutused on tavaliselt linnast väljast ja omavad mitterahuldavat transpordiühendust, on asutused juba oma olemuselt negatiivse mõjuga residentide võimalustele osaleda perekondlikus, sotsiaalses, poliitilises ja kultuurilises elus.
- **Finantsvõimalused:** Asutuste infrastruktuuri ja bürokraatia säilitamine on kulukas ja asutused tarbivad tihti märgatava osa psühhiaatriateenustele mõeldud eelarvest, jättes tähtsatele kogukondlikele teenustele vähe ressursse. Selle tulemusena võivad isikud, kes saaksid elada vastava toetuse korral kogukonnas,

jõuda välja asutustesse ning kogukonnas elavatel vaimse tervise häiretega isikutel on vähene või olematu juurdepääs vajalikele teenustele kogukonnas.³⁷

WHO on toonud välja võtmetähtsusega elemendid teenuste pakkumisel kogukonnas elavatele vaimse tervise häiretega inimestele vajalikes programmides ja poliitikas. . Nende seas on:

- Esmatasandi professionaalide poolt pakutavad psühhiaatriateenused
- Psühhiaatriateenused üldhaiglates
- Formaalsed, ambulatoorsed ja kogukondlikud psühhiaatriateenused
- psühhiaatri teenus³⁸

WHO on ka selgitanud, et teenuste pakkumine kogukonnas tähendab institutsionaliseerituse kaotamist.

“Suuri, hooldepõhiseid vaimuhaiglaid peaks asendama kogukondliku ravi keskused, mida toetavad üldhaiglate psühhiaatrilised voodikohad ja koduse ravi tugi ning mis on kõik mõeldud seni nende vaimuhaiglate vastutusel olnud haigete vajadustele. See nihe kogukonna poole nõuab seda, et ravitöötajaid ja rehabilitatsiooniteenuseid saaks kasutada kogukondlikul tasandil koos kriisiabi pakkumise, kaitstud majutuse ja töökohaga.”³⁹

Kogukondlike teenuste puudumisel on vähem tõenäoline, et abi vajavad inimesed saavad ükskõik millistevaimseteterviseprobleemide varasesstaadiumis ravi ning mõõdukate puuetega inimestel on pole eriti muid valikuid, kui asutustes viibida. Taoliste teenuste pakkumine kogukonnas suurendab tõenäosust, et rohkem vaimse tervise häiretega inimesed saavad vajalikke teenuseid, et vähem vaimse tervise häiretega

37 Eelpool toodu on võetud kokku järgnevast allikast: Maailma Tervishoiuorganisatsioon. Vaimse tervishoiu poliitika ja teenuste juhiste pakett: Vaimse tervishoiu teenuste korraldus. 2003. 20-22.

38 Samas.

39 Maailma Tervishoiuorganisatsioon. Maailma tervisearuanne 2001. Vaimne tervis: Uued arusaamad, uus lootus. <http://www.who.int/whr/2001/chapter5/en/index1.html>

inimesi vajavad haiglasse paigutamist ja et vähematel inimestel esineb tõsisemaid probleeme vaimse tervisega.

Muud võimalused parandamiseks vaimse tervise häiretega inimeste olukorda Balti riikides

Seadused ja nõuded pakuvad tähtsaid järelvalve teostamise vahendeid ning EL-ga seotud sotsiaalpoliitiline koordineerimine ja finantsabi mehhanismid annavad võimalusi vaimse tervise häiretega inimeste õigusi kaitsvatele organisatsioonidele selleks, et otse oma valitsuste juures oma seisukohti esindada või omaenda õiguspõhist programmi rakendada. Kaks peamist EL-i mehhanismi, mida saab kasutada Balti riikides elavate vaimse tervise häiretega inimestele pakutavate teenuste kvaliteedi ja rohkuse parandamiseks:

1. *Avatud sotsiaalse kaasatuse koordineerimise meetod ja Sotsiaalse Kaasatuse Ühismemorandum.* Kõik EL liikmesriigid on viimasel ajal asunud koordineerima oma sotsiaalse kaasatuse poliitikat läbi avatud koordineerimismeetodi. Osana sellest protsessist on uusimad liikmed (sh. Balti riigid) kirjutanud alla Sotsiaalse Kaasatuse Ühismemorandumile, mille nad liitumisekorralendasid riiklikuks tegevuskavaks (NAP). Vastavalt EL-ile on NAP-i prioriteetseteks teemadeks: kodutud, puuetega inimesed, migrandid ja etnilised vähemused, hoole all lapsed, kirjaoskamatud inimesed. NAP-e ei ole tihti valitsuse tasandil adekvaatselt rahastatud või toetatud, kuid nad esitavad valitsuse kohustusi, millele mittetulunduslikud ühendused saavad viidata, et valitsustele nende ülesandeid meelde tuletada.⁴⁰

2. *Euroopa Sotsiaalfond.* ESF on üks EL-u neljast struktuurifondist ja toetab projekte järgnevatel valdkondades: "aktiivne tööturupoliitika, võrdsed võimalused ja sotsiaalse kaasatus kõigile, eluaegne õpe, kohanev tööjõud ja kohanevus töökohas, [ning] naiste ligipääs ja osalus tööturul."⁴¹ Algselt oli mõeldud toetamiseks Euroopa tööhõivestrateegiat, kuid seda kasutatakse aeg-ajalt sotsiaalse kaasatuse projektideks. ESF-i rahasid on kasutatud mitmes riigis selleks, et toetada projekte, millega suurendatakse vaimse tervise häiretega inimeste ligipääsu tööhõivele.⁴² Taotlusi võivad esitada nii mittetulunduslikud kui valitsuse organisatsioonid.⁴³

40 Sotsiaalse kaasatuse ühisaruanne, Euroopa Komisjon, 2003, 30.

41 Euroopa Komisjon (2003c)

42 Vt: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2004/jan/esf_in_action_en.html

43 ESF-i tegevuse kohta Balti riikides vt: http://europa.eu.int/comm/employment_social/esf2000/member_states-en.htm

1. Psühhiaatria reformimine Eestis peale Nõukogude Liidu lagunemist

Eesti päris endisest Nõukogude Liidust politiseeritud psühhiaatriaravi, institutsionaliseeritud sotsiaalhoolekandesüsteemi ja puuduva vaimse tervise poliitika. Teadlik ja eesmärgipärane katse juurutada muutusi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemidesse algas 1990ndate alguses. Üheks esimeseks tegevuseks oli Sotsiaalministeeriumi (SM) poolt Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtt 1991. aasta mais. Selleks, et tunnistada erinevate puuetega inimeste gruppide poolt vajavat riikliku abi, teenuste ja materiaalsete vajaduste rahuldamise vajadust, võeti 1995. aasta 1. aprillil vastu Sotsiaalhoolekande seadus. See seadus defineeris Eesti sotsiaalhoolekandesüsteemi eesmärgid, mille hulgas olid ka suurenenud sotsiaalsele kaasatusele ja osalusele (mitte institutsionaliseeritusele) eraldatud ressursid, rehabilitatiivse programmi arendamine ja klientide tagasiside kogumise suurendamine.⁴⁴

Vastavalt SM-i poolt esitatud informatsioonile, sai Eestis vaimse tervise häiretega (Eestis kasutatakse terminit "psüühiliste erivajadustega inimesed") inimestele mõeldud sotsiaalhoolekandesüsteem alguse 1998. aastal.⁴⁵ Enne seda olid vaimse tervise häiretega inimestele eraldatud riiklikud rahad peaaesjalikult ette nähtud ainult institutsionaliseerimiseks. 1999. aastal eraldati riigieelarves raha koduhoolduseks ja 2000. aastal lisati eelarvesse rehabilitatsiooniteenused.⁴⁶

Riiklike sotsiaalhoolekandeprogrammide elluviimise eest vastutab SM. 2000-2003 olid programmi peamised

eesmärgid: avalike hoolekandeteenuste juurutamine, preventiivne töö sotsiaalses sektoris ning sotsiaalhoolekandeesutuste ümberkorraldus.⁴⁷ 2004. aastal algatas ministeerium uue programmi, mis kehtib 2006. aastani ja on suunatud lastele ja vaimse tervise häiretega isikutele. Programmi sihtgrupp koosneb 384 212 elanikust, selle hulgas on puuetega inimesed ja täiskasvanud. Programmi peamisteks eesmärkideks on arendada teenuseid, mis toetaks iseseisvat toimetulekut ja muid meetmeid, mis lihtsustaks arengut ja sotsiaalset kaasatust ning parandaks sihtgrupi elukvaliteeti.⁴⁸ Projekti käivitamiseks kõigis Eesti maakondades on eraldatud 87 861,6 eurot, mis katab kolme aasta tegevused.⁴⁹

Kuigi ühiskond mõistab selget vajadust psühhiaatriareformi järele, ei võetud Psühhiaatrilise abi seadust vastu enne 1997. aastat, peamiselt tänu arstide vastuseisule. Psühhiaatrilise abi seadus (1) reguleerib psühhiaatrilise ravi protseduuri ja tingimusi, (2) nimetab riigi ja kohalike omavalitsuste kohustusi psühhiaatrilise ravi korraldamisel ja (3) toob esile psühhiaatrilist ravi saavate isikute õigused.

2004. aasta märtsis tehti Sotsiaalhoolekande seadusesse parandusi. Parandatud seaduse selgituse kohaselt peaks rehabiliteerimistegevustes osalevate isikute arv suurenema 2004. aasta 600-lt 2008. aasta 25 000 inimeseni.

2005. aastal jõustus sotsiaalhoolekande seaduse muudatus rehabilitatsiooniteenuste pakkumise osas, kuid see ei toonud puuetega isikutele lubatud kasu. Ligipääs nendele teenustele on kõigi sihtgruppide ja

44 Hoolekande kontseptsiooni eelnõu. Sotsiaalministeerium. 2004, lk.3. Saadaval: [http://www.sm.ee/www/gpweb_est_gr.nsf/HtmlPages/HKK08/\\$file/HKK%2008.04\(VIIMANE\).doc](http://www.sm.ee/www/gpweb_est_gr.nsf/HtmlPages/HKK08/$file/HKK%2008.04(VIIMANE).doc)
45 Psüühilise erivajadustega inimeste hoolekanne Eestis. Eesti Sotsiaalministeerium jt. 2000/2001, lk. 51. Saadaval: [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/uhilisteerivajadustegainimestehoolekanneEestis2000/\\$file/psyherivajad.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/uhilisteerivajadustegainimestehoolekanneEestis2000/$file/psyherivajad.pdf)

46 Samas.

47 Hoolekandeprogrammid, saadaval: <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>

48 Samas.

49 Sotsiaalministri määrus nr. 10, 30.05.2005.

eriti suletud asutustes viibivate pikaajaliste residentide jaoks endiselt äärmiselt kehv. 2006. aastaks on 2005. aastal ülekulutamisest tingitud rahapuudus rehabilitatsiooniteenuste valdkonnas muutunud kuumaks teemaks. Suured tervishoiupakkujad on teatanud sellest, et 2006 aasta lõpupoole ei ole rehabilitatsiooniteenuste pakkumiseks jäänud enam mingit raha.⁵⁰

Kui alla pensioniealine, psüühilise erivajadsega isik võetakse vastu hoolekandeesutusse, peab see isik olema läbinud rehabilitatsioonimeeskonna ülevaatuse ning omama kehtivat rehabilitatsiooniplaani.⁵¹ Ent selle seadusliku nõude rakendamine sõltub endiselt paljudest faktoritest. Isegi kui isikul on kehtiv rehabilitatsiooniplaan, siis tänu piiratud rahastamisele ja keerukale juurdepääsule rehabilitatsiooniteenustele pole suletud asutustel pole enamasti võimalik pakkuda residentidele aktiivset abi neile määratud rehabilitatsiooniteenuste saamisel. Enamus suletud asutusi mõtleb endiselt, et nende roll hoolekandesüsteemis on pakkuda sihtgruppidele vaid toitu ja majutust.

2002. aastal valmis detailne vaimse tervise poliitika ülevaade. Dokument oli ühe-aastase protsessi tulemuseks, milles osalesid kodanikuühiskonna esindajad (sh. patsientide õiguste esindusgrupid), teenusepakkujad ja –kasutajad, vastavad avalikud organid, poliitilised ja usujuhid.⁵² Dokument tõi välja praeguse vaimse tervise poliitika kõige tõsisemad puudujäägid ja võimalikud lahendused. Kahjuks on huvigrupid, kes olid pühendunud ülevaate koostamisele, kogenud järgnevatel aastatel huvipuudust uuringust tõusetunud Eesti vaimse tervise valdkonna parandamiseks vajalike aktiivsete sammude astumise vastu SM poolt.

SM on osalenud 2005. aastal Euroopa Komisjoni Rohelise raamatu koostamises ja vastuvõtmises. Ministeerium on tunnustanud Rohelises raamatus esitatud riiklike kohustusi.⁵³ Kuigi riik on formaalselt võtnud endale rahvusvaheliste paktidega määratud kohustusi, on SM-i poolt esitatud informatsiooni kohaselt fakt hoopis see, et psühhiaatria rahastamist on alates 2003. aastast alates vähendatud.

Eesti rahvastiku suitsidaalse käitumisega kaasnevaid probleeme on üsna põhjalikult uuritud tänu Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudile.⁵⁴ Tänu sellel jätkusuutlikkusele ja usaldusväärsusele on instituudil olnud juhtiv roll vaimse tervisega seotud rahvusvaheliste ja riiklike projektide läbiviimisel. Kahjuks on ainult mõned neist suunatud vaimse tervise edendamise ja probleemide preventsiiooni poliitikale (nt. EK poolt rahastatav EMIP). Instituudi andmete kohaselt on viimased head uudised, et Eestil pole enam auhinnalist kohta EU riikide seas suitsidaalse käitumise osas.

Kuigi 10. oktoobril tähistatav iga-aastane Vaimse tervise päev on muutunud traditsiooniliseks, paljude osalejatega ürituseks, on stigmatiseeriv suhtumine vaimse tervise probleemidesse Eesti ühiskonnas jätkuvalt probleemiks.

Vaimse tervise süsteemi struktuur

2.1 Tervishoiuteenused

SM vastutab üleüldise vaimse tervise poliitika ja teenuste pakkumise koordineerimise eest. Haiglad kuuluvad riigile kuni 2002. aastani. Tänu tervishoiusüsteemis toimunud suuremahulisele omandireformile, reorganiseeriti riiklikud tervishoiuasutused peamiselt ümber sihtasutusteks ja mõned ka äriühinguteks.

50 Vt. <http://www.epl.ee/artikkel.php/ID=319012>

51 Sotsiaalhoolekande seadus, paragrahv 11.2

52 Vt. www.sm.ee/est/HtmlPages/vaimterv/Sfile/vaimterv.pdf

53 Vt. <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>

54 Vt. <http://www.suicidology.ee/index.php/page=3>

Tervishoiuasutused osutavad teenuseid põhiliselt lepingulistel alustel koostöös Eesti Haigekassaga, kes ostab tervishoiuteenuseid vastavalt Tervishoiu korralduse seadusele, Tervisekindlustuse seadusele ja Eesti Haigekassa seadusele. Haigekassa rahastamise allikaks on sotsiaalmaks, mida kogutakse 13%-se maksuna sissetulekutelt vastavalt Sotsiaalmaksu seaduse paragrahvile 2.⁵⁵ Statsionaarseid teenuseid pakuvad vaimse tervise teenuste kasutajatele üheksa haiglat.⁵⁶ Nimekiriteenustest, midarahastab Haigekassa, on sätestatud Vabariigi Valitsuse määrusega. Nimekiri vaadatakse igal aastal üle ning seda korrigeeritakse vastavalt patsientide potentsiaalsetele vajadustele. Haigekassa sõlmib teenusepakujatele lepingud vastavalt talle eraldatud rahadele.

Peale tervishoiuasutuste omandireformi, leidis 2002. aastal aset olulise mõjuga juriidiline reform, millel olid patsientidele tõsised tagajärjed. Kuni 2002. aasta 1. juulini oli meditsiinilise hooletuse eest vastutav riik või kohalik omavalitsus kui tervishoiuasutuste omanik. 2002. aastal jõustunud Riikliku vastutuse seadus sätestas aga, et riik ei vastuta enam tervishoiuteenuste pakkumisel esinevate rikkumiste eest, kuna need kuuluvad eraõiguslike õigussuhete alla.⁵⁷ Võlaõigusseadus, mis kehtib 2002. aasta 1. juulist, sisaldab eraldi peatükki "Tervishoiuteenuse osutamise leping". Vastavalt selle seaduse regulatsioonile, on meditsiinilise hooletuse juhtumites tõenduskohustus patsiendil.⁵⁸ Tervishoiuteenuste pakkujad peavad tõestama, et patsientivarustatavajaliku informatsiooniga pakutud teenuste kohta.⁵⁹ Kuna seadusandlus ei anna patsientide kaebuste lahendamiseks ühtegi efektiivset kohtueelset vahendit, on patsientide õiguste rikkumiste tõestamiseks võimalik ainult kohtusse pöörduda. Ent seda võimalust on kasutanud vähesed patsiendid tänu pikale ooteajale, patsiendi tõenduskohustusele,

kõrgelt kvalifitseeritud juriidilisele abile juurdepääsuprobleemidele ja ebaproportsionaalselt kõrgetele kohtukuludele. Eelpool mainitud põhjuste tõttu võib kohtuasjast kujuneda suur pettumus ja veel üks stressiallikas.

2.2 Sotsiaalhoolekandeteenused

Sotsiaalhoolekandeteenuste korraldusstruktuur on toodud ära Sotsiaalhoolekande seaduse 2 peatükis. Sotsiaalhoolekannet korraldavad SM, maakonnavanem ja kohalikud omavalitsused. Kuni viimase ajani kuulusid sotsiaalhoolekandeadasutused kas riigile või kohalikele omavalitsustele. Riik omas ja haldas nn. eritüüpi hooldekodusid vaimse tervise teenuseid vajavatele isikute jaoks läbi SM-i. Tavalised ehk üldtüüpi hooldekodud kuulusid kohalikele omavalitsustele, kes neid ise haldasid. Viimasel ajal on eritüüpi hooldekodude eest vastutamise osas toimunud nihe – hetkel teostab järelevalvet maavanem isiklikult, kasutades maavalituse vastavat osakonda. SM-i peamiseks rolliks on riikliku sotsiaalhoolekandepoliitika arendus ja seaduste koostamine ning ka riiklike sotsiaalhoolekandeprogrammide koordineerimine. Mõnel juhul sõlmib SM hoolekandeteenuste pakkumiseks lepingud erafirmade või mittetulunduslike organisatsioonidega. Kahjuks on rahastamise järjepidevuse puudumine jättnud mittetulunduslike organisatsioonide rolli üsna tagasihoidlikuks ning on endiselt üks peamine takistus ühiskonnas eksisteerivate sotsiaalhoolekandeteenuste arenduse ees. Hoolimata ebakindlusest on mõned mittetulunduslikud organisatsioonid suutnud jätkata teenuste pakkumist. Mõned nendest edukatest ellujäänutest on: Vaimupuudega Inimeste Tugiliit,⁶⁰ Iseseisev Elu,⁶¹ ja Eesti Patsientide Esindusühing.⁶² 24-tunnist hoolt pakuvad puuetega inimestele kakskümmend neli eritüüpi hoolekandeadasutust,⁶³

55 Vt. <http://www.legaltext.ee/et/andmebaas/ava.asp/m=022>

56 <http://www.tervishoiuamet.ee>

57 Vt. Riikliku vastutuse seaduse paragrahvi 1 3. lõiku

58 Vt. Võlaõigusseaduse paragrahvi 770

59 Samas, paragrahv 766

60 Vt. http://www.vaimukad.ee/uus/UK/index_uk.htm

61 Vt. <http://www.iseseisev-elu.ee/engind1.html>

62 Vt. <http://www.epey.ee/>

63 <http://www.sm.ee/est/pages/index>

viis neist (Kernu, Valkla, Koluvere, Võisiku ja Erastvere hoolekodu) pakuvad 24-tunnist tugevdatud järelvalvega (nõusolekuta hooldamisti) isikutele, keda on kinnisesse asutusse paigutatud määratud kohtuotsusega.

Hoolekandeesutuste rolli kirjeldab Sotsiaalministri poolt 2002. aasta 3. jaanuaril välja antud määrus nr. 4 "Hoolekandeesutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded" ("Määrus nr. 4"). Määruse kohaselt, lisaks psühhiaatrilise abi seadusega sätestatud teenustele peab riik pakkuma ka järgmisi teenuseid:⁶⁴

Pakutakse hooldekodudes ja toetatud elukeskkonnas lepinguga värvatud ettevõtete või mittetulunduslike ühenduste poolt

- Juhtumikorraldus: Sotsiaalkindlustusameti järelvalve valdkonnas, juhtumi korraldajad töötavad regionaalsetes pensioniosakondades
- Igapäevaelu toetus
- igapäevaelu toetamine
- Toetatud elamine
- Elamine kogukonnas
- Töötamise toetamine
- ööpäevaringne hooldus
- Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine
- ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine

Reeglina ei rahastata peresid hoolduse teostamise eesmärgil. 2005. aasta 1. aprillini toetati riigieelarvest tõsise puudega isikute hooldajaid, kelleks paljudel juhtudel oli pereliige. Peale eelpool toodud kuupäeva on toetuste jagamine kohaliku omavalitsuse ülesandeks. Rahapuudusel makstakse hooldaja toetust nüüd aga tavaliselt ainult siis, kui hooldaja on töötu ja ei ole puudega inimese sugulane.

Juriidiline ja poliitiline analüüs

Eesti põhiseadus (1992) tagab terve rea inimõigusi kõigile Eesti elanikele. vaimse tervise häiretega inimestele kehtivad eriti järgmised paragrahvid:

- Paragrahv 12: kõik on seaduse ees võrdsed ja diskrimineerimine mitmete asjaolude, sh. "sotsiaalse staatuse" või "muude asjaolude" alusel on keelatud.
- Paragrahv 13: igal inimesel on õigus riigi kaitsele. kodanikud on kaitstud riigivõimu omavoli eest.
- Paragrahv 18 (vastavuses Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 3. artikliga): kedagi ei tohi piinata, julmalt või väärikut alandavalt kohelda ega karistada.
- Paragrahv 20 (vastavuses Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 5. artikliga): igal inimesel on õigus vabadusele ja isikupuutumatusel. vabaduse võib võtta ainult seaduses sätestatud juhtudel ja korras. Seaduse kohaselt võib riik muuhulgas pidada isikut kinni siis, kui ta kannatab nakkushaiguse all, on vaimuhaige, alkohoolik või narkomaan kui ta on ohtlik iseendale või teistele.
- Paragrahv 21: Igaühel, kellel on võetud vabadus, teatatakse viivitamatult talle arusaadavas keeles ja viisil võtmise põhjus ja tema õigused. Kedagi ei tohi vahi all pidada üle neljakümne kaheksa tunni ilma kohtu sellekohase loata. Kohtu otsus teatatakse vahistatule viivitamatult talle arusaadavas keeles ja viisil.
- Paragrahv 24: Igaühel on õigus olla oma kohtuasja arutamise juures. Kohtuistungid on avalikud. Kohus võib seaduses sätestatud juhtudel ja korras oma istungi või osa sellest kuulutada kinniseks riigi- või ärisaladuse, kõlbluse või inimeste perekonna- ja eraelu kaitseks või kui seda nõuavad alaealise, kannatanu või õigusemõistmise huvid. Igaühel on õigus tema kohta tehtud kohtuotsuse peale seadusega sätestatud korras kaevata kõrgemalseisvale kohtule.

64 Vt. määruse nr. 4 paragrahvi 1.2. lõiku

· Paragrahv 28 – igaühel on õigus tervise kaitsele. Eesti kodanikul on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral.

Hoolimata nendest juriidilisest tagatistest rikuvad mitmed Eesti seadused põhiseadusega kinnitatud õigusi. Kõige olulisemad rikkumised puudutasid kinnipidamisprotseduure, mis sisaldus kuni 2006. aasta 1. jaanuari kehtinud Psühhiaatrilise abi seaduses (PsAS), kuid ka Sotsiaalhoolekande seaduses (ShKS); samuti Tsiviilkohtumenetluse seadustikus toodud teovõime piiramiseprotseduur, mis rikuvad põhiseadusega, Euroopa ja rahvusvahelise inimõiguslase seadusandlusega tagatud õigusi.

3.1. Psühhiaatrilise abi seadus⁶⁵

3.1.1 Kuni 2006. aasta 1. jaanuarini kehtinud redaktsioon

1997. aastal vastuvõetud seaduses olid ebapiisavad õiguste kaitsemehhanismid ja kohati ka otseselt Eesti põhiseaduses ja rahvusvahelistes inimõiguste instrumentides tagatud inimõiguste rikkumised. Esimeseks suuremaks puudujäägiks oli (ja on endiselt) juhiste puudumine vaimse tervise häirega inimese tahtevastase kinnipidamise kohta hädaolukorra mõiste alla mittemahtuvatel juhtudel. Vastavalt Euroopa inimõiguste Kohtu kohtulahenditele, peab riiklik Psühhiaatrilise abi seadusandlus tagama eksperthinnangu, mida läbi viiv ekspert kontrollib, kas isiku vaimne tervis "õigustab oma tüübilt või määralt kohustuslikku kinnipidamist"⁶⁶

Seaduse teiste suurte puudujääkide hulka kuulusid:

1. Sõltumatu psühhiaatri hinnangu puudumine kinnipidamise kohta

2. Kuni 14 päeva kestev kinnipidamine ilma kohtuotsuseta
3. Puudus õigus kinnipidamisprotsessis oma seisukohta esitada
4. Puudus õigus osavõtta kohtuistungist halduskohtus,
5. Puudus õigus ennast kohtuniku ees esindada
6. Patsient ei saanud tutvuda haigla poolt kohtunikule saadetud asitõenditega
7. Kinnipeetaval puudus võimalus algatada apellatsioonimenetlust
8. Kohtunikul polnud kohustust patsiendile kohtuotsust teatada ega otsuse põhjendusi sõnastada
9. Patsiendil ei olnud seaduses ettenähtud võimalust juriidilise esindatuse kohta menetluse üheski staadiumis

Seegarikkus Psühhiaatrilise abiseadus Eestipõhiseaduse paragrahve 3, 12, 20, 21 ja 24 kas läbi kindlaid õigusi tagavate protseduuride mittenumetamise või õigusi rikkuvate protseduuride (kirjeldatud täpsemalt allpool) esitamise.

3.1.2. Parandused Psühhiaatrilise abi seadusesse

2006. aasta 1. jaanuarist hakkasid kehtima Psühhiaatrilise abi seaduse parandused. Kõige tähtsamaks paranduseks Psühhiaatrilise abi seaduses on see, et üle 48-tunnist tahtest olenematut ravi saab viia läbi ainult kohtuotsuse alusel. tahtest olenematu ravi juhtumeid arutatakse tsiviilkohtutes (maakohtutes) vastavalt Tsiviilkohtumenetluse seadustiku 54. peatükile "Isiku paigutamine kinnisesse asutusse". Põhimõtteliselt tähendab psühhiaatria haiglas kinnipidamine riigivõimu kasutamist isiku vastu. Seetõttu oleks loogilisem olnud asja andmine halduskohtu pädevusse.

65 <http://www.legaltext.ee/et/andmebaas/ava.asp/m=022>

66 Vt 2 ECHR 387, Winterwerp v Holland

Kohus otsustab isiku paigutamist määrata peamiselt vahepealse meetmena (esialgse õiguskaitsena), mille esialgne kestvus võib olla kuni kolm kuud ja mida võib pikendada kuni kuue kuuni. Kuigi psühhiaatria haiglas viibimise kestvus võib venida kuni kolme aastani,⁶⁷ esineb seda tõenäoliselt väga harva. Ent arvestades veel ka asjaolu, et juhtumi puhul ei esine seaduse poolt ettenähtud ülevaatusi, on see säte ilmselgelt vastuolus rahvusvahelise inimõigusala seadusandluse vastavate sätetega. Lisaks muidu ainult kohaliku omavalitsusele lubatud kohtule esitatavale taotlusele isiku paigutamise kohta kinnisesse asutusse, võivad ka psühhiaatria haigla peaarst või peaarsti asetäitja esitada erandina samuti taotluse esialgse õiguskaitses abinõuna isiku määramiseks psühhiaatria haiglasse.⁶⁸

Tänaseks on kõik huvigrupid tunnistanud fakti, et Psühhiaatrilise abiseadus vajab tõsiselt parandusi võisiis tuleb koostada täiesti uus seadus. Sotsiaalministeerium on andnud mitteametliku lubaduse algatada vastavat protsessi 2006. aasta lõpus, kutsudes kokku asjaomase ekspertgrupi.

3.2 Sotsiaalhoolekande seadus⁶⁹

3.2.1 Enne 1. jaanuari 2006

Sotsiaalhoolekandeseaduse reguleerimise küsimuste kõrval ka vaimse tervise häirega ja intellektuaalse puudega patsientide vastuvõttu hoolekodudesse. Sarnaselt Psühhiaatrilise abi seadusele ei sisaldanud Sotsiaalhoolekande seadus piisavaid protseduure ega ka õiguste kaitset antud isikute jaoks. Veelgi enam, Tsiiviimenetluse seadustiku poolt teoreetiliselt tagatud õigusi ignoreeriti tihti praktikas.

Vastavalt Eestile "ainuomasele" praktikale, võis tsiiviilkohus inimest sundkorras sotsiaalhoolekandekodusse paigutada nõusolekuta hooldamisele, kui isik:

- 1) oli ebaterve mõistusega, alkohoolik või narkomaan;
- 2) võis ohustada ennast või teisi;
- 3) varasemate meetmete rakendamine ei olnud piisav või polnud raviks muid variante;⁷⁰ ja kui
- 4) indiviid või tema seaduslik eestkostja ei nõustunud isiku sotsiaalhoolekandekodusse paigutamiselega.

Lisaks sundkorras paigaldamise küsimusele oli kohtul õigus (ja seda enamustel juhtudel kasutati) otsustada seadusliku eestkostja määramise üle.

Praktikas ei saanud sundkorras sotsiaalhoolekandekodusse määratud inimesed praktiliselt kunagi informatsiooni nende paigutuse ja piiratud steovõime kohta. Mitte ühelgi juhul ei antud neile võimalus enda eest kosta või seaduslikku eestkostjat valida. Reeglina ei saanud teavitatud isikud kohtuotsused ning neil ei olnud võimalik edasi kaevata. Enamustel juhtudel polnud neil ka võimalik lasta ennast riigi poolt määratud ja rahastatud advokaadil esindada.

Vastavalt Sotsiaalhoolekande seadusele tuli sotsiaalhoolekandeseaduse sotsiaalhoolekandeseadusse sundpaigutus lõpetada antud hoolekodu direktori poolt siis, kui ükskõik milline eelpool toodud paigutustingimus lakkas eksisteerimast. Kahjuks oli vaid vähe erandeid, kui isikul lubati lahkuda hoolekodust enne kohtuotsusega määratud ajaperioodi lõppu. Seadus võimaldas ka kinnipidamisperioodi ühe aasta kaupa pikendada ja seda võimalust kasutati väga laialdaselt jätkuvaks kinnipidamiseks, eriti just tänu muude kogukondlike teenuste puudumise tõttu.

67 Vt. Tsiiviimenetluse seadustiku paragrahvi 538 2. lõiku

68 Vt. Psühhiaatrilise abi seaduse paragrahvi 13 1. lõiku ja Tsiiviimenetluse seadustiku paragrahvi 534 1. lõiku¹

69 <http://www.legaltext.ee/et/andmebaas/ava.asp?m=022>

70 Vt. Sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvi 19 1. lõiku, kehtiv kuni 01.01.2006

EPE-I on tõendeid selle kohta, et mõnel juhul on kohalikud omavalitsused ja puudega inimese sugulased kasutanud isiku nõusolekuta hooldamist selleks, et oma rahalistest kohustustest vabaneda. 24-tunnise tugevdatud järelvalvega hoolduse eest maksis (ja maksab endiselt) riik. Nõusolekuta hooldamisele määratud isik oli kohustatud igakuiselt oma toitlustamise ja majutuse eest maksma maavanema poolt määratud kindlas summas.

Lisaks oli hooldekodudel majanduslikku motivatsiooni märkida residentide puuet tõsisemaks kui tegelikult, kuna riik eraldas rohkem raha "tugevdatud hoolekandeteenuste" pakkumiseks. Vaimse tervise häiretega isikute õiguste rikkumisi ja vägivalda põhjustas see, et vaimse tervise häiretega isikute kõrval olid nõusolekuta hooldamise sihtgruppideks ka narkomaanid ja alkohoolikud.

Hoolekodusse paigutuse lõpetamisel võis isik ametlikult oma teovõime taastada siis, kui eestkostja määramiseks vajalikud tingimused olid kadunud. Eestkostusorgan (kohalik omavalitsus) omas õigust esitada kohtule taotlust indiviidi juriidilise teovõime taastamise kohta.⁷¹ Entsedaprotsessituli harvaette, sest kohalik omavalitsus kas ei tulnud toime dokumentide esitamisega või polnud nende esitamisest huvitatud. Juhul kui indiviidi juriidiline teovõime lõpuks siiski taastati, ei olnud tal tihti enam kuhugi minna ja ta asus vabatahtlikult elama sama hooldekodu teise osakonda.

3.2.2. Peale 1. jaanuari 2006

2006. aasta alguses muudeti Sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvi 19. Asjaolu, et alkohoolikuid ja narkomaane ei määrata enam paragrahvi 19 järgi sotsiaalkodudesse, võib pidada positiivseks muutuseks.

Kahjuks tuleb esile tuua ka negatiivseid muutusi:

1) Isiku hooldekodusse paigutamise maksimaalset kestust pikendati ühelt aastalt kolme aastani.⁷² Vastavalt seadusele võib esialgne paigutus kesta kuni kolm aastat, pikendatakse kestvust aga kohustuslikult kolme aasta kaupa.

2) Kinnipidamist saab lõpetada ainult maakohtu otsus, mis põhineb kas kohaliku omavalitsuse poolt esitatud taotlusel või kohtu enda suval.

3.3. Tsiviilseadustiku üldosa seadus ja Perekonnaseadus

Uus Tsiviilseadustiku üldosa seadus hakkas kehtima 2002. aasta 1. juulist; Perekonnaseadus 1995. aasta 1. jaanuarist. Vastavalt Tsiviilseadustiku üldosa seadusele on täiskasvanud isikutel piiratud teovõime⁷³, kui nad ei ole võimelised kestvalt mõistma või suunama oma tegevusi vaimuhaiguse, vaimse puude või muude vaimsete häirete tõttu. Seetõttu on piiratud teovõime faktiline küsimus. Sellel käsitlusel on nii positiivsed kui negatiivsed aspektid:

- Positiivsel poolel on see, et kui isik, kes kannatab vaimuhaiguse, vaimse puude või muu vaimse häire all, on kahjustanud oma omandiõigusi, võib kohus kuulutada toimunud tehingu kehtetust selle algusest peale. Kohtul pole kohustust lahendada kõigepealt eraldi kohtumenetlusega küsimus piiratud teovõimest, nagu seda nägi ette enne 2002. aasta 1. juulit kehtinud redaktsioon.

- Negatiivsel poolel on see, et kuigi antud individide delikaatsete isikuandmete käsitlemise kohta kehtivad väga ranged reeglid, on minevikus esinenud paljusid juhtumeid, kus psühhiaatri teenuseid kasutanud isiku puhul kuritarvitati teenuste kasutamise fakti ametliku ettekäändena isikule eestkostja määramise menetluse algatamiseks.

71 Vt. Tsiviilmenetluse seadustiku paragrahvi 268, kehtiv kuni 01.01.2006

72 Vt. Sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvi 19 3. lõiku, kehtiv alates 01.01.2006

73 Vt. Tsiviilseadustiku üldosa seaduse paragrahvi 8 2. lõiku

Kui isikule on määratud eestkostja, peetakse tema teovõimet piiratuks.⁷⁴ Eestkoste määratakse piiratud teovõimega isiku omandi- ja isiklike õiguste ning huvide kaitseks.⁷⁵ Seaduses kasutatakse osalise eestkoste mudelit, kuid kui eestkostja on määratud ja teovõimetus isikul ei ole õigust mingeid tehinguid teha, on see isik teovõimetus valimisõiguseosas.⁷⁶

Piiratud teovõimega kaasneb mitmeid tõsiseid juriidilisi tagajärgi. Näiteks ei saa piiratud teovõimega täiskasvanud, kellele on määratud eestkostja, abielluda.⁷⁷ Riigiasutustel on õigus neid isikuid mitte vastu võtta ning mitte vastata nende kirjalikele avaldustele.⁷⁸ Piiratud teovõimega täiskasvanutel ei ole kohtumenetluses teovõimet, välja arvatud juhtudel, kus algatatakse eestkostja määramise või kinnisesse asutusse paigutamise menetlus. Juhtudel, kus isik on piiratud teovõimega, kuid ei vasta nõusolekuta hooldamisele paigutamise nõuetele, võib ametlik eestkostja paigutada antud isiku hoolekodusse vastavalt eestkostja ja hooldekodu vahel sõlmitud lepingule. Tavaliselt ei arvestata sellisel juhul hoole all oleva isiku arvamusega. Praegusel kujul rikub eestkostesüsteem Eestis mitmeid põhilisi inimõigusi. Eesti seadusandlus ei paku vähem piiravaid meetmeid, mida Euroopa Nõukogu Ministrite Komisjon soovitas liikmesriikidele määrusega 1999(4) "Teovõimetus täiskasvanute juriidilist kaitset puudutavad põhimõtted".

3.4. Tsiviilkohtumenetluse seadustik

3.4.1. Enne 1. jaanuarit 2006

Kuigi seaduses oli võimalus kaasata vaimsetervise probleemidega isikut eestkostja määramise või nõusolekuta hooldamisele paigutamise menetlusse, ei kasutatud seda peaaegu kunagi. Tsiviilkohtumenetluse

seadustikusei olnud vastavalt jaeraldiseisvat protseduuri nõusolekuta hooldamisele saatmise küsimustes ning taolisi juhtumeid kuulati hagita menetluses, mis põhines analoogial eestkostja määramise menetlusega. . Kõige levinum praktika oli see, et arutluse all olnud isikul puudus igasugune informatsioon käimasoleva kohtuasja ja vastava otsuse kohta. On teada juhtum, kus isik sai endale määratud eestkostjat puudutavast otsusest teada kaks aastat peale otsuse langetamist.

Kuigi Perekonnaseaduse kohaselt sai eestkostjaks määrata ainult füüsilist isikut, määrati sobivate kandidaatide täielikul puudumisel eestkostjaks kohalikke omavalitsusi. Kuna kohalikel omavalitsustel oli eestkostesutusena kohustus kontrollida eestkostjatetevõimust, tekkis sellisel juhul mõnikord tõsine huvide konflikt.

Mõnel juhul, kus isikule määrati eestkostja ja ta saadeti samas ka hooldekodusse nõusolekuta hooldamisele, täideti kohtuotsus vastu ligi aasta pärast otsuse jõustumist. Seadusandlus ei pakkunud mitte mingeid vahepealseid meetmeid kohtuotsuse vaidlustamiseks, eriti selle proportsionaalsuse ja elluviimise vajaduse osas vastavalt isiku väidetavale ohtlikkusele. Selle kohtupraktika tühistamiseks andis EPE juriidilist abi üheksale kliendile, esitades nende nimel Eesti Riigikohtule avaldusi eestkoste määramisel ja/või nõusolekuta hooldamisele paigutamise juhtudel esinenud kohtuvigade parandamiseks. Kõigil üheksal juhul tühistati maa- või linnakohtute poolt tehtud otsused ning kohtuasjad saadeti esmataseme kohtusse uuesti läbivaatamisele. Kokku tühistas Riigikohus 12 kohtuotsust. Näiteks M.V. juhtumi puhul oli Riigikohtu tsiviilkolleegiumi otsus järgmine:

74 Vt. Tsiviilseadustiku üldosa seaduse paragrahvi 8 3. lõiku

75 Vt. Perekonnaseaduse paragrahvi 92 4. lõiku

76 Vt. Võlaõiguse seaduse paragrahvi 4 2. lõiku, Tsiviilmenetluse seadustikku, Rahvusvahelise eraõiguse seaduse rakendamise seadust

77 Vt. Perekonnaseaduse paragrahvi 4 3. lõiku

78 Vt. Märgukirjale ja selgitustaotlusele vastamise seaduse paragrahvi 4 2. lõiku ja paragrahvi 5 9. lõiku

“8. Tsiiviikohtumenetluse seadustiku § 249 lg 1 kohaselt vaatab kohus hagita asja läbi hagimenetluse sätete kohaselt, arvestades hagita menetluse kohta sätestatud erisusi. Sama paragrahvi 2. lõike kohaselt vaatab kohus avalduse hagita asjas läbi kohtuistungil avaldaja ja huvitatud isiku osavõtul. Kohus peab kaasama kõik asjast huvitatud isikud ka juhul, kui avaldaja ei ole nende kaasamist taotlenud. Kolleegium leiab, et isik, kellele eestkostja määramist ja kelle hoolekandeesutusse paigutamist ilma tema nõusolekuta taotletakse, on asjast huvitatud isik ning ta tuleb kaasata asja läbivaatamisesse, kui tema vaimne seisund seda võimaldab. Asjaolu, et maakohus on X. XXXXX kutsunud 20. septembril 2003. a toimunud istungile, ei tähenda iseenesest seda, et linnakohus oleks täitnud kõiki tsiiviikohtumenetluse seadustiku nõudeid X. XXXXX asja kaasamisel.

Tsiiviikohtumenetluse seadustiku § 259 kohaselt vaadatakse eestkostja määramise avaldus läbi avaldaja ja eestkosteesutuse ning kui vaimne seisund seda võimaldab, siis ka isiku, kelle eestkostja määramist taotletakse, osavõtul. Seega peab kohus eelmenetluses välja selgitama, kas vaimne tervis võimaldab tal kohtuistungist osa võtta ja ise oma huvisid kaitsta.

9. Selleks peab kohus TsMS § 258 lg 1 alusel ekspertiisi määramisel esitama eksperdile ka küsimuse, kas isik on võimeline kohtuistungil osalema. Kahtluse korral peab kohus tegema täiendavaid toiminguid, et saavutada isiku istungile kutsumise või kutsumata jätmise osas veendumuse maksimaalse võimaliku astme. Võimaluse korral võib kohus isiku võime kohtuistungil osaleda välja selgitada koos eksperdiga isikuga kohtudes. Kohus ei tohi jätta isikut ära kuulamata, kui ekspert on arvamusel, et isik ei ole võimeline kehtvalt oma tegude tähendusest aru saama ja neid juhtima, kuid

isiku võime kohta osaleda istungil ei ole ta arvamust avaldanud. Samasugusele seisukohale on Riigikohus asunud 13. novembri 2003. a otsuses tsiiviilasjas nr 3-2-3-5-03 (RT III 2003, 35, 362) ja 16. novembri 2004. a otsuses tsiiviilasjas nr 3-2-3-2-04 (RT III 2004, 33, 348). Käesolevas asjas ei ole kohus esitanud eksperdile küsimust X. XXXXX võime kohta osaleda kohtuistungil. Asja materjalidest ei ole näha ka muid toiminguid, mida kohus oleks teinud, et leida sellele küsimusele vastust. Sellega rikkus kohus TsMS § 249 lõikeid 2 ja 3 ning § 259.

10. Kolleegium peab vajalikuks märkida, et käesolevas asjas ei ole ekspert uuritavaga isiklikult kohtunud. Kolleegium leiab, et menetluses, millega piiratakse isiku teovõimet ja/või isik paigutatakse hoolekandeesutuse tugevdatud järelevalvega osakonda, on lubamatu see, et ekspert ilma uuritavaga kohtumata annab hinnangu tema vaimsele tervisele ja samuti ka tema ohtlikkusele iseenda ja teiste inimeste vastu. Menetlustes, mille juriidiliseks tagajärjeks on isikuõiguste piiramine, peab kolleegiumi arvates kõne- ja kontaktivõimeliste isikut ekspert isiklikult uurima.

11. Kolleegium on seisukohal, et kui isiku vaimne seisund ei võimalda tal endal oma huvisid kaitsta ja ta ei ole endale ise esindajat määranud, siis tuleb TsMS § 83 lg 3 analoogia alusel määrata isikule esindajaks advokaat. Kui isik on maksejõuetu, tuleb talle sama sätte kohaselt määrata esindajaks advokaat riigi arvel.

12. Kolleegium ei soostu kohtuvigade parandamise avalduse väitega, et SHKS § 19 on vastuolus põhiseaduse ja rahvusvahelise õigusega, sest kohtul puuduvad reeglid, mille alusel isiku sundkorras hooldekodusse paigutamise avaldust läbi vaadata. Kolleegium on oma 16. novembri 2004. a lahendis nr 3-

2-3-2-04 (RT III 2004, 33, 348) leidnud, et TsMS § 9 lg 2 kohaselt kohaldab kohus protsessisuhet reguleeriva seadusesätte puudumise korral sätet, mis reguleerib vaieldavale suhtele lähedasi suhteid. Kui selline seadusesäte puudub, lähtub kohus õiguse üldisest mõttest. Samuti leidis kolleegium viidatud lahendis, et hagita menetluses on isiku õigused, kelle kohta on esitatud taotlus hoolekandeesutusse paigutamiseks, kaitstud kohtu aktiivse rolliga menetluses.⁷⁹

Kahjuks ei pidanud kohus vajalikuks tegeleda samas avalduses esitatud väidetega rahvusvahelise õiguse normide rikkumise kohta. Peale seda, kui kohtud hakkasid eestkoste ja nõusolekuta hooldamisele määramise kohtuasjades isikutele juriidilisi esindajaid määrama, on esinenud uued probleemid määratud advokaatide kehva töö ning üleoleva suhtumisega. Riigi poolt kinnimakstud advokaadid ei kohtunud oma klientidega ega arvestanud nende juhistega ning mitmel juhul ei esindanud ega kaitsnud mitte oma klientide huve, vaid lausa vastaspoole huve.

Selleks, et efektiivselt oma rikutud õigusi kaitsta, esitas L.N. avalduse Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioonikohtule, väites seda, et tema õigusi rikuti Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 5. artikli kohaselt järgnevate asjaolude tõttu. Nimelt oli teda poolteist aastat hooldekodus kinni peetud. Sellest pool aastat viibis ta asutuses ilma kohtuotsuseta. Seejärel pikendas kohus tema kinnipidamist, esitamata kohtuotsust isikule endale ning jättes ta ilma võimalusest otsust apelleerida. Isiku avaldus kohtuvigade parandamise kohta lükati Riigikohtu poolt tagasi põhjusel, et isikule oli määratud advokaat.

3.4.2 Peale 1. jaanuari 2006

Uus Tsiviilkohtumenetluse seadustik hakkas kehtima 2006. aasta 1. jaanuarist, kuid i jätkuvalt säilis eestkoste ja kinnisesse asutusse paigutamise kohtuasjade käsitlemisepraktika hagita menetluses. Kohtul on küll kohustus osaleda menetluses aktiivses rollis isegi siis, kui kohtule esitatud avalduste suhtes pole olnud mingeid vastuväiteid. Seadustik ütleb selgesõnaliselt, et eestkoste ja kinnisesse asutusse paigutamise asjade kohtualusel on õigus enda eest kohtuniku ees kosta⁸⁰ ja samuti õigus olla juriidiliselt esindatud⁸¹ ning maksejõuetuse korral maksab advokaadi tasu riik.

Võrreldes eelmise seadusega on vähendatud aga isiku õigust apelleerida. Kui enne määras eestkoste ja sundpaigutuse asjas õigust kohtuotsus, siis uue seaduse kohaselt määratakse tulemus kohtumäärusega. See tähendab seda, et kui varem andis potentsiaalset kaitset kaks lisaotsust (ringkonnakohtu ja Riigikohtu otsus), siis uue seaduse kohaselt on võimalik apelleerida ainult maakohtukaudu selle heakskiidu korral ringkonnakohtule, esitades määruskaebuse. Hagita menetluse asjades ei saa Riigikohtusse pöörduda. Selleks, et viia seadusandlust kooskõlla rahvusvaheliste seadustega (eriti Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 5. artikliga), on Tsiviilkohtumenetluse seadustikus 54. peatükk mis käsitleb kinnisesse asutusse paigutamise korda. Kohus menetleb kinnisesse asutusse paigutamise menetluses järgmisi asju:

- 1) Psüühiliselt haigete isikute paigutamine, tema tahte vastaselt psühhiaatria haiglasse võisotsiaalhoolekandeesutusse tema tahtevastasel koos vabadusevõtmisega;
- 2) nakkushaige paigutamine tema nõusolekuta haiglasse ja talle haiglaravi kohaldamine, kui selline

⁷⁹ Vt. Riigikohtu otsust tsiviilasjas nr. 3-2-3-3-04, www.nc.ee
⁸⁰ Vt. Tsiviilmenetluse seadustiku paragrahve 525 ja 536

⁸¹ Vt. Tsiviilmenetluse seadustiku paragrahvide 520 ja 535 2. lõiku

toiming on vajalik eriti ohtliku nakkushaiguse leviku peatamiseks;

3) Muid seaduses ettenähtud kinnisesse asutusse paigutamise asju.⁸²

Kohus viib eelpool hagita menetluse asjades menetluse läbi isiku elukohajärgse maavalitsuse või linnavalitsuse palve alusel. Siinkohal tasuks uuesti mainida, et maksimaalne suletud asutusse paigutamise perioodi kestvus on 3 aastat vastavalt seadustiku paragrahvi 538. 2. lõigule. EPE on juhtinud õiguskantsleri tähelepanu antud lõigu ilmsele vastuolule rahvusvahelise inimõiguslase seadusandlusega ning selle Tsviilkohtumenetluse seadustikus kinnipidamise kohustusliku perioodilise ülevaatusnõudepuudumisele. Viimase info kohaselt on Justiitsministeerium esitanud Riigikogule seaduseelnõu, mille kohaselt võimalik kinnipidamisaeg väheneks uuesti ühe aastani.

Kuigi uus seadus peaks kaitsma selle sihtgruppideks olevate isikute õigusi, on EPE juba saanud teada juhtumitest, kus isikute protsessiõigusi on rikutud sellega, et neile ei anta informatsiooni kohtumenetluse algatamise kohta. Uue seadusega tekitatud nõue saada 48 tunni jooksul kohtulahend on pannud kõigile osapooltele, eriti kohalikule omavalitsusele, peale suure surve. Omavalitsuse kohuseks on aidata kohust kinnisesse asutusse paigutamise tarbeks vajaliku info kogumisel.⁸³

Eestkostja määramisega kohtu poolt tegeleb Tsviilmenetluse seadustiku 53. peatükk.

Väikese positiivse muutusena võib tuua ära selle, et eestkostjat saab määrata ainult kuni kolmeks aastaks.⁸⁴ Reeglina tuleb eestkostja määramisel kohtu poolt arvestada ka eestkostetava enda arvamusega, kuid

seada ei arvestata ajutise eestkostja määramisel.⁸⁵ Ajutist eestkostjat võib määrata kuni üheks aastaks.

3.5 Psühhiaatriline sundravi vastavalt Karistusseadustikule ja Kriminaalmenetluse seadustikule

2004. aasta 1. juulikehtimahanud Kriminaalmenetluse seadustiku kohaselt peab kriminaalmenetluses advokaat kaitsma isikuid, kes ei ole võimelised ennast ise füüsilise või vaimse puude tõttu kaitsma; advokaadi tasu maksab isiku maksejõuetuse korral riik.⁸⁶

Vastavalt 2002. aasta 1. septembrist kehtinud Karistusseadustikule, määratakse isikule psühhiaatriline sundravi, kui isik pani õigusvastase teo toime "süüdimatus seisundis" või kui ta enne karistuse täiel määral kandmist on jäänud "vaimuhaigeks, nõdrameelseks või kui tal on tekkinud muu raske psüühikahäire".⁸⁷

Psühhiaatrilist sundravi teostatakse Eestis ainukeses litsentseeritud sundravihaiglas, mis asub Viljandi lähedal Jämejala külas. Asutuses on kaks erinevat režiimi ja ta on ehitatud 80 patsiendile.

4. Statistika

Statistika erinevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkumise, sh. psüühiliste erivajadustega vajadustega täiskasvanute (st. psühhiaatriateenuste kasutajate) kohta on saadaval aastateks 2002-2004.

82 Vt. Tsviilmenetluse seadustiku paragrahvi 533

83 Vt. samas paragrahvi 536 3. lõiku

84 Vt. samas paragrahvi 526 3. lõiku

85 Vt. samas paragrahvi 521 4. lõiku

86 Vt. Kriminaalmenetluse seadustiku paragrahvi 45 2. lõiku

87 Vt. Karistusseadustiku paragrahvi 68

Psühhiaatriahaiglad

Pakutud teenuseid	2004	2003	2002	2001
Ambulatoorse teie patsientide konsultatsioonid	110997	96365	92053	96112
Väljakirjutatud statsionaarseid patsiente	14886	14465	15045	14761
Kokku voodipäevi	241619	239948	275177	382443
Keskmine sissekirjutus	16 päeva	17 päeva	18,3 päeva	25,9 päeva
Surmade arv patsientide seas	48	54	51	51

Voodipäevade koguarv vähenes massiliselt peale tervishoiuasutustes 2002. aastal toimunud omandireformi. Sama reformi tulemusena on ka märgatavalt vähenenud keskmine haiglas veedetud aeg.

Hoolekodud

Tunnus	2004	2003	2002
24-tunniseid hoolekandeteenuseid pakkuvate eritüüpi asutuste arv	25	24	21
Hoolekannet saavate isikute arv	4247	4118	2457
Erivajaduste isikuid teenindav personal	993	Info puudub	1200

Täpsemat infot sotsiaalhoolekandeteenuste kohta 2004. aastal sai SM-i koduleheküljelt.

Teenus	Isikute arv	Kogukulutus EEK
Igapäevaelu toetus	1668	16 656 970
Sotsiaalpinna dotoetatud elamine	562	12 808 682
Toetatud elamine kogukonnas	32	2 324 519
Toetatud tööhõivetöötamise toetamine	548	3873 927
24-tunnine hooldus	2074	89 888 003
24-tunnine hooldus tugevdatud toetusega	171	11 639 179
24-tunnine hooldus tugevdatud järelevalvega	198	12 084 060
Majutusteenus	37	14 361 761
Kokku	5290	150 712 101

88 Täiskasvanute eritüüpi hoolekandeaasutusused – 2002, lk. 3

89 Täiskasvanute eritüüpi hoolekandeaasutusused – 2002, lk. 6

90 Koduteenust osutanud sotsiaaltöötajate arv maakonniti 1998-2002, Saadaval: [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/koduteen1998-2002hooldaja/\\$file/koduteen1998-2002hooldaja.xls](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/koduteen1998-2002hooldaja/$file/koduteen1998-2002hooldaja.xls)

Hoolekodude kohtade arvus on 2001. aastaga toimunud väga väike vähenemine (3,3%). 2002. aasta lõpuks oli kodudes 2457 intellektuaalse puudega isikut, kellest 44 sai ainult üldiseid sotsiaalhoolekandeteenuseid. 2002. aastal hoolekodudest lahkunud 314 isikut läks 3,8% iseseisvalt, riigi või pere toetusel elama. Ülejäänud surid, läksid teise hooldekodusse või lahkusid teistel põhjustel.⁸⁸

2002. aasta lõpuks töötas hoolekodudes 1200 töötajat, kellest suur osa oli juhtivtöötajad või hooldajad. Hooldekodus oli ainult 5 sotsiaaltöötajat, 1 füsioterapeut, 8 tegevusterapeuti ja 1 psühholoog. Ainult 21,3% hoolekodude töötajatest omas vastavat kutseharidust või kõrgharidust.⁸⁹

Kogukondlikud sotsiaalteenused

2002. aastal sooritas koduvisiite Eestis 737 sotsiaaltöötajat.⁹⁰ Teenust kasutas 2002. aastal 5964 isikut, kellest 48% oli diagnoositud mingit tüüpi puue.⁹¹

5. Patsientide õigused/ inimõigused/ mittetulunduslike ühenduste aruanded vaimsete puuete kohta

Peale Eestitaasiseseisvumist on rahvusvahelised inimõigusteorganisatsioonid ja siseriiklikud mittetulunduslikud ühendid hakanud jälgima Eestis vaimse tervise häiretega isikute õiguste kaitset. 1994. aastal asutati psühhiaatriliste patsientide kaitseks Eesti Patsientide Esindusühing, mis hindas tahtest olenematut psühhiaatrilist ravisaavate isikut tingimusi. EPE külastas 2003. aasta septembris Jämejala haigla psühhiaatrilise sundravi osakonda. Uuringu tulemusena tuvastati, et asutuses viibinutele ei olnud tagatud nende õigused

91 Koduteenuste osutamine 2002. aastal. Saadaval: [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/koduteenused2002/\\$file/koduteenused2002.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/koduteenused2002/$file/koduteenused2002.pdf)

ja protseduurid, mis tulenesid Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni artiklist 6. (õigus õiglasele kohtumenetlusele), Eesti põhiseadusest, Karistusseadustikust ja Kriminaalmenetluse seadustikust. Kaheksakümne ühest kinnipeetavast nõustus nelikümmend üks (37 meest ja 4 naist) vabatahtlikult küsitlust täitma.

Küsitluse tulemusena selgus, et ainult viis olid osalenud oma kohtuistungil. Neliteist isikut ei olnud saanud konsulteerida oma advokaadiga enne istungit ning 37 ei olnud istungi kohta saanud mingit informatsiooni. Viit oli informeeritud nende õigusest esitada kohtuotsusele apellatsioonkaebus. Seitseteist isikut avaldas huvi oma õiguse kasutamise vastu peale seda, kui neid oli apelleerimisõigusest informeeritud.

EPE esitas koostöös MTÜ-ga Mental Disability Advocacy Center(MDAC)⁹²ÜROinimõigustekomisjonile sõltumatu aruande selle kohta, et Eesti seadusandlus on vastuolus Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti artikliga 9. . EPE-l on koostöös MDAC-ga Euroopa Komisjoni poolt rahastatud ühine projekt „Vahikoer“, mille eesmärgiks on tegelda eestkoste ja kinnisesse asutusse paigutamise juhtumitega. Euroopa Nõukogu Piinamisvastane komisjon (CPT) on külastanud Eestit viiel korral, viimati 2003. aasta sügisel. CPT külastas Ahtme psühhiaatriaiglat ja Kernu hoolekodu. Oma aruandes andis CPT Eesti valitsusele täpsed juhised selle kohta, kuidas hoolekodudes paremini teenuseid pakkuda. Nii CPT aruanne kui Vabariigi Valitsuse vastus on saadaval Euroopa Nõukogu (EN) koduleheküljel.⁹³

Euroopa Nõukogu inimõiguste volinik hr. Gil-Robles avaldas oma 2003. aasta oktoobri Eesti külaskäigu kohta aruande, kus ta toonitas, et kuigi valitsus on üha enam rõhutanud iseseisvat elu, takistab taasloomumist reha

bilitatsiooniteenuste puudumine. Lisaks on vaid 13% puuetega inimestes tööhõives ning erivahenditega töökohas makstakse tötöasuna vaid pool keskmisest palgast (punkt nr. 38).⁹⁴

Volinik kommenteeris ka kooskõla puudumist Eesti ja rahvusvaheliste seadustevahel inimõigusi puudutavate kohustuste osas. Tema aruanne kritiseeris eriti seda, et Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt psühhiaatrilisse asutusse tahtest olenematule ravile määratud isikud ei saa apelleerida nende kinnipidamise vastu, mis võib kesta kuni 14 päeva. Samas õigusvastaste tegude eest kinnipeetud isikute süüasi tuleb kohtu poolt 48 tunni möödudes üle vaadata. Lisaks sellele, et taoline praktika rikub õigust kaitsele, tähendab see ka diskrimineerimist psühhiaatrilisse asutusse määratud isikute suhtes.

Seetõttu soovitas volinik muuta Eesti seadusandlust muudetakse nii, et see pakuks Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni artikliga 5. määratud õiguskaitset kõigile neile, keda on Eestis kinni peetud. Aruanne kritiseerib ka seda, et Psühhiaatrilise abi seadus ei tee selget vahet psühhiaatrilise asutusse paigutamise protseduuride ja ilma nõusolekuta ravi vahel.(punkt nr 43).⁹⁵

ÜRO inimõiguste komisjon on samuti kritiseerinud 14-päevast perioodi enne kinnipidamise ülevaatus.⁹⁶ Lisaks märkis komisjon, et 14-päevase perioodi järel tühistatud kinnipidamiste arv näitab taoliste kinnipidamiste legitiimsuse küsitavust.⁹⁷

92 <http://www.mdac.info/>

93 <http://www.cpt.coe.int/en/states/est.htm>

94 [http://www.coe.int/T/E/Commissioner_H.R/Communication_Unit/Documents/pdf.CommDH\(2004\)5_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/Commissioner_H.R/Communication_Unit/Documents/pdf.CommDH(2004)5_E.pdf)

95 Samas

96 Concluding Observations of the Human Rights Committee: Estonia 15/04/2003 CCPR/CO/77/EST. Komisjon leidis, et protseduur rikub ICCPR-i 9. paragrahvi.

97 Samas.

SOOVITUSED

2004. aasta seisuga

Sotsiaalministeeriumile

1. Tuleks algatada väga ulatuslike muudatuste protsess seadusandluses ning ühiskondlikes hoiakutes ebaterve mõistuse ja piiratud teovõimega isikute inim- ja protsessiõiguse osas. vaimse tervise poliitika rakendamisel peaks ministeerium toetuma rahvusvahelise inimõigusosalase seadusandluse põhimõtetele ja 2002. aastal laia sidusgruppide ringi poolt vastu võetud raamdokumendi põhimõtetele. Järgnevad soovitused tegevuste kohta, mida selline protsess peaks sisaldama:

- ÜRO inimõiguste komisjon märgib Eestis puudutavas 2003. aasta 3. aprilli tähelepanekute 10. punktis, et riik peaks tagama selle, et meetmed, mis võtavad isikult vabaduse muuhulgas ka vaimse tervisega seotud põhjustel, vastaks Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti 9. punktile. Oma Eesti kohta tehtud lõplikus järelduses CommDH(2004)5 ütleb EN-i inimõiguste volinik punktis 43, et Eesti Psühhiaatrilise abi seadus on vastuolus Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni 5. punktiga.
- Viidates eelpool toodud faktidele, soovitatakse tühistada Psühhiaatrilise abi seadus ning kindlasti alustada uue asjakohase seaduse väljatöötamist, mis oleks kooskõlas Eesti riigi poolt ratifitseeritud rahvusvaheliste lepetega ning ka rahvusvaheliste organisatsioonide – eriti ÜRO inimõiguste komisjoni ja Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee – soovitustega. Kasutusele tuleb võtta kõiki meetmeid ja kaasata kõiki sidusgrupe tagamaks seda, et uus Psühhiaatrilise abi seaduseelnõu oleks kooskõlas alljärgnevaga:
- 1991. aasta 19. detsembri ÜRO resolutsiooniga

nr. 46/119 ja soovitusega nr. R(99) 4 mis puudutab piiratud teovõimega täiskasvanute juriidilise kaitse põhimõtteid,

- Soovitusega (2004)10 “Vaimsete häiretega isikute inimõiguste ja inimväärikuse kaitse põhimõtted”,
- Soovitusega (2006)5 “Euroopa Nõukogu tegevusplaan puuetega inimeste õiguste ja täieliku ühiskonnas osalemise edendamiseks: puuetega inimeste elukvaliteedi parandamine Euroopas 2006-2015”.

2. Tuleks tühistada kehtiva Sotsiaalhoolekande seaduse paragrahv 19, mille järgi võib isikutelt võtta nende vabaduse, saates neid hooldekodusse ilma isiku enda või eestkostja nõusolekuta. Kuna protseduuri ennast ei reguleeri ükski Eesti seadustik, siis on esinenud mitmeid seaduse kuritarvitamisi. Mõnel juhul on isikutelt võetud vabadus isegi maavanema (Eesti riigi esindaja maakonnas) käsul, mis on otseselt vastuolus Eesti põhiseadusega.

3. Tuleks panna paika see, et isikut saab paigutada suletud asutusse ainult kohtuotsusega ja siis, kui rehabilitatsioonimeeskonna arvates on tegemist ainsa ja vajaliku teenusena kliendi suhtes ning muid meetmeid ei ole või nad oleks ebapiisavad. Samuti tuleb seaduses selgelt öelda, et isikut võib võtta hooldekodusse vastavalt eestkostjaga sõlmitud lepingule siis, kui seda on selgesõnaliselt soovitanud rehabilitatsioonimeeskond.

4. Tuleks selgelt ja otseselt määrata, kui palju hooldekodu elanik peab maksma hooldekodus pakutud teenuste eest, et vältida olukordi, kus elanikud maksavad sama koguse ja kvaliteediga teenuste eest erinevalt.

5. Selleks, et vältida juhtumeid, kus piiratud teovõimega isikud paigutatakse kohtuotsusega hooldekodusse hoolimata selle selgest põhjendamatuses, tuleb selgesõnaliselt seadustada seda, et kui hooldekodusse määramise algatab eestkostja ja/või kohalik kogukond, siis on nad kohustatud tasuma osa antud hooldekodu teenuste maksumusest.

6. Koostöös Haridus- ja teadusministeeriumi ja kohalike kogukondadega tuleks võtta ette konkreetseid meetmeid, et võimaldada laia valiku psühhiaatriliste teenuste pakkumist erinevatele rahvastikurühmadele. Eriti tuleks pakkuda ennetavaid ja toetavaid teenuseid, lastele ja täiskasvanutele mõeldud harivaid ja/või hea vaimse tervise saavutamise programme.

7. Koostöös kohalike kogukondadega tuleks laiendada pakutud avalike teenuste spektrit (eriti avalike hoolekandeteenuste valikut ja tugiisikute, toetatud elamise ja töötamise süsteemi), et see sisaldaks maksimaalselt teenuseid, mis vastavad isikute erinevatele vajadustele.

8. Riik peaks määrama igal teenusel vajavale isikule kindla suurusega rahastamise, mis katab igapäevaeluga toimetuleku. Selle asemel, et ühendada eraldatud raha kindla teenusega, peaks rehabilitatsioonimeeskond ja isik ise saama raha üsna vabalt isiku huvides kasutada. Pakutud teenuste tüüpi peaks iga kuue kuu tagant üle vaatama, et otsustada seda, kas isiku vajadused on muutunud või mitte. See on hea viis riigi raha kasutamiseks ja vastab samas individuaalsetele vajadustele.

9. Isik peaks olema kaasatud rehabilitatsiooniplaani loomisesse ja selle vastuvõetavuse korral allkirjastama. Rehabilitatsiooniplaani, millega isik ei nõustu,

ei tohiks rakendada, kuna see rikub isiku õigust enesemääramisele.

10. Tuleks parandada ligipääsu erinevatele teenustele (sh. rehabilitatsiooniteenustele) ja tagada piisava riigieelarvelise rahastamise olemasolu.

11. Tuleks soodustada mittetulunduslike ühenduste osalust riigieelarveliselt rahastatavate sotsiaalhoolekandeteenuste pakkumisel, laiendades teenuste valikut ja pikema perioodiga (vähemalt 5 aastat) riigihanget.

12. Vaimsete häiretega isikutele teenuseid pakkuvaid mittetulunduslikke ühendusi PEAB KOHTLEMA VÕRDSETE PARTNERITENA.

13. Kõigil suletud asutuste residentidel on õigus saada riigi poolt rahastatavat eriravi (sh. hambaravi).

14. Tuleks võtta käsile meetmeid, mis looks automaatse ja sõltumatu kontrollmehhanismi, mille eesmärgiks oleks uurida, kas isiku sundkorras suletud asutusse paigutamine on olnud õigustatud. Samuti peaks ministeerium julgustama eritüüpi hoolekodude ja psühhiaatriaiglate direktoreid omaenda algatusel sundkorras ravi lõpetama, kui see pole nende arvates õigustatud.

15. Tuleks vastavate organitega algatada seaduseelnõu, mis looks läbipaistva ja sõltumatu eestkostesüsteemi.

Justiitsministeeriumile

1. Tsviilmenetluse seadustiku eelnõus tuleks nõuda, et eestkostja määramist saab algatada ainult rehabilitatsioonimeeskonna otsuse alusel. Isiku tsviilteovõimet mõjutav kohtuotsus peaks põhinema rehabilitatsioon

imeeskonna poolt läbi viidud vastaval isiku vajaduste ülevaatusel (nt. tsiviilpeingute sõlmimise, raha kasutusotsuste, abiellumisõiguse ja hääletusõiguse osas). Kohtupraktikud peaksid selgelt mõistma, et isiku teovõime piiramine ilma vastavate tõenditeta on väga ilmne inimõiguste rikkumine. Kohtupraktika, mille kohaselt tehakse teovõime kohta otsus ühe psühhiaatri hinnangu alusel, peab koheselt lõppema. Vastavalt Tsiviilmenetluse seadustikule on kohus kohustatud koguma oma tõendeid ise.

2. Väga tungival on soovitatav muuta Tsiviilseadustiku üldosa seaduse paragrahvi 8(2) sõnastust, mille kohaselt alla 18-aastaselt isikul (alaealisel) ja isikul, kes vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu ei suuda oma tegudest aru saada või neid juhtida, on piiratud teovõime. Antud säte diskrimineerib selgelt iga inimese vastu, kellel on ükskõik milline psühhiaatriline diagnoos või kes on koguni vaid lihtsalt psühhiaatri juures käinud.

3. Tuleks selgesõnaliselt nõuda, et kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi arvamused peaksid vastama või otsustavalt vähenema võrdluses rehabilitatsiooniplaanis väljendatud rehabilitatsioonimeeskonna otsusega. Tuleks vastavalt muuta Tsiviilmenetluse seadustiku paragrahve 257 ja 258(1) ning nõuda, et rehabilitatsiooniplaan oleks kohtule esitatud eestkostja määramisotsuse kohustuslik lisa. Sellel soovitusel on mitu positiivset külge:

- Kohus saab põhjaliku dokumendi, mis hindab isiku vaimse tervise seisundit ning toimetulekuoskusi;
- Sama dokument näitab selgelt isikule vajalikke meetmeid ja teenuseid;
- Aitab vähendada kohtupsühhiaatrilise arvamuse kulusid (kuna ka rehabilitatsioonimeeskonnas on psühhiaater).

4. Tuleks tühistada Perekonnaseaduse paragrahv 4(3), mille kohaselt abielu ei tohi sõlmida isikute vahel, kellest vähemalt ühele on määratud eestkostja tema piiratud teovõime tõttu. Õigust abielluda peab otsustama iga kindla juhtumi puhul eraldi.

5. Perekonnaseadus peaks selgesõnaliselt nõudma, et eestkostjaks saab kohtu poolt määrata ainult füüsilist isikut. Kindlasti tuleb peatada potentsiaalselt korrumpeerunud olukord, kus eestkostjaks määratakse kohalikud kogukonnad, kes peaksid ühtlasi teostama eestkostja üle järelvalvet. Riik peaks kaaluma sõltumatu, õiguskantsleri alla kuuluva asutuse loomist, millega pakutaks riiklikultrahastatavaid teenuseid teovõimetute isikute isiklike ja omandiõiguste kaitseks.

6. Tuleks tühistada Tsiviilmenetluse seadustiku paragrahv 262(1), mille kohaselt võib eestkostet peatamise kohta esitada elukohajärgsele kohtule avalduse ainult eestkostet teostav organ. Olukorras, kus eestkostet teostav organ on üheaegselt ka eestkostja, ei saa organ samaaegselt kasutada seda õigust ning käituda piiratud teovõimega isiku õiguste kaitsjana.

7. Tuleks vältida ja vähendada juhtumeid, kus piiratud teovõimega isik ei saa õigusabi, mida neil on õigus saada Eesti advokatuuri liikmete poolt. Vastavalt Riigi õigusabi seaduse paragrahvile 31 võib riik sõlmida kokkuleppeid mittetulunduslike ühingutega, kes on kogenud ebaterve mõistusega isikutele õigusabi pakkujad, tunnevad vastavaid seadusi ning soovivad seda tööd teha. Mittetulunduslike ühingute sõlmitud lepingud peaksid sisaldama nii kohtueelset nõustamist kui õigusabi kohtuasjades, kus otsustatakse eestkostja määramise või suletud asutusse (nt. nakkushaigustega või psühhiaatriliste patsientide sundravile määramise,

tahtevastase hoolekodusse saatmise, kriminaalasjades kohtuliku kohtlemise jms) paigutuse üle.

Õiguskantslerile

1. Tuleks regulaarselt eritüüpi hooldekodude ja psühhiaatriaiglate suletud osakondi külastada. Suletud asutusi tuleks varustada kirjaliku informaterjaliga, mis parandaks patsiendi arusaamu oma õigustest ja annaks neile võimaluse esitada oma inimõiguste rikkumise korral õiguskantslerile kirjalikke kaebusi.

2. Tuleks teostada pidevat kontrolli ja ülevaateid individuaalsete õigusi piiravate ja/või rikkuvate otsuste üle, et teha kindlaks seda, kas vabaduse võtmine on põhjendatud või mitte.

3. Viidates õiguskantsleri 2003. aasta 9. septembri kirjale nr. 6-8/736, tuleks kinnitada, et Psühhiaatrilise abi seaduse paragrahvid 1(1), 12(3), 13(1,3-6.2) on vastuolus Eesti põhiseaduse paragrahvidega 3, 11, 13, 14, 15, 20 ja 21 ning seetõttu tuleb alustada Psühhiaatrilise abi seaduse põhiseaduslikku läbivaatust vastavalt Õiguskantsleri seaduse paragrahvile 1(1).

Haigekassale

1. Tuleks suurendada nii statsionaarsete kui ambulatoorsetepatsientidepsühholoogiisenõustamise ja psühhoterapia rahastamist.

2. Tuleks kinnitada enam kui 14 päevakestva vabatahtliku statsionaarse ravi rahastamist meditsiinilise vajaduse korral.

3. Tuleks rahastada psühhiaatrite järelvalveteenuseid, et vältida nende läbipõlemise sündroomi.

Tervishoiuametile

Tuleks teostada põhjalikku (ja mitte ainult formaalset) järelvalvet Psühhiaatrilise abi seaduse paragrahvi 13(9) kohaselt rakendatud sundravi kohta.

Maavalitsustele

1. Tuleks täiustada kontrolli hoolekodus ja pöörata rohkem tähelepanu residentide ja nende pereliikmete kaebustele.

2. Tuleks otsustavalt keelduda kohtute katsetest delegerida maavalitsusele kohtute ülesannet otsustada isikute eritüüpi hooldekodusse sundravile määramise üle.

Kohalikele omavalitsustele

1. Tuleks pidevalt kontrollida kohtu poolt määratud eestkostjate tegevust ja nõuda seda, et eestkostjad esitaks aastaseid aruandeid vastavalt Perekonnaseaduse paragrahvile 101(1).

2. Tuleks kasutusele võtta meetmeid, mis looks eraldiseisva asutuse suletud asutusse määratud isikute vara hooldamiseks (st. vara hooldamiseks ajal, mil isik viibib suletud asutuses).

3. Tuleks tugevalt pingutada, et pakkuda toimetulekuga hädas isikutele kogu võimalikku abi ja parimaid teenuseid.

4. Koostöös Sotsiaalministeeriumiga tuleks toetada hooldekodude farmide, aedade ja puuviljasalude säilitamist, kuna need on üheks tähtsaimaks elanike tööallikaks ja toidulaua täiustajaks.

Hooldekodudele

1. Tuleks viia läbi erinevaid ja lihtsaid tegevusi, et parandada hooldekodude elanike toimetulekuvõimet.

2. Tuleks käsile võtta kõiki meetmeid, et täita rehabilitatsiooniplaani – iga indiviidi jaoks tuleks koostada tema oma plaan, mille abil saaks parandada toimetulekuvõimet ja kasutada kõiki võimalusi selle plaani rakendamiseks, pakkudes sobivaid abiteenuseid ja tingimusi, mille tulemusena on isikul parem endaga toime tulla ja lihtsam ühiskonda naasta.

3. Elanikelt tuleks võtta pakutud teenuste eest võrdseid summasid.

4. Elanike ja hooldekodude vahel sõlmitud lepingutes peaks olema detailne kirjeldus pakutud teenustest ning ka majasisene ja kohtueelne kaebusmehhanism.

5. Tuleks üritada leida töökohti väljaspool hooldekodu olevatele hooldatavatele ning pakkuda neile abi tööandjaga läbirääkimistel.

6. Juhul, kui resident saab tööd hooldekodus, peaks hooldekodu juhatus ja resident sõlmima töölepingu. Teenitud rahasumma peaks vastama teistes organisatsioonis sarnase töö eest makstavale summale.

7. Koostöös eriarstidega tuleks täiendada eritüüpi ravile juurdepääsu hooldekodudes, et pakkuda residentidele asjakohaseid ja õigeaegseid diagnoose ja ravi.

8. Patsiente et tohi ravida nende tahte vastaselt ja samuti ei tohi patsientidele manustada põhjendamatuid neuroleptiliste ainete annuseid, mille ainsaks eesmärgiks on tugevdada kontrolli patsientide üle ja rahustada neid ükskõik millisel eesmärgil, mida ei ole määranud litsentseeritud psühhiaater.

9. Residentidele tuleb esitada täpset informatsiooni nende õiguste kohta.

10. Residente tuleks julgustada otsustusprotsessis osalema (nt. läbi selle, et residendid valivad enda esindaja või osaleb valitud esindaja mõne nõustava kogu ridades).

11. Tuleks juurutada läbipaistvat kaebusmehhanismi, mida kõik residendid saaks avalikult kasutada.

12. Eraldamiste kasutuskordade kohta tuleks pidada eraldi registrit.

Psühhiaatriahaiglatele

1. Tuleks rakendada majasiseseid reegleid, mis hindavad patsiendi ohtlikkust, et muuta sundravi määramise juhtumid läbipaistvamaks. Patsiendi ohtlikkuse kohta tehtav otsus peaks olema tehtud hea põhjuse korral ning seda peaks toetama konkreetset faktid ja seadusandlusel põhinevad tõendid ning selle peaks tegema asjakohase, rahvusvaheliselt tunnustatud hindamisvahendiga.

2. Kõikpatsiendid (nii ambulatoorsed kui statsionaarsed) peaks saama kogu vajalikku infot oma diagnooside ja ravi kohta nende poolt mõistetaval viisil.

3. Kõikidel patsientidel tuleks võimaldada kasutada oma õigust osaleda raviotsuse tegemisprotsessis ning neil tuleks lubada anda informeeritud nõusolekut (hoolimata sellest, kas isikut ravitakse sundkorras või sellest, kas isikul on eestkostja).

4. Tuleks koostada ja rakendada majasiseseid põhimõtteid ja reegleid, mis mõõdaks patsientide teovõimet oma tahte rakendamisel ning kui patsiendil puudub see teovõime, tuleks määrata tema otsuste tegemiseks asendaja, kes teeks otsuseid patsiendi huvides.

5. Eraldamise ja/või ohjeldamise kasutamiskordade kohta tuleks pidada eraldi registreid.

6. Tuleks juurutada läbipaistvat kaebusmehhanismi, mida kõik patsiendid saaks avalikult kasutada ja mis annaks informatsiooni järelvalvet teostavatele organitele (nagu näiteks Tervishoiuametile ja õiguskantslerile).

7. Tuleks muuta ohjeldusmeetodite kasutus (et vähendada patsiendi ohjeldamiseks ettenähtud aega miinimumini).

8. Abipersonalile tuleks anda paremat majasisest koolitust (sh. psühholoogia-alast koolitust).

2006. aasta seisuga

Enamus 2004. aastal tehtud soovitusi kehtib ka 2006. aastal. Ühiskonnas on toimunud kerge positiivne

muutus vaimsesse tervisesse puutuvates küsimustes teadlikkuse tõusu osas. Näiteks on kohtunikud ja riigi poolt määratud advokaadid mõistnud, et isikult vabaduse võtmine ja tema omandi- ja isiklike õiguste piiramine ei ole formaalsed küsimused, vaid väga tõsised teemad.

Lisaks on toimunud mõned positiivsed muutused ka Tsiivilmenetluse seadustikus; eriti selles osas, et piiratud teovõimega isikutele on tsiivilmenetluse võime eestkostja ja suletud asutustesse sundmääramise küsimustes. Samuti jälgitakse rohkem teovõimetute isikute menetlusõigusi jne. Uue seadust praktikas katsetamise aeg ei olnud veel piisav, et tuua sisse muutusi, välja arvatud selles osas, et tungivalt nõutakse Tsiivilmenetluse seadustiku paragrahvi 538 lg 2 ja Sotsiaalhoolekandeseaduse paragrahvis 19 lg 4 toodud potentsiaalse kolmeaastase kinnipidamisperioodi muutmist nii kiiresti kui võimalik.

Kuigi Sotsiaalhoolekandeseaduses rehabilitatsiooni teenustega tegelev säte on võrreldes 2004. aastal kehtinuga väga palju põhjalikum, on endiselt probleeme teenustele ligipääsu ja rahastamisega.

Vastavalt Euroopa Rohelisele raamatule on Eesti üks väga vähestest riikidest, kellel pole vaimse tervise teenuste jaoks eraldi eelarvet. Mitteametliku info kohaselt on psühhaatriliste teenuste rahastamist vähendatud alates 2003. aastast. Sotsiaalministeerium peaks võtma tarvitusele meetmeid, millega kiita heaks mõne rahvusvaheliselt tunnustatud meetodi (näiteks HCR-20 meetodit) kasutamist vaimse häirega isikute potentsiaalse ohtlikkuse määramiseks.

“Me usume, et vaimse tervise poliitika peamiseks eesmärgiks on tugevdada inimeste heaolu ja funktsioneerimist läbi nende tugevuste ja ressurside fokuseerimise, vastupidavuse tugevdamise ja kaitsvate välisfaktorite täiustamise.”⁹⁸

Nii kinnitasid 2005. aasta jaanuaris Euroopa riikide tervishoiuministrid, kes kohtusid Maailma Tervishoiu organisatsiooni (WHO) ministrite konverentsil vaimse tervise alal. Seejärel tervitasid ministrid asjaolu, et poliitika ja praktika katab nüüd:

- i. Vaimse heaolu edendamist;
- ii. Halvustava suhtumise, diskrimineerimise ja sotsiaalse võõrutamisega võitlemist;
- iii. vaimse tervise probleemide vältimist;
- iv. Hooldust vaimse tervise probleemidega isikutele, põhjalike ja efektiivsete teenuste ja sekkumiste pakkumist, teenusekasutajatele ja –hooldajatele kaasatust ja valiku tagamist;
- v. Tõsiste vaimsete probleemidega isikute paranemist ja ühiskonda tagasi lõimimist.⁹⁹

Balti riikide poliitika ja praktika ei kajasta neid põhimõtteid piisavalt. Järgnevad soovitusel valitsustele, asutustele (psühhiaatriaiglatele ja hooldekodudele) on mõeldud selleks, et juhtida valitsuste inim- ja finantsressurse nii, et need vastaks paremini 2005. aasta ministrite konverentsil paikapandu põhimõtetele. Kuigi lõpuks vastutavad oma territooriumil olevate hoolekodude töö eest ikkagi valitsused, tuleb soovitusi anda ka hooldeasutustele, kuna paljud muutustest tuleks sisse viia just asutuse tasandil. Nende soovitude rakendamine toob kaasa põhjendamatu institutsionaliseerituse vältimise ja vajaliku institutsionaliseeritud isikute deinstitutionaliseerimise.

Vastavate riikide valitsustele:

1. vaimse tervise häiretega inimeste kogukondlike teenuste toetuse fookust tuleks nihutada ja samuti tuleks luua detailne ajakava viimaks teenuseid asutustest kogukonda. Vajadus kogukondlike teenuste järele on suur; paljud hooldeasutuste residendid võiks toetuse korral elada kogukonnas. Seepärast peaks põhiline poliitiline, seadusandlik ja rahastusprioriteet olema intellektuaalsete vajaduste ja vaimse tervise probleemidega isikutele kogukondliku ravi loomine. Teenuse arendamisel ja pakkumisel tuleks otsida abi EL struktuurifondidest (Euroopa Sotsiaalfondist), eriti mobiilsete, multidistsiplinaarsete ravimeeskondade, intellektuaalsete või vaimsete erivajadustega isikute päevakodude, grupikodude, toetatud elamisprogrammide, õigusabi- ja eneseabigruppide jaoks.

2. Tuleks teha konkreetseid samme deinstitutionaliseerituse planeerimise ja rakendamise jaoks. Üks võtmetähtsusega osa kogukondlikule ravile ümberorienteerumise juures on päevakodude ja muude toetuskeskuste loomine, mis võimaldaks residentidel kogukonda naasta ja toetaks praegu hooldekodude ootejärjekorras olijate kogukonda jätmist. Kuigi see võib lühiajaliselt nõuda rohkem rahalisi investeeringuid, aitab see pikaajalises perspektiivis vähendada suurte asutuste rahastamist. Osad võtmetähtsusega sammud oleks järgnevad:

a. Tuleks teha koostööd sektoritevahelise plaani arendamiseks, et pakkuda kogukondlikke teenuseid, mida kasutaks hetkel asutustes asuvad residendid, mis toetuks MTÜ-de ja perede poolt pakutud toele ning mis looks kogukondlikku tuge isikutele, kellel pole peret või kelle pereolukord on vägivaldne. Psühhiaatrilise

⁹⁸ WHO Euroopa ministrite konverents vaimse tervise alal. Jaanuar 2005. 1. punkt. EUR/04/5047810/6

⁹⁹ Samas, 6. punkt

reformi ja teenuse pakkumise sektoritevahelist iseloomu arvestades esineb oht, et ükski osapool ei võta otsustusprotsessi algatust enda peale ja ei kontrolli, et programmidele eraldataks piisavalt raha ning et kõik kogukondlikke teenuseid vajavad grupid saaks oma vajalikud teenused kätte. Asjakohased ministeeriumid peaks tegema koostööd selleks, et arendada välja põhjalikku plaani, mis joonistab selgelt välja erinevad kogukondlike teenuste arengu elemendid.

b. Tuleks toetada olemasolevaid, mitteametlikku hoolt pakkuvaid võrgustikke. Taolised meetmed peaks vähendama aega ja raha, mida hooldajad peavad investeerima, samuti peaks meetmed toetama hooldeoskuste arendust. Kodust hooldust, nagu näiteks toitlustust, psühhiaatri või õe külaskäiku ja kutselist või hariduslikku täiendamist, peaks pakkuma hoolimata sellest, kas vaimse tervise häiretega isikul on pereliige, kes on võtnud enda peale peamise hoolduse, või mitte. Samuti tuleks pakkuda koduse abi või lühiajalise institutsionaliseerimisega hooldajatele lühikesi puhkepause. Riik peaks samuti ametlikult tunnustama hoolduste majanduslikku väärtust, mille hulka võib kuuluda nii "pehme tugi" (info, nõustamine, kuulumine toetusgruppi) kui "tugev tugi" (sotsiaalkindlustuse hüvitis kaotatud tulu eest, poole kohaga töö kinnimakstud hooldajana, tööga seotud sotsiaalsete õiguste kaitse).

3. Tuleks asutada sõltumatud inimõiguste austamist jälgivad mehhanismid. Sõltumatud organisatsioonid peaks psühhiaatrilisi asutusi regulaarselt jälgima. Valitsused peaks rahastama sõltumatuid asutusi, kelle töötajaskond moodustub vastava ministeeriumi personalist, inimõigustega tegelevate MTÜ-de personalist ja teenusekasutajate/ puuetega isikute organisatsioonide personalist. Sõltumatud asutused peaks regulaarselt kõigi haiglaid, hooldekodusid ja kogukondlikku programmi jälgima ning omama

piiramatut juurdepääsu nii asutuse personalile kui klientidele. Vaatlejad peaks kasutama vaatlusvahendeid, mis põhinevad WHO ja teiste poolt kirjeldatud rahvusvahelistel standarditel. Vaatlus peaks tuvastama inimõiguste rikkumisi ning juhtima tähelepanu ka rehabilitatsiooni ja kogukondliku lõimimise valdkonna parandamisele.

4. Tuleks luua seaduslikud kaitsemehhanismid tagamaks seda, et ravile määramine ja ravi oleks kooskõlas Euroopa standarditega. Tuleks tagada õigus sõltumatu juriidilise organi poolt läbi viidud ülevaatusele ja kohtueelsele advokaadi kasutamisele. Kohtunikke, haiglajuhte ja psühhiaatreid tuleks antud õiguste osas koolitada.

5. Tuleks toetada teenusekasutajate organisatsioonide arendust. Valitsuste ministrid peaks tegema teenusekasutajatega konsulteerimise regulaarseks poliitika arendamise, rakendamise ja hindamise osaks. Kui kasutajate grupe ei eksisteeri või on nende poliitiline võimekus ebapiisav, peaks valitsused toetama taoliste gruppide loomist või koolitamist. Tähelepanu tuleks pöörata ka sellele, et olemasolevate puuetega inimestega tegelevate gruppide huviorbiiti kuuluks intellektuaalse ja vaimse puudega inimesi (mitte ainult füüsilise puudega inimesi). Laiaulatusliku kaasärääkimise lihtsustamiseks tuleks luua ja arendada osalusmehhanisme. Selle asemel, et konsulteerida mõne üksikisikuga, kes esindavad vaimse tervise häiretega inimesi, tuleks planeerijatel kasutada osalusvahendeid, mis tagaks olukorra, kus suur osa asutuste residentidest ja kogukondlike teenuste kasutajatest saaks väljendada oma soove ja vajadusi.

6. Tuleks rakendada riiklikke kampaaniaid, et halvustavat suhtumist lõpetada. Tervishoiu- ja muud asjaomased ministeeriumid peaks juhtima meedia- ja muid kampaaniaid, mis aitaks kaotada meditsiinis

ja sotsiaaltöös ning laiemas avalikkuses levinud halvustavat suhtumist.

7. Tuleks luua ministeeriumitevahelised meeskonnad, mis aitaks arendada tööjõudu, mis on teadlik vaimse tervise häiretega inimeste õigustest ning on pühendunud nende kaitsele. Nii psühhiaatrite kui sotsiaaltöötajate ülikoolihariduse õppekavasid tuleks uuendada, et need kajastaks WHO poliitikas ja rahvusvaheliste inimõiguste standardites esinevat vaimse tervise häiretega inimeste õiguste käsitlemist. Uutele ja olemasolevatele töötajatele tuleks pakkuda jätkuharidust vastavates valdkondades. Haiglate, hooldekodude ja kogukondlike teenuste tavapersonali tuleks koolitada õigustepõhises lähenemises puuete suhtes. Meeskonnad peaks ka koolitama neid, kes tihti vaimse tervise probleeme või intellektuaalseid puudeid "diagnoosivad" – esmataseme arste. Esmataseme arste tuleks vastavalt koolitada ja neil peaks olema efektiivsed eriarstide ja eritüüpi meditsiinivälise hoolekande juurde määramise mehhanismid.

8. Tuleks eraldada raha edukate pilootprogrammide kordamiseks riiklikul tasemel. Riikide osas viidati mitmele tõelise osalususe või kogukondliku lõimimise pilootprojektile või asutuse tasandi ettevõtmisele. Valitsused peaks tegema sellistest katsetest reegli, mitte erandid. Nii inim- kui finantsressursse tuleks kulutada selleks, et dokumenteerida edukaid siseriiklikke pilootprojekte, mis on asutustes ja kogukondades aset leidnud.

9. Tuleks täiustada vaimse tervise häiretega inimeste juurdepääsu õigusabile. vaimse tervise häiretega inimeste parem juurdepääs õigusabile tagaks selle, et nad saavad ise oma õigusi kaitsta. Õigusabi süsteem, kus vaimse tervise häiretega isikud saaks tasuta õigusabi, tagaks selle, et ka väheste finantsvõimalustega hooldeasutustes olevad isikud saaks kasutada õigust

õigusabile. Lisaks peaks valitsus looma juhiseid, mis kohustaks haiglaid ja hooldekodusid informeerima residentide nende õigusest õigusabile.

10. Asjaomaseid analüütilisi ja teaduslikke uuringuid tuleks toetada inim- ja finantsressursidega. Taoliste uuringute alla kuuluks sõltumatud hinnangud olemasolevatele deinstitutionaliseerituse ja kogukondliku ravi arenduse takistustele hoiakute, juhtimisviiside ja rahade osas. Nii saaks tagada selle, et vaimse tervise poliitika arendus põhineb realistlikul teadmiste ja teenusepakkumise hinnangul, mitte institutionaliseerimist toetavate asutuste mõjutustööl või mõnede poliitiliste otsustajate eelarvamustel ja halvustaval suhtumisel. Olemasolevate puudujääkide teaduslik analüüs lihtsustaks ka selgete hinnangukriteeriumite arendust, mida saab rakendada uues kogukondlikus planeerimises. Hinnangukriteeriumeid võib rakendada pakutud teenuste kvaliteedile ja efektiivsusele, elukvaliteedile, inimõiguste kaitsele ja vähenenud sotsiaalsele võõrutamisele ning paranenud suhtumisele.

11. Tuleks tugevdada eestkostelase seadusandluse kaitsemehhanisme. Vastavalt rahvusvahelisele ja riiklikule seadusandlusele, on vaimse tervise häiretega isikutel samad õigused kui teistel kodanikel. Seetõttu peaks eestkoste olema piiratud nende tegevustega, mille puhul isik on kohtu arvates teovõimetu. Valitsus peaks looma süsteemi, kus kohus saab määrata osalist eestkostet, mis põhineb individuaalselt kohandatud alustel. Sellises olukorras saaks eestkostetavad isikud endiselt rakendada neid õigusi, mille puhul nad on teovõimelised. Taoliste muutuste hulka kuuluks:

- a. Võimalusel täieliku eestkoste vältimine
- b. Eestkoste paindlik kohandamine individuaalsetele vajadustele
- c. Eestkoste tunnustamine viimase võimalusena, mis

oma olemuselt rikub puuetega isiku õigusi ja seisundit d. Eestkoste alternatiivide arendamine, nagu seda on tehtud Rootsis, Kanadas ja USA-s. Rootsis võib isikule määrata erilise esindajaehkusaldusisiku, kellel on vähem õigusi kui eestkostjal. Kanadas on katusmehhanismina käituv vahend, mille alla kuuluvad mitmed vajadusi ennetavad ja etteplaneerivad viisid, mis ei vaja eestkostet (nt. toetatud otsustamine). USA-s on kohtul võimalik määrata eestkostjale ainult need õigused, mida on vaja kindlate vajaduste rahuldamiseks.

12. Kõik riigid peaks ratifitseerima Euroopa Nõukogu inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni. Konventsiooni eesmärgiks on "kaitsta kõigi inimolendite väärikut ja identiteeti ning tagada igaühele ilma diskrimineerimata nende õigus inimväärikusele ja muudele õigustele ning põhivabadustele bioloogia ja meditsiini rakendamise osas."¹⁰⁰ Läti ei ole veel konventsiooni ratifitseerinud ja Venemaa ei ole seda ei allkirjastanud ega ratifitseerinud. Ratifitseerimine tähendaks seda, et liikmesriikide valitsused hoiavad oma seadusandlust konventsiooniga kooskõlas kõikides meditsiinilise ravi, informeeritud nõusoleku, vaimse tervise häiretega isikute sundravi ja informeerituse õiguse osas.

13. Kõik riigid peaks allkirjastama ja ratifitseerima Euroopa Sotsiaalharta, sh. valikulise X protokoll (kollektiivkaebuste mehhanism). Euroopa Sotsiaalharta 11. punkt ütleb, et "[i]gaühel on õigus saada kasu igast meetmest, mis võimaldab ta saavutada parimat võimalikku tervislikku seisundit." 13. punkt jätkab: "[i]gaüks, kellel pole adekvaatseid ressursse, omab õigust sotsiaalsele ja meditsiinilisele abile."¹⁰¹ Kollektiivkaebuste süsteem võimaldab isikul ja/või MTÜ-del esitada komisjonile kaebust ja kui komisjon peab kaebust vastuvõetavaks, siis menetleb ta seda vastavalt ning teeb asjakohase otsuse. Euroopa

Ministrite Komisjon võtab seejärel vastu resolutsiooni. Taoline mehhanism lihtsustaks inimõigustega tegelevate organisatsioonide ja teenusekasutajate organisatsioonide aktivismi/ osalust.

Psühhiaatria haiglatele ja hooldekodudele:

1. Tuleks luua selged direktiivid (ja nende täitmist jälgida), mis puudutaks riikliku seadusandluse rakendamist patsientide õiguste, ebainimliku ja alandava kohtlemise keelamise, informeeritud nõusoleku õigus jms osas. Juhtudel, kus riiklik seadusandlus on piisav, esineb tihti probleeme selle rakendamisega. Personal ei ole kas riiklikust poliitikast teadlik või otsustab ajapuudusel, seaduse tähtsuse mittemõistmisel või halvustava suhtumise tõttu seda mitte rakendada. Direktiividest informeerimisele tuleks lisada koolitus ning selge karistus direktiivide ignoreerimise eest.

2. Kõigile residentidele tuleks arendada rehabilitatsiooni- ja kutseteraapiaprogramme ning ka individuaalseid rehabilitatsiooniplaane. Asutuste personal peaks suunama osa oma ajast ja energiast hoolduse asemel rehabilitatsiooni. Programmide hulka peaks kuuluma mitmeid teenuseid, mis vastavad erinevatele võimetele. Kõik asutuses olevad isikud peaks omama rehabilitatsiooniplaani, mis vastab nende võimetele ja vajadustele.

100 Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon. 1. punkt. <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>

101 Euroopa Sotsiaalharta, Euroopa Nõukogu. Saadaval aadressil <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/163.htm> Viidet viimati kontrollitud 15. aprillil, 2004.

Rahastajatele:

1. Tuleks otseselt toetada riiklikke inim- ja finantsressursse, et aidata eelpool toodut rakendada.
2. Tuleks avalikult tutvustada kollektiivseid rahastusmehhanisme, mis võimaldavad MTÜ-de osalust. Tihti ei tea teenuseid pakkuvad MTÜ-d, rohujuurte tasandi organisatsioonid ja linnavalitsused seda, et eksisteerivad kollektiivsed rahastusmehhanismid. EL peaks tutvustama mehhanismide olemasolu ja soodustama teenusekasutajate organisatsioonide taotlusvõimet.

