

**Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut**

**RAHVASTIKU VAIMSE TERVISE EDENDAMINE EESTIS
LÄBI SEADUSANDLIKE VAHENDITE**

Magistritöö rahvatervishoius

Mari Amos

**Juhendaja: Taavi Lai, MD, Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi
osakonna vanemanalüütik**

Tartu 2009

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kraadinõukogu otsustas 15.05.2009 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Andres Lehtmets, MD, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaater, Eesti Psühhiaatrite Seltsi president.

Kaitsmine: 09.06.2009.

MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE AVALDAMINE	7
LÜHIKOKKUVÕTE.....	8
1. SISSEJUHATUS	10
1.1. VAIMSE TERVISE HÄIRETE KOORMUS MAAILMA RAHVASTIKULE JA MAJANDUSELE	10
1.2. VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE KOORMUS EESTI RAHVASTIKULE JA MAJANDUSELE	13
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	17
2.1. VAIMSE TERVISE VALDKONNAGA SEONDUVAID ISIKUTE PÕHIÕIGUSI REGULEERIVAD PEAMISED RAHVUSVAHELISE ÕIGUSE AKTID	17
2.1.1 Globaalne tasand	17
2.1.2 Euroopa tasand	19
2.1.3 Euroopa Liidu tasand	22
2.2. VAIMSE TERVISE VALDKONNAGA SEONDUVAID ISIKUTE PÕHIÕIGUSI REGULEERIVAD PEAMISED SISERIIKLIKU ÕIGUSE AKTID	24
3. EESMÄRK	29
4. MATERJAL JA METOODIKA	30
5. ARUTELU	31
5.1. VAIMSE TERVISE EDENDAMINE JA PSÜÜHIKAHÄIRETE ENNETAMINE	31
5.1.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused	31
5.1.2 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus teistes riikides.....	34
5.1.2.1 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus	34
Ühendkuningriigis.....	34
5.1.2.2 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Soomes.....	35
5.1.2.3 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Rootsis.....	36
5.1.2.4 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Saksamaal	36
5.1.3 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Eestis	37
5.1.4 Kontseptuaalsed ettepanekud vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korralduseks Eestis.....	38
5.2. JUURDEPÄÄS ESMASTELE VAIMSE TERVISE TEENUSTELE	39
5.2.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused	39
5.2.2 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus teistes riikides..	45
5.2.2.1 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Ühendkuningriigis.....	45
5.2.2.2 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Soomes	46
5.2.2.3 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Rootsis.....	47
5.2.2.4 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Saksamaal...	48
5.2.3 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Eestis	49
5.2.4 Kontseptuaalsed ettepanekud esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korralduseks Eestis	52

5.3.	VAIMSE TERVISE HINDAMINE KOOSKÖLAS RAHVUSVAHELISELT AKTSEPTEERITUD PRINTSIIPIDEGA	54
5.3.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	54
5.3.2	Vaimse tervise hindamine kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega teistes riikides.....	56
5.3.2.1	Vaimse tervise hindamise regulatsioon Ühendkuningriigis	56
5.3.2.2	Vaimse tervise hindamise regulatsioon Soomes.....	58
5.3.2.3	Vaimse tervise hindamise regulatsioon Rootsis	58
5.3.2.4	Vaimse tervise hindamise regulatsioon Saksamaal	59
5.3.3	Vaimse tervise hindamise regulatsioon Eestis	59
5.3.4	Kontseptuaalsed ettepanekud vaimse tervise hindamise reguleerimiseks Eestis	61
5.4.	VÄHIMPIIRAVA VAIMSE TERVISE TEENUSE PAKKUMINE	62
5.4.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	62
5.4.2	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumine teistes riikides.....	73
5.4.2.1	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Ühendkuningriigis.....	73
5.4.2.2	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Soomes	76
5.4.2.3	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Rootsis.....	80
5.4.2.4	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Saksamaal	82
5.4.3	Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Eestis	85
5.4.4	Kontseptuaalsed ettepanekud vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise reguleerimiseks Eestis	87
5.5.	ISEOTSUSTUSÕIGUS	90
5.5.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	90
5.5.2	Teiste riikide poolt võetud meetmed iseotsustusõiguse tagamise reguleerimiseks	96
5.5.2.1	Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Ühendkuningriigis.....	97
5.5.2.2	Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Soomes.....	98
5.5.2.3	Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Rootsis.....	99
5.5.2.4	Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Saksamaal	99
5.5.3	Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Eestis	101
5.5.4	Kontseptuaalsed ettepanekud iseotsustusõiguse tagamise reguleerimiseks Eestis	102
5.6.	ÕIGUS ABILE ISEOTSUSTUSÕIGUSE TEOSTAMISEL.....	103
5.6.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	103
5.6.2	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon teistes riikides.....	106
5.6.2.1	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Ühendkuningriigis	107
5.6.2.2	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Soomes.....	109
5.6.2.3	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Rootsis.....	109
5.6.2.4	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Saksamaal	110
5.6.3	Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Eestis	111
5.6.4	Kontseptuaalsed ettepanekud õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel reguleerimiseks Eestis.....	113
5.7.	KONTROLLMENETLUSE OLEMASOLU	115
5.7.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	115
5.7.2	Kontrollmenetluse olemasolu regulatsioon teistes riikides.....	120

5.7.2.1	Kontrollmenetluse regulatsioon Ühendkuningriigis	121
5.7.2.2	Kontrollmenetluse regulatsioon Soomes	122
5.7.2.3	Kontrollmenetluse regulatsioon Rootsis	124
5.7.2.4	Kontrollmenetluse regulatsioon Saksamaal	125
5.7.3	Õiguse kontrollmenetluse olemasolule regulatsioon Eestis.....	127
5.7.4	Kontseptuaalsed ettepanekud õiguse kontrollmenetluse olemasolule reguleerimiseks Eestis.....	132
5.8.	AUTOMAATNE PERIOODILINE KONTROLLMEHCHANISM	134
5.8.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	134
5.8.2	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon teistes riikides. 136	
5.8.2.1	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Ühendkuningriigis.....	137
5.8.2.2	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Soomes.....	138
5.8.2.3	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Rootsis.....	138
5.8.2.4	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Saksamaal ..	139
5.8.3	Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Eestis	140
5.8.4	Kontseptuaalsed ettepanekud automaatse perioodilise kontrollmehhanismi reguleerimiseks Eestis.....	141
5.9.	KVALIFITSEERITUD OTSUSETEGIJA.....	142
5.9.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	142
5.9.2	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon teistes riikides.....	146
5.9.2.1	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Ühendkuningriigis.....	146
5.9.2.2	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Soomes	147
5.9.2.3	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Rootsis.....	148
5.9.2.4	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Saksamaal.....	149
5.9.3	Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Eestis	150
5.9.4	Kontseptuaalsed ettepanekud otsusetegija kvalifikatsiooni reguleerimiseks Eestis	151
5.10.	ÕIGUSRIIGI PRINTSIIPIDE JÄRGIMINE.....	152
5.10.1	Rahvusvaheline taust ja soovitused	152
5.10.2	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon teistes riikides	156
5.10.2.1	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Ühendkuningriigis	157
5.10.2.2	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Soomes.....	158
5.10.2.3	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Rootsis	160
5.10.2.4	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Saksamaal	160
5.10.3	Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Eestis.....	161
5.10.4	Kontseptuaalsed ettepanekud õigusriigi printsiipide järgimise reguleerimiseks Eestis.....	162
6.	KOKKUVÕTE.....	165
7.	KASUTATUD KIRJANDUS	168
	SUMMARY.....	199
	TÄNUAVALDUS.....	201
	ELULUGU.....	202
	LISA 1 Kokkuvõtte erialaspetsialistide poolt välja toodud probleemidest psühhiaatrilise abi valdkonnas	205

LISA 2 Kontseptuaalsed lähtekohad vaimse tervise seaduse välja töötamiseks Eestis.....	212
---	------------

Magistritöö materjalide avaldamine

Käesoleva töö sissejuhatuse koostamisel on kasutatud töö autori poolt eelnevalt avaldatud artikleid:

1. Vaimse tervise häirete mõju rahvastiku tervisele. Üle 65-aastaste depressioonis isikute enesetappude ennetamine. *Lege Artis* 2007;11(68):31-5.
2. Depressioonist. Ilustamata. *Lege Artis* 2008;8(76):9-13.

Lühikokkuvõte

WHO Helsingi deklaratsiooni kohaselt on positiivne vaimne tervis heaolu staatus, kus isik suudab hinnata oma võimeid, saab hakkama normaalsetes stressiolukordades, suudab tulemuslikult töötada ning suudab panustada oma kogukonda. Vaimne tervis on inimõigus ja globaalne avalik hüve ning isikute tervise ja heaolu lahutamatu osa.

Lisaks isiku põhiõiguste keskele vaimse tervise käsitlesele tuleb rõhutada ka asjaolu, et positiivne vaimne tervis on sotsiaalse sidususe ja sotsiaalse kapitali tõstmise aluseks ning parandab elukeskkonna turvalisust, selle puudumine on aga ohuks rahvatervisele, elukvaliteedile ja majandusele. Aastaks 2020 on kogu maailmas 15% puuetest tingitud psüühikahäiretest. Vaimse tervise kogukulu riigi majandusele nii otseste kui ka kaudsete kulude näol on rüüsum - arenenud maades on selliste häirete tagajärjel tekkinud majanduslik koormus ühiskonnale eelduslikult 3-4% sisemajanduse kogutoodangust aastas.

Eeltoodust nähtuvalt on olemas vajadus rakendada efektiivseid meetmeid vaimse tervise häirete esinemissageduse langetamiseks ja juba olemasolevate häirete leevendamiseks. Siiski tuleb silmas pidada, et kõik antud valdkonnas tarvitusele võetavad meetmed peavad olema isikukesksed – austada tuleb põhiõigusi ja -vabadusi, saavutada tuleb maksimaalne kaasatus.

Rahvastiku vaimse tervise taseme tõstmiseks on ülimalt oluline ühiskondlik kokkulepe ja ühine arusaam probleemi tõsidusest ja edasistest tegevussuundadest. Konsensuse saavutamiseks kõigi osapoolte vahel tuleks välja töötada ja kehtestada vaimse tervise poliitika.

Lisaks konsensusdokumendile on äärmiselt vajalik vaimse tervise seaduse, kui siduva õigusakti, koostamine ja jõustamine. Seadus peaks lähtuma inimõiguste kaitse printsiipidest ja asjassepuutuvates rahvusvahelise õiguse aktides ja muudes allikates väljendatud seisukohtadest. Äärmiselt oluline on vaimse tervise valdkonna sidumine kõigi riigi poliitikate ja tegevustega. Seaduse tasandil tuleb ette näha koostöö erinevate riigi sektorite ja muude isikute vahel eesmärgiga tagada täielikult vaimse tervise komponendi arvesse võtmine ja isikute põhiõiguste austamine. Seadusega tuleb tagada kõigile isikutele

juurdepääs inimõiguste kaitsel põhinevatele ja isikust lähtuvatele vaimse tervise teenustele. Lisaks asjakohase õigusakti jõustamisele tuleb kindlasti tähelepanu pöörata üldise suhtumise muutmisele ja komplekssele teadlikkuse tõstmisele nii otsusetegijate, teenuseosutajate kui ka vaimse tervise teenuste tarbijate seas. Õiguse efektiivseks rakendamiseks on vajalik tõhusate kontrollmehhanismide juurutamine ja pideva analüüsi läbi viimine isikute õiguste kaitse taseme, teenuste osutamise ja võimalike kitsaskohtade osas.

Tulenevalt eeltoodust oli käesoleva töö eesmärgiks sõnastada rahvastiku vaimse tervise parandamiseks, edendamiseks ja vaimse tervise häiretest tingitud isiklike ning ühiskondlike kulude vähendamiseks vajalikud kontseptuaalsed ettepanekud seadusandluse muutmiseks või kehtestamiseks. Eesmärgini jõudmiseks käsitleti Eesti Vabariigi suhtes siduvaid vaimse tervise temaatikat kajastavaid rahvusvahelise õiguse akte ning Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendeid. Samuti vaadeldi valiku teiste riikide praktikat vaimse tervise valdkonna reguleerimisel. Eeltoodud allikate pinnalt tuuakse töös välja konkreetsed ettepanekud vaimse tervisega seonduvates valdkondades, mis peaks Eestis olema seadusandlikul tasandil täpsemalt reguleeritud.

1. Sissejuhatus

„Ei ole tervist ilma vaimse terviseta” deklareeris Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organisation, edaspidi WHO) 2005. aastal vastu võetud Helsingi deklaratsioonis (1). Antud deklaratsiooniga võtsid kõik osalevad riigid endale kohustuse välja töötada ja jõustada kohased vaimse tervise poliitikad, mille eesmärgiks on vaimse heaolu arendamine ning vaimse tervise häiretega isikute ühiskonda kaasatuse suurendamine. Hoolimata väga laiaulatuslikust tegevuskavast, milles eesmärkide saavutamise nimel kokku lepiti, võime näha, et tegelikkuses süvenevad vaimse tervise probleemid aasta aastalt. Siiani on vaimse tervise poliitika juurutamise alusdokumendid puudulikud või puuduvad need üldse, ebaühtlaselt on käivitunud nii ühiskonnale kui ka sihtgruppidele suunatud vaimse tervise häirete ennetamise programmid. Eestis on täiendavaks probleemiks kogu vaimse tervise ala stigmatiseeritus. See omakorda toob aga kaasa probleemidest mööda vaatamise ning teatava ükskõiksuse kogu ala suhtes (2). Käesolevas peatükis analüüsitakse vaimse tervise häirete koormust ühiskonnale keskendudes täpsemalt rahvastikule ja majandusele.

1.1. Vaimse tervise häirete koormus maailma rahvastikule ja majandusele

Positiivne vaimne tervis on heaolu staatus, kus isik suudab hinnata oma võimeid, saab hakkama normaalsetes stressiolukordades, suudab tulemuslikult töötada ning panustada oma kogukonda. Vaimne tervis on globaalne avalik hüve ning isikute tervise ja heaolu lahutamatu osa. Samuti on hea vaimne tervis inimõiguseks. Positiivne vaimne tervis on sotsiaalse sidususe ja sotsiaalse kapitali tõstmise aluseks ning parandab elukeskkonna turvalisust. Positiivse vaimse tervise puudumine on aga ohuks rahvatervisele, elukvaliteedile ja majandusele (3).

Vaimse tervise häired esinevad kõikjal üle maailma. Laialdaselt on tuntud seisukoht, mille kohaselt esineb igal neljandal inimesel vähemalt korra elus mõni vaimse tervise häire (4). WHO on oma 2001. aasta maailma terviseraportis välja toonud, et kogu maakeral kannatab vaimse tervise häirete all umbes 450 miljonit inimest (5). Viis kümnest peamisest puuet põhjustavast diagnoosist maailmas kuuluvad psüühikahäiretele,

milleks on muuhulgas ka depressioon, alkoholi kuritarvitamine ja skisofreenia. Näiteks aastal 2002 kannatas WHO andmetel depressiooni all üle maailma 154 miljonit inimest, skisofreeniat põdes 25 miljonit inimest, 91 miljonit kuritarvitas alkoholi ja 15 miljonit narkootikume. Ligikaudu 877 000 inimest sureb igal aastal enesetapu tagajärjel (6).

Ennustuste kohaselt on aastaks 2020 kogu maailmas 15% puuetest tingitud psüühikahäiretest. Depressioon moodustab samaks ajaks haiguskoormusest juba 5,7% (7), jäädes alla vaid südamehaigustele (8). Juba käesoleval ajal kannatab igal ajahetkel 150 miljonit inimest depressiooni all ning igal aastal sooritab enesetapu ligi miljon inimest üle maailma. Tõenäoliselt on ka need näitajad tõusuteel tulenevalt inimkonna jätkuvast vananemisest ja sotsiaalprobleemide kuhjumisest (9).

Euroopas moodustavad psüühikahäired 20% vaevustele kohandatud eluaastate koormast. Vaevustega elatud eluaastatest moodustavad psüühikahäired tervelt 43% (10). Ainuüksi depressioon läks Euroopa riikidele 2008. aastal kokku maksma 118 miljardit eurot (11). Samas kulutatakse depressiooni ravimisele vaid üheksa protsenti sellest summast ning ülejäänud raha läheb peamiselt depressiooni tõttu ühiskonnale tekkinud kulude katmiseks (12). Sellisteks kaasnevateks kuludeks on depressiooni tõttu saadud muude tervisehäirete ravimise kulud ning isiku töölt eemal viibimisest riigi majandusele tekkivad kulud. Arenenud riikides on 35-40% töölt puudumistest seotud vaimse tervise probleemidega. Isegi, kui töötaja töölt ei puudu, vähendavad probleemid vaimse tervisega isiku tavapärasest tootlikkust ning töösaavutusi (13). Kummatigi investeerivad riigid kogu vaimse tervise valdkonda enamasti alla 2% eelarvest (14).

Seega on vaimse tervise kontekstis esimeseks kuluallikaks ühiskonna panus vaimse tervise häirete all kannatavate isikute tervise taastamiseks. Teiseks ning mitte vähemoluliseks kuluallikaks on aga ka isikul endal ning tema perekonnal lasuv vaimse tervise häire esinemisest tingitud finantskoormus. Psüühikahäire majanduslikud mõjud sõltuvad nii puudutatud isiku enda ning teda hooldavate isikute võimalusest tööl käia ja seeläbi anda oma panus ühiskonna majandusse kui ka tervishoiu- ja tugiteenuste kasutamisest. Psüühikahäirete majanduslike kogukulude allikad on toodud järgnevas tabelis (15):

	Hooldamisega seotud kulud	Tootlusega seotud kulud	Muud kulud
Kannatajad	Ravi ja teenuse tasud/ maksumus	Töövõimetus, kaotatud sissetulek	Meeleheide, kannatused, ravi kõrvalmõjud, enesetapp
Perekond ja sõbrad	Mitteametlik hooldamine	Töölt puudumine	Meeleheide, isolatsioon, stigma
Tööandjad	Panus ravisse ja hooldusse	Vähenenud tootlus	-
Ühiskond	Psühhiaatrilise ja üldise tervishoiuteenuse pakkumine (maksustamine/ kindlustus)	Vähenenud tootlus	Kaotatud elud, ravimata haigused (vastamata soovid), sotsiaalne kõrvalejätetus

Ülaltoodud tabelist nähtuvalt mõjutab vaimse tervise häirete esinemine ühiskonda kõigil tasanditel. Selge on see, et mida rohkem häireid esineb, seda suuremad on otsesed ja kaudsed kogukulud riigi jaoks. Kulude ulatuslikkust on metodoloogiliselt kõige ammendavamalt hinnatud Ameerika Ühendriikides ja Ühendkuningriigis. Ameerika Ühendriikides kulub vaimse tervisega seotud probleemidega tegelemiseks ligikaudu 2,5% SKP-st. Euroopa Liidu riikide jaoks maksab psüühikahäiretega tegelemine ligikaudu 4% SKP-st, kusjuures ravile kulub 2% SKP-st ehk pool (16).

Jälgides vaimse tervise häirete esinemise trende, siis tõusuteel on näiteks depressiooni levimus. Ameerika Ühendriikides tehtud uuringu kohaselt esineb igast kaheksateistkümnest inimesest ühel mingis vormis depressioon (17). Arvestades keskmist depressiooni esinemissagedust meie sarnastes ühiskondades võib arvata, et Eestis põeb depressiooni hinnanguliselt 71 108 inimest (18). Ainuüksi depressiooni mõju rahvastiku tervisele ja majandusele võib tuletada asjaolust, et uuringute kohaselt on depressioon aastaks 2020 ülemaailmselt haiguskoormuse tekitajatest südameveresoonkonna haiguste järel teisel kohal (19). Depressioonis patsientide kulud tervishoiuteenustele on üle 50% kõrgemad, kui tavapatsientidel ja seda eelkõige tervishoiusüsteemi tunduvalt intensiivsema kasutamise tõttu (20). Samas kulutatakse depressiooni ravimisele vaid üheksa protsenti haigusele kuluvast summast ning ülejäänud raha läheb peamiselt häire

tõttu ühiskonnale tekkinud kulude katmiseks. Isikud, kes põevad depressiooni puuduvad haigestumise tõttu töölt kaks korda enam (21) ning kaotatud produktiivsus mõjutab otseselt riigi majandust.

1.2. Vaimse tervise probleemide koormus Eesti rahvastikule ja majandusele

Ka Eesti ei erine muudest Euroopa riikidest vaimse tervise häirete esinemissageduse osas. Pigem võib väita, et olukord Eestis võib olla veel tõsisem, kuna nii enesediagnoosi võime kui ka ühiskonna teadlikkus vaimse tervise häiretest on küllaltki madalad. Olukorra illustreerimiseks võib välja tuua enesetappude määra. Kui Euroopa Liidu riikides oli aastaks 2007 keskmine enesetappude määr langenud 4,9 enesetapuni 100 000 elaniku kohta, siis Eestis on sama näitaja praktiliselt 3 korda kõrgem – 12,5 (22).

Statistika kohaselt oli aastal 2007 psühhiaatrite poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikute arv Eestis 126 917 isikut ning haiglaravil viibis seoses psüühikahäirega 15 083 isikut. Psüühikahäirega seotud puue oli aastal 2007 määratud 13 051 inimesele (23). Võrreldes aastaga 2006 on psühhiaatrite poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikute arv veidi langenud, kuid suurenenud on statsionaarse tervishoiuteenuse tarbimine ja psüühikahäirega seotud puuete arv. Eeltoodust tulenevalt nähtub, et ka Eestis, nagu mujal Euroopas, on nii vaimse tervise häired ning nende avastamissagedus, kui ka abi tarvitamise tendents kindlal tõusuteel.

Samal ajal väheneb järjekindlalt psühhiaatrilise abi osutamise võimalus statsionaarselt. Kui aastal 2000 oli Eestis veel 79,2 haiglavoodit 100 000 elaniku kohta psühhiaatriliste haiguste ravimiseks, siis aastal 2005 juba vaid 53,8. Tendentsist osa on põhjustatud üldisest suundumusest vähendada üleöö osutatavate tervishoiuteenuste mahtu ja seda eriti psühhiaatrilises abis. Teisest küljest on ravivoodite vähenemise põhjuseks ka täiustunud ravimeetodid, alternatiivsete teenuste kasutuselevõtt tervishoiu- ja sotsiaalsektoris ning samuti raviteenuse osutamise rahalise efektiivsuse tõus. Viimase osas leidis Eesti tunnustust Health Consumer Powerhouse poolt koostatud Euro Health tarbijaindeksis 2007, milles toodu kohaselt oli Eesti esikohal raha eest saadava väärtuse kategoorias ehk et iga tervishoidu panustatud krooni eest sai just Eesti tervisesüsteemis

kõige rohkem hüvesid (24). Samas on reaalne oht, et maksimaalse majandusliku efektiivsusega töötav tervishoiusüsteem ei pruugi teenuste osas enam täielikult vastata tarbijate vajadustele ja ootustele. Võrdluseks olgu toodud, et Euroopa Liidus oli samal aastal psühhiaatrilise abi ravivoodite keskmine arv 100 000 elaniku kohta 60,4 (25).

Eesti Haigekassa andmetel tõusis 2008 aasta I poolaastal haigekassa poolt tervishoiuteenuse osutajale hüvitatavate psühhiaatrilise abi ravijuhtude maht keskmiselt 4% ning psühhiaatrilise eriarstiabi osutamise kogukulu tõusis 145 745 000 kroonini. Antud tõus ei peegelda aga kõiki muudatusi psühhiaatrilise abi osutamise sektoris, kuna tulenevalt psüühikaprobleemide endisest stigmatiseeritusest Eestis, eelistab teatud osa abivajajaid eelduslikult osta teenust väljaspool Eesti Haigekassa süsteemi. Kuigi ravijuhtude arv on aastaga kasvanud vaid 4%, kasvas ravijuhu keskmine maksumus 2008. aasta I poolaastal nii ambulatoorse, päevaravi kui ka statsionaarse eriarstiabi osas ja seda eelkõige 2008. aastal kehtima hakanud uute tervishoiuteenuste piirhindade tõttu. Enim on maksumus suurenenud ambulatoorsete psühhiaatriliste teenuste osas ja seda koguni 21% (26).

Psüühikahäirete korrigeerimiseks mõeldud ravimeid kompenseeris Eesti Haigekassa 2008. aasta I poolaastal kokku 25 780 594 krooni ulatuses. Ravimite kasutajaid I poolaastal oli kokku 11 954 ning seega oli iga isiku kohta kompenseeritud ravimikulu 2156,65 krooni (27). Eeltoodust nähtuvalt suurenevad nii eriarstiabi osutamisele kui ka ravimikompensatsioonile kuuluvad summad aasta-aastalt.

Hoomamaks vaimse tervise häiretest tingitud kulutusi ühiskonnale võib välja tuua järgmise suhtarvu – arenenud maades on selliste häirete tagajärjel tekkinud majanduslik koormus ühiskonnale eelduslikult 3-4% sisemajanduse kogutoodangust (28) ja seda nii otseste kui ka kaudsete kulude mõjul (29). Eesti sisemajanduse kogutoodang aastal 2007 oli 238,9 miljardit krooni (30). Kasutades eeltoodud suhtarvu võib järeldada, et Eesti ühiskonnale vaimse tervise häirete tõttu langeva majandusliku koormuse suurus on iga-aastaselt vahemikus 7,17 kuni 9,56 miljardit krooni.

Seega on näha, et psühhiaatrilise abi osutamise maht ning sellega kaasnevad otsesed kulud tõusevad aastate lõikes pidevalt ja seda nii teenuse suurenenud tarbimise kui ka teenuse enda ning ravimite hindade tõusu tõttu. Samas siirdub teenuse osutamise fookus

järjest enam statsionaarselt abilt ambulatoorsele abile. See aga seab Eesti tervise- ja sotsiaalsüsteemi uue väljakutse ette – vältida tuleb reinstitutsionaliseerimist. Teiste riikide kogemus on näidanud, et psühhiaatria voodikohtade vähenemine võib asjakohaste tugiteenuste puudumisel kaasa tuua eelnevalt haiglates viibinud isikute sattumise kinnistesse hoolekandeesutustesse, sundravile või kinnipidamiskohtadesse (31). Sellise tendentsi ära hoidmiseks tuleb ühelt poolt luua kohane seadusandlik baas eelkirjeldatud reinstitutsionaliseerimist vähendavate meetmete rakendamiseks ning teisalt tuleks jätkuval aktiivravikohtade vähendamisel tagada piisavas mahus ja piiranguteta kohaste tugiteenuste kättesaadavus. Oluliseks tuleb pidada ka asjaosaliste koostööd isikule võimalikult inimväärse ja väiksemate piirangutega elu tagamise eesmärgil. Näitena võib nimetada vajadust tihedaks ja sujuvaks koostööks psühhiaatri ja perearsti või tervishoiuteenuse osutaja ja sotsiaalhoolekande teenuste pakkuja vahel.

2004. aastal on uuritud haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastaid Eestis, seoseid riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusust (32). Uuringus esitati surmade ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastate arvud aastatel 2000–2002 haigusseisundite ja vanusrühmade kaupa, eraldi meeste ja naiste kohta, põhitähelepanuga 2002 aastale. Andmete analüüsil keskenduti kolme põhinäitaja kirjeldamisele - suremuse tõttu kaotatud eluaastad, haiguste tõttu kaotatud eluaastad ja summaarne tervisekadu. Suremuse tõttu kaotatud eluaastad (*years of life lost*, YLL) võtavad arvesse surmavanust andes suurema väärtuse nooremas eas aset leidvatele surmadele ja väiksema väärtuse vanemas eas aset leidvatele surmadele (33). Surma tõttu kaotatud eluaastate arvestamiseks korrutatakse surmade arv erinevusega oodatava eluea standardist. Uuringust nähtuvalt kaotavad Eesti naised psühhiaatriliste haiguste tõttu kokku 558 eluaastat (0,6% kogu kaotatud eluaastatest) ja Eesti mehed 1117 eluaastat (1,0% kogu kaotatud eluaastatest). Esikohal suremusest tingitud eluaastate kao põhjustajatena on kahtlemata südame-veresoonkonna haigused, kasvaja ning eriti meeste puhul ka välispõhjused. Siiski ei asu psühhiaatriliste haiguste poolt põhjustatud suremus ei meeste aga naiste puhul kaugeltki mitte viimasel kohal kaotatud eluaastate põhjustajana.

Haiguste tõttu kaotatud eluaastad (*years lost due to disability*, YLD) mõõdavad haiguskoormuse kontseptsioonis aega, mis on elatud vähema kui täiusliku tervisega puude tõttu. Haigustest tingitud tervisekao leidmiseks korrutatakse omavahel haiguse ja terviseprobleemi esinemissagedus uuritava rahvastiku soo- ja vanusrühmade lõikes,

haiguse kestus ning haiguskaal. Vaimse tervise häirete tõttu kaotavad Eesti mehed 5364 eluaastat (9,1% kogu kaotatud eluaastatest) ja Eesti naised 6705 eluaastat (8,3% kogu kaotatud eluaastatest). Kõnealused häired põhjustavad Eesti elanikkonnale seega märkimisväärset tervisekadu – nii naiste kui meeste puhul on psüühikahäired tervisekadu põhjustavatest haigustest viiendal kohal, neid edestavad peamiselt kasvajakasvaja ja südame-veresoonkonna haigused.

Summaarne tervisekaotus (*disability adjusted life years, DALY*) on tervise erisuste mõõdik, mis laiendab ülalkirjeldatud enneaegse suremuse tõttu potentsiaalselt kaotatud eluaastate kontseptsiooni haarates lisaks ka tervena elatud eluaastate kao, mis peegeldab halva tervise või puudega elatud eluaastaid. Seega kombineerib summaarne tervisekaotus ühes mõõdikus nii puudega elatud eluaastaid kui ka suremuse tõttu kaotatud eluaastaid (34). Uuringu tulemustel on psüühikahäiretega seonduva haiguskoormuse tõttu tekkiv summaarne tervisekaotus Eesti meestel 6481 aastat (3,8% kogu tervisekaotusest) ning Eesti naistel 7263 aastat (4,3% kogu tervisekaotusest). Nii meeste kui naiste puhul on psüühiaatilised haigused seitsmendal kohal summaarse tervisekaotuse põhjustajana.

Eeltoodust nähtuvalt ei ole Eestis psüühiaatilised haigused haiguskoormuse tekitajatena küll esikolmikus, kuid selliste haiguste osakaal on siiski märkimisväärne ja ennustatavalt tõusuteel (35). Kui vaadelda ülemaailmset olukorda kirjeldavas peatükis esitatud arvandmeid, siis juba käesoleval ajal moodustavad psüühikahäired Euroopas haiguste tõttu kaotatud eluaastatest tervelt 43%. Seega tuleb asuda seisukohale, et ka Eestis on oodata juba lähitulevikus psüühiaatiliste haiguste osakaalu suurenemist ühiskonna haiguskoormuses. Lisaks tuleb tähelepanu pöörata asjaolule, et haigestumine ja puue toovad psüühikahäirete puhul kaasa suurema koormuse, kui suremus. Tulenevalt eeltoodust on viimane aeg võtta Eestis tarvitusele nii seadusandlikud kui ka praktilised meetmed psüühikahäiretest tingitud haiguskoormuse vähendamiseks nii isikutele kui ka kogu ühiskonnale. Isikule tähendab väiksem haiguskoormus eelkõige kõrgemat elukvaliteeti, iseseisvust ja rahulolu. Ühiskonna jaoks on tulemused eelkõige majanduslikult mõõdetavad – esiteks on võimalik kohaste praktikate rakendamise kaudu kokku hoida psüühikahäirete raviks kuluvat raha (nii arstiabi, ravimid kui ka tugiteenused) ning lisaks tähendab psüühikahäirete esinemise adekvaatselt madalam osakaal rahvastikus kõrgemat tootlikkust ja üldist elustandardit.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1. Vaimse tervise valdkonnaga seonduvaid isikute põhiõigusi reguleerivad peamised rahvusvahelise õiguse aktid

Vaimse tervise häiretega isikute õiguste kitsendamine on aset leidnud kogu inimkonna ajaloo vältel. Sellise kahetsusväärse tendentsi muutmiseks on oluline roll täita õiguslikel meetmetel, mis peaks kaitsma isikuid nende enesemääramisõigusesse sekkumise eest. Nii Ühinenud Rahvaste Organisatsioon, Euroopa Nõukogu kui ka Euroopa Liit on koostanud ja jõustanud rahvusvahelise õiguse instrumentid, mille eesmärgiks on kaitsta vaimse tervise probleemidega isikute õigusi ja samas anda metodoloogilised juhtnöörid riikidele asjakohase seadusandluse koostamiseks.

2.1.1 Globaalne tasand

Psühhiaatrilise abi osutamise kontekstis omab ülemaailmset tähtsust Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) poolt 10.12.1984 aastal vastu võetud piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikut alandava kohtlemise ja karistamise vastane konventsioon (36) ja selle fakultatiivne protokoll (37). Eesti on konventsiooniga ühinenud 01.06.2002 ning fakultatiivne protokoll jõustus Eesti Vabariigi suhtes 17.01.2007. Osundatud instrumenti eesmärgiks on kaitsta kõiki isikuid piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikut alandava kohtlemise ja karistamise eest. ÜRO konventsiooni artikkel 1 kohaselt tähendab piinamine tegevust, millega riigi esindaja või volitatud isiku poolt tekitatakse inimesele tahtlikult tugevat füüsilist või vaimset laadi valu või kannatusi. Akt paneb liikmesriikidele kohustuse võtta tarvitusele kõik tõhusad seadusandlikud, haldus-, kohtu- ja muud meetmed, et ära hoida piinamisi oma jurisdiktsiooni all oleval territooriumil. Seetõttu on selge, et ka vaimse tervise küsimusi reguleeriv õigusraamistik ja selle rakendamise kontroll peavad välistama igasuguse võimaluse isikute füüsiliseks ja vaimseks väärkohtlemiseks.

Lisaks eeltoodule tuleb käsitletavas valdkonnas tähelepanu pöörata ka spetsiifilistele, vaimse tervise küsimuste üksikasjalikuks reguleerimiseks välja töötatud instrumentidele. Sellistena olgu esmalt mainitud näiteks ÜRO poolt 20.12.1993 vastu võetud puuetega isikute võimaluste võrdsustamise standardsed reeglid (38). Kuigi reeglid ei ole otseselt

õiguslikult siduvad, peegeldavad nad osalisriikide soovi pühenduda puuetega isikutele võrdsete võimaluste tagamisele olles tõhusaks instrumendiks poliitiliste otsuste vormimisel. Reeglite preambula kohaselt hõlmab mõiste „puue“ ka vaimse tervise problemaatikat. Reeglid sätestavad võrdsete võimaluste rakendamise eeldustegurid, nagu teadlikkuse tõstmine, tervishoiu- ja tugiteenuste pakkumine ning samuti loetlevad olulisimad alad, kus kõigi ühiskonnaliikmete võrdsus peaks olema saavutatud (näiteks ligipääs, haridus, töö, kultuur, pereelu jne).

Oluliseks vaimse tervise problemaatikale keskenduvaks aktiks on ÜRO poolt 17.12.1991 vastu võetud vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid (39). Nimetatud dokument annab juhtnöörid käitumiseks isikute paigutamisel tahtest olenematule ravile ja seab ravistandardid. Printsiibi 24 kohaselt ei laiene dokumendis toodud põhimõtted ja kaitsemehhanismid mitte ainult vaimse tervise häiretega isikutele, vaid kõigile psühhiaatrilise abi osutaja juures viibivatele isikutele. Kuigi ka põhiprintsiipide näol ei ole tegemist otsekohalduva regulatsioonivahendiga, peavad ÜRO liikmesriigid tervisepoliitikaid ja seadusandlust välja töötades ning vaimse tervise teenuse osutajate tööd korraldades käsitletavas aktis toodud põhimõtetest lähtuma. Mitmed ÜRO liikmesriigid ongi oma vaimse tervise seadusandlust ja praktikaid välja töötades lähtunud printsiipides toodust (40).

ÜRO peamiseks tegevuseks on osutada globaalsel tasandil kaasabi humaanprobleemide lahendamiseks. Selle eesmärgi nimel teevad koostööd rohkem kui 30 sidusorganisatsiooni, keda nimetatakse ÜRO süsteemiks. ÜRO süsteemil on 6 peamist organit – esindajatekogu, julgeolekukogu, peaassamblee, majandus- ja sotsiaalkogu, rahvusvaheline kohus ja sekretariaat. Üheks majandus- ja sotsiaalkogu haldusalas tegutsevaks spetsialiseeritud agentuuriks on Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organisation, WHO) (41). WHO peamiseks ülesanneteks on olla eestvedaja globaalsete terviseküsimuste lahendamisel, kujundada terviseuuringute agendat, seada normid ja standardid, tuua välja tõenduspõhised poliitikate võimalused, osutada riikidele tehnilist abi ja hinnata tervisesuundumusi (42). Üks WHO prioriteete ja töövaldkondi on olnud ka vaimsesse tervisesse puutuv. Jaanuaris 2005 võtsid WHO Euroopa regiooni 52 liikmesriiki Helsingis vastu vaimse tervise deklaratsiooni ja tegevuskava (43). Deklaratsioonis toodu kohaselt peavad liikmesriigid välja töötama laiaulatuslikud vaimse tervise poliitikad, mis aitavad vähendada märgistamist ja ebavõrdset kohtlemist, tagama

inimõiguste ja inimväärikuse kaitse ning rakendama vajaliku seadusandluse, mis võimestaks vaimse tervise häirete ja muude puuete all kannatavaid või ohustatud isikuid täiel määral osa võtma ühiskondlikust elust. Tegevuskava preambuli punkt iii sätestab ühe aastaks 2015 saavutava prioriteedina ka põhjalike, integreeritud ja efektiivsete vaimse tervise süsteemide välja töötamise ja rakendamise, mis kataksid edendamise, ennetamise, ravi, rehabilitatsiooni, hoolduse ja taastusega seonduvaid alasid. Lisaks rõhutatakse tegevuskavas ka erinevate sektorite vahelise koostöö olulisust (44), vajadust tagada piisav rahastatus (45) ning kompetentse tööjõu olemasolu (46). Euroopa vaimse tervise deklaratsioonis ja selle tegevuskavas toodu saavutamiseks määrasid liikmesriigid kindlaks ka vaheetapid. Muuhulgas kohustusid liikmesriigid aastaks 2010 lõpetama ebainimliku ja alandava kohtlemise ja ravi ning jõustama inimõiguste ja vaimse tervise alased õigusaktid, mis vastaksid Ühinenud Rahvaste konventsioonidele ja rahvusvahelisele õigusele (47).

Samuti on WHO aastal 1996 välja andnud vaimse tervise seadusandluse kümme põhiprintsiipi (48). Printsiipide koostamise aluseks oli esiteks WHO poolt läbi viidud 45 riigi vaimse tervise seadusandluse analüüs ning teiseks juhinduti ÜRO vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipidest. Instrumendi eesmärgiks on anda ülevaade vaimse tervise valdkonnaga seonduvatest peamistest õiguslikest küsimustest, mis ei ole sõltuvad kultuurist või õiguskorrast. Põhiprintsiipide näol on tegemist äärmiselt praktilise eeskuju ja kontrollnimekirjaga siseriikliku vaimse tervise poliitika ja seadusandluse kujundamiseks.

2.1.2 Euroopa tasand

Parandamaks inimõiguste olukorda vaimse tervise sensitiivses valdkonnas ja tuginedes 20.sajandi esimese poole kogemustele koostati veidi peale II Maailmasõja lõppu, täpsemalt 04.11.1950, Euroopa Nõukogu Rooma istungil inimõiguste ja põhivabaduste konventsioon (49), mis jõustus 03.09.1953. Käesolevaks ajaks on konventsiooni ratifitseerinud kõik 47 Euroopa Nõukogu liikmesriiki (50), mistõttu on konventsiooni näol tegemist Euroopa tähtsaima põhiõigusi käsitleva dokumendiga. Nimetatud konventsioon erineb teistest rahvusvahelise õiguse instrumentidest seetõttu, et esiteks on seal toodu otsekohaldav ka siseriiklikult ning teiseks on konventsiooni alusel otsuseid tegeva Euroopa Inimõiguste Kohtu otsused liikmesriikidele täitmiseks kohustuslikud.

Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendid võivad kaasa tuua ja on kaasa toonud olulisi reforme liikmesriikide seadusandluses (51). Seetõttu leiavad kohtu asjassepuutuvad otsused edaspidi alateemade juures täpsemat käsitlust.

Konventsioon iseenesest koosneb 59st artiklist, millest psühhiaatriaga seonduvaid küsimusi võib leida vaid mõnest sättest. Peamiselt pööratakse konventsiooni puhul antud kontekstis tähelepanu artiklile 5, mis sätestab igäühe õiguse isikuvabadusele ja turvalisusele. Vabaduspõhiõigusest loob aga erandi sama artikli alapunkt 1.e, mille kohaselt võib rakendada ebaterve psüühikaga isikute seaduslikku kinnipidamist. Kinnipidamise rakendamisel tuleb silmas pidada siiski ka artikli alapunktis 2 toodut, mille kohaselt teatatakse igale vahistatule talle arusaadavas keeles viivitamata tema vahistamise põhjused ja kõik tema vastu esitatud süüdistused ning iga kinnipeetu toimetatakse viivitamata kohtuniku või mõne muu seadusjärgse õigusvõimuga ametiisiku ette.

Ka Euroopas on koostatud riikideülesed instrumendid vaimse tervise küsimuste inimõigustekeskseks reguleerimiseks. Euroopa Nõukogu on juba 22.02.1983 vastu võtnud soovitus R(83)2 liikmesriikidele vaimse tervise häirega isikute õiguskaitse tagamisest tahtevastasel paigutamisel (52).

Lisaks on Euroopa Nõukogu parlamentaarne assamblee 12.04.1994 vastu võtnud soovitus 1235 (1994) psühhiaatriast ja inimõigustest (53). Soovitus punkti 7 kohaselt tegi parlamentaarne assamblee ministrite nõukogule ettepaneku võtta vastu soovitus, mis tugineks Euroopa Inimõiguste Kohtu poolt väljendatud seisukohtadele, ministrite nõukogu varasematele soovitustele ja erinevatele inimõigusi reguleerivatele instrumentidele ning tagaks seeläbi vaimse tervise häiretega isikute õiguste universaalse kaitse kõigis Euroopa Nõukogu liikmesriikides.

Kõige värskemaks Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee poolt vaimse tervise häirega isikute õigusi puudutav dokument on 29.01.2009 vastu võetud resolutsioon 1642 (2009) puuetega inimeste ligipääsust õigustele ning nende täieulatuslikust ja aktiivsest osalusest ühiskonnas (54). Resolutsiooni vastu võtmise tingis asjaolu, et praktikas on füüsiliste ja vaimsete puuetega inimeste võimalus teostada oma õigusi võrdselt puueteta inimestega paljuski illusoorne ning ebapiisav. Tulenevalt eeltoodust kutsub Assamblee liikmesriike üles lülitama puute temaatika kõigisse riigi

poliitikatesse, kindlustama, et puuetega seotud programmid on piisavalt rahastatud ning kandma hoolt selle eest, et füüsilise või vaimse puudega isikud saavad teostada oma kodanikuõigusi teiste isikutega võrdsel määral. Muuhulgas käsitleb resolutsioon ka vaimse tervise häirega isikute teovõimet, kinnistesse asutustesse paigutamise vältimist, integreerimist tööturule, vajadustele vastava hariduse kättesaadavust, iseseisva liikumise võimalusi, kohaste terviseteenuste kättesaadavust jne.

Järgides parlamentaarse assamblee ettepanekut lõi Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee psühhiaatria ja inimõiguste töögrupi, mis allus bioetika järelevalvekomiteele. Töögrupi ülesandeks oli luua uue instrumendi eelnõu. Töögrupp avaldaski 03.01.2000 vaimse tervise häirete all kannatavate, eriti tahtest olenematult psühhiaatrilisse asutusse paigutatud, isikute inimõiguste ja väärkuse kaitse valge raamatu (55). Pärast avalikke konsultatsioone raamatus sätestatu üle võttis Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee 22.09.2004 vastu soovitusel REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärkuse kaitse kohta ning selle selgitava memorandumiga (56). Soovitusel peamiseks eesmärgiks on saavutada Euroopas suurem ühtsus vaimse tervise häirega isikute inimõiguste ja inimväärkuse tagamisel ning seda eriti tahtest olenematu paigutamise või ravi korral. Dokumendis toodu kohaselt peaksid Euroopa Nõukogu liikmesriigid, sealhulgas ka Eesti (57), viima oma seadusandluse ja praktikad kooskõlla soovitusel tooduga. Samuti peavad liikmesriigid tagama vaimse tervise teenuste sellise rahastuse, mis võimaldab soovitusel sätestatu saavutada.

Euroopa Nõukogu on 26.11.1987 vastu võtnud piinamise, ebainimliku ja alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsiooni, mis reguleerimisalalt on sarnane juba ülalviidatud ÜRO dokumendiga. Eesti ühines konventsiooni ja selle 1. ja 2. lisaprotokolliga (58) 21.10.1996. Konventsiooni artikli 1 alusel asutati aastal 1989 Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee ehk CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment). CPT ülesandeks on külastada kinnipidamiskohti, nagu näiteks vanglad, politseijaoskonnad, immigrantide interneerimiskeskused ja psühhiaatriaiglad, et näha, kuidas vabaduse kaotanud isikuid koheldakse, ning vajadusel esitada riigile soovitusi olukorra parandamiseks. Aastatega, mil CPT on selles valdkonnas tegutsenud, on ta välja töötanud vabaduse kaotanud isikute kohtlemise standardid (59). Psühhiaatrilise abi osutamisele on keskendunud standardite 5.osas, mis

käsitleb isikute paigutamist psühhiaatriaasutusse nende tahtest olenemata (väljavõte 8. üldaruandest [CPT/Inf (98) 12](60)) ning täiskasvanutele ettenähtud psühhiaatriaasutustes kasutatavad ohjeldusmeetmeid (väljavõte 16. üldaruandest [CPT/Inf (2006) 35] (61)) (62). CPT standardid põhinevad paljudes erinevates riikides kasutusel olevate õigusaktide ja praktikate analüüsil ning nende võrdlemisel inimõiguste tagamise instrumentidega. Seega on standardid äärmiselt kasulikuks nõuandvaks allikaks isikute õiguste tagamise taseme hindamisel psühhiaatrilise abi osutajate juures.

2.1.3 Euroopa Liidu tasand

Aluse ühenduse tegevuseks vaimse tervise vallas lõi Euroopa Liidu rahvatervise programm 2003-2008 (63) ning käesoleval ajal juhindub Euroopa Liit vaimse tervise tegevustes ühenduse teisest tervisevaldkonna tegevusprogrammist 2008–2013 (64). Programm baseerub Euroopa Ühenduse asutamislepingu (65) artiklil 152, mille kohaselt peavad kõik ühenduse tasandil ette võetavad tervishoiumeetmed täiel määral arvestama liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel.

Aastani 2013 kehtiva programmi preambula, kus kirjeldatakse dokumendi tausta, aluseid ja olulisust, punkti 10 kohaselt peaks programm põhinema ühenduse eelmise rahvatervise valdkonna tegevusprogrammi 2003–2008 tulemustel ning kaasa aitama füüsilise ja vaimse tervise kõrge taseme saavutamisele ja tervisest tingitud ebavõrdsuse vähendamisele kogu ühenduses, võttes meetmeid, mille eesmärk on rahvatervise parandamine, haiguste ja tervisehäirete ennetamine ning terviseriskide allikate kõrvaldamine, võitlemaks haigestumise ja enneaegse suremuse vastu. Programmi artikkel 7.2 võimaldab nii Euroopa Komisjonil kui ka liikmesriikidel võtta oma pädevuse piires asjakohaseid meetmeid, et tagada programmi tõhus rakendamine ning töötada ühenduse ja liikmesriikide tasandil välja mehhanismid, mis aitavad programmi eesmärke saavutada. Muuhulgas võivad sellisteks mehhanismideks olla ka ühisstrateegiad ja -meetmed.

Tuginedes eelosundatud tegevusvabaduse klauslile avaldas Euroopa Komisjon septembris 2005 roheline raamatu „Edendades rahvastiku vaimset tervist. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia poole.“ (66). Roheline raamat on Euroopa Liidus dokumendiks, mis peaks algatama teatud teemal diskussiooni. Rohelises raamatus kutsutakse asjaosalisi

(nii füüsilisi kui ka juriidilisi isikuid) üles osalema konsultatsiooniprotsessis ja debateerima aktiivselt esitatud ettepanekute üle. Rohelisele raamatule võib järgneda valge raamat, milles esitatakse ametlikud ettepanekud õigusakti formeerimiseks (67). Vaimse tervise rohelise raamatu eesmärgiks oligi käivitada ühiskondlik diskussioon senisest efektiivsemast vaimse tervisega seotud probleemide leviku piiramisest ning vaimse heaolu arendamisest Euroopa Liidus. Dokument juhtis tähelepanu vaimse tervise olulisusele ka muude Euroopa Liidu strateegiliste poliitikaeesmärkide saavutamisel, nagu jõukus, solidaarsus ja sotsiaalne õiglus ning kodanike elukvaliteet. Rohelise raamatu koostamisel andis oma arvamuse Euroopa Liidu vaimse tervise poliitika arengusuundade kohta rohkem kui 230 valitsusasutust, organisatsiooni ja üksikisikut (68).

Rohelise raamatu põhjal on Euroopa Komisjon koostanud dokumendi „Euroopa vaimse tervise ja heaolu pakt“ (69), mida esitleti 13.06.2008 Brüsselis aset leidnud Kõrgetasemelisel Konverentsil "Koos vaimse tervise ja heaolu poole". Pakti eesmärgiks on rõhutada vaimse tervise tähtsust Euroopa Liidu rahvastiku tervisele, tootlikkusele, õppimisvõimele ja sotsiaalsele sidususele. Pakt signaaliseerib soovi koostööks vaimse tervise valdkonnas kasutades selleks ühiseid tegutsemispõhimõtteid. Dokumendil põhinev tegevusplaanide arutelu leiab aset aastatel 2008-2009 toimuvatel temaatilistel konverentsidel ning protsess peaks pädima 2009.aastal tehtava Euroopa Komisjoni ettepanekuga Euroopa Nõukogu soovitusel vaimse tervise valdkonnas (70). Pakti 5.prioriteedi kohaselt peavad riigid vaimse tervise teenuste arendamisel jälgima, et sellised teenused oleks inimesekesksed, täielikult integreeritud ühiskonda ning võimaldaksid ära hoida stigmatiseeritust ja kõrvalejätust. Muuhulgas tuleb poliitikate kujundamisel silmas pidada WHO poolt aastal 2005 koostatud Euroopa vaimse tervise deklaratsiooni ja erinevaid rahvusvahelise õiguse allikaid.

Euroopa Parlament võttis 19.02.2009 vastu resolutsiooni 2008/2209(INI) (71), milles toetas Euroopa vaimse tervise ja heaolu pakti, kui vaimse tervise alase tegevuste lähtekohta Euroopa Liidus. Resolutsioonist nähtuvalt soovitab Euroopa Parlament liikmesriikidel ette võtta aktiivseid tegevusi kõigi paktis toodud prioriteetsete alade ellu rakendamiseks.

Lisaks tuleks märkida, et Euroopa Liidus on isikute õiguste kaitse tervishoiuteenuste saamisel olnud ka kodanikuühenduste tegevuses käsitletud valdkonnaks. Aastal 2002

koostasid 12 Euroopa Liidu liikmesriigi kodanikuühenduste esindajad Euroopa Patsiendiõiguste Harta (72). Koostajate arvates peaks Harta tõstma patsiendiõiguste kaitse taset erinevates siseriiklikes tervisesüsteemides ning olema rahvuslike tervisesüsteemide, mis austavad kodanike ja patsientide õigusi, harmoniseerimise vahendiks. Harta sätestab 14 patsiendiõigust ja 3 tervisevaldkonnaga seonduvat kodanikuõigust. Hartas toodu kohaselt on üle-Euroopalisteks patsiendiõigusteks õigus ennetavatele vahenditele, õigus ligipääsule, õigus teabele, õigus nõusolekule, õigus vabale valikule, õigus privaatsusele ja konfidentsiaalsusele, õigus patsiendi aja austamisele, õigus kvaliteedistandardite järgimisele, õigus turvalisusele, õigus innovatsioonile, õigus mittevajalike kannatuste ja valu vältimisele, õigus isikustatud ravile, õigus esitada kaebusi ja õigus hüvitisele. Tervisevaldkonnaga seonduvateks kodanikuõigusteks on õigus osaleda üldolulistest tegevustes, õigus osaleda vahendustegevustes ja õigus osaleda tervisepoliiticate kujundamises.

2.2. Vaimse tervise valdkonnaga seonduvaid isikute põhiõigusi reguleerivad peamised siseriikliku õiguse aktid

Eesti Vabariigis kaitseb igäihe õigust tervise kaitsele põhiseaduse § 28 lõige 1. Õigus tervise kaitsele sisustab kindlapiirilisemalt PS §-s 10 sätestatud sotsiaalse riigi põhimõtte. Põhiseadus eeldab, et riik peab tagama igäihele inimväärse äraelamise ning seega kujutab ka PS § 28 lõikes 1 sätestatu endast igäihe õigust saada riigilt hüvesid. Silmas tuleb pidada, et riigil on kohustus aktiivselt tegutseda eesmärgiga tagada kõigile selliste hüvede kättesaadavus (73).

Õiguse tervise kaitsele ulatuse tõlgendamisel tuleb silmas pidada, et tervis on oluline väärtus, ilma milleta ei ole võimalik enamiku teiste põhiõiguste kasutamine. Mõistagi ei hõlma põhiseaduses toodu vaid füüsilist tervist, vaid igäihel on õigus juurdepääsuks ka vaimse tervise kaitse ning parandamise süsteemidele. Nagu eelpool mainitud on riigil kohustus omal algatusel kohased vaimse tervise kaitse ja tagamise süsteemid luua.

Käesoleval ajal on Eestis peamiseks vaimse tervise küsimusi reguleerivaks õigusaktiks alates 1997.aastast kehtiv psühhiaatrilise abi seadus. Täiendavalt leiab psühhiaatrilise abi osutamise regulatsiooni sotsiaalministri 26.08.2002 määrusest nr 105

„Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaahaigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel“. Kummatigi on mõlemad eelnimetatud õigusaktid äärmiselt napisõnalised reguleerides vaid psühhiaatrilisse ravisse puutuvat ning sedagi ebapiisavalt.

Juba 2002.aastal töötati Sotsiaalministeeriumi tellimusel kolmanda sektori poolt välja „Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument“ (74). Projekti koordineeris SA PRAXIS ning selle väljatöötamisel osales kokku 1000 inimest ja organisatsiooni üle Eesti. Alusdokument on heaks kiidetud Vabariigi Valitsuse poolt juunis 2002. Nimetatud dokument pidi olema riigile lähtekohaks vaimse tervise poliitika välja töötamisel ning saama vaimse tervise riikliku programmi käivitamise aluseks. Viimase rakendumisajaks oli planeeritud hiljemalt aasta 2005. Kummatigi ei ole veel tänaseks päevaks hakatud vaimse tervise poliitika alusdokumenti ellu viima ning sisuliselt on arengud selles valdkonnas peatunud. Vaimse tervise poliitika puudumise on negatiivsena välja toonud ka WHO Euroopa büroo oma vaimse tervise poliitikate analüüsis. Uuritud 42-st Euroopa riigist ei olnud vaimse tervise poliitikat kehtestatud vaid neljas. Lisaks Eestile kuulusid sellesse nimistusse veel ka Gruusia, Moldova ja Aserbaidžaan (75).

Vaimse tervise poliitika alusdokumendis toodi välja nii peamised vaimse tervise probleemid kui ka tegevussuunad nende probleemide lahendamiseks. Uurimistöö järelduste kohaselt on Eesti senine rõhuasetus nii hoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas kui ka sellega seotud valdkondades olnud pigem tagajärgede likvideerimisel kui edendamisel ja ennetamisel. Samuti peeti oluliseks rõhutada, et kuna psüühikahäirete korral toimub esimene kontakt kõige sagedamini esmatasandi tervishoiuga, tuleb perearste ja nendega koos töötavaid meditsiiniõdesid järjekindlalt õpetada psüühikahäireid ära tundma ja ravima. Eraldi keskenduti alusdokumendis muudatuste tegemise vajalikkusele seadusandluses. Dokumendi koostajate hinnangul peaksid põhimõtted positiivse vaimse tervise seadusandluse ja positiivsete väärtushinnangute kujundamisel järgima järgmiseid lähtekohti:

1. keskseks küsimuseks on õigus ravile, mitte niivõrd psüühikahäire tõttu ohtliku patsiendi isoleerimine;
2. seadused peavad olema kooskõlas üldtunnustatud inimõiguste põhimõtetega;
3. seadustega reguleeritakse psüühikahäiretega isikutele tagatud teenuste, õiguste ja sotsiaaltoetuste kogum;

4. seaduseelnõude ettevalmistamisele kaasatakse lisaks professionaalidele ka teenuste tarbijad;
5. iga seaduse koostamisel peab arvestama tema mõju vaimsele tervisele;
6. iga õigusakt peab toetama vaimse tervise edendamist kõikides eluvaldkondades.

Samuti soovitati alusdokumendis luua vaimse tervise ombudsmani institutsiooni õiguskantsleri juurde ning seda põhjusel, et vaimne tervis on ministeeriumide ülene ja üks ministeerium ei saa teostada järelevalvet teiste tegevuse üle.

Eesti Rahvastiku Tervise Arengukavas 2009–2020 (76) käsitletakse põgusalt ka vaimse tervise temaatikat. Arengukavas märgitakse, et seni tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise Häired ja psühhiaatrilised haigused. Sarnaselt kõigi teiste olulisemate haigusrühmadega on ka vaimse tervise seisundite tekkes oluline roll inimeste riskikäitumisel, mille näiteks võib tuua alkoholi tugevat seost depressiooni ja enesetappudega. Vaimse tervise alase olukorra parandamist käsitletakse alapeatükis „Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused.“. Üheks valitsustasandil rakendatavaks meetmeks on märgitud ka inimeste vaimse tervise alase teadlikkuse edendamine, suunates muuhulgas tähelepanu depressiooninähtude varajasele äratundmisele ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamisele. Samuti leiab vaimne tervis märkimist alapeatükis „Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng“, kus üheks valdkonna prioriteetseks tegevussuunaks on märgitud laste ja noorte vaimse tervise edendamine. Selleks tuleks valitsustasandil tõhustada kooliealiste laste vaimse tervise edendusele ning ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavusele suunatud tegevusi.

Eesti Tervishoiuprojekt 2015 raames tehti koostöös Sotsiaalministeeriumi tervishoiu osakonnaga 2001. aasta alguses 36-le arsti ja hambaarsti erialakomisjonile ülesandeks koostada oma eriala arengukava, mis olid aluseks sotsiaalministri määruse “Arstide erialade arengukavad” koostamisel. Muuhulgas valmis sellises korras ka psühhiaatria eriala arengukava kuni aastani 2015 (77). Arengukava preambula kohaselt on psühhiaatrilise abi süsteemi arendamisel oluline tagada teenuse kvaliteedi tõus ja kättesaadavus abivajajatele, arvestades tervishoiu üldist arengut, haigestumuse prognoosi ja uute ravivõtete kasutusele võtmist. Lähiaastatel esmatähtsate tegevuste hulgas rõhutati vajadust eelisarendada haiglavälist psühhiaatrilist abi. Samuti analüüsiti arengukavas olemasolevat regulatsiooni ja tehti ettepanekuid vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

Kokkuvõtlikult vajab psühhiaatrilise abi seadus arengukava kohaselt muutmist või uue seaduse vastuvõtmist. Olulisemate teemadena toodi välja vajadus reguleerida teadva nõusoleku küsimusse puutuv, samuti täpsustada tahtest olenematu ravi määramise süsteemi ning sätestada seaduslikud garantiid tahtest olenematu ravi korral (kontroll tahtest olenematu ravi üle, apellatsioonimehhanism tahtest olenematu ravi otsuse peale jne). Täiendavat vajadust nähti seaduse rakendusaktide välja töötamiseks, mis reguleeriksid suurema täpsusastmega modifitseeritud elekterkrampravi läbiviimise nõudeid, ohjeldusmeetmete rakendamise nõuded ja ravilepingu sõlmimist pikaajalist ravi vajava isikuga.

Lisaks juba märgitule on probleemidele käesoleval ajal kehtiva vaimse tervise alase õigusliku regulatsiooniga osundanud ka muud nii Eestis tegutsevad kui ka rahvusvahelised organisatsioonid ja isikud. Näiteks on õiguskantsler kontrollides isikute põhiõiguste ja –vabaduste tagamist psühhiaatrilise abi osutajate juures juhtinud korduvalt tähelepanu puudustele käesoleval ajal kehtivas psühhiaatrilise abi osutamise regulatsioonis (78). Ka Eesti Vabariiki mitmel korral külastanud Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (79) on oma raportites tähelepanu juhtinud asjaolule, et käesoleval ajal on Eestis vaimse tervise alane õigusnormistik ebapiisav ning kohati võimaldab ebaproportsionaalselt piirata isikute põhiõigusi.

Sotsiaalministeeriumi juures kogunes 05.09.2008 ekspertidest koosnev töögrupp, kelle ülesandeks on fikseerida peamised kitsaskohad Eesti vaimse tervise poliitikas ning arutada võimalike lahendusvariantide üle. Töögrupi liikmeteks on lisaks Sotsiaalministeeriumi esindajatele ka spetsialistid Justiitsministeeriumist, Õiguskantsleri Kantseleist, Tervishoiuametist, Eesti Haigekassast, Eesti Patsientide Esindusühingust, Eesti Psühhiaatrite Seltsist, Eesti Haiglate Liidust, Eesti Linnade Liidust ja Eesti Maaomavalitsuste Liidust. Töögrupi poolt esiletoodud vaimse tervise regulatsioonidega seonduvad peamised probleemid Eestis on toodud käesoleva töö lisa 1.

Tulenevalt eeltoodust võib kokkuvõtlikult asuda seisukohale, et Eesti vaimse tervise regulatsioon ei täida käesoleval ajal eesmärki, milleks peaks olema rahvastiku vaimse tervise edendamine ja isikute põhiõiguste kaitse. Puudujääke on kehtivate õigusaktide kooskõlas rahvusvahelise õiguse aktidega ja Euroopa Inimõiguste kohtu lahenditega.

Rahvastiku vaimse tervise edendamiseks on seega vaja läbi viia ulatuslik vaimse tervise poliitika reform, mis arvestaks valdkonna universaalsete inimõigustega ning samuti lahendaks erinevate osapoolte poolt välja toodud probleemid vaimse tervise teenuste pakkumisel. Töö järgnev osa keskendubki peamiste probleemkohtade analüüsile ning pakub välja eesmärgi saavutamist võimaldavad õiguslikud lahendused.

3. Eesmärk

Käesoleva töö eesmärgiks on sõnastada rahvastiku vaimse tervise parandamiseks, edendamiseks ja vaimse tervise häiretest tingitud isiklike ning ühiskondlike kulude vähendamiseks vajalikud kontseptuaalsed ettepanekud seadusandluse muutmiseks või kehtestamiseks.

4. Materjal ja metoodika

Uurimistöö tegemisel kasutatakse üheks interpreteerimise meetodi alaliigiks olevat analüütilist meetodit. Analüüsi käigus uuritakse rahvastiku vaimse tervise probleematika tausta, kitsakohti Eestis ning võimalikke variante rahvastiku vaimse tervise olukorra parandamiseks. Töö 5.peatükis on kasutusel ka võrdlev meetod, mille abil vaadeldakse sarnaste küsimuste regulatsiooni valikus Euroopa riikides (80).

Eesmärgini jõudmiseks käsitletakse Eestile siduvaid vaimse tervise temaatikat kajastavaid rahvusvahelise õiguse akte ning Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendeid. Samuti vaadeldakse teiste riikide praktikat vaimse tervise valdkonna reguleerimisel. Eeltoodud allikate pinnalt tuuakse välja konkreetsete ettepanekud vaimse tervisega seonduvates valdkondades, mis peaks Eestis olema seadusandlikul tasandil täpsemalt reguleeritud.

5. Arutelu

Töö käesolevas osas tuuakse välja peamised Eesti vaimse tervise regulatsiooni puudused ning pakutakse välja kontseptuaalsed lahendused. Peatüki struktureerimisel on kasutatud eeskujuna WHO poolt aastal 1996 koostatud vaimse tervise seadusandluse kümmet põhiprintsiipi (81). Ettepanekute tegemisel toetutakse töös eeskirjeldatud rahvusvahelise õiguse allikatele, Euroopa Inimõiguste Kohtu lahenditele, teadus- ja erialakirjanduses avaldatule ning teiste riikide vaimse tervise seadusandluses toodud regulatsioonidele.

Lisaks eeltoodule tuleb tähelepanu pöörata ka WHO poolt antud juhtnööridele inimõiguste ja vaimse tervise alase seadusandluse koostamiseks (82,83). Juhtnööride kohaselt peab vaimse tervise alane seadusandlus katma mitmeid valdkondi, sealhulgas näiteks ka:

1. vaimse tervise teenusele ja kogukonnapõhistele tugiteenustele ligipääsetavust;
2. vaimse tervise teenuse tarbija, tema pereliikmete ja muude hooldajate õigusi;
3. vaimse tervise häirega isikute otsuse- ja teovõime küsimusi;
4. vaimse tervise häirega isikute eestkoste küsimusi;
5. tahtest olenematu paigutamise kontrollmehhanisme;
6. menetlusi ja tagatise vabatahtliku ja tahtest olenematu ravi korral;
7. tahtest olenematu ravi praktikate kontrollmehhanisme;
8. teenuse osutajate ja teenuse osutamise kohtade hindamist;
9. täitemenetluse ja muude vaimse tervise häirega isikuid puudutavate õiguslike menetluste reguleerimist;
10. vaimse tervise alase seadusandluse sätete ellu rakendamist.

5.1. Vaimse tervise edendamine ja psüühikahäirete ennetamine

5.1.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

WHO on asunud seisukohale, et igalühel peab olema võimalus saada kasu võimalikult kõrgel tasemel läbi viidud vaimse heaolu edendamise ja vaimse tervise häirete ennetamise alasest tegevusest (84). Ühest küljest aitab selline tegevus vähendada vaimse tervise häiretega kaasnevaid kulusid ühiskonna ja üksikisiku jaoks. Teisest küljest peab vaimse tervise alane teavitustöö olema suunatud vaimse tervise häirete all kannatavate isikute

stigmatiseerituse, isoleerituse ja diskrimineerimise vähendamisele. Ka rahvatervise sektoris on hakatud järjest enam tähelepanu pöörama vaimse tervise holistilise käsitlemise vajadusele. Kuigi vaimse tervise häirete ravi efektiivsus on pidevalt tõusmas, toimub kuratiivne sekkumine alles häirete tekke järgselt. Seega ei ole vaid tagajärgede likvideerimisele suunatud vaimse tervise strateegia rahvastiku tervise edendamise seisukohast jätkusuutlik. Samas on leidnud tõestust vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise positiivne mõju tervisenäitajate tõusule ning sotsiaalsele ja majanduslikule arengule (85).

Vaimse tervise edendamise eesmärgiks on kaitsta, toetada ja säilitada emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu ning luua individuaalsed, sotsiaalsed ja keskkondlikud olud, mis võimaldaksid optimaalset psühholoogilist ja psühhofüsioloogilist arengut parandades isikute võimet hakkama saada. Vaimse tervise edendamine viitab pigem positiivsele vaimsele tervisele, kui vaimse tervise häiretele.

Vaimse tervise häirete ennetamine keskendub nimetatud häiretega seonduvate riskifaktorite vähendamisele ja kaitsefaktorite tõhustamisele ning ennetamise eesmärgiks on vähendada vaimse tervise häirete riski, esinemissagedust, kaalu ja taasesinemist (86).

Edendamisele ja ennetamisele pöörab olulisel määral tähelepanu ka WHO Helsingi deklaratsioon. Deklaratsioonile alla kirjutanud riigid on võtnud kohustuse ajavahemikus 2005-2010 ette valmistada poliitika ja juurutada tegevused, mille eesmärkideks on märgistatuse ja diskrimineerimise vähendamine ning vaimse heaolu edendamine muuhulgas ka tervistedendavate koolide ja töökohtade kaudu (87). Deklaratsiooni esimene rakendamisala on keskendunud kõigi vaimse tervise alase heaolu saavutamisele. Antud teema kontekstis rõhutatakse vaimse tervise edendamise tähtsust isikute elukvaliteedi ja rahvastiku vaimse heaolu tõstmise seisukohalt. Efektiivsete vaimse tervise edendamise plaanide välja töötamine ja rakendamine mõjutab positiivselt kõigi isikute vaimset heaolu (88). Samuti peavad vaimse tervise küsimused olema integreeritud riigi poliitikatesse – vajalikud on sektoritevahelised sidemed ning rakendada tuleb multisektoriaalseid ja multidistsiplinaarseid lähenemisi (89). Kehval tasemel koostöö ja erinevate asutuste poolt osutatavate või rahastatavate teenuste puudulik koordineerimine põhjustab äärmist ebaefektiivsust. Koostöö suunamine peab alguse saama juba valitsustasandilt. Oluline on teenuste tarbijate ja nende hooldajate kaasamine ennetavate

ja edendavate tegevuste välja töötamise ja rakendamisse. Kaasatuse printsiip on keskseks teemaks ka ÜRO puuetega isikute võimaluste võrdsustamise standardsetes reeglites (90). Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamisega peavad olema seotud kõik sektorid, nagu näiteks sotsiaahoolekanne, tööala-, haridus-, justiits-, transpordi- ja tervisesektor (91).

Vaimse tervise probleemide ennetamisele on keskendunud täpsemalt deklaratsiooni viiendas rakendamisasas. Vaimse tervise häirete sotsiaalsed mõjurid võivad esineda väga erinevates kohtades, nagu kodu, haridusasutused, töökoht ja tervishoiuasutused. Eriti ohustatuteks peetakse marginaliseeritud ja haavatavaid gruppe, nagu põgenikud, sisserändajad, töötud, kinnipeetavad või kinnipidamiskohast vabanenud, erineva seksuaalse identiteediga isikud, puuetega isikud ja vaimse tervise häiretega isikud. Seega tuleks ühelt poolt tõsta võrdselt kogu ühiskonna teadlikkust vaimse tervise probleemidest, nende esinemisest ja ravivõimalustest. Teisest küljest on vaja töötada välja spetsiifilised – asukoha või isikute grupiga seotud ennetusvahendid (92). Vajadusele tõsta ühiskonna teadlikkust erivajadustega isikute olemasolust, nende õigustest, vajadustest, potentsiaalset ja panusest on tähelepanu juhitud ka ÜRO poolt aastal 1966 vastu võetud majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (93).

Üheks rahvatervise arengu olulisemaks etapiks võib pidada 1986. aasta oktoobris Kanadas Ottawas toimunud esimest rahvusvahelist tervisedenduse konverentsi, kus töötati välja dokument, mis on tuntud Ottawa Harta nime all. Ottawa Hartas on esile toodud kolm tervisedenduse peamist strateegiat: tervise toetamine, täieliku tervisepotentsiaali saavutamise võimaldamine kõigile inimestele ning erinevate ühiskondlike huvide vahendamine tervise tugevdamise eesmärgil. Neid strateegiaid toetavad Ottawa Hartas esile toodud tervisedenduse viis peamist tegevussuunda, millest viimane käsitleb terviseteenuste reorientatsiooni preventiivsetele teenustele. Selles kontekstis tõstab Ottawa harta esile asjaolu, et tervisedenduslik tegevus toimub ka väljaspool tervisehoiu sektorit, rõhutades, et tervis peab olema päevakorras kõigis valdkondades ja valitsuse kõigil tasanditel. Tervisesse investeerimise strateegia on tihedalt seotud tervisedenduse kontseptsiooniga rahvastiku tervisepoliitikast (94). Harta paneb vaimse tervise olukorra edendamise eesmärgil valitsustele kohustuse igati püüelda vaimse tervise ja heaolu edendamiseks ning isikute elukvaliteedi tõstmiseks loodud tingimuste parandamise poole (95).

Ka Euroopa Liidus on asunud seisukohale, et vaimse tervise alane edendus- ja ennetustegevus aitab oluliselt vähendada vaimse tervise häiretest tingitud haiguskoormust. Euroopa Liidu Nõukogu on 18.11.1999 vastu võtnud resolutsiooni vaimse tervise edendamise kohta (96). Resolutsiooni punktis 15 kutsutakse nõukogu liikmesriike üles pöörama vaimsele tervisele täit tähelepanu ning arendama vaimse tervise edendamise komponenti kõigis riigi poliitikates. Samuti soovivad nõukogu liikmesriikidel välja töötada ja rakendada vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise programmid.

Euroopa Patsiendiõiguste Harta kohaselt on igal inimesel õigus saada kohaseid ennetavaid terviseteenuseid. Terviseteenuste osutamisel peab tõstma inimeste teadlikkust, tagama teenuste kättesaadavuse teatud ajavahemike järel ja riskigruppide jaoks tasuta ning tegema teadusuuringute ja tehniliste uuenduste tulemused kõigile kättesaadavateks (97).

5.1.2 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus teistes riikides

Järgnevalt vaadeldakse vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise alast seaduslikku regulatsiooni valikus Euroopa riikides. Kuigi kõik arenenud demokraatiaga inimõigusi austavad riigid ei kahtle tänasel päeval enam vaimse tervise alase ennetus- ja edendustegevuse vajalikkuses ja põhjendatuses, sisaldub ennetuse ja edenduse kohustus vaid vähestes riikides vaimse tervise seadustes.

5.1.2.1 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigis on vaimse tervise seadus kehtinud juba aastast 1983 (98). Seaduse peamiseks eesmärgiks oli näha ette võimalus ravida endale või teistele ohtlikke isikuid nende tahtest olenemata. Aastal 2000 otsustati aga vaimse tervise seadusandlust reformida eesmärgiga käsitleda isikutele osutatavaid vaimse tervise teenuseid laiapõhjalisemalt. Aastast 2007 kehtiv muudetud vaimse tervise seadus (99) reguleerib detailselt erinevate vaimse tervise teenuste osutamisse puutuvat, isikute õigusi teenuse saamisel, kaebemehhanisme jne (100). Kummatigi ei sisaldu ka selles äsjakehtestatud ja läbi mõeldud aktis vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise puutuvat.

Siiski on Ühendkuningriigis antud alapeatüki raames käsitletavat valdkonnad õigusakti tasemel reguleeritud. Näiteks sisaldab Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Wales) rahvuslik tervise ja ohutuse seadusandlus kohustust kaitsta nii füüsilist kui ka vaimset tervist ehk ennetada muuhulgas ka psüühikahäirete teket (101).

5.1.2.2 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Soomes

Soomes käesoleval ajal kehtiv vaimse tervise seadus võeti vastu aastal 1990 (102). Seaduse § 1 sätestab vaimse tervise alase tegevuse mõiste. Osundatud definitsiooni kohaselt hõlmab vaimse tervise alane tegevus isiku psüühilise heaolu, toimetuleku ja isiksuse arengu edendamist ning vaimuhaiguse ja muude vaimse tervise häirete ennetamist, ravi ja kergendamist. Vaimse tervise alase tegevuse osaks on ka vaimuhaiguste ja muude vaimse tervise häirete all kannatavatele isikutele nende haiguse või häire tõttu osutatavad sotsiaal- või tervishoiuteenused. Lisaks eeltoodule kuulub vaimse tervise alase tegevuse hulka ka elanikkonna elutingimuste kujundamine nii, et elutingimused aitaksid ennetada vaimse tervise häirete asetleidmist, edendaksid vaimse tervise alast tegevust ja toetaksid vaimse tervise teenuste korraldamist. Arutletud on ka vajaduse üle hinnata kõigi riigi poliitikate puhul nende mõju rahvastiku vaimsele tervisele (103).

Seaduse seletuskirja kohaselt jagatakse vaimse tervise alane tegevus sättest nähtuvalt arendavaks, ennetavaks ja parandavaks tegevuseks. Nende tegevuste soodustamiseks tuleb ühiskondlik keskkond muuta vaimse tervise arengut soosivaks ja seda parandavaks. Kohustus kujundada vaimse tervise sõbralikud elutingimused seondub vaimse tervise alase arendava tegevusega ja on üldise kohaldusalaga. Nimetatud sätte eesmärgiks on soodustada vaimse tervisega seonduvate asjaolude arvesse võtmist avalike otsuste tegemisel. Peamised rakendusala on näiteks keskkonnatervis, ehitusvaldkond, töövaldkond, toodete turvalisus, tarbijakaitse, jälitustegevus jne (104).

5.1.2.3 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus

Rootsis

Rootsis puudub eraldi seadus vaimse tervise küsimuste spetsiifiliseks reguleerimiseks. Psühhiaatria on tervishoiusüsteemi lahutamatu osa ning seetõttu reguleeritakse ka psühhiaatrilise abi osutamisse puutuvat tervise ja tervishoiuteenuste seadusega (105). Nähtuvalt osundatud seaduse §-st 2c peab kogu tervise ja tervishoiusüsteem töötama haiguste ennetamise suunal. Erisätted tahtest olenematu ravi läbi viimiseks sisalduvad tahtest olenematu ravi seaduses (106) ja kohtupsühhiaatrilise ravi seaduses (107, 108). Vaimse tervise teenuste vallas on viimasel ajal tegevused suunatud teadlikkuse tõstmisele ja psühhosotsiaalsete oskuste edendamisele (109).

Siiski on ka Euroopa Liidu tasandil juhitud Rootsi tähelepanu asjaolule, et viimase 10 aasta jooksul on Rootsis märgatavalt tõusnud vaimse tervise häiretest tingitud töövoimetuste ja toetuste arv. Tulenevalt eeltoodust on selge vajadus riiklikul tasandil koordineeritud tegevuste järele vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise vallas (110).

5.1.2.4 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus

Saksamaal

Saksamaal puudub liidu tasandil ühtne vaimse tervise seadusandlus ja selliste küsimuste reguleerimine on liidumaade pädevuses. Seetõttu võib vaimse tervise küsimuste käsitlemine liidumaati erineda. Liidumaade poolt kehtestatud õigusaktides käsitletakse peamiselt psühhiaatrilise abi osutamisega seonduvat, muuhulgas ka tahtest olenematu ravi läbi viimist (111). Samas rõhutavad seadused ka järel- ja tugiteenuste tähtsust, mis aitaks vaimse tervise häirega isikul taassotsialiseeruda ning väldiks reinstitutsionaliseerimist (112).

Pärast aastal 2000 läbi viidud tervishoiureformi on igas tervisesektori valdkonnas hakatud oluliselt rohkem tähelepanu pöörama ennetamisele ja edendamisele. Reformi käigus täiendati Saksamaa sotsiaalseadustiku V osa artiklit 20 haigekassadele pandud preventsoonikohustusega. Osundatud sätte kohaselt on haigekassad kohustatud planeerima ennetavaid tegevusi, mille eesmärgiks on parandada rahvastiku tervist ja

vähendada tervise võimalustega seonduvat sotsiaalset ebavõrdsust (113). Nimetatud eesmärgi täitmiseks sõlmisid Saksamaa haigekassad aastal 2006 kokkuleppe ennetustegevuse koordineeritud läbi viimiseks (114). Kokkuleppes toodu kohaselt lähtub haigekassade poolt korraldatav ennetustegevus muuhulgas ka psüühiliste ja psühhosomaatiliste haiguste esinemissageduse vähendamise ja haigestumise riskitegurite minimeerimise vajadusest ühiskonnas (115). Lisaks on Saksamaal lülitatud vaimse tervise alased ennetusmeetmed mitmetesse seadustesse, mis aitavad tagada näiteks ennetuslikku tegevust töökohtades (116).

5.1.3 Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korraldus Eestis

Käesoleval ajal Eestis vaimse tervise valdkonda reguleeriva psühhiaatrilise abi seaduse § 6 lõike 7 kohaselt (117) korraldab psüühikahäireid ennetavat tegevust Sotsiaalministeerium. Kummatigi ei õnnestu selgitada, mida seadusandja on täpsemalt silmas pidanud sellise üldise normi sätestamisega (118) - seaduses ei ole fikseeritud ennetava tegevuse eesmärki, riigi kohustusi vaimse tervise vallas üldisemalt, ennetustegevuse ulatust jne. Vaimse tervise edendamise regulatsioon puudub täiesti.

Psühhiaatrilise abi integreeritus teiste ühiskonnaharudega vaimse tervise häirete koormuse vähendamiseks on seaduses samuti väga nõrgalt väljendatud. Vaid §-s 9 on toodud kohaliku omavalitsuse kohustus tagada psüühikahäirega isikule sotsiaalteenuste kättesaadavus kooskõlas sotsiaalhoolekande seadusega. Selline kitsa mõjualaga norm ei taga siiski vaimse tervise regulatsiooni sektoriteülesust ning ühiskonna üleüldist pühendumust rahvastiku vaimse tervise taseme tõstmisele ja ohutegurite vähendamisele.

Ka juba ülalviidatud ja aastal 2002 koostatud Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument tõi probleemina välja asjaolu, et nii hoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas kui ka sellega seotud valdkondades on Eesti rõhuasetus olnud pigem tagajärgede likvideerimisel kui edendamisel ja ennetamisel. Selle kõrval on teenus ja selle rahastamise põhimõtted endiselt asutuse ja teenusekesksed (119). Probleemide lahendamiseks pakkusid dokumendi koostajad välja 5 peamist tegevussuunda. Esimese tegevussuunana kirjeldati vajadust elanikkonna teavitamise ning vaimse tervise alase edendus- ja ennetustöö järele (120). Dokumendis toodu kohaselt peab vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmisele rohkem tähelepanu pöörama ja võimalusi leidma. Vaimse

tervise alase ennetustööga seotud kohustused vajavad aga täpsemat õiguslikku määratlemist. Täiendavalt tõi dokument positiivse vaimse tervise seadusandluse koostamise lähtekohana välja kohustuse arvestada iga seaduse koostamisel tema mõju vaimsele tervisele. Samuti peab iga õigusakt toetama vaimse tervise edendamist kõikides eluvaldkondades (121).

Sotsiaalministeeriumi juures kogunenud ekspertide töögrupp tõi vaimse tervise ennetamise ja edendamise kontekstis välja vajaduse reguleerida uues koostatavas seaduses laiemalt kogu vaimse tervise teenuste osutamise kontseptsiooni, mitte vaid psühhiaatrilise abi osutamist. Samuti nähti vajadust suurema sektoriaalse integreerituse järele.

Ka Euroopa Komisjon on 2006 aastal Eesti vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise süsteemi hinnates asunud seisukohale, et vaimse tervise alane edendus- ja ennetustegevus on Eestis olnud liiga projektipõhine ning fragmenteeritud. Seetõttu ei ole sellealane tegevus jätkusuutlik ja taaskasutatav vaid pigem on kaootilise tegevusega kaasnenud majanduslik kahju ja olematu tasuvus. Arvestades eeltoodut ja samuti asjaolu, et nii vaimse tervise häirete hulk kui ka koormus on kasvamas, leidis Komisjon, et viivitamatult on vaja välja töötada pädev raamistik vaimse tervise edendamiseks ja psüühikahäirete ennetamiseks. Vaimse tervise temaatika tuleb sisse viia erinevatesse poliitikatesse ja tegevustesse (122).

5.1.4 Kontseptuaalsed ettepanekud vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise korralduseks Eestis

Selge on, et rahvastiku vaimse tervise mõjutamiseks positiivses suunas ei saa piirduda vaid tagajärgede ehk psühhiaatrilise abi reguleerimisega. Nii isikute õiguste ja tervise kaitse kui ka ühiskonna ressursi säästmise eesmärgil on kahtlemata mõistlik lülitada loodavasse vaimse tervise seadusse sisse edendamist ja ennetamist puudutavad sätted. Samuti tuleb eesmärgi saavutamiseks tarvitusele võtta holistlik lähenemine ning käsitleda vaimset tervist sektoriteülese küsimusena. Teenuste osutamise seisukohalt on vaimse tervise küsimuste lahendamiseks vajalik koostöö tervise-, sotsiaal-, töö-, haridus- jt sektorite vahel. Riigi poliitikate, tegevuste ja õigusliku regulatsiooni osas peaks olema kohustuslik kaaluda tegevuse mõju ühiskonna vaimsele tervisele.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt rahvastiku vaimse tervise positiivse arendamise vajadusest tuleb käesolevas punktis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. vajalik on määratleda vaimse tervise teenuse üldine definitsioon, mis hõlmaks endas nii edenduse, ennetuse, ravi, rehabilitatsiooni, sotsiaalteenuste kui ka muid assotsieeruvaid komponente;
2. tuginedes WHO Helsingi deklaratsioonis riikidele pandud kohustusele integreerida vaimse tervise küsimused kõigisse riigi poliitikatesse, sätestada kohustus hinnata kõigi riigi ja selle organite poliitikate, tegevuste ja õigusaktide puhul nende mõju rahvastiku vaimsele tervisele;
3. luua volitusnorm ja kohustus õiguslikult siduva üleriigilise vaimse tervise poliitika välja töötamiseks;
4. tulenevalt eeltoodust on vaja rahvatervise seisukohast võtmetähtsusega holistilise lähenemise saavutamiseks Eestis koostada vaimse tervise seadus, mis annaks põhiregulatsiooni kogu vaimse tervise valdkonna, mitte ainult psühhiaatrilise abi osutamise osas. Erinevate teenuste osutamise korralduslikud aspektid võivad sisalduda teistes – valdkondlikes õigusaktides.

5.2. Juurdepääs esmastele vaimse tervise teenustele

5.2.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse tagamiseks seda vajavatele isikutele on oluline kindlaks määrata vaimse tervise häire definitsioon. Kuigi kõik asjakohased rahvusvahelised inimõiguste instrumendid rõhutavad vajadust kaitsta vaimse tervise häirega isikuid, ei paku nad selget vaimse tervise häire definitsiooni. Rõhutatakse, et isiku kinni pidamine pelgalt seetõttu, et tema käitumine või seisukohad erinevad konkreetsest kogukonnas kehtivast normatiivist, ei ole lubatav. Samuti on Euroopa Inimõiguste Kohus asunud seisukohale (123), et võimatu on anda ühest ebaterve psüühika definitsiooni, kuna selle mõiste sisu on ajas pidevalt muutuv. Kohus on soovitanud defineerida vaimse tervise häire rahvusvaheliselt aktsepteeritud meditsiiniliste standardite, nagu ICD-10 (124), kaudu (125). Siiski on ÜRO resolutsioonis 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta rõhutatud, et vaimse tervise häire määramine ei või mingil juhul toimuda isiku poliitilise, majandusliku või sotsiaalse staatuse põhjal ning arvestades kuuluvust kultuuri-, rassilisse või religioossesse

ühendusse. Samuti ei või häire diagnoosimisel arvesse võtta perekondlikke või ametialaseid konflikte ning kohanematust kogukonnas prevaleerivate moraalsete, kultuuriliste ja poliitiliste väärtustega või usuliste tõekspidamistega. Vaimse tervise häire esinemise määramisel ei piisa viitamisest vaid minevikus aset leidnud psüühikahäire ravile (126).

Igal abivajajal peab olema juurdepääs esmasele vaimse tervise teenusele. Pakutavad teenused peavad olema kohase kvaliteediga, säilitades muuhulgas isiku eneseväärikuse, aidates isikul endal oma häire või puudega toime tulla, pakkudes kohast kliinilist ja mittekliinilist vaevuse vähendamisele ja isiku elukvaliteedi tõstmisele suunatud abi ning hõlmama nii esmatasandi, ambulatoorset ja statsionaarset tervishoiuteenust kui ka hooldusvõimalusi. Samuti peab olema tagatud võrdne juurdepääs psühhiaatrilisele abile, mis hõlmab nii rahalist kui ka geograafilist komponenti. Laiemalt on psühhiaatrilise abi kättesaadavus seotud ka inim- ja logistiliste ressursidega.

Printsiibi tagamiseks peab olema muuhulgas seaduse tasandil reguleeritud pakutava abi kvaliteeti puutuv. Ka arstiabi osutamine esmatasandil peab sisaldama vaimse tervise komponenti (127). Seega tuleb jälgida, et psühhiaatrilise abi kättesaadavus ei oleks mingil määral diskrimineeriv sõltuvalt näiteks isiku elukohast, sotsiaalsest staatusest, sissetulekust, kultuurilisest või rahvuslikust kuuluvusest ja tõekspidamisest jne. Tähelepanu tuleb pöörata teenuste kättesaadavuse tagamisele erinevatest lingvistilistest gruppidest isikutele (keelelised eritingimused ning samuti kuulmispuudega isikud) läbi teenust osutavate isikute keeleoskuste tõstmise või tõlkide kasutamise. Viimasel juhul on kitsaskohana esile toodud tõlketeenuse rahastamisega seonduvaid probleeme (128). Euroopa Nõukogu ja Euroopa Inimõiguste Kohus on aga rõhutanud, et diskrimineerimine antud kontekstis tähendab ebaõiglast diskrimineerimist. Lubatav on nõ positiivne diskrimineerimine, mille eesmärgiks on tagada vaimse tervise häirega isikute õigusi või kindlustada nende areng (129).

ÜRO resolutsiooni 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta printsiip 1, mis käsitleb põhiõigusi ja –vabadusi, sätestab alapunktis 1, et kõigil isikutel on õigus parimale saadaolevale psühhiaatrilisele abile, mis on tervise ja sotsiaalsektori osaks. Printsiibi 7 kohaselt on igal isikul saada ravi ja hooldust oma kogukonnas. Kui ravi leiab aset statsionaarselt

psühhiaatrilise abi osutaja juures, on isikul õigus ravile oma elukoha või tema perekonna ja sõprade elukohtade läheduses. Eraldi on sätestatud ka karistusasutuses viibivate vaimse tervise häirega isikute õigused. Printsibi 20 kohaselt tuleb kõigile sellistele isikutele tagada parima võimaliku psühhiaatrilise abi kättesaadavus viisil, nagu printsibis 1 kirjeldatud. ÜRO printsibid kehtivad täiel määral ka kinnipeetavate suhtes ning lubatud on vaid kinnipidamise asjaoludest tulenevad erakorralised erandid (130).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitusel REC(2004)10 artikli 10 kohaselt peavad liikmesriigid võtma tarvitusele kõik abinõud eesmärgiga pakkuda võimalikult laialdast valikut kvaliteetseid tervishoiuteenuseid, mis vastaksid vaimse tervise häirega isikute vajadustele, võttes arvesse samas ka erinevate isikute gruppide erinevad vajadused ning tagades teenustele võrdse juurdepääsu. Kohustuslik on ravile saabumisel hinnata vaimse tervise häirega isikute füüsilist tervist ja kindlustada ka füüsilise tervise olukorrast tulenevate vajalike teenuste kättesaadavus. Varajane sekkumine eesmärgiga säilitada või parandada vaimse tervise häirega isikute tervislikku seisukorda ning ära hoida nende tervise halvenemine tingib vajaduse erinevate majutuslike, tööalaste ja terapeutiliste võimaluste järgi. Juhul, kui isik on olnud paigutatud ravile tema tahtest olenemata, vähendavad kohased järelravi teenused ja varajase sekkumise võimalus selliste intsidentide kordumist tulevikus. Lisaks akuutselt haigetele isikutele tuleb erinevate võimaluste pakkumise arvesse võtta ka isikute huvid, kellel on kaasnevad kroonilised haigused või kes vajavad rehabilitatsiooni. Antud kontekstis ei tohiks tähelepanu alt välja jääda isikud, kelle vaimse tervise häire seondub alkoholi või psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamisega (131).

Arvestades asjaolu, et kinnipidamisasutustes viibivate isikute hulgas on vaimse tervise häirete esinemissagedus suurem, kui tavapopulatsioonis, pööratakse kinnipeetud isikutele erilist tähelepanu. Artikli 35 kohaselt on lubamatu vaimse tervise häirega isikute diskrimineerimine karistusasutuses ning sellistele isikutele peab olema tagatud vajaminev tervisetenus, muuhulgas ka statsionaarsed ja kogukondlikud vaimse tervise teenused, samal tasemel, kui väljaspool karistusasutust. Seega peaks iga kinnipidamisasutuse tervishoiupersonali koosseisu kuuluma vähemalt üks psühhiaater. Vajadusel tuleb vaimse tervise häirega kinnipeetav toimetada tervishoiuasutusse. Kohased tervishoiuteenused vaimse tervise häirete raviks peavad olema kinnipidamisasutuses kättesaadavad, kuid tahtest olenematu ravi ei peaks üldiselt sellises asutuses aset leidma. Juhtudel, kui isiku

suhtes, kes raviga ei nõustu, on vaja kohandada tahtest olenematut ravi, soovitatakse see läbi viia vaimse tervise häirete ravile spetsialiseerunud tervishoiuasutuses. Juhul, kui vaimse tervise häirega isikut ravitakse siiski kinnipidamisasutuses, peavad asutuse tingimused vastama täiel määral vaimse tervise teenuse osutajatele sätestatud tingimustele (132). Seisukoha kinnipidamiskohtades osutatavate vaimse tervise teenuste osas on võtnud ka Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) oma 3.üldaruandes, milles käsitletakse tervishoiuteenuseid vanglates (133). Üldaruande kohaselt täheldatakse kinnipeetavate hulgas võrreldes rahvastikuga märksa rohkem psüühikahäireid. Sellest tulenevalt peaks iga vangla tervishoiutalitus olema psühhiaater ning mõnel meditsiiniõel sellealane väljaõpe. Arstid ja õed peaksid olema suutelised ellu viima farmakoloogilisi, psühhoteerapilisi ja kutseteraapia programme. Psüühiliselt haiget kinnipeetavat tuleks hoida ja tema eest hoolt kanda haiglas, mis on piisava varustusega ja kus on vajaliku kutseoskusega personal, nagu näiteks tsiviilvaimuhaigla või vanglasüsteemis selleks kohandatud psühhiaatriaasutus. Kuigi tihti eelneb üleviimisele pikaajaline ooteperiood, tuleks vaimuhaige patsiendi üleviimist psühhiaatriaasutusse pidada siiski esmatähtsaks (134).

WHO poolt aastal 2005 Helsingis vastu võetud Euroopa vaimse tervise deklaratsioon ja selle tegevuskava rõhutavad just esmatasandi rolli olulisust vaimse tervise teenuste pakkumisel. Esmatasandi tervishoid peab olema kõigile isikutele lihtsalt ligipääsetav ning tervishoiutöötajad peavad olema pühendunud ja asjatundlikud. Samuti tuuakse välja vajadus tiheda suhtluse järele esmatasandi ja eriarstiabi vahel. Esmatasand peab vajadusel isikud kiirelt suunama eriarsti vastuvõtule ning eriarstiabi peab omakorda pakkuma esmatasandile kohast tuge. Vaimse tervise teenuste osutamine nii üld- kui eriarstiabina on üksteisest sõltuvad – ühe ebaõnnestumisel ebaõnnestub ka teine. Siiski on vaimse tervise häiretega tegelemise kohustuse panemisel perearstidele täheldatud ka mõningaid probleeme – peamiselt tegeletakse vaimse tervise häirega isiku puhul esmatasandil kitsalt tema psüühikahäire ravimisega ning füüsiline tervis ja eriti sotsiaalsete riskifaktoritega tegelemine jäävad tahaplaanile. Samuti on raskusi füüsiliste kaebuste seostamisega vaimse tervise probleemidega. Garanteerimaks tõhusat ja asjatundlikku vaimse tervise teenuse osutamist esmatasandil on vajalik esmatasandi tervishoiutöötajate poolt vaimse tervise häirete hindamist ja ravi puudutavate juhendmaterjalide kehtestamine. Juhendmaterjalid võimaldavad tervishoiutöötajatel pakkuda kõrgekvaliteedilist,

asjakohast ja tõenduspõhist vaimse tervise teenust. Samuti on oluline esmatasandi tervishoiutöötajatele suunatud pidev täiendõpe, kus käsitletakse vaimse tervise temaatikat ning muuhulgas ka psühhotropsete ravimite ratsionaalset kasutamist ja psühhosotsiaalseid mittebioloogilisi sekkumisi. Esmatasandi võimestamine tegevusteks vaimse tervise vallas on kasvava tähtsusega, kuna eriarstiabi kättesaadavus on tihti kriitiline ning kvalifitseeritud eriarstide arv arenenud maades väheneb pidevalt. Näiteks Soomes on perearsti meeskonda loodud ka „depressiooniõe“ ametikoht, kelle ülesandeks ongi tegeleda vaid laiapõhjalise vaimse tervise alase nõustamisega. Lisaks Soomele kuulub Euroopa riikidest perearsti meeskonda vaimse tervise spetsialist vaid ainult Inglismaal (135).

Vaimse tervise häiretega tegelev eriarstiabi ulatub psühhiaatriahaiglatest kuni kogukonnas teenust osutavate spetsialistide meeskondadeni. Eriarstiabi on traditsionaalselt olnud vaimse tervise teenuse osutamise keskpunktiks kulutades ka suurima osa vaimse tervise häirete korrigeerimiseks eraldatud rahast. Mõningates riikides on psühhiaatriahaiglad endiselt suured institutsioonid, kuid Lääne-Euroopas on hakatud rajama pigem eesmärgile orienteeritud eraldiseisvaid ja väikesemahulisi kogukonnas asuvaid taastusüksusi. Viimatinimetatud asutused pakuvad kohati ka lühiajalisi teenuseid, nagu rehabilitatsioon ja spetsiaalselt lastele või vanematele inimestele suunatud sekkumised. Taastusüksused kuuluvad enamasti üldhaiglate koosseisu, kuid võivad olla asutatud eraldi kogukonnakeskustesse. Sellistes kogukondlikes üksustes pakutakse tavaliselt ravi akuutsete vaimse tervise probleemide korral ning üksustes viibimise aeg on lühike (136).

Eraldi tuleb tähelepanu pöörata ka ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavusele. Ambulatoorsed vaimse tervise asutused tegelevad eelkõige vaimse tervise probleemide ning nendega seonduvate kliiniliste ja sotsiaalsete aspektidega. Siia alla kuuluvad nii kogukondlikud vaimse tervise keskused, spetsiifilistele vaimse tervise häirete või teenustele orienteeritud ambulatoorsed asutused, üldhaiglate juures asuvad ambulatoorsed osakonnad, vaimse tervise polikliinikud, spetsiifiliste elanikkonnagruppidega (lapsed, vanurid, kodutud jne) tegelevad ambulatoorset vaimse tervise teenust pakuvad asutused jne. Mitmetes Euroopa Liidu liikmesriikides asuvad ambulatoorse vaimse tervise teenuse osutajad psühhiaatriahaiglate või üldhaiglate juures, kohati ka eraldiseisvana kogukonnas. Olenevalt riigi vaimse tervise poliitika arengutasemest kuuluvad ambulatoorse vaimse

tervise teenuse osutaja meeskonda lisaks psühhiaatritele ka õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja tegevusterapeutid. Seega peaks ambulatoorse vaimse tervise teenuse osutamisel pakkuma isikule võimalikult laiapõhjalisi ja mitmekesiseid sekkumisi (137). Ambulatoorse meeskonnateenuse pakkumine võib aset leida tervishoiuteenuse osutaja juures, päevaravi keskustes, kogukonnas või isikute elukohas (138) ning võib sisaldada ravi, arenduse ja edendamise komponenti (139). Viimasel juhul kaasatakse sageli ka kogukonna liikmeid ja teenuse tarbijaid. Ambulatoorse vaimse tervise teenuse kontekstis tuleb ühe vormina ära märkida ka kriisinõustamine, millele on omane viivitamatu toe pakkumine ja sage kontakt teenuse tarbijaga (tihti rohkem, kui kord päevas). Kriisinõustamist käsitletakse vältimatu abina ja selle kättesaadavus peaks olema ambulatoorse psühhiaatrilise abi pakkuja asukohas tagatud vähemalt teenuseosutaja tööaegadel, kuid soovitatav on korraldada võimalus ööpäevaringseks kriisinõustamiseks (140).

Psühhiaatrilise abi pakkumise kontekstis tuleb märkida ka päevaravi keskuste järjest suurenevat rolli. Päevaravi keskuste eripäraks on teenuse pakkumine eelkõige isikute grupile, isikute viibimine keskses ka pärast otseselt neile suunatud sekkumise lõppemist ning viibimise kestus vähemalt pool päeva. Päevaravi keskusteks on näiteks päevakeskused, päevahooldusekeskused, külustuskeskused, tegelustoad ning rehabilitatsiooni ja töötamise õpitoad (141).

Ka Euroopa Patsiendiõiguste Harta käsitleb isikute õigust terviseteenuste juurdepääsule. Harta kohaselt peavad terviseteenused olema võrdselt kättesaadavad igäihele ning keelatud on mistahes eristamine tulenevalt isiku rahalistest vahenditest, elukohast, haiguse liigist või teenuse tarbimise ajast. Isikul, kes vajab terviseteenust, kuid kellel puuduvad selleks rahalised vahendid, on õigus tasuta juurdepääsuks terviseteenustele. Igal isikul on õigus kohastele terviseteenustele hoolimata asjaolust, kas ta viibib või ei viibi väikeses või suures tervishoiuasutuses. Igäiheel on hoolimata tema elukohast õigus vältimatule ja esmasele ambulatoorsele ja stacionaarsele arstiabile. Eri vajadustega isikutel on samasugune õigus vajaminevale abile, kui tavapäraste vajadustega isikutel (142).

5.2.2 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus teistes riikides

Järgnevalt vaadeldakse valiku teiste Euroopa riikide regulatsioone esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu tagamisel. Samuti tuuakse käesolevas alapeatükis eraldi välja vaimse tervise häire erinevad definitsioonid. Teenuste ulatus ja piiranguteta kättesaadavuse mõiste varieerub riigiti ning palju sõltub riigi sotsiaalsest arengust, kultuurikontekstist ja vaimse tervise sektorisse suunatud rahalistest ressursidest.

5.2.2.1 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse § 1 kohaselt tähendab vaimne häire iga vaimset häiret või puuet. Antud definitsioon on küll väga lühike, kuid seaduse autorite arvates tagab võimalikult vähespetsiifiline määratlus kõigile abivajajatele juurdepääsu psühhiaatrilisele abile hoolimata sellest, kas nad kuuluvad seaduses üles loetletud ravi vajavate isikute kategooriasse või mitte (143). Küll ei loeta vaimse tervise häireks õpiraskust ning selline konditsioon ei tingi iseenesest vajadust ravi järele psühhiaatriaiglas. Samuti ei loeta vaimse tervise häireks sõltuvust alkoholist või narkootilistest ainetest (144). Seega ei saa vaid sõltuvusainete manustamise tagajärjel tekkinud reaktsiooni ravida tahtest olenematus korras. Küll on lubatud sõltuvuse ravimine psühhiaatrilise abi osutaja juures juhul, kui isik on ravil seoses vaimse tervise häirega (145).

Tervishoiuteenuseks on iga teenus, mille eesmärgiks on häire, selle sümptomite või muude ilmingute leevendamine või nende süvenemise ennetamine. Seaduse mõttes tähendab tervishoiuteenus arstliku järelevalve all sooritatavat põetust, ravi, taastusravi ja rehabilitatsiooni, samuti psühholoogilisi sekkumisi ning vaimse tervise spetsialistide poolt läbi viidavat pädevus- ja taastusravi ning kliinilist ravi (146). Seega hõlmab psühhiaatrilise abi definitsioon nii tervishoiuteenuseid nende tavapärasel tähenduses kui ka teisi ravi liike ja muid sekkumisi. Psühholoogiliste sekkumiste puhul on praktilisteks näideteks kognitiivne teraapia, käitumuslik teraapia ja nõustamine. Pädevus- ja taastusravi kirjeldavad spetsialiseeritud teenuseid, mida osutab professionaalne õdedest, psühholoogidest, terapeutidest ja sotsiaaltöötajatest koosnev rühm ja teenuste eesmärgiks on parandada või muuta isiku füüsilist ja vaimset võimekust ja sotsiaalset toimetulekut.

Pädevus- ja taastusravi erisuseks on isiku olemasolevate oskuste ulatuses – taastusravist saame rääkida vaid siis, kui isik taasõpib oskusi, mis tal kunagi on olnud (147).

5.2.2.2 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Soomes

Soome vaimse tervise seadus ei anna vaimse tervise häirete ja vaimuhaiguse definitsiooni. Arstiteaduslik vaimse tervise häirete ja vaimuhaiguse diagnoosimine toetub Soomes rahvusvahelisele haiguste klassifikaatorile. Klassifikaatori alusel on kasutusele võetud vaimse tervise häirete diagnostiline ja statistiline juhendmaterjal, milles vaimse tervise häirete diagnoosimise kriteeriumid on esitatud tänasel hetkel teadaolevate teadusandmete kohaselt. Vaimse tervise häirete, nagu ka muude tervisehäirete ja haigestumiste piiritlemine ja diagnostika muutuvad ja arenevad teaduslike uuringute tulemite alusel. Samuti muutuvad ravimeetodid võimaldades pakkuda ravi näiteks ka selliste vaimse tervise häirete ja vaimuhaiguste korral, kus see eelnevalt ei olnud võimalik. Arstiteaduslikult mõistetakse vaimuhaiguse all siiski sellist tõsist vaimse tervise häiret, millega seondub ilmne tegelikkuse tunnetamise häire ning mida võib pidada psühhoosiks (148).

Soomes korraldavad vaimse tervise teenuste osutamist kohalikud omavalitsused. Teenuste sisu ja ulatuse korraldamisel peab lähtuma paikkondlikest vajadustest. Üldreeglina tuleb vaimse tervise teenused korraldada avateenustena, mis toetavad vabatahtlikku ravile pöördumist ja iseseisvat toimetulekut (149). Eriarstiabi andmist korraldavad oma teeninduspiirkonnas haiglad (150). Haiglad ja tervisekeskused peavad oma teeninduspiirkonnas vaimse tervise teenuste korraldamisel tegema koostööd sotsiaalhoolekandesektoriga ja spetsialiseeritud teenuseid osutavate ühingutega eesmärgiga saavutada vaimse tervise teenuste osutamisel terviklik lähenemine. Lisaks vajalikule ravile ja teenustele juurdepääsu tagamisele peab kohalik omavalitsus vaimuhaiguse või muu vaimse tervise häire all kannatavale isikule tagama võimaluse tema ravi või sotsiaalse rehabilitatsiooni raames kasutada toetatud või teenindatud elamise teenust (151).

Aasta 2009 alguses valmis Soomes vaimse tervise ja sõltuvushäirete tegevuskava aastani 2015. Tegevuskava kohaselt tuleks vaimse tervise teenustele juurdepääsu tagamiseks rakendada nn „ühe ukse poliitikat“. Vaimse tervise teenused peavad olema kättesaadavad sotsiaal- ja tervisekeksuste juures või nende puudumisel esmatasandi

tervishoiuteenuse osutaja kaudu. Ühe ukse poliitika ellu viimiseks peaks kõigis sotsiaal- ja tervisekeskustes või esmatasandi tervishoiuteenuse osutamise asupaikades olema võimalus isiku ravivajaduse hindamiseks koostöös temaga ning soovitavalt ka isiku lähedaste või seadusliku esindajaga. Antud hinnangu ja esmase raviplaani alusel tuleb isikule anda juhtnöörid vajaliku tervishoiuteenuse saamiseks, kusjuures selline tervishoiuteenus peab olema isikule ka tegelikkuses kätte saadav (152).

5.2.2.3 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Rootsis

Rootsis on vaimse tervise teenused osaks üldisest tervise- ja meditsiiniteenuste süsteemist. Kogu teenuste osutamine lähtub printsiibist, et vaimse tervise häirega isikutele peab juurdepääs neile vajalikule ravile ja sotsiaalteenustele olema tagatud samal määral, kui teistele ühiskonnaliikmetele. Kuna puudub eraldi vaimse tervise seadus, puudub õigusakti tasandil ka vaimse tervise häire definitsioon. Kummatigi on Rootsis loodud rahvuslik vaimse tervise koordinaatori ametikoht. Koordinaatori tegevus on suunatud isikutele, kellel on vaimuhaigus ja/või psüühiline puue ning samuti tõsiste vaimse tervise probleemidega isikutele (153). Koordinaatori tegevuse kontekstis on vaimuhaigust defineeritud olukorrana, mida võib peamiselt kirjeldada asümptomaatilise ja normaalsest kõrvale kaldumise märke näitava käitumisena. Normaalse käitumise kriteeriumid ei ole aga üheselt mõistetavad ja sõltuvad isiku sotsiaalsest ja kultuurilisest taustast (154).

Vaimse tervise teenuste, toetuse ja psühhiaatrilise abi osutamine Rootsis peab olema nii avatud ja normaliseeritud, kui võimalik. Kõik vaimse tervise teenused peavad toetama isiku iseseisvust ja inimväärikust (155). Nähtuvalt tervise ja tervishoiuteenuste seaduse §-ist 2a peavad tervishoiuteenused olema viivitusteta kättesaadavad. Sama seaduse §-i 3 kohaselt on tervise ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse korraldamine kohalike omavalitsuste pädevuses. Muuhulgas peavad kohalikud omavalitsused pakkuma ka pädevus- ja taastusravi, koduhooldus- ja koduraviteenuseid ning kättesaadavaks tegema tervise või tervishoiuteenuse saamist võimaldava tõlketeenuse abi vajavale puudega isikule. Ligipääs esmatasandi arstiabile on piiranguteta tagatud. Seaduse § 3c kohaselt on samad õigused ka mittekodanikel (156).

Rootsis on tervise ja tervishoiuteenuste osutamise eest vastutav peamiselt esmatasand. See tähendab, et kergemate või keskmise raskusega vaimse tervise häirete ravi ja sellega kaasnevad teenused osutatakse isikutele perearstikeskustes. Isikud, kelle

ravi väljub esmatasandi pädevuse või ressursside piirest, saadetakse edasi eriarstiabi osutajate juurde (157).

Tagamaks eeltoodud üldiste tervise ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse printsiipide ellurakendamine vaimse tervise teenuste osutamise puhul, on korralduslik pädevus antud ülalmärgitud rahvuslikule vaimse tervise koordinaatorile. Koordinaatori tegevuse aluseks oleva määruse kohaselt on koordinaatori tegevuse esmaseks eesmärgiks parandada vaimse tervise häirega isikute olukorda ja elukvaliteeti. Sel eesmärgil on koordinaatoril õigus korraldada koostööd erinevate vaimse tervise valdkonna partnerite vahel. Samuti on koordinaatoril õigus välja töötada juhtnööre teenuste osutamiseks ning teha teenuseosutajatele ja teistele partneritele, nagu näiteks kohalikud omavalitsused ja sotsiaalsektor, ettekirjutusi. Koordinaatori tegevuse tulemusel peab paranema nii osutatavate vaimse tervise teenuste kvaliteet, kui ka nende ühtlane ja piiranguteta kättesaadavus (158).

5.2.2.4 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Saksamaal

Saksamaa kontekstis vaadeldakse taas alapeatükis 1.2.3 viidatud Berliini, Hamburgi ja Nordrhein-Westfaleni psühhiaatrilise abi seadusi. Berliini psühhiaatriliselt haigete seaduse kohaselt on psüühiliselt haige isik see, kellel esineb psühhoos, psühhoosi käigus tekkinud psüühikahäire või kes on kaotanud enesekontrolli sõltuvusainete kasutamise tõttu ning kelle tervenemine või olukorra paranemine ei leia aset ilma ravita (159). Sisuliselt sama definitsiooni võib leida ka Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduses (160) ja Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduses (161). Seega hõlmab Saksamaal psüühikahäire definitsioon üldiselt nii psühhootilisi seisundeid, kui ka sõltuvushäireid ning lisatingimuseks on asjaolu, et isiku tervenemine või olukorra leevenemine ei leiaks aset ilma ravita.

Vaimse tervise teenuste kättesaadavust puudutavana sätestab Berliini seadus igale abivajajale õiguse saada individuaalset ja institutsionaalset psühhiaatrilist abi ambulatoorses, statsionaarses, toetavas ja taastavas vormis. Abi kättesaadavus peab olema tagatud igas teenusepiirkonnas ja isikule kättesaadavas kauguses. Samuti tuleks tagada psühhiaatriline hädaabi peamiselt läbi eriarstiabi pideva valmisoleku tagamise ja kriisiabi

pakkumise. Isiku tervise parandamise eesmärgil teeb paikkondlik sotsiaalpsühhiaatriline teenistus koostööd arstide, haiglate, sotsiaal- ja noorteteenistustega, vabatahtlike hoolekandeühingutega ja kõigi teiste organisatsioonidega ja asutustega, kes annavad hooldavat, toetavat või taastavat abi (162). Hamburgi seaduse kohaselt on igal isikul, kes kannatab psüühikahäire või selle tagajärgede käes või kes on psüühikahäire poolt ohustatud, õigus saada oma haigusele vastavat arstlikku ja psühhosotsiaalset nõustamist ning hooldust (abi) eesmärgiga tagada nende isikute võimalus elada inimväärsel elu kogukonnas. Ka Hamburgi seadus rõhutab psühhiaatrilise abi pakkumise integreeritust teiste valdkondadega sätestades abi osutaja kohustuse teha koostööd erinevate asjakohaste organisatsioonide, haiglate, sotsiaalteenistuste ning arstidega (163). Nordrhein-Westfaleni seaduse kohaselt tuleb abi osutada koheselt, kui abi osutajale saab abivajadus teatavaks. Psühhiaatrilise abi osutamist korraldavad piirkondlikud haldusüksused sotsiaalpsühhiaatriliste teenistuste kaudu kaasates kiirabi ja statsionaarse tervishoiuteenuse osutajad. Ka Nordrhein-Westfaleni seadus kohustab abi pakkujat tegema koostööd juba ülalloeletud osapooltega lisades nimekirja veel lapsi, noori ja täiskasvanuid teenindavad psühhoterapeudid. Eraldi sätestatakse õigus koduvisiitidele psühhiaatrilise abi osutamise raames (164).

5.2.3 Esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korraldus Eestis

Kehtiva psühhiaatrilise abi seaduse (165) kohaselt on psüühikahäire kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile vastav psüühiline seisund või käitumishäire (166) ning psühhiaatriliseks abiks peetakse psüühikahäirete diagnostikat, psüühikahäirega isiku ravi ja taastusabi ning psüühikahäireid ennetavat tegevust (167). Nähtuvalt samast õigusaktist on isikul psühhiaatrilise abi saamisel õigus saada ravi ja põetust võrdsel alusel muude haigetega (168), kusjuures kõigile Eesti territooriumil viibivatele isikutele tagatakse vältimatu psühhiaatriline abi (169). Samuti on seaduses reguleeritud sotsiaalhoolekandeteenuste kättesaadavuse tagamine psüühikahäirega isikule (170). Vaadeldes lisaks ka erivajadustega ja kinnises asutuses viibivate isikute õigusi reguleerivaid seadusi, nagu näiteks sotsiaalhoolekande seadus (171) ja vangistusseadus (172), siis nendest õigusaktidest ei leia kohustust tagada asutustes viibivatele isikutele juurdepääs esmasele psühhiaatrilisele abile. Siiski tuleb märkida, et sotsiaalministri 09.01.2008 määruse nr 5 „Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded ning teenuste osutamise kord“

(173) lisa 2 kohustab ööpäevaringse hooldamise teenuse pakkujat tagama 1 psühhiaatriaõe olemasolu asutuses 20 kliendi kohta. Ööpäevaringse tugevdatud järelevalvega hooldamise teenuse pakkumisel peab asutuses olema 1 psühhiaatriaõe 10 kliendi kohta. Vanglates ja arestimajades osutatavad tervishoiuteenused loetleb Vabariigi Valitsuse 19.12.2003 määrus nr 330 „Vangistusseaduse“ alusel osutatavate tervishoiuteenuste ning nende osutamiseks vajalike ravimite ja meditsiiniliste abivahendite soetamise riigieelarvest rahastamise maht, tingimused ja kord“ (174). Määruse kohaselt rahastatakse riigieelarvest kinnipeetavatele või arestialustele selliste psühhiaatriliste teenuste osutamist, nagu psühhoteraapia seanss ühele haigele, psühhoteraapia seanss ühele haigele grupis, autogeenne treening ühele haigele grupis, elekterkrampravi seanss ja psühholoogiline kompleksuuring. Kummatigi ei reguleeri käsitletav määrus isikutele juurdepääsu tagamist psühhiaatrilisele abile. Samuti puudub regulatsioon psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamiseks erivajadustega laste koolides (175). Märkused kinnistes asutustes psühhiaatrilise abi kättesaadavuse kohta on teinud ka piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa komitee oma Eesti kohta käivates raportites (176). Seega on Eestis psühhiaatrilist abi puudutav seadusandlus psüühikahäire defineerimisel kui ka psühhiaatrilise abi pakkumise reguleerimisel pigem napp.

Aastal 2002 koostatud Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument on toonud välja rea probleeme, mis esinevad psühhiaatrilise abi kättesaadavuse ja ulatuse tagamisel. Eesti vaimse tervise teenuse üldine probleem on selle alatähtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus teenuste võimalusest. Vaimse tervise teenus erineb piirkonniti ja kvaliteedilt. Täpsustamata funktsioonide tõttu võib teenuse tarbija sattuda määratlemata vastutuse piirkonda (177). Samuti on välja töötamata efektiivne toetusvõrgustik neile inimestele, kes kannatavad ebastabiilse kuluga psüühikahäire tõttu või kellel on psühhoos avaldunud esmakordselt. Kuigi erinevaid kriisiabi võimalusi on kolmanda sektori organisatsioonide poolt suhteliselt jõudsalt arendatud, on kohaliku tasandi kriisiabi võrgustik raske ja sügava psüühilise erivajadusega inimestele läbi mõtlemata ning kirjeldamata. Silmas tuleb pidada, et esmakordselt haigestunute jaoks kohase abi tagamine ennetab edasisi erinevaid kaudseid kulutusi (178). Vähe on teadvustatud ka kinnipidamisasutustes viibijate, pagulaste, piinamis- ja vägivallaohvrite, sõjaväeteenistujate ja teiste sarnaste gruppide vaimse tervise teenuste vajadus ja abi (kriisiabi, nõustamine, hingehoid) osutamise põhimõtted.

Selliste isikute näol on tegemist väga heterogeense grupiga ning teenuste kujundamise teeb keerukaks vajadus arvestada nii keele, kultuuritausta kui väga erineval tasemel toimetulekuoskuste tasemega (179). Heatasemeline vaimse tervise teenus vajab erinevatest spetsialistidest meeskonda ja tegelemist kogu inimest ümbritseva võrgustikuga. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on tulemusrikas piisava arvu psühholoogide, sotsiaaltöötajate, psühhiaatrite ja neid toetavate spetsialistide (pedagoogid, psühhiaatriaõed, logopeedid, hingehoidjad, kaplanid, tegevusterapeutid, kutsenõustajad jne) olemasolul (180).

Tuginedes muu maailma kogemusele võib ka Eesti puhul väita, et psüühikahäirete korral toimub esimene kontakt kõige sagedamini esmatasandi tervishoiuga. Seetõttu tuleb perearste ja nendega koos töötavaid meditsiiniõdesid järjekindlalt õpetada vaimse tervise häireid ära tundma ja ravima. Oluline on omavahel seostada perearsti ja psühhiaatrilise abi süsteem (181). Käesoleval ajal ei ole perearstidele pandud kohustust tegeleda eraldi vaimse tervise häirete diagnostika ja ravimisega. Sotsiaalministri 29.11.2001 määrus nr 117 „Perearsti tööjuhend“ (182) määrab üheks perearsti töövaldkonnaks vaid üldise haiguste diagnoosimise ja haigete ravimise (183). Samuti ei näe määrus ette, et perearst peaks olema saanud koolitust psühhiaatrilise abi valdkonnas. Siiski on määrusega pereõele pandud kohustus jälgida terve imiku/lapse psüühilist arengut (184). Probleemaatiline on siinjuures asjaolu, et kõigile isikutele ei ole tagatud juurdepääs isegi esmatasandi arstiabile – selline võimalus on vaid ravikindlustusega hõlmatud isikutel.

Lisaks juhiti vaimse tervise poliitika alusdokumendis tähelepanu vajadusele luua seostatult muu tervishoiusüsteemiga regiooniti ühtlaselt kättesaadav ambulatoorse psühhiaatrilise abi võrgustik. Pereprobleemidega tegelemiseks, laste ja noorukite nõustamiseks ja kriisiabiks on vajalik ühtlane nõustamiskeskuste võrk, kus on arvestatud ka muukeelse elanikkonna teenindamisega. Samuti asuti seisukohale, et eesmärgiga jätkata erivajadustega inimeste hoolekandeesutustest välja liikumise protsessi peab suurenema toetatud teenuste (elamine, õppimine ja töötamine) osakaal. Avatud teenuste süsteemide väljatöötamisel on oluline nende võrdne loomine kõigis maakondades (185). Võimaldamaks lastele lihtsamat juurdepääsu vaimse tervise teenustele peavad haridus- ja sotsiaalsüsteem tagama igale õppurile vajadusel koolipsühholoogi, kooliõe või arsti ja sotsiaaltöötaja abi. Nende staatus ja vajadus haridussüsteemis tuleb selgelt määratleda (186).

Eesmärgiga tagada kõigile ühiskonna liikmetele võrdsed võimalused oma vaimse tervise eest hoolitsemiseks ning vaimse tervise teenuse arendamise ja kättesaadavuse tagamiseks tuleks PRAXISE analüütikute arvates need küsimused seadustes eraldi reguleerida (187).

5.2.4 Kontseptuaalsed ettepanekud esmastele vaimse tervise teenustele juurdepääsu korralduseks Eestis

Tuginedes rahvusvahelisele vaimse tervise häirete, vaimse tervise teenuste ja neile juurdepääsu tagamise reeglistikule tuleb nentida, et ühiskonna ühtlase kaetuse tagamiseks esmaste vaimse tervise teenustele tuleb teenuste sisu, eesmärk ja selle tagamise kriteeriumid sätestada seaduse tasemel. Ka selle punkti reguleerimisel on oluline sätestada valdkondadeülene regulatsioon, kuna vaimse tervise häirete tekkimine ja sellega seonduv abi tagamise vajadus võib aset leida igas ühiskonna sektoris.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada üldine ja isikute erinevatele vajadustele vastava esmaste vaimse tervise teenuste kättesaadavus tuleb käesolevas punktis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. defineerida vaimse tervise seaduses vaimse tervise häire mõiste nii positiivses kui negatiivses käsitluses arvestades seejuures ÜRO resolutsioonis 46/119 toodud välistavaid kriteeriume;
2. defineerida vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuste (psühhiaatrilise abi) mõiste ja teenuste (abi) osutamise eesmärk;
3. sätestada seaduses nõuded erinevatele vaimse tervise teenuseid osutavatele asutustele;
4. sätestada vaimse tervise seaduses diskrimineerimise keeld vaimse tervise teenustele juurdepääsu tagamisel. Muuhulgas peavad teenuste (abi) osutajad arvesse võtma isiku keelelist, sotsiaalselt, kultuurilist jne tausta ning tagama teenuste osutamise viisil, mis võimaldaks adressaadil teenust piiranguteta tarbida;
5. sätestada vaimse tervise seaduses sidususe printsiip, mille kohaselt peavad vaimse tervise teenused hõlmama endas nii psüühilise ja füüsilise tervise kui ka sotsiaalkomponenti. Reguleerida psühhiaatrilise abi osutajate koostöö

- sotsiaalsektoriga, kohalike omavalitsustega, teiste tervishoiuteenuse pakkujatega, perearstidega jne;
6. määratleda vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuste kättesaadavuse tagamise korraldajad (kohalikud omavalitsused, maavalitsused jne);
 7. sätestada vaimse tervise seaduses printsiip, mille kohaselt vaimse tervise teenuste pakkumine peab aset leidma võimalikult lähedal isiku või tema lähedaste elukohale;
 8. loetleda vaimse tervise seaduses erinevad vaimse tervise teenused ja teenuseosutajad liigiti ning kirjeldada nende peamist sisu (näiteks psühhiaatriaiglad, taastusüksused, kogukondlikud vaimse tervise keskused, spetsiifilistele vaimse tervise häirete või teenustele orienteeritud ambulatoorsed asutused, üldhaiglate juures asuvad ambulatoorsed osakonnad, vaimse tervise polikliinikud, spetsiifiliste elanikkonnagruppidega (lapsed, vanurid, kodutud jne) tegelevad ambulatoorset vaimse tervise teenust pakkuvad asutused, vaimse tervise meeskonnad, kriisinõustamine, päevaravi, päevakeskused, päevaholdusekeskused, külastuskeskused, tegelustoad ning rehabilitatsiooni ja töötamise õpitoad, pädevus- ja taastusravi, toetatud elamine ja töötamine, vabatahtlike ühendused (kogemusnõustajad) jne);
 9. reguleerida vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuse (psühhiaatrilise abi) osutajate poolt tehtavatesse koduviitidesse, koduravisse, koduhoidlusesse või muul viisil teenuse tarbija elukohas osutatavatesse teenustesse puutuv;
 10. sätestada seaduses kinniste asutuste, lasteasutuste jms pidajatele kohustus võimaldada ja tagada asutustes viibivatele isikutele piiranguteta juurdepääs erinevatele vaimse tervise teenustele. Kaaluda nõude sätestamist, mille kohaselt peaks iga kinnipidamisasutuse personali hulka kuuluma vastavalt asutuse spetsiifikale kas psühhiaater või iseseisva tegutsemise õigusega vaimse tervise õde;
 11. suurendada vaimse tervise seaduses esmatasandi rolli vaimse tervise häiretega tegelemisel ja kvaliteetse esmase psühhiaatrilise abi pakkumisel. Kaaluda esmatasandi tervishoiutöötajate poolt vaimse tervise häirete hindamist ja ravi puudutavate juhendmaterjalide kehtestamist ja muude esmatasandit võimestavate meetmete tarvitusele võtmist kooskõlas WHO Helsingi deklaratsioonis tooduga;
 12. kaaluda iseseisva tegutsemise õigusega vaimse tervise õe staatuse loomist ja pädevuse reguleerimist.

5.3. Vaimse tervise hindamine kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega

5.3.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Vaimse tervise hindamine tuleb läbi viia kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipide ja instrumentidega. Kliinilises mõttes on selliseks instrumendiks rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon (188). Vaimse tervise hindamine hõlmab järgmisi tegevusi: diagnoosimine, ravivalik, pädevuse hindamine ja ohtlikkuse hindamine. Vaimse tervise hindamine viiakse läbi ainult vaimse tervise häire või selle tagajärgedega seonduvate asjaolude tuvastamiseks. Vaimse tervise hindamise kohase läbi viimise tagamiseks tuleb korraldada kliinilist väljaõpet rahvusvaheliselt tunnustatud printsiipide kasutamisest. Otsusevõime hindamisel tuleb hoiduda mittekliiniliste kriteeriumide, nagu poliitilised, majanduslikud, sotsiaalsed, rassilised ja religioossed, kasutamisest. Iga hindamise läbi viimisel on vaja korraldada täielik uuestihindamine, mitte toetuda eelnevalt kogutud tõenditele ja varasemale vaimse tervise häire haigusloole (189). Mistahes vaimset tervist puudutava hindamise aluseks on eelkõige isikuga vahetel kohtumisel ja vestlemisel saadud andmed. Vajadusel võib täiendavat teavet koguda isiku lähedastelt. Tähelepanuta ei või jätta isiku erinevaid tervisealaseid kaebusi ja nende ravi, sotsiaalset tausta, hakkamasaamist jne. Isiku vaimse tervise hindamisel soovitatakse tähelepanu pöörata järgmistele isikuga seotud aspektidele: välimus, käitumine, kõne, tuju, mõtted, kujutlused, intellekt ja isiklik arusaam oma olukorrast. Lisaks tuleb läbi viia rida füsioloogilisi teste, nagu vereanalüüs, alkoholi test, pearöntgen jne. Viivitamatu abi osutamisel võib jätta siiski osa eelkirjeldatud protseduuridest läbimata tingimusel, et see ei põhjusta vaimse tervise väärhindamist (190).

Sarnane käsitlus nähtub ÜRO resolutsiooni 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta printsiibist 4, mille kohaselt peab isiku vaimse tervise hindamine toimuma kooskõlas rahvusvaheliselt heakskiidetud meditsiiniliste standarditega. Ka antud instrumendist nähtuvalt ei ole eelnev ravi või hospitaliseerimine iseenesest vaimse tervise häire määramise aluseks tulevikus (191).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 kohaselt määratakse vaimse tervise häire kindlaks samuti lähtuvalt rahvusvaheliselt tunnustatud meditsiinilistest standarditest (192). Soovitus kohaselt peaks lähtekohana kasutama rahvusvahelist haiguste klassifikatsiooni. Klassifikatsioon hõlmab endas lapsepõlve ja vanadusega seonduvaid diagnoose ning täiskasvanueas esinevaid häireid, muuhulgas ka alkoholi või muude sõltuvusainete tagajärjel tekkinud vaimse tervise häireid. Selline kindlatel kriteeriumidel põhinev hindamismeetod peaks välistama isiksuseomadustest tulenevad ja ebaobjektiivsed diagnoosid (193). Oluliseks kriteeriumiks on vaimse tervise häire tegeliku esinemise tuvastamine. Lisaks eeltoodule käsitleb soovitus tahtest olenematu paigutamise kontekstis ka ohtlikkuse või riski hindamist. Ohtlikkus või risk võib olla nii füüsiline kui ka psüühiline. Arusaadavalt ei ole ohtlikkuse hindamine täielikult objektiivne täppisteadus. Ohtlikkus võib olla erinev – lisaks teistele või isikule endale suunatud otsesele ohule võib ohtlikkus olla ka kaudne. Kaudsete riskide all tuleb mõista isiku tegevuse tagajärjel kannatanuid, kelle vastu otseselt suunatud ei olnud. Lisaks füüsilisele kahjustamisele võib kaudsete riskide alla kuuluda näiteks pillamise tõttu perekonna raskesse majanduslikku olukorda asetamine. Kummatigi on aga asunud seisukohale, et hasartmängusõltuvuse tagajärjel lähedaste finantsiline laostamine ei kvalifitseeru ohtlikkuseks teiste vastu. Eeltoodust tulenevalt on teatud riikides lisatud ohtlikkuse määramisel lisaks enda ja teiste vastu suunatud nõ otsesele ohule võimalus tuvastada isiku ohtlikkus ka näiteks avaliku korra või keskkonna vastu suunatud tegevuse põhjal (194).

Euroopa Inimõiguste Kohus on samuti tähelepanu pööranud isiku ohtlikkuse objektiivse ja asjakohase hindamise vajalikkusele. Näiteks lahendis Gajcsi vs Hungary sedastas kohus, et vabaduse piiramisel tuleb kaitsta isikut omavoli eest. Käesoleval juhul jätsid siseriiklikud kohtud hindamata isiku ohtlikkuse, kui seaduses kirjeldatud kinnipidamise eelduse, millega rikuti inimõiguse ja põhivabaduse konventsiooni artiklis 5(1) märgitud kinnipidamise seaduslikkuse nõuet (195).

Vaimse tervise hindamisega seondub ka isiku otsusevõime hindamine. Otsusevõime hindamine omab tähtsust näiteks ravile allutamise kontekstis. Samuti tuleb otsusevõimet hinnata laste puhul tuvastamaks, millises ulatuses kehtivad konkreetse lapse kohta õiguslikud tagatised, nagu näiteks teavitamiskohustus, ärakuulamisõigus, nõusoleku saamise kohustus jne. Tahtest olenematu ravi rakendamine isiku suhtes, kes oli

otsusevõimeline, võib riivata inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni (196) artikleid 8 (õigus austusele era- ja perekonnaelu vastu) ja 3 (piinamise keelamine) (197). Otsusevõime piiramine saab aset leida vaid juhul, kui ekspertteadmistega hindaja kohtub hinnatavaga isiklikult. Otsusevõime piiramise aluseks olevad asjaolud on vaja fikseerida kirjalikult. Isiku otsusevõime tuleb ümber hinnata kindlaksmääratud aja järel ning otsusevõimetuse aluste ära langemisel lõpetatakse isiku otsusevõimetuks pidamine viivitamatult. Otsusevõime taastumisel on isikul ühelt poolt õigus vabalt langetada oma elu puudutavaid otsuseid ning teisest küljest lõppeb vaimse tervise teenuse osutaja või muude isikute õigus isiku eest otsustamiseks (198). Arusaadavalt vastutab vaimse tervise teenuse osutaja põhiõiguste piiramise eest juhul, kui ta on isiku otsusevõimet ilma objektiivsete alusteta piiranud.

Vaimse tervise hindamise adekvaatsuse, objektiivsuse ja kontrollitavuse hõlbustamiseks on 70% Euroopa Liidu riikidest välja töötanud juhendmaterjalid erinevatel või mõnel tervishoiuteenuse osutamise tasandil rakendamiseks. Üldiselt on sellised juhendmaterjalid diagnoosipõhised ja kirjeldavad konkreetse häire või haiguse kindlaks määramise kriteeriume (199).

5.3.2 Vaimse tervise hindamine kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega teistes riikides

Järgnevalt vaadeldakse valiku teiste Euroopa riikide regulatsioone vaimse tervise hindamisel kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega. Samuti käsitletakse otsusevõime ja ohtlikkuse hindamisega seonduvat.

5.3.2.1 Vaimse tervise hindamise regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seadus ei anna ühest menetluskäiku vaimse tervise hindamiseks. Asjatundjad peavad vaimse tervise häire või vaimuhaiguse määramisel lähtuma heast kliinilisest tavast ning häirete ja puute määramise seisukohast tähtsust omavatest standarditest (200). Vaimse tervise seaduse rakendusjuhises tuuakse siiski nimekiri peamistest diagnoosidest, mis sobituvad seaduses toodud vaimse tervise häire definitsiooni alla. Eraldi tuuakse välja oht tugineda diagnoosimisel eelarvamustele isiku suhtes või võimetusele mõista kultuurilisi ja sotsiaalseid erisusi (201).

Kummatigi on vaimse tervise häirete hindamiseks Ühendkuningriigis välja töötatud hulgaliselt spetsiifilisi juhendeid rakendamiseks nii täiskasvanute kui laste puhul tervisesüsteemi kõigil tasanditel (202). Juhendmaterjalid ei oma õigusaktiga võrdset jõudu, kuid on osaks heast kliinilisest tavast. Reeglina on juhendmaterjalidest ja soovitustest kõrvale kaldumine pigem erandiks.

Otsusevõime küsimusi reguleerib Ühendkuningriigis vaimse pädevuse seadus (203). Seaduse kohaselt ei või isiku otsusevõime küsimust lahendada enne, kui on tarvitusele võetud kõik mõistlikud abinõud aitamaks isikul otsust langetada. Samuti ei või otsusevõimet piirata põhjusel, et isiku poolt tehtud otsus ei ole mõistlik (204). Isik loetakse otsusevõimetuks juhul, kui ta ei ole võimeline aru saama otsuse tegemise seisukohalt olulisest teabest, sellist teavet meeles pidama, teavet otsustamisprotsessi käigus analüüsima või oma otsust teatavaks tegema (sõnades, märgiliselt või muul viisil). Silmas tuleb pidada, et otsuse tegemise seisukohalt olulist teavet tuleb isikule edastada tema poolt sel hetkel arusaadaval viisil (kasutades lihtsat keelt, visuaalseid või muid abivahendeid) (205).

Ohtlikkuse määramise käigu annab vaimse tervise seaduse rakendusjuhhis (206). Otsustades isiku ohtlikkuse üle iseendale tuleks arvestada järgmiste asjaolude esinemist: oht enesetapuks, enesevigastuseks, hooletussejätmiseks; vaimse tervise halvenemine ravitajäämisel; eeltoodud tõendite usaldusväärsus ja eelnevast haigusloost saadud teave; isiku enda ja tema lähedaste arvamus haiguse kulust ja paranemisest; isiku võimekus olukorraga toime tulla; ravi arvatavate eeliste suhe isiku heaolu taseme tõusmisel; muude riski maandamise vahendite olemasolu. Otsustades isiku ohtlikkuse üle teistele tuleks arvestada järgmisi asjaolusid: alati ei ole võimalik eristada isiku ohtlikkust iseendale ja ohtlikkust teistele; olemasolevate tõendite usaldusväärsus, muuhulgas ka eelnevat ravilugu ja –käitumist, kontakte erinevate ametkondadega ja vajadusel ka kriminaal- ja halduskaristusi; lähedaste soovi aidata isikul ohtudega hakkama saada; muude riski maandamise vahendite olemasolu. Teistele isikutele tekitatav kahju hõlmab endas nii psühholoogilist kui füüsilist kahju (207).

5.3.2.2 Vaimse tervise hindamise regulatsioon Soomes

Soomes ei sätestata vaimse tervise seaduses ei vaimse tervise hindamise regulatsiooni, otsusevõimesse ega ka ohtlikkuse puutuvat. Vaimse tervise häire või vaimuhaiguse vabatahtlikuks või tahtest olenematuks raviks ja ohjeldusmeetmete rakendamiseks on vajalik vaid vaimse tervise (psühhootilise) häire tuvastamine. Vaimse tervise seaduse eelnõu seletuskirja kohaselt on vaimse tervise hindamine arstiteaduslik küsimus, mida arst peab menetlema hoolikate uuringute põhjal (208). Siiski on Soome Arstide Liit oma juhendmaterjalis täpsustanud vaimse tervise häire määramise kriteeriume. Vaimse tervise häire tuvastamine peab juhendmaterjali kohaselt aset leidma arsti poolt ning diagnoos peab olema psühhootiline ja tunnustatud, nagu näiteks deliirium, skisofreenia, bipolaarne häire, depressioon, dementsus jne. Allumatus seadustele ja sotsiaalsetele normidele ei klassifitseeru vaimse tervise häirena (209).

Ohtlikkuse hindamise suhtes ollakse Soomes asunud seisukohale, et seda teeb tervishoiutöötaja oma pädevuse ja ametialaste kogemuste põhjal. Siiski võib erialasest kirjandusest leida mõningaid viiteid ohtlikkuse määramise kriteeriumitele. Tegevuseks, mis võib kujutada ohtu nii isikule endale, kui ka teistele, on näiteks teiste isikute tülitamine ja riidu põhjustamine. Riskiks isikule endale ja teistele on siinjuures teiste isikute õiguste kahjustamine või oht isikule endale sattuda seoses oma käitumisega vägivaldla ohvriks. Ohtlikkuse määramise aluseks võib olla ka omandile kahju tekitamine või selle tõenäosus. Siiski peab tekitatav kahju või oht selleks olema piisavalt suur õigustamiseks isiku põhivabaduste piiramist. Isiku rahutus, segamine või häälekus ei anna veel alust käsitleda teda ohtlikuna (210). Ohtlikkusena teistele käsitletakse vaimse tervise seaduse eelnõu seletuskirja kohaselt ka näiteks ilmset ohtu isiku lähedaste tervisele, vaimse tasakaalu olulist riivet või laste arengu häirimist (211).

5.3.2.3 Vaimse tervise hindamise regulatsioon Rootsis

Rootsi tahtest olenematu ravi seaduse (212) kohaselt hindab isiku vaimset tervist selleks pädev atesteeritud arst. Arst peab oma otsuses märkima kriteeriumid, millele toetudes diagnoos pandi. Ohtlikkust käsitleb nii tahtest olenematu ravi kui ka sundravi seadus (213) vaid ohjeldusmeetmete rakendamise kontekstis. Sellisel juhul on isiku ohtlikkuse endale või teistele defineerimine raviarsti või tema äraolekul peaarst ülesandeks.

Täiendavaid kriteeriume seadus ohtlikkuse tuvastamiseks ei sätesta. Siiski on ka Rootsis välja töötatud kliinilised juhendmaterjalid vaimse tervise häirete hindamiseks ja ohtlikkuse tuvastamiseks (214).

5.3.2.4 Vaimse tervise hindamise regulatsioon Saksamaal

Berliini psühhiaatriliselt haigete seadus (215) ei spetsifitseeri vaimse tervise hindamise menetluskäiku ega tee viiteid rahvusvahelistele kriteeriumitele, nagu näiteks ICD-10 või muud sarnased. Samuti ei sätestata eraldi ohtlikkuse määramise või otsustusvõime tuvastamise korda. Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt peab isiku vaimse tervise hindamise läbi viima arst, kes on selleks saanud psühhiaatrilise väljaõppe. Ohtlikkuse tuvastamise lähtekohana sedastab seadus, et tegelik ohtlikkus seisneb selles, kui psüühikahäire mõjul vältimatult tekib kahjutoov sündmus või on selle sündmuse aset leidmine ülimalt tõenäoline (216). Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus ei kirjuta ette vaimse tervise häire määramise korda, kuid sätestab siiski, et psühhiaatrilisteks haigusteks selle seaduse mõttes on ravitavad psüühosid, muud ravitavad psüühikahäired ja nendega võrreldava raskusastmega sõltuvushaigused. Ka käsitletav õigusakt defineerib ohtlikkust samuti, nagu Hamburgi seadus. Täiendavalt lisatakse klausel, et valmisoleku puudumine ravida laskmiseks ei ole iseenesest veel enda vastu suunatud ohtlik tegevus (217).

Samas on ka Saksamaal välja töötatud hulgaliselt juhendmaterjale vaimse tervise ja sellega seonduvate aspektide hindamiseks (218).

5.3.3 Vaimse tervise hindamise regulatsioon Eestis

Kehtiva psühhiaatrilise abi seaduse mõtte kohaselt hinnatakse ka Eestis vaimse tervise häireid tugines rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile. Samuti peab arst psüühikahäirete diagnoosimisel ja psühhiaatrilise abi andmisel olema sõltumatu ning juhinduma arstiteadusest, arstieetikast, seadustest ja muudest õigusaktidest (219). Psühhiaatrilise abi seadus ei käsitle aga otsusevõime määramise või ohtlikkuse tuvastamise kriteeriume.

Otsusevõimetust käsitletakse põgusalt tsiviilseadustiku üldosa seaduses (220), mis vaatleb otsusevõime olemasolu tehingute tegemise seisukohalt. Seaduse § 13 lõike 1 kohaselt on tehing, mille isik tegi vaimutegevuse ajutise häire või muu asjaolu tõttu seisundis, mis välistas tema võime õigesti hinnata seda, kuidas tehing mõjutab tema huve (otsusevõimetus), tühine, välja arvatud, kui isik kiidab tehingu pärast vaimutegevuse ajutise häire või muu asjaolu lõppemist heaks. Seega on otsusevõime tsiviilõigussuhetes defineeritud läbi võimetus ajutiselt asjaolusid õigesti hinnata, olgu selle põhjuseks siis ajutine vaimutegevuse häire või muu asjaolu.

Ohtlikkuse osas on oma arvamuse andnud Riigikohus. Riigikohtu otsuse kohaselt saab isiku ohtlikkus väljenduda eelkõige füüsilises ohus tema enda või teiste isikute elule või tervisele, muuhulgas kalduvuses vägivaldale või suitsiidile. Asjaolu, et isik ei suuda iseseisvalt oma elu korraldada, ei tähenda iseenesest, et ta on ohtlik iseendale või teistele. Sotsiaalsete oskuste puudumine võib olla ohtlik, kui isik ei ole võimeline sotsiaalseid oskusi (taas)omandama (221). Samuti on Riigikohus sedastanud, et isiku ohtlikkus ei pruugi seisneda näiteks selles, et isik lõhub endale või teistele isikutele kuuluvat vara. Isiku ohtlikkust enda või teiste elule, tervisele või julgeolekule tuleks hinnata pigem kõrgendatud standardite kohaselt. Seega ei saa ohtlikkust põhjendada üldise isiku käitumist iseloomustava omadusena, vaid seda tuleb analüüsida konkreetsel juhtumil eraldi ning tuvastada ohtlikkus lähituleviku mõttes väga piiratud ajalise distantsiga (st isik võib kõige lähemas tulevikus muutuda ohtlikuks) ning samuti see, et isiku ohtlikkus lähitulevikus on pigem kindel kui tõenäoline (222). Eesti kohtupraktikas on isiku ohtlikkust teistele põhjendatud näiteks sellega, et isik ähvardab tappa lähedased; isik lõhub kodust sisustust või esineb muu vägivaldne käitumine; isiku käitumise ettearvamatus; isiku agressiivsus, impulsiivsus, pidurdamatu käitumine; isiku eelnev kohtulik karistatus vägivaldsete tegude eest. Isiku ohtlikkust enesele on kohtumäärustes põhjendatud näiteks sellega, kui vaatamata halvale tervislikule seisundile ei toitu isik korralikult; kuritarvitab alkoholi; isik keeldub söögist ja joogist; isik vigastab ennast; isik on sooritanud enesetapukatse; isikul esinevad enesetapumõtted, enesesüüdistus, suutmatuse olukorda adekvaatselt hinnata, ähvardab sooritada enesetapu; isik keeldub tal esineva haiguse ravist; isik on emotsionaalselt rahutu, ärritatud, masendunud; isiku käitumise ettearvamatus, psühhomotoorne rahutus (223).

Eestis on olemas vaimse tervise häirete hindamise abistamiseks mõningad juhendmaterjalid, seda nii eriarstiabi kui ka esmatasandi jaoks (224). Kummatigi katavad välja töötatud ravijuhised vaid väikest ringi vaimse tervise häireid ja ravijuhiste koostamise aluseks on olnud enamasti koostaja isiklik huvi ja initsiatiiv. Psühhiaatria eriala arengukava aastani 2015 toob esile vajaduse katta ravijuhistega vähemalt kõige olulisemad ja sagedasemad psüühikahäired nagu skisofreenia, deliirium, depressioon, ärevus-, somatoformsed, une- ja söömishäired. Lisaks tuleks erialaselt poolt esitatud nägemuse kohaselt ühtlustada eriala piires diagnostiliste ja seisundi hindamise skaalade kasutamine psüühikahäirete diagnostikas ja raviefekti hindamisel ning kaaluda DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (225) klassifikatsiooni ja diagnostika põhimõtete kasutamise laiendamist. Psühhiaatrite hinnangul on lastepsühhiaatrilises diagnostikas, eriti arenguhäirete diagnostikas, määravaks standardiseeritud ja Eestis adapteeritud testide kasutamine. Selleks oleks hädavajalik leida võimalused testide adapteerimiseks ülikoolide baasil rakenduslike uurimistöde raames (226).

5.3.4 Kontseptuaalsed ettepanekud vaimse tervise hindamise reguleerimiseks Eestis

Eelkirjeldatust nähtuvalt ei ole vaadeldud Euroopa riigid enamasti sätestanud oma vaimse tervise seadustes kohustust hinnata vaimset tervist kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega. Samuti ei ole sätestatud hindamise läbi viimise menetlust. Ometi on hindamisega seonduvaid asjaolusid ja kohustusi käsitletud nii ÜRO resolutsioonis 46/119 kui ka Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitusel REC(2004)10. Siiski on enamikes riikides välja töötatud piisavas koguses erinevaid detaile juhendmaterjale, mis hõlmavad endas nii vaimse tervise häirete diagnoosimist kui ka ravi. Sellised juhendmaterjalid peaks olema kasutatavad nii esmas- kui eriarstiabi tasandil. Vajadusel tuleb kaaluda juhendite diferentseerimist vastavalt tervishoiuteenuse osutaja tüübile.

Samuti on vaimse tervise seadustes ebahühtlane otsusevõime ja ohtlikkuse käsitlemine ning hindamise meetoodika tuleneb tihti erinevatest manuaalidest, seaduseelnõude seletuskirjadest, kohtulahenditest jne. Selline praktika ei võimalda aga tagada ühtset lähenemist vaimse tervise hindamisega seonduvate küsimuste käsitlemisele. Samuti võivad selgete otsustamiskriteeriumite ja läbipaistva menetluskorra puudumisel

lõppastmes riivatud saada isikute erinevad põhiõigused, eriti õigus isikupuutumatusel ja vabale eneseteostusele. Ka Riigikohus on oma otsustes selgitanud näiteks ohtlikusse puutuvat ning seega selgelt näidanud, et seaduslik regulatsioon ei ole selles küsimuses piisav ära hoidmaks vaidlusi ja võimalikku väärkohtlemist.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada kõigi vaimse tervise häirete ja aspektide rahvusvaheliselt aktsepteeritud ühetaoline ja objektiivne hindamine, tuleb käesolevas punktis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduses kohustus lähtuda isiku vaimsele tervisele hinnangu andmisel rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidest;
2. sätestada vaimse tervise seaduses vaimse tervise häire hindamise menetluskord. Kaaluda erandite tegemist üldisest menetluskorrast vältimatu abi osutamise juhtudel;
3. defineerida seaduses vaimse tervise teenuse osutamise kontekstis otsusevõime või otsusevõimetuse kriteeriumid;
4. sätestada vaimse tervise seaduses otsusevõime või otsusevõimetuse üle otsustamise menetluskord vaimse tervise teenuse osutamise kontekstis;
5. defineerida seaduses vaimse tervise teenuse osutamise kontekstis isiku ohtlikkus ning selle ulatus (endale, teistele, avalikule korrale, keskkonnale jne);
6. sätestada vaimse tervise seaduses ohtlikkuse üle otsustamise menetluskord;
7. kaaluda seadusesse volitusnormide lülitamist soovituslike ravijuhiste välja töötamiseks ja kehtestamiseks, mis kirjeldaksid muuhulgas ka haiguse diagnoosimist, ravi ja järeltoiminguid. Vajadusel võib kaaluda erinevate juhendmaterjalide koostamist erinevatele tervishoiusüsteemi tasanditele.

5.4. Vähimpiirava vaimse tervise teenuse pakkumine

5.4.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Vaimse tervise häirega isikutele peaks olema tagatud võimalikult vähempiiravate vaimse tervise teenuste kättesaadavus. Võimalikult vähempiiravama alternatiivi valikul tuleb tähelepanu pöörata vaimse tervise häire iseloomule, pakutavatele teenustele, isiku autonoomia astmele, isiku heakskiidule ja koostööle ning isikule endale või teistele tekkida võivale potentsiaalsele ohule. Selleks sobivatele patsientidele peab olema tehtud

kättesaadavaks kogukonnapõhine vaimse tervise teenus. Institutsionaalset ravi tuleb pakkuda võimalikult vähempiiravamas keskkonnas. Füüsilisi ja keemilisi ohjeldusmeetmeid tuleb kasutada ainult äärmise vajaduse korral ning enne nende kasutamist peab korduvalt püüdma isikuga arutada ohjeldusmeetmete rakendamise alternatiivide üle. Vähempiiravama psühhiaatrilise abi pakkumise printsiibi ellu viimiseks on oluline kogukonnapõhiseid vaimse tervise teenuseid toetavate õiguslike instrumentide ja infrastruktuuride (inimressurss, teenuste osutamise asukohad jne) olemasolu. Samuti tuleb vaimse tervise teenuste pakkumisel vähendada eraldusruumide arvu ja vältida uute loomist. Kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuse pakkumise tagamiseks tuleb seadused muuta teenuste pakkumise põhimõtetega vastavaks ja selliste teenuste osutamist toetavaks. Praktiliste tegevuste sfääris soovitatakse vähempiiravama abi pakkumise eesmärgil pakkuda vaimse tervise teenuse osutajatele väljaõpet kriisiolukordade lahendamisel muude meetodite, kui ohjeldusmeetmete kasutamiseks (227).

WHO on rõhutanud kogukonnapõhise teenuseosutamise tähtsust nimetades seda vaimse tervise poliitikate lõppeesmärgiks. Eesmärgi saavutamisel tuleb lähtuda juba eelmainitud printsiipidest, milleks on vähimpiiravam alternatiiv, võrdsus, sotsiaalne kaasatus ning isikliku autonoomia ja iseseisvuse edendamine (228). Juhul, kui vaimse tervise häirega isik on sunnitud tarbima piiravat teenust või ei saa üldse kohast teenust põhjusel, et puuduvad võimalikud alternatiivid, on riivatud Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (229) artikleid 8 (õigus austusele era- ja perekonnaelu vastu) ja 14 (diskrimineerimise keelamine) (230).

Seega hõlmab vähempiiravama psühhiaatrilise abi pakkumise printsiip mitut erinevat aspekti – esmalt tuleks alati eelistada isikute õiguste piiramise seisukohast leebemaid teenuseid. Kogukonnapõhised teenused, toetatud hakkamasaamine, ambulatoorne psühhiaatriline abi ja muud sarnased teenused kitsendavad isiku vabadust tunduvalt vähem, kui institutsionaliseerimine. Teiseks tuleks abi pakkumisel isikute õigusi võimalikult vähem piirata. Olgu siin tegu kas vabaduspõhiõigusega, omandiõigusega, õigusega vabale eneseteostusele, sõnumisaladusega, perekonna ja eraelu puutumatusel või muude arvukate põhiõigustega. Tahtest olenematu ravi või ohjeldusmeetmete rakendamisel tuleb silmas pidada, et vabaduspõhiõiguse piiramine ei anna automaatselt alust isiku kõigi teiste õiguste piiramiseks. Iga piirangu rakendamisel peab olema kindel

seaduslik alus ja kaalutud eesmärk – piirang peab olema proportsionaalne soovitud eesmärgi suhtes.

Vaadeldes peamisi valdkonda reguleerivaid rahvusvahelise õiguse akte, siis ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta (231) sisaldab hulgaliselt vähempiiravat abi käsitlevaid sätteid. Esmaselt sätestab printsiip 3, et igal vaimse tervise häirega isikul on õigus elada ja töötada kogukonnas sellises ulatuses, kui see on võimalik. Sama kordab üle ka printsiip 7.1, mille kohaselt on igal patsiendil õigus ravile ja hooldusele oma kogukonnas sel määral, kui see on võimalik. Printsiibi 9 kohaselt on igal patsiendil õigus ravile võimalikult vähempiiravas keskkonnas ja ravi peab olema minimaalselt piirav ja pealetükkiv. Igal juhul tuleb vältida isiku hospitaliseerimist tema tahte vastaselt. Igal vaba tahte alusel vaimse tervise teenust saaval isikul on õigus teenuse saamisest loobuda. Vaimse tervise teenuse osutamine peab olema suunatud isiku personaalse autonoomia säilitamisele ja arendamisele. Kõik printsiipides toodud peab olema tagatud ka alaealiste ja kohtu poolt sundravile või kohtupsühhiaatrilisele ekspertiisile määratud isikute suhtes. Viimaste osas võib printsiipides sätestatust erandeid teha vaid mõjuvatel põhjustel. Lisaks eeltoodud üldistele sätetele loetletakse ka konkreetsed õigused ja vabadused, mis vaimse tervise häirega isikule teenuse osutamisel peavad tagatud olema. Sellised on näiteks õigus andmete konfidentsiaalsusele; õigus saada teenust võimalikult oma elukoha või lähedaste elukoha lähedal; õigus saada isiku kultuurilisele taustale vastavat teenust; õigus saada vaid oma vajadustele vastavaid teenuseid ja ravi; õigus mitte olla ohjeldatud muul põhjusel, kui otsese ohu vältimiseks; õigus privaatsusele; õigus teabele ja sõnumivahetusele; õigus usuvabadusele; õigus tavapärasele elukeskkonnale, mis hõlmab vaba aja veetmise võimaluste, hariduse ja igapäevaeluks vajalike esemete omandamise võimaluse tagamist ning vajadusel ühiskonda reintegreerimisele suunatud kutseõpet; õigus töövabadusele ja õiglasele tasule tehtud töö eest.

Printsiibi 16 kohaselt võib isiku allutada tahtest olenematule ravile vaid kahe kvalifitseeritud vaimse tervise teenuse osutaja otsusel ning juhul, kui isik on vaimuhaige ning on tõsine oht vahetuks või vältimatuks ohuks isiku enda või teiste suhtes või juhul, kui otsustusvõimetu isiku ravita jätmisel tema olukord tõsiselt halveneks. Viimasel juhul võib tahtest olenematut ravi kasutada vaid kooskõlas võimalikult vähempiiravama

alternatiivi printsiibiga. Tahtest olenematu läbivaatuse ja esmase ravi kestus peab olema võimalikult lühike.

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitusel REC(2004)10 (232) artikli 8 kohaselt on vaimse tervise häirega isikutel õigus saada vajalikke teenuseid võimalikult vähempiiravamas keskkonnas ja neile suunatud ravi peab olema minimaalselt piirav ja pealetükkiv. See säte kehtib ka vaimse puudega isiku suhtes (233). Teenuste osutamisel tuleb arvesse võtta isikute vajadusi ja teiste isikute turvalisuse kaitset. Viimatinimetatu ei hõlma mitte ainult kaitset füüsiliste rünnakute puhul, vaid ka psühholoogilist väärkohtlemist, jälitamist jne. Vaimse puudega isikute käitumine võib olla kohati agressiivne või vastustundetu, kuid see ei pruugi olla seotud psüühikahäirega. Seega ei või vaimse puudega isikute suhtes piirangute kehtestamisel kunagi lähtuda vaid neile pandud diagnoosist. Vaimse tervise teenuseid osutavad asutused peavad pakkuma isikutele, võttes arvesse nende tervislikku olukorda ja teiste isikute turvalisuse tagamise vajadust, sellist keskkonda ja elutingimusi, mis on võimalikult sarnased teiste samaealiste, samast soost ja sama kultuuritaustaga kogukonna liikmete elutingimustega. Samuti on liikmesriigid kohustatud tagama võimalikult laialdaselt alternatiivide pakkumise tahtest olenematule ravile. Samuti tuleb pakkuda piisaval määral ravivõimalusi ja kogukonnateenuseid kriminaalkohtumõistmisega puutumust omavatele vaimse tervise häirega isikutele. Soovitusel kohaselt on kõik vaimse tervise teenuse osutamisega seotud andmed konfidentsiaalsed.

Soovitusel artikli 29 kohaselt kehtib kõik dokumendis toodu ka alaealiste suhtes välja arvatud juhul, kui siseriiklikult on alaealistele ette nähtud efektiivsemad kaitsemehhanismid. Alaealise paigutamist ja ravi, olgu tegemist vabatahtliku või tahtest olenematu sekkumisega, puudutavate otsuste tegemisel tuleb arvesse võtta ka alaealise arvamust, kusjuures sellise arvamuse kaalukus tõuseb võrdselt alaealise vanuse ja küpsusastmega. Lisaks eeltoodule on kõigil tahtevastasel paigutatud alaealistel õigus saada tasuta haridust ja olla reintegreeritud koolisüsteemi.

Soovitus käsitleb põhjalikult ka vaimse tervise häirega isikutelt vabaduse võtmise puutuvat. Tahtest olenematute vahendite kohaldamine isikute suhtes, kelle vaimse tervise häire, näiteks psüühoo, on kujunenud psüühooaktiivsete ainete kasutamise tõttu, ei ole osutunud mõjusaks. Käsitletavate piiravate vahendite rakendamine vaid alkoholi või

psühhoaktiivsete ainete kasutamisega seonduvalt võib kujutada endast ohtu ja sekkumine peab olema läbi viidud vastavate erialaspetsialistide kaasabil (234). Artikli 17 kohaselt võib isiku tahtest olenematu paigutamine aset leida vaid juhul, kui täidetud on järgmised tingimused: isikul on vaimse tervise häire; isiku olukord kujutab endast tõelist ohtu tema tervisele või teistele isikutele; paigutamisel on terapeutiline eesmärk; vähempiiravamad abi pakkumise võimalused puuduvad ja asjassepuutuva isiku arvamust on arvesse võetud. Teiseks näeb sama artikkel ette võimaluse võtta isikult vabadus eesmärgiga uurida, kas isikul esineb vaimse tervise häire, mis toob kaasa olulise ohu tema tervisele või teistele isikutele. Selline vabaduse võtmine uuringute läbi viimiseks võib aset leida vaid järgmiste asjaolude esinemisel: isiku käitumine viitab selgelt vaimse tervise häire esinemisele; isiku olukord võib kaasa tuua ohu tema enda tervisele või teistele isikutele; puuduvad sobilikud ja vähempiiravamad vahendid sellise otsustuse tegemiseks ja asjassepuutuva isiku arvamust on arvesse võetud. Artikli 18 kohaselt võib isiku suhtes kohaldada tahtest olenematut ravi juhul, kui isikul on vaimse tervise häire; isiku olukord kujutab endast tõsist riski tema tervisele või teistele isikutele; puuduvad vähemsekkuvad võimalused kohase ravi pakkumiseks ja asjassepuutuva isiku arvamust on arvesse võetud. Artikli 19 kohaselt peab tahtest olenematu ravi olema suunatud spetsiifilistele kliinilistele märkidele ja sümptomitele, olema isiku tervisliku olukorra suhtes proportsionaalne, moodustama osa kirjalikust raviplaanist, olema dokumenteeritud ja kui võimalik, siis tuleb esimesel võimalusel kasutada isikuga kooskõlastatud ravimeetodeid. Isiku vabaduspõhiõiguse riivet põhjustavad otsused põhinevad piisava kompetentsuse ja kogemusega arsti poolt teostatud läbivaatusel. Üldreeglina peab arst konsulteerima ka isiku lähedaste ja esindajaga. Eeltoodud printsiibist on lubatud kõrvale kalduda vaid erakorralise olukorra esinemisel ja lühiajaliselt. Isiku vabaduspõhiõiguse piiramine tuleb lõpetada kohe, kui kasvõi üks eeldustest on ära langenud. Soovituse kohaselt peavad liikmesriigid vähendama tahtest olenematute sekkumiste kestust pakkudes kohaseid järelravi teenuseid. Arvesse tuleb võtta ka asjaolu, et nii Euroopas kui Ameerika Ühendriikides publitseeritud psühhiaatriaalne erialakirjandus näitab päevaravikliinikute ja koduravi meeskondade positiivset mõju tahtest olenematu paigutamise ja ravi kasutamise vajaduse vähendamisele (235).

Soovituse artikkel 27 reguleerib ohjeldusmeetmetesse puutuvat. Osundatud artikli kohaselt võib ohjeldusmeetmeid kasutada vaid selleks kohandatud asukohas, järgides võimalikult vähempiiravama abinõu printsiipi, ennetamaks otsest ohtu isikule või teistele

ning hinnates riski ja sekkumise proportsionaalsust. Ohjeldusmeetmete kohaldamisel tuleb alustada võimalikult vähempiiravamast meetmest. Esmaseks abinõuks isiku ähvardava või otseselt vägivaldse käitumise puhul on verbaalne sekkumine, seejärel vajadusel manuaalne tegevuse piiramine ning alles viimase abinõuna mehhaaniline ohjeldamine. Selliseid vahendeid võib rakendada vaid pideva meditsiinilise järelevalve all ning kogu protsess tuleb dokumenteerida. Juhul, kui isiku olukord paraneb, kuid pole veel piisav tahtest olenematu sekkumise lõpetamiseks, tuleb proportsionaalselt vähendada isiku suhtes rakendatud õiguste piiranguid.

Soovituse artikli 30 ja 31 kohaselt on vaimse tervise häirega isikutele tagatud reproduktiivõigused ning keelatud on raseduse katkestamine vaid põhjusel, et rasedal on vaimse tervise häire.

Eraldi regulatsiooni annab soovitus kriminaalõiguse süsteemi tegevuse kohta vaimse tervise häirega isikutega tegelemisel. Kuna on tõenäoline, et politseiametnikud võivad oma tööülesannete täitmise käigus või vaimse tervise teenuse osutajatele ametiabi osutades kokku puutuda vaimse tervise häirega isikutega, siis peavad politseiametnikud läbima koolituse vaimse tervise häirega isikutega seonduvate olukordade hindamiseks ja lahendamiseks. Koolitus peab eraldi tähelepanu juhtima erivajadusega isikute haavatavusele politsei poolset sekkumist vajavates olukordades. Koolituse korraldamine toimub koostöös kohalike vaimse tervise teenuse osutajatega ja hõlmab endas ülevaadet peamiste psüühikahäirete ära tundmisest ja sellise häirega isikutega käitumisest ning samuti tuleb koolitusel käsitleda asjakohaseid õigusakte (236). Juhul, kui arreteeritud on isik, kellel on tugev alus kahtlustada vaimse tervise häire olemasolu, siis tuleb viivitamatult korraldada sellise isiku arstlik läbivaatus eesmärgiga tuvastada isiku vajadus arstiabi, muuhulgas ka psühhiaatrilise abi, järele, anda hinnang isiku võimele osaleda ülekuulamisel ja kinnipidamise turvalisusele mittemeditsiinilises asutuses.

Soovituse artikkel 10 käsitleb eraldi põhiõigust tervise kaitsele. Esmalt tähendab see, et kõigile vaimse tervise häirega isikutele peab olema tagatud psühhiaatriline abi neile vajalikul määral. Psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamise all tuleb mõista ka juurdepääsu vajalikele ravimitele ja kaasnevatele teraapiatele. Psühhiaatrilise abi pakkumine lastele ei või üldiselt aset leida täiskasvanutele ette nähtud asutustes. Samuti soovitatakse eraldi paigutada vanemad inimesed, erineva raskusastmega haiged ning

taastusravi saajad. Lisaks eeltoodule tuleb vaimse tervise häirega isikutele tagada ka füüsilise tervise tagamiseks vajalike teenuste kättesaadavus. Füüsilise tervise hoidmise ja taastamise osaks on hambaraviteenuste kättesaadavuse tagamine. Siseriikliku õigusega tuleks reguleerida tingimused ja menetluskord isikute füüsiliste haiguste raviks nende tahtest olenemata juhtudel, kui füüsiline terviserike ei ole seotud psüühikahäirega ja kui isik ise ei ole otsusevõimeline (237). Nimetatud regulatsiooni kehtestamise vajadus tuleneb ka inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni artiklist 6 (238).

Ka Euroopa Inimõiguste Kohus on käsitlenud isikute õigust vähempiiravale psühhiaatrilisele abile. Näiteks oma 04.04.2000 otsuses asjas Witold Litwa vs Poland leidis kohus, et isikult vabaduse võtmine on tõsine meede, mille rakendamine on põhjendatud vaid juhul, kui on kaalutud muude, vähempiiravamate vahendite kohaldamist ja leitud, et isiku enda või avaliku huvi tagamise seisukohalt on vajalik vabaduse võtmine. Seega ei piisa isiku tahtest olenematul kinni pidamisel tegevuse vastavusest siseriiklikule õigusele, vaid alati tuleb hinnata ka asjaolusid (239). Piiravamate ja isikute põhiõigusi riivavate vahendite kasutamine on lubamatu olukorras, kus oleks olnud võimalik edukalt tarvitusele võtta vähempiiravaid meetmeid. Oma 26.02.2002 otsuses asjas Kutzner vs Germany avaldas kohus muret asjaolu üle, et riigi passiivsus vähempiiravate meetmete kättesaadavaks tegemisel võib kaasa tuua ekstreemsete meetmete, mis ei ole proportsionaalsed soovitava eesmärgiga, rakendamise isikute suhtes (240). Teedrajavas 24.10.1979 otsuses asjas Winterwerp vs Netherlands defineeris kohus kolm tingimust, mille esinemisel võib tahtest olenematut kinnipidamist pidada seaduslikuks: „Kohtu arvates, välja arvatud vältimatu abi juhtumitel, ei tohiks võtta asjassepuutuvalt isikult vabadust välja arvatud juhul, kui on usaldusväärset tõestatud psüühikahäire esinemine kõnealusel isikul. Häirele annab hinnangu kompetentne siseriiklik asutus ehk tegelik vaimse tervise häire eeldab objektiivse meditsiinilise ekspertiisi läbi viimist. Lisaks peab vaimse tervise häire olema selline, mis nõuab tahtest olenematut vabaduse võtmist. Samuti sõltub jätkuva kinnipidamise õiguspärasus häire püsimisest.“ (241). Tähelepanu tuleb pöörata asjaolule, et tahtest olenematu ravi aluseks olev meditsiiniline hinnang peab kajastama isiku vaimse tervise seisukorda vabaduse võtmise hetkel ning ei või põhineda vaid minevikusündmustel. Meditsiinilist hinnangut ei loeta piisavaks vabaduse võtmise aluseks juhul, kui hindamisest on möödunud oluline ajavahemik (242). Ka on Euroopa Inimõiguste Kohus oma 30.07.1998 otsuses asjas Aerts vs Belgium asunud seisukohale, et isiku vabaduse võtmise aluseks olnud vaimse tervise häirete raviks vajalike teenuste

mittepakkumine ja terapeutilise keskkonna mittetagamine raviasutuses rikub inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni artiklit 5 (õigus vabadusele) (243).

Vähempiiravama psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamise vajaduse ning erinevate isikuvabaduste piirangute seadmise korra ja ulatuse üle on oma seisukoha andnud ka Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT). Komitee on vaimse tervise teenuste osutamise problemaatikat pikemalt käsitlenud oma 8. (244) ja 16. (245) üldaruandes. Kuna lisaks Euroopa Inimõiguste kohtule on ka CPT üks osa Euroopa Nõukogu inimõiguste kaitse süsteemist, siis laiendab CPT aruannetes toodu Euroopa Nõukogu poolt antud akte, muuhulgas ka eelnevalt käsitletud Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10. Hoolimata asjaolust, et CPT on andnud oma seisukohad peamiselt tahtest olenematute sekkumiste raames, omavad CPT poolt seatud standardid tähtsust ka vaimse tervise teenuste vabatahtlikul tarbimisel (246).

CPT uurib hoolikalt patsientide elamistingimusi ja ravi. Sellise tegevuse eesmärgiks on olmetingimuste tagamine, mis avaldaksid soodsat mõju isikute ravile ja enesetundele ehk positiivne teraapiline keskkond. Lisaks tuleb patsientidele tagada nii psühhiaatriline kui somaatiline ravi ja abi (247). Positiivse teraapilise keskkonna hulka kuulub kõigepealt piisava suurusega ning korraliku valgustuse, kütte ja ventilatsiooniga elamispind igale patsiendile, samuti on olulised hoone korrashoid ja hügieeninõuete järgimine. Äärmiselt soovitatav on lukustatavate öökappide ja riidekappide olemasolu, patsientidele peaks lubama teatud isiklike asjade hoidmist (fotod, raamatud jne). Sanitaarruumid peaksid patsientidele tagama mõningase privaatsuse ning arvesse tuleks võtta vanemaealiste ja/või puuetega patsientide vajadusi (248). Isikutele vaimse tervise teenust osutavas asutuses antav toit peab olema korralik mitte üksnes kvantiteedi ja kvaliteedi seisukohalt, vaid ka selle jagamine peab toimuma rahuldavates tingimustes. Oluline on ka toidu serveerimine õigel temperatuuril ning arvestama peab puuetega inimeste toitlustamise erivajadustega (249).

Psühhiaatriline ravi peaks põhinema individuaalsel lähenemisel. Ravi hõlmab rehabilitatiivseid ja teraapilisi tegevusi, kaasa arvatud kutse-teraapia, rühmateraapia, individuaalne psühhoteraapia, kunst, näitekunst, muusika ja sport. Patsientidel peaks olema regulaarne ligipääs vastava sisustusega puhkeruumidele ja igapäevane võimalus

sooritada vabas õhus kehalisi harjutusi; samuti on soovitatav, et neil võimaldataks õppida ja sobivat tööd teha (250).

Õiguse informatsioonile kontekstis märgib CPT, et iga patsiendi jaoks tuleks avada isiklik ja konfidentsiaalne arstlik toimik. Toimikus peaks sisalduma diagnostiline teave (sh kõikide patsiendi läbitud eriuuringute tulemused) ning patsiendi mentaalset ja somaatilist tervise seisundit ja ravi käsitlevad ülestähendused. Patsiendil peaks olema õigus oma toimikuga tutvuda, kui see ei ole ravi vaatepunktist ebasoovitatav, ja nõuda, et seal sisalduv teave saaks kättesaadavaks tema perekonnale või advokaadile (251). Samuti tuleks igale isikule ja tema perele vaimse tervise teenuse osutaja juurde saabumise järgselt väljastada tutvustav brošüür, milles on näidatud asutuse sisekord ja isiku õigused. Isik, kes ei ole võimeline brošüüri sisu mõistma, peaks saama kohast abi. Lisaks on psühhiaatriaasutuses peamiseks tagatiseks väärkohtlemise vastu tõhus vaidemenetlus. Isikutel peaks olema võimalus esitada ametlikke kaebusi väljaspool asutuse territooriumi paiknevale pädevale organile ja sellega konfidentsiaalselt suhelda (252).

Eraldi ja põhjalikult käsitleb CPT ohjeldusmeetmete rakendamisse puutuvat. Olulise printsiibina peab psühhiaatriaigla personal silmas pidama asjaolu, et ohjeldusmeetmete kasutamisega seotud tingimused ja olud ei halvendaks ohjeldatud patsientide vaimset ja füüsilist tervist (253). Välja tuuakse järgmised ohjeldamise liigid, mida võib kasutada eraldi või kombineeritult: varjuna kaasaskäimine (hooldustöötaja on pidevalt isiku kõrval ning sekkub vajadusel tema tegevusse), manuaalne kontroll, füüsilised ohjeldusmeetmed (rihmad, rahustussärk või võrega ümbritsetud voodid), keemilised ohjeldusmeetmed (isikule rahustite jõuga manustamine eesmärgiga saada tema käitumine kontrolli alla) ning eralduspalat (isiku sundkorras paigutamine üksinda lukustatud ruumi) (254). Igas psühhiaatriaasutuses peab olema välja töötatud ohjeldusmeetmete kasutamist käsitlev kõikehõlmav poliitika, mis määrab kindlaks, milliseid ohjeldusmeetmeid võib kasutada, millistel tingimustel neid võib rakendada, praktilised abinõud nende rakendamisel, nõuetekohane järelevalve ning vajalikud meetmed ohjeldusmeetmete kasutamise lõppedes. Samuti tuleks poliitikas reguleerida selliseid küsimusi, nagu personalikoolitus, kaebuste käsitlemine, sisemise ja välise aruandluse mehhanismid ning patsiendi käsitlemine (255). Lisaks on CPT asunud seisukohale, et patsientidele piirangute seadmine peaks toimuma kindla strateegia alusel. Selles strateegias tuleks selgelt näidata, et esialgsed katsed erutunud või vägivaldsetele isikutele piirangute seadmiseks peaksid nii

suures ulatuses kui võimalik olema mittefüüsilised (nt suuline korraldus) ning füüsiliste piirangute seadmise vajadusel peaks see põhimõtteliselt piirduma käsitsi ohjeldamisega (256). Samuti peaksid psühhiaatriaasutused kaaluma eeskirja vastuvõtmist, mille kohaselt füüsilise ohjeldamismeetodi kasutamise luba möödub kindla ajavahemiku järel, välja arvatud arsti poolt selgesõnaliselt väljendatud pikendamise korral (257). Kui ohjeldamiseks kasutatakse eraldamist, peaks see alluma detailsele strateegiale, mis käsitleb järgmisi aspekte: olukorrad, mis lubavad meetme kasutamist; soovitatavad eesmärgid; eraldamise kestus ja patsiendi regulaarse läbivaatuse vajadus; kohaste inimkontaktide olemasolu; nõue, et personal oleks väga tähelepanelik (258). Füüsiliste piirangute (kinnitusrihmad, fikseeritud rõivaesemed jne) kohaldamine peab alati toimuma kas arsti selgesõnalisel nõudmisel või sellest arsti viivitamatul teavitamisel vastava nõusoleku saamiseks. Meetmete kohaldamine tuleb lõpetada esimesel võimalusel ning keelatud on ohjeldusmeetmete kasutamine karistamise eesmärgil (259). Asutuses vabatahtlikult viibivate patsientide suhtes võib ohjeldusmeetmeid rakendada üksnes nende nõusolekul (260). Asutuse personali kohustuseks on tagada, et ohjeldamisel ajal ei katke isikule määratud ravi ning et ravimeid tarvitavad patsiendid saaksid nõuetekohast ravi sümptomite kõrvaldamiseks. Kas need sümptomid on põhjustatud narkootikumidest, nikotiinist või muudest ainetest ilmajäämisest, ei muuda asja (261). CPT on sätestanud nõuded ka ohjeldamisruumile sedastades, et üldiselt peaks koht, kuhu ohjeldatud isik paigutatakse, olema selleks otstarbeks kohandatud. Ruum peab olema turvaline (ilma katkiste klaaside või plaatideta) ning nõuetekohaselt valgustatud ja köetud, pakkudes isikule rahustavat keskkonda. Lisaks sellele peab ohjeldatu olema nõuetekohaselt riietatud ning väljaspool teiste ravil viibivate isikute vaatevälja, välja arvatud juhul, kui ohjeldatu selgesõnaliselt nõuab vastupidist või kui on teada, et isik eelistab seltskonda. Ohjeldamisel peab üks hooldustöötaja olema pidevalt käepärast, et jätkata isiku ravimist ning pakkuda abi. Videojärelevalve ei saa mingil moel asendada hooldustöötaja pidevat kohalolekut. Juhul, kui isik paigutatakse eralduspalatisse, võib hooldustöötaja jääda väljapoole palatit tingimusel, et isik näeb hooldustöötajat täielikult ning viimane saab isikut jätkuvalt näha ja kuulda (262). Ohjeldamisel ei tohi isiku elulised funktsioonid nagu hingamine ning suhtlemine, söömine ja joomine, olla takistatud (263). Iga füüsiliste piirangute kohaldamise juhtum (käsitsi ohjeldamine, füüsiliste piirangute seadmete kasutamine, eraldamine) tuleks kanda vastavasse registrisse ja isiku haiguslukku. Sissekanne peaks kajastama meetmete kohaldamise algus- ja lõpuaega; juhtumi asjaolusid; meetme kohaldamise põhjust; arsti nime, kes ohjeldamiseks korralduse või loa

andis ja aruannet kõigi vigastuste kohta, mille tekitajaks oli asutuse töötaja või patsient ise (264). Patsiendil on õigus lisada registrisse selgitavaid märkusi ning teda tuleb sellest teavitada (265). Pärast ohjeldusmeetmete kasutamise lõpetamist tuleb tingimata läbi viia patsiendi küsitlemine. Arsti jaoks tähendab see võimaluse avanemist selgitada patsiendile meetme kasutamise otstarvet ning seeläbi vähendada psühholoogilise trauma mõju, samuti soodustab küsitlemine arsti-patsiendi suhte taastamist. Patsiendi jaoks annab selline küsitlus võimaluse selgitada oma erutuse põhjust enne ohjeldusmeetmete rakendamist, mis võib aidata paremini mõista tema käitumist nii patsiendil endal kui ka personalil. Patsient ja personal üheskoos võivad otsida muid võimalikke meetmeid kontrolli saavutamiseks patsiendi üle, vältides seeläbi võimalikke vägivaldahoogusid tulevikus ning sellele järgnevat ohjeldusmeetmete kasutamist (266).

Perekonna ja eraelu puutumatus tagamiseks peaks vaimse tervise teenust saavatel isikutel olema võimalus saata ja saada kirju, pääseda telefoni juurde ja neid peaks tohtima külastada perekonnaliikmed ja sõbrad (267).

CPT on tähelepanu juhtinud ka vajakajäämisele ravi- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi integreerituses. Selles osas on CPT delegatsioonid mitmes riigis kogenud, et patsiendid, kelle vaimne seisund ei nõudnud enam nende kinnipidamist psühhiaatriaasutuses, kuid kes vajaksid ravi ja/või kaitstud keskkonda vabas ühiskonnas, jäid siiski sinna puuduste tõttu hooldussüsteemis/majutuskorralduses. CPT hinnangul on äärmiselt kahetsusväärne olukord, kus isikute vabadusele seatakse jätkuvalt piiranguid vajalike tingimuste puudumise tõttu (268).

Euroopa Komisjon poolt septembris 2005 vastu võetud rohelises raamatus „Edendades rahvastiku vaimset tervist. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia poole“ asutakse samuti seisukohale, et tahtevastane paigutamine riivab tugevalt isikute õigusi. Selline vabaduse võtmine tuleb kõne alla vaid viimase vahendina, kui kõik muud abinõud on ammendunud. Euroopa Komisjoni hinnangul aitab sotsiaalset kaasatust suurendada vaimse tervise teenuse osutamise deinstitutionaliseerimine. Käesoleval ajal on mitmed Euroopa riigid loobunud või loobumas vaimse tervise teenuste osutamisest suurtes psühhiaatriaasutustes ning järjest rohkem teenuseid on kättesaadavad kogukonna tasandil (269).

5.4.2 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumine teistes riikides

Eeltoodust nähtuvalt on rahvusvahelise õiguse aktides erinevate vaimse tervise teenuse osutamise seonduvate õiguste piiramist põhjalikult käsitletud. Eesmärgiga tuvastada selliste õiguste ja kohustuste üle kandmine siseriikliku õigusruumi, vaadeldakse järgnevalt valiku teiste Euroopa riikide regulatsioone vähimpiiravama vaimse tervise teenuse kättesaadavuse tagamisel.

5.4.2.1 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse kohaselt võib isiku võimalikult lühikeseks ajaks kinni pidada tema seisukorra hindamiseks juhul, kui ta kannatab vaimse tervise häire all, mis õigustab tema kinni pidamist haiglas hindamise või sellele järgneva ravi eesmärgil ning kinni pidamise on tinginud tema enda tervise või turvalisuse huvid või vajadus kaitsta teisi isikuid. Kinni pidamine hindamise eesmärgil võib aset leida kahe tervishoiutöötaja taotlusel ning kestusega mitte kauem, kui 28 päeva (270). Isiku võib kinni pidada temale tahtest olenematu ravi osutamise eesmärgil juhul, kui ta kannatab vaimse tervise häire all ulatuses, mille puhul on kohane meditsiiniteenuse osutamine haiglas; isiku tervise ja turvalisuse tagamise ning teiste isikute kaitse eesmärgil on näidustatud sellise abi osutamine ja seda ei saa osutada ilma isikut kinni pidamata; isikule vajalik ravi on kättesaadav. Kinnipidamine ravimise eesmärgil võib aset leida kahe tervishoiutöötaja taotlusel, kinnipidamise kestuse ajalist ülempiiri seadus ei sätesta (271). Vaimse tervise häirega isikult vabaduse võtmisel vältimatu abi korras piisab ühe tervishoiutöötaja taotlusest ning vabaduse võtmine ei või kesta kauem, kui 72 tundi (272). Isiku raviarst võib lubada isiku, kelle vabaduspõhiõigust on piiratud, haiglast puhkusele juhtudel, mis on isiku enda huvides või vajalikud teiste isikute kaitseks. Puhkust võimaldatakse tähtajatult või kindlaks ajavahemikuks (273). Samuti on võimalik tahtest olenematule ravile paigutatud isik üle viia tahtest olenematule ambulatoorsele ravile. Tahtest olenematu ambulatoorse ravi määramine on võimalik juhtudel, kui isik kannatab vaimse tervise häire all, mille puhul on näidustatud meditsiiniline sekkumine; isiku tervise ja turvalisuse tagamiseks või teiste isikute kaitseks on isikule ravi osutamine vajalik; vajalikku ravi saab osutada ilma selleta, et isikut hoitakse tema tahtest olenematult haiglas; tervishoiuteenuse osutajal on võimalik isikut vajadusel haiglasse

tagasi kutsuda ja vajalik meditsiiniline sekkumine on isikule tagatud. Sellist ravivormi saab kohaldada vaid isiku enda nõusolekul. Ambulatoorse tahtest olenematu ravi otsuses märgitakse kohustused, mida isik peab ravi vältel täitma. Muuhulgas tuleb otsuses märkida kohustus käia terviseuuringutel ning vajadusel saada uuringutel ja arsti vastuvõttudel käimise tõendamiseks vastav sertifikaat (274). Ambulatoorse tahtest olenematu ravi kestuseks on 6 kuud otsuse tegemisest alates. Ravi võib pikendada aastaste intervallide kaupa (275).

Õiguse tervise kaitsele täiendavaks tagamiseks võib vaimse tervise teenust saava isiku või tema eestkostja või lähedaste palvel isikut külastada muu tervishoiutöötaja ning vaadata isiku privaatselt läbi (276).

Lisaks eeltoodule reguleerib Ühendkuningriigi vaimse tervise seadus ka sundravisse puutuvat. Kahtlustatavate suhtes võib sundravi kohaldada vaid juhul, kui tervishoiutöötaja poolt esitatud tõendite põhjal on alust arvata, et isik kannatab vaimuhaiguse, psühhopaatse häire, raske vaimupuude või vaimse tervise häire käes ja kohtu hinnangul on võimatu raporti koostamine tema vaimse olukorra kohta juhul, kui ta viibib kautsjoni vastu vabaduses. Kahtlustatavaid ei või vaimse tervise olukorra hindamiseks kinni pidada kauem, kui korraga 28ks päevaks ning kokku mitte kauem, kui 12ks nädalaks (277). Kahtlustatava, kellel esineb vaimse tervise häire ja kelle häire raviks on olemas kohased vahendid, võib eeluurimisvangla asemel paigutada haiglasse (278). Juhul, kui kohus on tuvastanud, et isik kannatab vaimuhaiguse, psühhopaatse häire, raske vaimupuude või vaimse tervise häire käes ning kui isiku suhtes tuleks kohaldada ravi ja ravi on kättesaadav või kui isik on täisealine ja vaimse tervise häire eeldab eestkostja määramist ning kui kohus on seisukohal, et parim viis olukorra lahendamiseks on isiku määramine sundravile või talle eestkostja nimetamine, teeb kohus sellekohase otsuse (279). Kohus võib teha sundravi või eestkostja määramist puudutava otsuse ka esmase õiguskaitse korras ilma isikut ära kuulamata. Siiski tuleb ära kuulata isiku õiguslik esindaja. Esmase õiguskaitse kestus on maksimaalselt 12 nädalat ning seda võib pikendada täiendavalt 28 päeva võrra. Ka esmase õiguskaitse pikendamisel puudub kohtul kohustus isik vahetult ära kuulata (280).

Soodustamaks kõigile võrdseid õigusi perekonnaeluks, kohustab Ühendkuningriigi vaimse tervise seadus asjakohast asutust korraldama haiglasse või hoolekandetasutusse

paigutatud isikule külastusi ja võtma tarvitusele muid abinõusid viisil, nagu oleks teinud isiku vanemad. Selline perekonnaasenduse kohustus kehtib vanemliku hoolitsuseta alaealiste, eestkostetavate ja kohaliku omavalitsuse hoole all olevate isikute puhul (281). Samuti sätestab seadus isikutele, kes saavad statsionaarset psühhiaatrilist abi, õiguse saada riigisekretäri kantseleilt taskuraha isiklike kulude katmiseks juhul, kui nad muul viisil ei suudaks nimetatud kulusid katta (282).

Alaealistele osutatava psühhiaatrilise abi kontekstis märgib seadus, et haiglajuhid peavad tagama haiglakeskkonna vastavuse patsiendi eale ja sellega kaasnevatele vajadustele (283). Teatud juhtudel on lubatud psühhiaatriahaiglas viibivate isikute õiguse sõnumivahetusele piiramine. Eelkõige võib see kõne alla tulla kõrgema turvalisustasemega psühhiaatrilise abi osutajate juures ning juhtudel, kui haiglajuhtide arvates võib saadeti põhjustada isikule liigseid kannatusi või kui saadeti võib endast ohtu kujutada. Eeltoodud kriteeriumite tuvastamiseks on haigla juhtkonnal lubatud saadeti avada (284). Juhul, kui on alust arvata, et vaimse tervise häirega isik on olnud või on endiselt väärkasutatud, hooletusse jäetud või muul viisil kontrolli alt väljas või kui ta ei ole võimeline enda eest hoolitsema ja elab üksi, on võimudel õigus siseneda tema elukohta ja viia ta turvaasutusse. Turvaasutusse paigutamise maksimumkestuseks on 72 tundi, misjärel tuleb isik vabastada või paigutada vabatahtlikult või tahtest olenemata kas ravile või hindamisele (285). Eeltoodu kehtib ka avalikust kohast leitud vaimse tervise häirega isikute suhtes (286).

Seaduse rakendamiseks koostatud juhendmaterjal is pööratakse täiendavat tähelepanu isikute eraelu kaitsele. Juhendmaterjal is toodu kohaselt peaksid haiglad andma endast parima isikute toetamisel, kes soovivad oma perekonna ja sõpradega kontakte säilitada või taastada. Selleks tuleb kättesaadavaks teha vajalikul hulgal telefone, mis võimaldaksid helistada piisavalt privaatselt. Lisaks soovitatakse haigla juhtkonnal koostada eeskirjad mobiiltelefonide kasutamise kohta ravil viibivate isikute või nende külastajate poolt. Eriliselt tuleb tähelepanu pöörata kaameraga mobiiltelefonide kasutamisele vaimse tervise teenuse osutaja juures. Lisaks eeltoodule soovitatakse haiglas luua juurdepääs meilivahetusele. Erinevast soost patsientidele tuleb võimaldada viibimine eraldi ruumides. Lisaks palatitele hõlmab see nõue ka pesuruume, tualette ja puhkeruume. Haigla juhtkond peab välja töötama korra ravil viibivate isikute, nende asjade ja viibimiskoha ning külastajate läbi otsimiseks (287). Alaealistele osutatava ravi korral

peab olema tagatud kohane füüsiline keskkond; sobiva koolituse, oskuste ja teadmistega personal, kes oskab reageerida laste ja noorte spetsiifilistele vajadustele; haigla sisemine korraldus, mis võimaldab alaealiste isikliku, sotsiaalse ja haridusliku arengu võimalikult normaalset jätkumist; alaealiste vaimse tervise olukorrale vastavale haridusele võrdse juurdepääsu tagamine. Alaealiste raviga tegeleva osakonna töötajatel ei või olla sissekandeid karistusregistris (288).

5.4.2.2 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Soomes

Soome vaimse tervise seadus lähtub printsiibist, et vaimse tervise teenused tuleb korraldada eelkõige avateenustena ning viisil, mis soodustab vabatahtlikku ravile pöördumist ja iseseisvat hakkamasaamist (289). Seaduse II peatükk reguleerib isikute paigutamist tahtest olenematule ravile. Isik määratakse tahtest olenematule ravile psühhiaatriahaiglasse juhul, kui tal on tuvastatud vaimuhaigus; ta vajab seoses haigusega ravi, mille saamatajäämisel isiku haigus süveneks, tema tervis või turvalisus ning teiste isikute tervis või turvalisus satuks ohtu ja kui muud vaimse tervise teenused ei ole sobilikud või piisavad (290). Tahtest olenematu ravi kestuseks on kuni kolm kuud, ravi võib pikendada maksimaalselt kuue kuuni (291).

Silmas tuleb pidada, et alaealiste määramine tahtest olenematule ravile toimub lihtsustatud korras. Alaealistel patsientidel ei ole oma ravi üle otsustamisel nii ulatuslikke õigusi, kui täiskasvanutel. Alaealise patsiendi arvamus ravitoimingutest tuleb välja selgitada vaid siis, kui see on võimalik tema east ja arengutasemest tulenevalt. Kui täiskasvanud isiku puhul on tahtest olenematu ravi eelduseks vaimuhaiguse olemasolu, siis alaealise puhul piisab eeldusena vaimse tervise häire tuvastamisest. Seega on alaealiste suhtes tahtest olenematu ravi kohaldamine võimalik ka neil juhtudel, kui see ei oleks võimalik täiskasvanute puhul, kuna eeldustingimuseks oleva olukorra määratlus on tunduvalt laiem (292). Alaealiste ravi tuleb läbi viia osakonnas, kus on tingimused ja valmidus alaealistega tegelemiseks. Alaealised tuleb reeglina paigutada täiskasvanutest eraldi välja arvatud juhul, kui kokkupaigutamine on alaealise huvides (293).

Soome vaimse tervise seadus reguleerib ka isiku nõusolekuta läbi vaatamise puutuvat. Isiku paigutamine haiglasse läbivaatuseks võib aset leida juhul, kui soovitakse selgitada tahtest olenematu ravi eelduste esinemist. Hindamine peab aset leidma

maksimaalselt nelja päeva jooksul isiku haiglasse paigutamisest. Juhul, kui läbivaatuse käigus ilmneb, et puuduvad alused isiku suhtes ravi kohaldamiseks, tuleb isiku kinnipidamine läbivaatuse eesmärgil viivitamatult lõpetada ning isik võib soovi korral haiglast lahkuda (294).

Lisaks reguleerib seadus sundravi osutamist. Esiteks lubab seadus kohtu korraldusel paigutada süüdistatava tema tahtest olenematult haiglasse psühhiaatriaekspertiisi läbi viimiseks (295). Juhul, kui ekspertiisi tulemusel selgub, et esinevad tahtest olenematu ravi kohaldamise alused, siis paigutatakse isik tema tahtest olenematult ravile. Ravi maksimumkestuseks on kuus kuud ning ravi pikendamine võib toimuda samuti kuuekuuliste intervallide kaupa (296). Tahtest olenematule ravile võib paigutada ka isiku, kellele on kohtu korraldusel tehtud psühhiaatriaekspertiis, kuid keda kohtu poolt süüdi ei mõistatud (297). Kui ekspertiisi tulemusel nähtub, et puuduvad alused isiku kinni pidamiseks ning tegemist ei ole süüdimõistetu või muul alusel kinnipeetuga, korraldab haigla isiku soovil tema naasmise rahvastikujärgsesse elukohta (298). Sundravile määratud isikute puhul on võimalik enne sundravi tähtaja lõppu kohaldada statsionaarse ravi asemel ambulatoorset tahtest olenematut ravi. Ambulatoorne ravi võib seisneda tervisliku seisukorra jälgimises, ravimite võtmise või muude tervishoiualaste ettekirjutuste täitmisel ning järgimise kontroll on pandud kohaliku haigla psühhiaatriaosakonnale (299).

Vaimse tervise teenust tarbiva isiku enesemääramisõigust ja muid põhiõigusi võib piirata vaid niivõrd, kui haiguse ravi, isiku või teiste isikute turvalisus või muu hüve kaitse seda tingib. Kõik toimingud tuleb läbi viia võimalikult turvaliselt ja isiku eneseväärikust austades. Enesemääramisõiguse piiranguid hinnates tuleb erilist tähelepanu pöörata isiku haiglas viibimise põhjustele (300). Psühhiaatrilise abi osutaja juures viibides on isikul õigus saada nii psüühilise kui ka füüsilise haiguse ravi (301). Seadus lubab rakendada ravil viibiva isiku suhtes keeldu lahkuda haigla või osakonna territooriumilt. Liikumisevabaduse piirangu kohaldamisel tuleb arvesse võtta isiku haiglas viibimise põhjust, tema lahkumise tagajärjel talle endale või teiste isikute tervisele ja turvalisusele tekkivat ohtu, kasutusel olevaid teisi vahendeid ning olukorrale üldhinnangu andmise mõjutavaid muid asjaolusid (302). Samuti on Soomes asunud seisukohale, et juhul, kui isiku seisund eeldab vabaduste piiramist, siis peab see aset leidma vaid selle

isiku suhtes ja ei või tähendada näiteks kõigi osakonnas viibivate isikute liikumisvabaduse piiramist uste lukustamise teel (303).

Legaliseeritud on omandiõiguse piirangud. Juhul, kui isiku valduses on sõltuvusaineid või nende kasutamiseks mõeldud vahendeid, isiku või teiste patsientide turvalisust ohustavaid aineid või esemeid, raha või muid maksevahendeid pillajate puhul või muid asutuse tegevust või ravi ohustavaid aineid või esemeid, võib asutus selliste asjade valduse isikult üle võtta (304). Kui on põhjendatud alus arvata, et isiku valduses on või talle adresseeritud postisaadetises sisaldub eelloetletud aineid või esemeid, võib isiku omandi läbi otsida või talle adresseeritud saadetise läbi vaadata. Viimasel juhul ei ole lubatud sõnumisaladuse rikkumine (305). Kui on alus arvata, et isiku riietes või mujal on eelloetletud aineid või esemeid, on õigus isik läbi otsida. Kui on alus arvata, et isik on sõltuvusainete mõju all või kui on kahtlus selliste ainete või esemete paiknemises tema kehas, võib isiku läbi vaadata kasutades meetoditena isiku keha läbivaatust, puhumistesti, vere-, väljaheite- või süljeproovi võtmist. Läbivaatuse teostamise õigus on vaid tervishoiutöötajatel. Proovi võtmise või läbivaatuse käigus ei või põhjustada isikule tarbetuid kannatusi (306).

Ravil viibival isikul on õigus haiglast väljaulatuvale suhtlusele. Selleks võib kasutada telefoni, kirjavahetust ja muude sõnumite saatmist ning külastajate vastu võtmist. Siiski võib isiku kontakte välismaailmaga piirata juhul, kui see on ohuks ravile, paranemisele või turvalisusele või kui piirangute kohaldamine on vajalik muu isiku eraelu kaitseks. Piirangute rakendamisel on õigus isiku poolt saadetud või talle adresseeritud sõnumid kinni pidada ja läbi lugeda. Isiku valduses olevad kontakteerumist võimaldavad vahendid või seadmed võib isikult piirangute kohaldamise ajaks ära võtta või nende kasutamist piirata. Siiski ei või piirata isiku suhtlust kontrollorganite, kohtu, isiku esindaja ja muude õiguskaitseasutustega. Suhtluspiirangute seadmine on ajutise iseloomuga ning piirangu maksimumkestuseks on 30 kalendripäeva (307).

Soome ombudsman on asunud seisukohale, et psühhiaatrilise abi osutajate juures ei tohi siiski rakendada absoluutset piirangut mobiiltelefonide kasutamisele. Ombudsman pööras asja menetledes erilist tähelepanu kaameraga mobiilide lubatavusele psühhiaatriaosakondades. Ombudsmani arvates ei ole mobiiltelefoniga pildistamine isiku põhiõiguseks. Küll on seda aga eraelu kaitse tagamine. Pildistamisvõimaluste piiramisel

võib kasutada paralleelina kriminaalõiguses tuntud ebaseadusliku jälitustegevuse instituuti. Seega võib kaameraga mobiilide kasutamist piirata vaid niivõrd, kui see on otseselt vajalik teiste isikute põhiõiguste kaitseks (308).

Isikut võib tema tahte vastaselt eraldada muudest patsientidest või muude vähempiiravamate abinõude puudumisel fikseerida juhul, kui isiku käitumise või ähvarduste alusel võib hinnata ohtu isiku enesevigastuseks või teiste vigastamiseks; kui isik oma käitumisega raskendab oluliselt teiste patsientide ravi, seab oluliselt ohtu oma turvalisuse või tõenäoliselt kahjustab oluliselt omandit; kui isiku suhtes ohjeldusmeetmete kasutamine on vältimatu muu eriti kaaluka raviga seonduva asjaolu tõttu. Eraldatud isikule tuleb anda sobilik riietus. Üldiselt otsustab ohjeldusmeetmete kohaldamise üle arst, kuid viivitamatut sekkumist vajavate olukordade puhul võib ohjeldusmeetmete kohaldamise läbi viia muu tervishoiuteenuse osutaja juures töötav isik. Viimasel juhul tuleb ohjeldusmeetmete kohaldamisest viivitamatult teatada arstile (309). Isiku suhtes ohjeldusmeetmete kohaldamine tuleb lõpetada kohe, kui see ei ole enam vältimatu. Isiku raviarst peab hindama ohjeldatud isiku olukorda nii tihti, kui isiku tervislik olukord seda eeldab. Juhul, kui isiku suhtes kohaldatakse eraldamist või fikseerimist, tuleb talle määrata vastutav hooldaja, kes peab hoolt kandma selle eest, et isikule oleks ohjeldamise vältel tagatud piisav ravi ja hooldus ning võimalus hooldustöötajatega suhelda. Fikseeritud või alaealise isiku olukorda tuleb pidevalt jälgida nii, et hooldustöötajad on isikuga kuulmis- ja nägemiskontaktis. Tervishoiuteenuse osutaja peab iga kahe nädala tagant esitama maavalitsusele aruande isikute eraldamise ja fikseerimiste kohta (310). Soomes on leitud, et ohjeldusmeetmete kohaldamist reguleerivate normide karmistamine ei vähenda tegelikkuses põhiõiguste piiramist. Rangemate regulatsioonide soovimatu kaasmõju on see, et kui ohjeldamiste läbi viimine muutub keerukamaks, ei lõpetata isikute ohjeldamist esimesel võimalusel, kuna taasohjeldamine eeldab keerukate ja ajamahukate registreerimisprotseduuride läbi viimist. Seega võib ohjeldamiste rangem reguleerimine kaasa tuua vaid rakenduspraktika muutuse kuid ei pruugi põhjustada ohjeldusmeetmete rakendamise vähenemist (311).

Psühhiaatrilist abi osutav tervishoiuteenuse osutaja peab kehtestama kirjaliku ja piisavalt detailse regulatsiooni ülalkirjeldatud enesemääramisõiguste piiramise korra kohta (312).

Aasta 2009 alguses Soomes valminud vaimse tervise ja sõltuvushäirete tegevuskava aastani 2015 kohaselt soovitakse Soomes aastaks 2012 koondada kõik vaimse tervise häire tõttu kohaldatavad tahtest olenemata sekkumised ühte õigusakti. Edaspidi ei peaks omama tähtsust, kas tegemist on isiku vabaduspõhiõiguse piiramisega tsiviil- või karistusõiguslikus korras (313).

Märkida tasuks, et aastal 2006 tehtud statistika kohaselt oli 35% psühhiaatrilist statsionaarset abi saanud isikute puhul kohaldatud tahtest olematuid sekkumisi – 7,2% patsientidest olid eraldatud, 4,3% fikseeritud, 2,6% said tahtevastastelt medikamente ning 1,7% suhtes kohaldati füüsilist ohjeldamist. Ka järgnevatel aastatel ei ole tahtest olenematute sekkumiste arv vähenenud (314).

5.4.2.3 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Rootsis

Psühhiaatrilise abi, nagu ka muude tervishoiuteenuste, üldregulatsioon sisaldub tervise ja tervishoiuteenuste seaduses. Antud alapeatüki kontekstis omab olulisust seaduse säte, mille kohaselt tuleb isikule juhul, kui on olemas mitu teaduslikult põhjendatud ja eelnevalt rakendatud ravimeetodit, anda võimalus valida endale sobivaim meede (315).

Psühhiaatriaasutuses osutatavate piirangute küsimusi reguleerivad Rootsis tahtest olenematu ravi seadus ja sundravi seadus. Tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt võib sellist ravi kohaldada vaid isikute suhtes, kellel on tõsine vaimse tervise häire ning kes oma vaimse tervise olukorrast või käitumisest tulenevalt vajavad psühhiaatrilist abi, mida ei saa pakkuda muul viisil, kui paigutades isiku psühhiaatriahaiglasse ööpäevaringsele ravile (suletud psühhiaatriline tahtest olenematu ravi) või paigutades isiku jälgimisele, mis võimaldab edaspidi vajadusel kohast ravi osutada (avatud psühhiaatriline tahtest olenematu ravi). Tahtest olenematu ravi kohaldamise eelduseks on see, et isik keeldub ravist või tulenevalt tema psüühilisest olukorrast ei ole ta võimeline ravi suhtes otsust tegema. Tahtest olenematut ravi ei kohaldata vaimsest alaarengust tingitud vaimse tervise häirete korral. Avatud või suletud tahtest olenematu ravi liigi vahel valimisel lähtutakse isiku ohtlikkusest (316). Isiku suhtes, kes viibib raviasutuses vaba tahte alusel, võib samuti vajadusel kohaldada tahtest olenematut ravi. Selle eelduseks on asjaolu, et ülalnimetatud tahtest olenematu ravi määramise kriteeriumid on täidetud ning lisaks on isiku vaimse tervise häirest tulenevalt oht enda või teiste tõsiseks vigastamiseks (317).

Isikut hoitakse suletud tahtest olenematu ravi lõpuni raviasutuses ning tema suhtes võib seada liikumispiiranguid, mille eesmärgiks on isiku raviasutusest lahkumise takistamine, asutuse korra või ravijärgimuse tagamine (318).

Juhul, kui esineb vahetu oht isiku enda või teiste isikute tõsiseks vigastuseks, võib patsiendi lühiajaliselt kinni siduda. Fikseerimise ajal peab personal ohjeldatu läheduses viibima. Kui isiku agressiivne või häiriv käitumine seab ohu teiste isikute ravi, võib isiku teistest eraldada. Eraldamise kestuseks võib olla kuni kaheksa tundi (319).

Peaarst võib piirata ravil viibiva isiku õigust kasutada elektroonilisi kommunikatsioonivahendeid juhul, kui see on vajalik isiku ravi või rehabilitatsiooni seisukohalt või eesmärgiga ära hoida muud kahju (320). Ravil viibides on isikul keelatud oma valduses pidada narkootilisi aineid, alkoholseid jooke ja muid meelemürke ning aineid, mida peetakse seaduste alusel ohtlikeks; aineid, mida peetakse dopingaineteks; süstlaid või kanüüle, mida võib kasutada isikute kehasse tungimiseks; muid esemeid, mille kasutamine on seotud narkootiliste ainetega, millega võib tekitada vigastusi või mis ohustaksid ravi või raviasutuse korda. Eeltoodud esemete või ainete avastamisel eemaldatakse need isiku valdusest (321). Keelatud esemete valdamise kahtlusel on peaarstil õigus teha ettekirjutus isiku ja tema asjade läbiotsimiseks (322). Samuti on peaarsti otsuse alusel õigus pidada kinni isiku poolt saadetud või talle adresseeritud kirjavahetust juhul, kui see on vajalik isiku ravi või rehabilitatsiooni õnnestumiseks või muu kahju ära hoidmiseks (323).

Avatud tahtest olenematut ravi korraldatakse väljaspool psühhiaatria haiglat. Avatud tahtest olenematu ravi puhul pannakse isikule teatud kohustus, nagu näiteks kohustus võtta ravimit, alluda ravile või muule toimingule; kohustus võtta ühendust kindlaksmääratud isikuga; kohustus külastada kindlaksmääratud asutust ravi või muude toimingute läbi viimiseks; kohustus külastada ravikeskust või muud sotsiaalteenistust; elukohta, majutuse, hariduse või töökohaga seotud kohustused; keeld kasutada sõltuvusaineid; keeld külastada kindlaksmääratud kohti või kontakteeruda kindlaksmääratud isikutega; muu, mis on vajalik või tuleneb raviplaanist (324). Avatud tahtest olenematu ravi võib lõpetada ja isiku paigutada suletud tahtest olenematule ravile

juhul, kui ta ei täida endale pandud kohustusi või kui see ravivorm ei ole enam sobilik seoses riskidega isiku enda või teiste tervisele või turvalisusele (325).

Sisuliselt reguleerib sundravi seadus psühhiaatrilise abi osutamise seisukohalt analoogseid küsimusi. Sundravi seaduses toodud kohaldatakse isikute suhtes, kes on kohtuotsuse alusel määratud sundravile või kohtupsühhiaatrilisele ekspertiisile ning keda hoitakse karistusasutuses või alaealiste karistusasutuses (326). Isiku sundravile määramise alused on kattuvad tahtest olenematule ravile määramise tingimustega. Ka sundravi puhul jaguneb ravi avatud ja suletud sundraviks. Avatud sundravi võib kohaldada juhul, kui isik kannatab raske vaimse tervise häire käes ja vajab oma vaimse tervise olukorrast või käitumisest tulenevalt vältimatult psühhiaatrilist abi (327). Avatud sundravi võib muuta suletud sundraviks juhul, kui on risk kuritegeliku käitumise taasasetlemiseks või kui tema vaimsest olukorrast või käitumisest tulenevalt ei saa edasist ravi jätkata väljaspool raviastutust (328). Muude piirangute kohaldamine toimub tahtest olenematu ravi seadusega ette nähtud korras.

5.4.2.4 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Saksamaal

Saksamaa regulatsiooni analüüsimiseks vaadeldakse taas kolme liidumaa – Berliini, Hamburgi ja Nordrhein-Westfaleni asjakohaseid õigusakte.

Berliini psüühiliselt haigete seadus reguleerib nii vabatahtliku, kui ka tahtest olenematu ja sundravi (täis- ja alaealised) läbi viimisse puutuvat. Kõigi seaduse alusel võetavate abinõude puhul tuleb silmas pidada vaimse puudega isikut ja tema isiksusõigusi (329). Abi osutamine peab toimuma viisil, mis võtab arvesse ravi saava isiku soove ning sekkub võimalikult vähe isiku elukorraldusse (330). Psühhiaatrilist abi osutatakse personaalse ja institutsionaalse abina ambulatoorses, statsionaarses, täiendavas ja rehabiliteerivas vormis. Statsionaarset abi võib rakendada vaid juhul, kui ravi eesmärki ei ole võimalik muude vahenditega saavutada (331).

Psüühiliselt haigeid isikuid võib nende tahtest olenematult kinni pidada juhul kui ja nii kaua, kuni nad oma haigusest tuleneva käitumisega seavad ohtu oma elu või tõsiselt ohustavad oma tervist või teiste isikute olulisi õigushüvesid ning kui sellist ohtu ei saa tõrjuda muude vahenditega. Puuduv valmidus enda ravida laskmiseks ei anna iseenesest

alust vabaduse võtmiseks (332). Tahtest olenematu ravi võib aset leida nii suletud kui avatud vormis. Suletud tahtest olenematut ravi viiakse läbi selleks kohandatud psühhiaatrilise abi osutaja juures. Avatud tahtest olenematu ravi seisneb teatud kohustuste järgimises ambulatoorselt (333). Tahtest olenematu ravi raskuspunkt lasub ravi komponendil ja muudes aspektides peaks isiku elukorraldus võimalikult muutumatuks jääma (334). Tahtest olenematule ravile allutatud isiku suhtes võib kohaldada vaid seaduses ette nähtud piiranguid. Piirangute kohaldamine on õigustatud juhul, kui see on vajalik ravi eesmärkide saavutamiseks või asutuse turvalisuse tagamiseks (335). Juhul, kui on reaalne oht ravil viibiva isiku enesetapuks või tõsiseks enesevigastamiseks või vägivallaks või kui isik võib ilma loata asutusest lahkuda ning kui ohu tõrjumiseks ei ole muid abinõusid, võib tarvitusele võtta erilised turvameetmed. Erilisteks turvameetmeteks on vabaduses viibimise piiramine, asjade ära võtmine, eraldamine selleks kohaldatud ruumi või fikseerimine (336).

Tahtest olenematule ravile paigutatud isikul on õigus kanda isiklikku riietust. Samuti on isikul õigus hoida isiklike asju oma toas. Seda õigust võib piirata ravi läbi viimise või turvalisuse tagamise eesmärkidel (337). Tahtest olenematule ravile paigutatud isikule tuleb tagada usuvabadus ja võimalus osaleda usuüritustel (338). Isiku õigust vastu võtta külastajaid võib piirata vaid tema tervisest sõltuvatest või asutuse turvalisust oluliselt ohustavatest põhjustest lähtuvalt. Turvakaalutlustel on asutuse töötajatel õigus külalised läbi otsida või külastus katkestada (339). Tagatud on õigus kirjavahetusele ja muule sõnumivahetusele. Kirjavahetust võib kontrollida või sõnumivahetust piirata vaid juhul, kui on alust kahtlustada keelatud esemete või ainete toimetamise kavatsust asutusse. Saadetud kirju, sõnumeid ja pakke võib kinni pidada isiku tervise või asutuse turvalisuse ja heakorra huvides (340).

Avatud tahtest olenematut ravi võib kohaldada juhul, kui see võimaldab ravi saada, kui sellega seotud kohustused on piisavad ja kui puudub kahtlus isiku poolt avatud tahtest olenematu ravi kuritarvitamiseks. Avatud tahtest olenematu ravi rakendamine ilma isiku nõusolekuta ei ole võimalik (341).

Tahtest olenematule ravile allutatud isikut võib lasta ravipuhkusele kuni kaheks nädalaks juhul, kui isiku tervislik olukord ja suhted seda võimaldavad ning kui ei ole alust kahtlustada õiguse ravipuhkusele kuritarvitamist isiku poolt (342).

Psühhiaatrilist abi osutav asutus peab kehtestama oma sisekorraeeskirjad, kus täpsustatakse asutuses lubatavate esemete loetelu, ruumide korraldus, ostude tegemise võimalused, suitsetamise ja alkoholi tarbimise keeld, külastusajad, telefoni kasutamise võimalused, vaba aja korraldus ning õigus korrapäraselt viibida vabas õhus (343).

Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus rakendub vaid vaba tahte alusel ja tahtest olenematult ravi saavatele isikutele, aga mitte sundravi patsientidele (344). Abi viis, ulatus ja kestus peab lähtuma indiviidi vajadustest välja arvatud juhul, kui seadusega pole ette nähtud teisiti (345).

Kui isik tulenevalt oma psüühilisest haigusest ennast või teisi oluliselt ohustab, võib ta määrata läbivaatusele. Läbivaatus võib aset leida ka isiku elukohas. Vajaduse tuvastamisel tuleb soovitada isikul end ravida (346).

Tahtest olenematu ravi tingimused on Hamburgis samad, kui eelosundatud Berliini seaduses. Erandiks on võimalus otsustada viivitamatu tahtest olenematu ravi kohaldamise üle. Sellise ravi kohaldamine võib osutada vajalikuks juhul, kui isiku läbivaatuse tulemusel selgub, et esinevad tahtest olenematu ravi kohaldamise alused, mis tingivad viivitamatu sekkumise (347). Asutuses tuleb osutada isikule kohast ja vajalikku psühhiaatrilist ravi ja muid tervishoiuteenuseid (348). Ka ohjeldusmeetmete rakendamisse, omandiõigusse, isiklike riiete kasutamisse, kirja ja muude sõnumite vahetusse, telefoni kasutamise õigusesse ja ravipuhkusesse puutuv on sisuliselt sarnane Berliini regulatsiooniga (349).

Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus on sarnane Hamburgi seadusega. Ka vaadeldav õigusakt ei reguleeri sundravisse puutuvat (350). Seaduse kohaselt peavad osutatav abi ja tarvitusele võetavad meetmed olema kooskõlas isiku vajaduste ja soovidega (351). Nordrhein-Westfaleni seadus reguleerib analoogselt Hamburgi seadusega isiku läbivaatusse puutuvat, toob välja tahtest olenematu ravi kohaldamise alused, vältimatu tahtest olenematu ravi osutamise alused ja korra, õiguse ravile ja muudele tervishoiuteenustele, õiguse omandile, ohjeldusmeetmete rakendamise korra, kirja- ja sõnumivahetusse ning telefoni kasutamisse puutuvat, õiguse vastu võtta külastajaid ja õiguse ravipuhkusele.

5.4.3 Vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise regulatsioon Eestis

Igale Eestis viibivale isikule on tagatud vabaduspõhiõiguse realiseerimine. Põhiseaduse § 20 (352) annab nimekirja juhtudest, millal võib isiku vabadust piirata. Muuhulgas loob põhiseadus osundatud sättes aluse ka vaimuhaige, alkohooliku või narkomaani kinnipidamiseks, kui ta on endale või teistele ohtlik.

Eestis sisalduvad antud temaatika kontekstis huvipakkuvad sätted eelkõige psühhiaatrilise abi seaduses. Lisaks on valdkonna reguleerimiseks vastu võetud eraldi kord tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kohta (353) ning psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriahaigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel (354). Asjassepuutuvaid sätteid võib leida ka karistusseadustikust (355), kriminaalmenetluse seadustikust (356) ja tsiviilkohtumenetluse seadustikust (357)

Seaduses ei sisaldu üldist kohustust tagada igale isikule võimalikult vähempiiravam psühhiaatriline abi ning samuti kohustust selle eesmärgi täitmiseks vajalike teenuste kättesaadavuse tagamiseks. Küll sätestab seadus põhimõtte, mille kohaselt välditakse psühhiaatrilise abi andmisel võimaluse korral isiku eemaldamist harjumuspärasest elukeskkonnast. Samuti rakendatakse psühhiaatrilist haiglaravi juhul, kui isiku tervise seisundist lähtuvalt ei ole haiglaväline abi piisavalt tõhus või kui isik on temal esineva psüühikahäire tõttu muutunud endale või teistele ohtlikuks (358).

Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt võib psühhiaatrilist abi osutada ka isiku tahtest olenemata. Isik võetakse tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda või jätkatakse ravi tema tahtest olenemata, ainult järgmiste asjaolude koosesinemise korral: isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida; haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut; muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane. Tahtest olenematule ravile määratud isik ei või katkestada uuringuid ja ravi ega lahkuda haigla psühhiaatriaosakonnast. Tahtest olenematu ravi puhul kohaldatakse vähimpiiravaid meetodeid, mis tagavad ravile toodud isiku ja teiste isikute turvalisuse ning meditsiiniline

personal austab patsiendi õigusi ja seaduslikke huve (359). Lisaks eeltoodule võimaldab tsiviilkohtumenetluse seadustik teha otsuse ka vaid isiku paigutamise kohta (360).

Isiku vabaduspõhiõiguse riivesse sekkumiseks on õigused antud ka politseile, kuna seaduse kohaselt abistab politsei arsti kirjaliku taotluse alusel tervishoiuteenuse osutajat isiku kinnipidamisel, arstlikul läbivaatusel ja haigla psühhiaatriaosakonda toimetamisel (361).

Isiku õigus vastu võtta külastajaid on tagatud osaliselt – seaduse kohaselt on isiku, kelle suhtes kohaldatakse tahtest olenematu ravi kohtu määruseta, lähedasel inimesel ja seaduslikul esindajal või nende poolt valitud arstil, advokaadil või muul esindajal õigus kohtuda tahtest olenematule ravile paigutatud isikuga. Kohtumise kestuse otsustab raviarst, lähtudes ravile paigutatud isiku tervise seisundist (362). Siiski ei ole seaduses tagatud samasugust õigust antud kohtu määruse alusel tahtest olenematul ravil viibivale isikule ega ka vabatahtlikult ravil viibivale isikule.

Lubatud on ohjeldusmeetmete rakendamine. Ohjeldusmeetmeid rakendatakse psüühikahäirega isiku suhtes juhul, kui esinevad tahtest olenematule ravile suunamise tingimused ja kui on otsene oht enesevigastuseks või vägivallaks teiste isikute suhtes ja muud vahendid ohu kõrvaldamiseks ei ole osutunud küllaldaseks. Ohjeldusmeetmetena kasutatakse eraldamist ja fikseerimist. Ohjeldusmeetmeid rakendatakse arsti otsusel, mis vormistatakse koos põhjendusega ravidokumentides, ja nende rakendamine lõpetatakse koheselt ohu möödumisel (363).

Paari sättega käsitletakse seaduses ka kohtupsühhiaatriaekspertiisi ja sundravi korraldamist. Peamise sundravi puudutava sätte võib leida aga karistusseadustikust. Seadustiku kohaselt määrab kohus juhul, kui isik on pannud õigusvastase teo toime süüdimatus seisundis või kui ta on pärast kohtuotsuse tegemist, kuid enne karistuse ärakandmist jäänud vaimuhaigeks, nõdrameelseks või kui tal on tekkinud muu raske psüühikahäire, samuti kui tal on eeluurimise või kohtus asja arutamise ajal tuvastatud nimetatud seisundid, mis ei võimalda kindlaks teha tema vaimset seisundit õigusvastase teo toimepanemise ajal ning ta on oma teo ja vaimse seisundi tõttu ohtlik endale ja ühiskonnale ning vajab ravi, talle psühhiaatrilise sundravi (364). Sundravi kohaldamise täpsem kord on täpsustatud ülalviidatud sotsiaalministri määruises. Määruse kohaselt

paigutatakse isik kohtu poolt määratud statsionaarse psühhiaatrilise sundravi kohaldamiseks järelevalve alla tingimustes, mis välistavad ohtlike tegude toimepanemise (365). Sundravi osutamisel on võimalik isik paigutada tugevdatud või tavalise järelevalvega ravirežiimile (366). Psühhiaatrilise sundravi osakonda paigutatud sundravialuse suhtes kohaldatakse psühhiaatrilise abi seadust, välja arvatud vältimatu abi osutamist reguleerivaid sätteid (367).

Kohtupsühhiaatriaekspertiisi käsitletakse kriminaalmenetluse seadustikus. Õigusaktis toodu kohaselt määrab menetleja komisjoniekspertiisi ja paigutab kahtlustatava või süüdistatava raviastutusse sundkorras, kui kohtupsühhiaatria- või kohtuarstliku ekspertiisi tegemiseks on vaja pikaajalisi eksperdiuuringuid. Selline paigutamine võib aset leida kestusega kuni üks kuu, tähtaega on võimalik pikendada kuni kolme kuu võrra (368).

5.4.4 Kontseptuaalsed ettepanekud vähimpiiravama vaimse tervise teenuse pakkumise reguleerimiseks Eestis

Seega on näha, et Eestis on õigus saada võimalikult vähimpiiravamaid vaimse tervise teenuseid väga puudulikult reguleeritud. Isikute õiguste piiramise ulatus ja selle alused vaimse tervise teenuse saamisel on aga õigusaktide tasandil täiesti reguleerimata. Praktilistel kaalutlustel piiravad teenuseosutajad isikute õigusi asutuste sisekorraeskirjade ja muude sarnaste dokumentide alusel. Hoolimata asjaolust, et piirangute kehtestamise vajadus on vaimse tervise teenuste osutamisel tihti möödapääsmatu ja piirangute kohaldamine on levinud ka teistes vaadeldud riikides, et sa mingil juhul pidada õiguspäraseks olukorda, kus piirangud ei tulene otseselt seadusest. Oluline on tagada sarnane isikute õiguste kaitse nii tahtest olenematu kui ka sundravi osutamisel ning samuti isikute sunniviisilisel paigutamisel muudel alustel, näiteks kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi või läbivaatuse teostamiseks.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest pakkuda kõigile isikutele vähimpiiravat vaimse tervise teenust, tuleb käesolevas punktis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduses kohustus tagada vaimse tervise häirega isikutele võimalikult vähempiiravate teenuste kättesaadavus. Eelistada tuleb kogukonnapõhiseid vaimse tervise teenuseid ning tuleb tagada võimalikult

laialdane alternatiivide pakkumine statsionaarsele ravile ja eriti tahtest olenematutele toimingutele;

2. käsitleda vaimse tervise seaduses edaspidi kõiki isikutele osutatavaid isikule vaimse tervise teenuseid, muuhulgas ka tahtest olenematut ravi, sundravi, kohtupsühhiaatriaekspertiisi ja alaealistele osutatavaid teenuseid;
3. reguleerida vaimse tervise seaduses politsei või muude jõuametkondade, muuhulgas ka turvateenistuste, kasutamine vaimse tervise teenuste osutamisel. Sätestada selliste ametnike tegevuse piirid ning kohustus läbida koolitus vaimse tervise häirega isikutega seonduvate olukordade hindamiseks ja lahendamiseks;
4. anda vaimse tervise seadusega võimalus isikult tema tahtest olenemata vabaduse võtmiseks kolmel eesmärgil – tahtest olenematuks läbivaatuseks, tahtest olenematuks paigutamiseks ja tahtest olenematuks raviks. Sätestada eeltoodud piirangute alused ja kehtestamise kord. Samuti reguleerida tahtest olenematult vaimse tervise teenuse osutaja juures kinni peetavate isikute õigused ning teenuseosutaja kohustused selliste õiguste realiseerimise võimaluste loomiseks;
5. reguleerida vaimse tervise seaduses tahtest olenematu ravi alustamine hädaolukorras või vältimatu abina, anda sellise ravi kohaldamise alused ja menetluskord;
6. luua vaimse tervise seaduses ambulatoorse tahtest olenematu ravi ja sundravi instituut ja reguleerida nende kohaldamise alused ja kord;
7. kaaluda vaimse tervise seadusse ravipuhkuse instituudi sisse viimist ning reguleerida selle kohaldamise alused ja kord;
8. luua vaimse tervise seaduses eriregulatsioon lastele ja noorukitele osutatavate vaimse tervise teenuste osas. Reguleerida hariduse andmise puutuv. Näidata ära alaealiste õiguste piiramise alused ja kord;
9. sätestada vaimse tervise seaduses kohustus paigutada isikud statsionaarse teenuse osutamisel eraldi lähtuvalt nende soost, vanusest, vaimse tervise häire raskusastmest jne;
10. loetleda seaduse tasemel kõigi põhiõiguste piiramise alused ja kord vaimse tervise teenuse osutaja poolt (näiteks omandiõigus, õigus vabale eneseteostusele, õigus perekonna- ja eraelu puutumatussele, vabaduspõhiõigus, õigus kirja- ja sõnumivahetusele, õigus informatsioonile, õigus haridusele, valimisõigus jne);

11. kaaluda vaimse tervise seaduses läbiotsimise legaliseerimist teenuseosutajate poolt juhul, kui on põhjendatud kahtlus isiku poolt asutuses keelatud esemete valdamises. Määratleda läbiotsimise piirid ja kord;
12. sätestada vaimse tervise seaduses põhiõiguste efektiivse kaitse tagamise eesmärgil vaimse tervise teenuse osutajatele kohustus väljastada teenust tarbivale isikule või tema esindajale tutvustav teabematerjal, milles on näidatud asutuse sisekord, isiku õigused ning kaebeõiguse teostamise võimalused ja kord;
13. reguleerida vaimse tervise seaduses täpselt ohjeldusmeetmete kasutamisse puutuv. Seaduses peavad olema toodud ohjeldusmeetmete kohaldamise alused, eeldused, peamine menetluskord ja asutuse kohustus kehtestada ohjeldusmeetmete kasutamise reguleeriv eeskiri. Loetleda tuleb lubatavate ohjeldusmeetmete kasutamise liigid (näiteks varjuna kaasaskäimine, manuaalne kontroll, füüsilised ohjeldusmeetmed, keemilised ohjeldusmeetmed, eralduspalat). Kaaluda volitusnormi andmist määruse kehtestamiseks, mis näeks ette ohjeldusmeetmete rakendamise üksikasjalikku korra;
14. kohustada vaimse tervise seadusega tervishoiuteenuse osutajaid pidama ohjeldusmeetmete kohaldamise registrit näidates seaduses ära registri pidamise viisi, andmete koosseisu ja muud asjaolud. Kaaluda tuleks perioodiliste aruannete esitamist ohjeldamiste kohta kontrollametkonnale;
15. põhiõiguste piiramise puutuva, eriti ohjeldusmeetmete rakendamise reguleerimisel lähtuda Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee soovitustest;
16. reguleerida vaimse tervise seaduses vaimse tervise häirega isikute reproduktiivõigustesse puutuv;
17. reguleerida vaimse tervise seaduses õiguse tervise kaitsele tagamise kord ja piirid vaimse tervise teenuse osutaja poolt. Panna seadusega tervishoiuteenuse osutajale kohustus isiku saabumisel või paigutamisel asutusse läbi viia üldine tervisekontroll eesmärgiga tuvastada isiku üldseisund, somaatilise ravi vajadus ning isiku põhiõiguste kitsendamise piirid (ohjeldusmeetmete rakendamine jne). Kirjeldada läbivaatuse kord ja piirid.

5.5. Iseotsustusõigus

5.5.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Käsitletav printsiip põhineb dogmal, mis nõuab isiku nõusolekut iga tema suhtes toime pandava sekkumise puhuks. Sekkumine võib toimuda nii kehalisel kui vaimsel tasandil (näiteks diagnostilised protseduurid ja ravi, nagu ravimite manustamine, elekterkrampravi ja pöördumatu kirurgia) ning samuti vabaduse võtmisena. Nõusolek peab olema antud isiku enda poolt ning arvesse tuleb võtta kultuurilisi eripärasid ja võimalust konsulteerida tavapäraste nõuandjatega, nagu perekond, lähedased või töökaaslased. Samuti peab nõusolek olema vaba ehk antud ilma lubamatu surveta ja informeeritud. Isikule enne otsuse tegemist antud informatsioon peab olema täpne, arusaadav ja otsustamiseks piisav hõlmates muuhulgas teavet eeliste, puuduste, riskide, alternatiivide, eeldatava tulemuste ja kõrvalmõjude kohta. Nõusolek peab olema alati dokumenteeritud, välja arvatud väikesemahuliste sekkumiste korral.

Juhul, kui vaimse tervise häirega isikul on tuvastatud otsusevõimetus, peab olema loodud asendusotsustuse mehhanism (sugulane, sõber või ametkond), kes võib võtta vastu otsuse isiku eest ning tema parimates huvides. Alaealiste eest otsustavad tema vanemad või eestkostjad.

Iseotsustusõiguse võimalikult laiemat kohaldamist aitab tagada lähtumine eeldusest, et isikud on üldiselt võimelised ise otsuseid langetama välja arvatud juhul, kui pole tõestatud vastupidist. Samuti tuleb tagada, et vaimse tervise teenuse pakkujad ei lähtu süstemaatiliselt eeldusest, et vaimse tervise häirega isikud ei ole võimelised iseseisvalt otsuseid langetama. Ühe isiku põhiõiguse piiramine ei tähenda automaatselt seda, et isik on jäetud ilma iseotsustusõigusest ka kõigi teiste küsimuste suhtes. Isikutele teabe andmine otsuse tegemiseks peab toimuma keeles ja viisil, mis võimaldab isikul teabest aru saada. Vajadusel tuleb pakkuda detailset suulist selgitamist. Ka juhul, kui isikul puudub otsusevõime, tuleks selgitada välja tema arvamus ning sellele tõsiselt tähelepanu pöörata enne, kui alustatakse toimingutega, mis võivad isiku terviklikkust või vabadust riiivata. Paludes ka otsusevõimetusel isikul selgitada tema poolt väljendatud arvamuse tagamaid aitab iseotsustusõiguse kasutamist edendada. Kui isik on teinud teatud otsused enne otsusevõimetususe saabumist, tuleb selliste otsustega täiel määral arvestada (369).

Enesemääramisõiguse realiseerimise võimaluste loomise vajadus jäetakse vaimse tervise häirega isikute puhul tihti tähelepanuta. Eestkostja instituuti kasutatakse sageli ebakohaselt eesmärgiga piirata intellektuaalse või psüühilise puudega isikute teovõimet ilma kohaste menetluslike tagatisteta. Seetõttu on isikud jäetud ilma õigusest võtta vastu nende elu puudutavaid olulisi ja fundamentaalseid otsuseid pelgalt olemasoleva või eeldatava puude tõttu ning ilma kompetentsete õigusorganite poolt läbi viidava õiglase kohtumõistmise ja perioodilise taasläbivaatusega. Kohaste menetluslike tagatiste puudumine võib põhjustada kuritarvitamise riski. Eestkostet võib ära kasutada vaimse tervise teenuse osutajate tegevust reguleerivate õigusaktide täitmise vältimiseks. Efektiivse edasikaebe või automaatse taasläbivaatuse protseduuri puudumine võib kaasa tuua isiku eluaegse viibimise kinnises asutuses pelgalt olemasoleva või eeldatava puude tõttu (370).

ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta sätestab põhimõtte, mille kohaselt peab pakutav ravi olema suunatud isiku autonoomia säilitamisele ja suurendamisele. Iga isiku ravi ja hooldus peab põhinema individuaalsel raviplaanil, mis on isikuga läbi arutatud, mida vaadatakse läbi ja vajadusel muudetakse regulaarselt (371). Kõik sekkumised peavad baseeruma isiku informeeritud nõusolekul, mille võib üldiselt igal ajal tagasi võtta. Informeeritud nõusolekut defineeritakse resolutsioonis nõusolekuna, mis on saadud vabatahtlikult, ilma ähvarduste või pettusteta ja pärast isikule adekvaatse ja arusaadava teabe andmist, mis muuhulgas peab käsitlema diagnostilist hinnangut; soovitatava sekkumise eesmärki, meetodit, arvatavat kestust ja eeldatavat kasu; alternatiivseid ravimeetodeid, kaasa arvatud vähemsekkuvaid meetodeid; soovitatava sekkumisega kaasnevat võimalikku valu või ebamugavust, riske ja kõrvalmõjusid. Isikul on õigus nõuda tema poolt valitud isikute viibimist nõusoleku andmise protseduuri juures. Isiku enda nõusolekuta võib teenuseid osutada juhul, kui isiku eestkostja on sekkumisega nõustunud või kui sekkumine on kvalifitseeritud tervishoiutöötaja hinnangul vajalik isikule endale või teistele isikutele tekkida võiva vältimatu ja kiireloomulise kahju ära hoidmiseks. Ka juhul, kui sekkumised viiakse läbi ilma isiku nõusolekuta, tuleb teha jõupingutusi teavitamiseks isikut sekkumise olemusest ja võimalikest alternatiividest ning kaasata isikut nii palju, kui võimalik raviplaani välja töötamiseks. Psühhokirurgiat ning muid sissetungivaid ja pöördumatuid protseduure võib läbi viia vaid isiku informeeritud

nõusolekul ja juhul, kui sõltumatu välishindaja on kinnitanud, et eksisteerib tegelik informeeritud nõusolek ja ravi vastab parimal viisil isiku vajadustele. Reeglina ei või kliinilisi katseid ja eksperimentaalset ravi praktiseerida ilma isiku informeeritud nõusolekuta (372).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärikuse kaitse kohta sätestab põhimõtte, mille kohaselt peab isikule osutatav ravi lähtuma individuaalsest raviplaanist, mille koostamise juures on konsulteeritud ka isikuga ja tema arvamusi on arvesse võetud. Ravi läbiviimiseks saab nõusoleku anda vaid otsusevõimeline isik. Otsusevõimetu isiku eest langetab otsuseid esindaja, asutus või seadusega ette nähtud muu isik. Nõusolekuta võib isikule teenuseid osutada vaid hädaolukorras ning juhul, kui teenus on vajalik isiku tervisele tekkida võiva tõsise kahju ära hoidmiseks või teiste isikute turvalisuse tagamiseks (373). Ka tahtest olenematu ravi puhul tuleks niipea, kui võimalik, kooskõlastada kohaldatav ravi adressaadiks oleva isikuga. Ka raviplaani koostamisel peaks proovima isiku sellesse protsessi kaasata (374). Juhul, kui sekkumist on alustatud või see on läbi viidud isiku esindaja nõusoleku alusel, tuleb sekkumiste jätkamiseks saada isiku enda nõusolek niipea, kui isik on otsuse andmiseks võimeline (375). Eriti sissetungivat vaimse tervise häirete ravi võib läbi viia vaid isiku kirjalikul nõusolekul või isiku otsustusvõimetuse puhul kohtu loal. Selliste protseduuride läbi viimine isiku nõusolekuta on lubatud vaid hädaolukorras. Pöördumatu efektiga ravi võib läbi viia eranditult vaid isiku enda poolt antud vaba, informeeritud ja spetsiifilise kirjalikul kujul antud nõusoleku alusel (376).

Alaealiste puhul tuleb nende arvamust küsida ja seda arvestada vastavalt nende eale ja küpsusele (377). Kuigi enamasti teeb alaealise eest seaduslikult siduva otsuse tema vanem, vajavad eraldi lahendamist olukorrad, kus näiteks vanema ja alaealise huvid on vastuolus. Sellisel juhul peaks määrama alaealisele teise esindaja, näiteks sotsiaaltöötaja, keda alaealine oma huvide esindajana usaldab (378).

Lisaks eeltoodule omab iseotsustusõiguse reguleerimise seisukohalt tähtsust ka teine Euroopa Nõukogu dokument, milleks on Ministrite Komitee soovitus R(99)4 otsusevõimetute isikute õiguskaitse kohta (379). Antud soovitusel kohaselt tuleb otsusevõimetut isikut puudutavate otsuste tegemisel siiski võtta isiku enda soove arvesse

nii palju, kui võimalik. Printsipi 9.2 kohaselt tuleb otsusevõimetule isikule esindaja määramisel ära kuulata ja võimalikult suurel määral arvesse võtta isiku enda soove esindaja isiku osas. Soovituse printsipi 22 kohaselt tuleb piiratud teovõimega isikule, kellele on määratud esindaja, kuid kes on võimeline andma tervishoiuteenuse saamiseks vaba ja informeeritud nõusoleku, tervishoiuteenuseid osutada vaid selle isiku nõusolekul. Nõusoleku saamisest või mittesaamisest tuleb teavitada ka isiku esindajat.

Iseotsustusõigust käsitleb ka Euroopa inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon (380). Nõusolekut ja otsusevõimet käsitleb konventsiooni II peatükk. Üldpõhimõttena võib sekkumine tervise valdkonnas toimuda üksnes pärast seda, kui asjaosaline isik on informeerituna ja vabatahtlikult andnud selleks oma nõusoleku. Nimetatud isikule tuleb enne anda asjakohast teavet nii sekkumise otstarbest ja olemusest kui ka selle võimalikest tagajärgedest ja ohtudest ning asjaosaline isik võib nõusoleku alati tagasi võtta. Isiku nõusolekut loetakse vabatahtlikuks ja informeerituks, kui see on antud vastutava tervishoiutöötaja poolt edastatud objektiivse info alusel, mis puudutab kavandatava sekkumise iseloomu ja võimalikke tagajärgi, ning on antud ilma mingi sunnita. Peamisteks asjaoludeks, millest isikut informeerida tuleb, on sekkumise eesmärk, iseloom ja tagajärjed; võimalikud kaasnevad riskid lähtudes sekkumise olemusest ning isiku omadustest, nagu vanus või kaasnevad haigused; alternatiivsed sekkumisvõimalused. Lisaks peab edastatav info olema piisavalt selge ja isikut arvestades sõnastatud. Isik peab olema võimeline kaaluma sekkumise vajalikkust või kasulikkust ning sekkumisega tekkivat ebamugavust või valu. Isiku nõusolek võib olla otsene (suuline või kirjalik) või kaudne (talumine). Teatud juhtudel on piisav ainult otsene ja kirjalikus vormis väljendatud nõusolek (381).

Alaealise puhul võib sekkumine toimuda ainult tema esindaja loal või seadusega ettenähtud isiku, asutuse või muu instantsi loal, kusjuures alaealise arvamuse osatähtsus suureneb võrdeliselt tema ea ja küpsusastmega. Seega võib asuda seisukohale, et teatud sekkumiste puhul on alaealise nõusolek nõutav või vähemalt piisav (382). Otsusevõimetu täiskasvanu puhul võib sekkumine toimuda üksnes tema esindaja loal või seadusega ettenähtud isiku, asutuse või muu instantsi loal, kusjuures asjaomane isik osaleb loa andmises niipalju, kui see on võimalik. Asendusnõusoleku andmisel kehtib samuti informeeritud nõusoleku kohustus – teenuseosutaja on kohustatud isiku esindajale tegema

teatavaks kõik sekkumist puudutavad asjaolud, millised ta tavaolukorras oleks teatavaks teinud isikule endale (383).

Väga oluline ja tihti piisava tähelepanuta jäetud reegel on, et kui isik ei ole meditsiinilise sekkumise ajal võimeline oma soovi avaldama, tuleb arvestada tema varasemalt avaldatud seisukohti. See klausel ei puuduta mitte ainult vältimatu abi osutamist, vaid ka juhte, kus isik soovib ennetada olukorda, kus ta ei suudaks anda kehtivat nõusolekut. Selline vajadus võib esineda näiteks progresseeruvate haiguste, nagu seniilsus ja dementsus, puhul. Siiski on avaldatud arvamust, et teatud juhtudel võib eelnevalt tehtud otsusest kõrvale kalduda. Ümberhindamine võib olla võimalik näiteks juhul, kui otsus on vastu võetud kaua aega enne sekkumise vajadust ja vahepeal aset leidnud teaduse areng võiks omada isiku tervise parandamise seisukohast olulist mõju (384). Eelotsuse kehtivus võib osutada problemaatiliseks juhtudel, kui vaimse tervise häirega isik on otsusevõimelisena teinud teatavaks oma soovi keelduda mistahes ravist juhul, kui tema tervislik olukord hiljem peaks tingima tahtest olenematu ravi rakendamist, kuid samas on ravi vajalik või ravi osutamata jätmisega võib kaasneda oht isikule endale või teistele. Lisaks eelotsusele võib isik otsusevõimelisena anda teisele isikule vahendusotsuse õiguse. Sel juhul on teine isik ehk vahendaja õigustatud teatud asjaolude saabumisel langetama ravisse ja muudesse asjaoludesse puudutavaid otsuseid vaimse tervise häirega isiku eest (385).

Põgusalt tasuks antud alapeatüki raames märkida ka ÜRO peassamblee poolt 20.11.1989 vastu võetud lapse õiguste konventsiooni (386). Dokumendis käsitletakse lapsena alla 18-aastaseid isikuid. Konventsiooni artikli 12.1 kohaselt tagatakse lapsele, kes on võimeline iseseisvaks seisukohavõtuks, õiguse väljendada oma vaateid vabalt kõikides teda puudutavates küsimustes, hinnates lapse vaateid vastavalt tema vanusele ja küpsusele.

Lapse õiguse konventsioonis toodu ellu rakendamiseks Euroopas on Euroopa Nõukogu Parlamentaarne Assamblee pidanud vajalikuks 13.03.2009 vastu võtta soovitus 1864 (2009) laste osavõtu edendamiseks neid puudutavate otsuste langetamisel (387). Soovitus kutsub assamblee liikmesriike üles tõsiselt arvestama otsuste langetamisel laste arvamust, soove ja tundeid. See reegel kehtib ka noorimate laste puhul. Mõistagi sõltub lapse mõju otsuste tegemisele tema vanusest ja küpsusest. Otsustamisel osalemine

peab alati olema tähtsustatud, vabatahtlik ja võimestav. Lapse osalemine otsuse tegemisel ei tähenda vaid tema ära kuulamist, vaid tema arvamuse sisulist arvesse võtmist. Eeltoodu saavutamiseks peavad liikemsriigid kindlustama kohaste muudatuste tegemise seadusandluses, poliitikates ja praktikas.

Praktilisi soovitusi vaimse tervise häirega isikute iseotsustusõiguse tagamise osas on andnud ka Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) oma 8. ja 16. üldaruandes. CPT 8.üldaruandes on märgitud, et põhimõtteliselt peaksid isikud olema olukorras, mis lubaks neil anda vaba ja teadliku nõusoleku ravi saamiseks. Isiku paigutamist psühhiaatriaasutusse tema tahtest olenemata ei tuleks tõlgendada volitusena nõusolekuta ravi osutamiseks. Iga isik, kes on vabatahtlikult või oma tahtest olenematult ravil, peaks saama võimaluse keelduda ravist või ükskõik millisest muust meditsiinilisest sekkumisest. Kõrvalekalded sellest fundamentaalsest printsiibist peaksid põhinema seadusel ning tulenema selgelt ja täpselt määratletud erandlikest asjaoludest. Loomulikult saab nõusolekut ravi saamiseks lugeda vabaks ja teadlikuks üksnes siis, kui see põhineb täielikul, õigel ja mõistetaval teabel isiku hetkeseisundist ja pakutava ravi olemusest. Seetõttu tuleks kõigile isikutele süstemaatiliselt tagada informatsioon oma seisundi ja ravi kohta, mille määramist neile pakutakse ning ravile peaks järgnema asjaomase teabe jagamine ravi tulemuste ja muu sellise kohta (388). Iseotsustusõiguse realiseerimise võimalus omab tähtsust ka vabatahtlikult ravile pöördunud isikute suhtes ohjeldusmeetmete rakendamisel – CPT on rõhutanud, et asutuses vabatahtlikult viibivate isikute suhtes võib ohjeldusmeetmeid rakendada üksnes nende nõusolekul (389).

Tervishoiutöötaja teavitamiskohustust käsitleb ka Maailma Meditsiiniassotsiatsiooni avaldus vaimse tervise häirega patsiente puudutavatest eetilistest küsimustest. Avalduse kohaselt püüdleb raviarst terapeutilise suhte poole, mis rajaneb vastastikkusel usaldusel. Ta peab teavitama patsienti tema tervislikust olukorrast, tavapäraest raviprotseduuridest (kaasa arvatud võimalikud alternatiivid ja nendega seonduvad ohud) ning pakutavate ravivõimaluste eeldatavatest tulemustest (390). Avaldus käsitleb ka otsustusvõimega seonduvat sätestades, et õiguslikult tuvastamata otsusevõimetuse puhul tuleb psühhiaatrilisi patsiente kohelda otsusevõimelisena. Patsiendi otsust tuleb arvesse võtta küsimustes, kus ta on õiguslikult pädev otsuseid langetama välja arvatud juhul, kui ta võib ohustada iseennast või teisi. Vaimse tervise häirega patsienti, kes ei ole õiguslikult

pädev oma autonoomiat teostama, tuleb kohelda, nagu mistahes muud patsienti, kes on ajutiselt või alaliselt otsusevõimetu. Kui patsiendil puudub pädevus otsuste vastu võtmiseks kohaldatava ravi osas, tuleb saada vastavalt kohaldatavatele seadustele asendusotsustus tema volitatud esindajalt (391).

Euroopa Patsiendiõiguste Harta kohaselt on igal inimesel õigus teabele oma tervise seisukorra kohta, terviseteenuste ja nende kasutusvõimaluste kohta ning asjassepuutuvate teadusuuringute ja tehnoloogilise innovatsiooni saavutuste kohta. Tervishoiuteenuse osutajad peavad pakkuma patsiendikeskste teavet võttes arvesse muuhulgas ka isikute usulisi, rahvuslikke või keelelisi erisusi. Tervisealane teave tuleb isikutele teha hõlpsalt ligipääsetavaks eemaldades kõik bürokraatlikud takistused, koolitades tervishoiutöötajaid ning ette valmistades ja jagades teabematerjale. Patsiendil on õigus piiranguteta tutvuda oma ravidokumentidega, saada dokumentidest koopiaid ning nõuda mistahes dokumentides seisvate vigade parandamist. Samuti on igal isikul õigus piiranguteta juurdepääsule teadusuuringute tulemustele, ravimiinfole ja tehnoloogiliste innovatsioonide alasele teabele.

Tervishoiuteenuse osutaja peab edastama patsiendile kõgu info rakendatava ravi või operatsiooni kohta, kaasa arvatud kaasnevad riskid, ebameeldivused, kõrvalmõjud ja alternatiivid. Teave peab olema antud piisavalt kaua enne sekkumist võimaldamaks isiku aktiivselt osaleda oma tervist puudutavate otsuste langetamisel. Esindaja olemasolul tuleb asjassepuutuvat piiratud teovõimega isikut, olgu tegemist täiskasvanu või alaealasega, kaasata otsuse tegemisse võimalikult suurel määral.

Lisaks sätestab harta iga isiku õiguse vabalt valida erinevate protseduuride ja teenuseosutajate vahel omades selle õiguse teostamiseks kohast teavet. Juhul, kui isikul puudub usaldus oma arsti vastu, võib ta valida teise arsti (392).

5.5.2 Teiste riikide poolt võetud meetmed iseotsustusõiguse tagamise reguleerimiseks

Isiku iseotsustusõigus on üks peamisi põhivabadusi ja demokraatia nurgakive. Üldiselt eeldatakse, et iga mõistlik isik on võimeline vastutustundlikult langetama otsuseid oma tuleviku suhtes. Kummatigi on aga selge, et vaimse tervise häirega isikute puhul võib

otsusevõime olla häiritud ja seega võib iseotsustusõigusele seada teatud piirid. Siiski saab õiguse piiramine olla legitiimne vaid väga mõjuvate ajaolude korral ning meede peab olema proportsionaalne soovitud eesmärgi suhtes. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud vaimse tervise häirega isikute iseotsustusõigus ning millal on põhjendatud sellise õiguse piiramine.

5.5.2.1 Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse muutmise aastal 2007 tingiski ühe asjaoluna vajadus korraldada teenuste osutamine ümber viisil, mis edendaks senisest enam isikute iseseisvust, heaolu ja valikuvõimalusi (393). Teenuste osutamisel tuleb arvesse võtta isikute seisukohti, soove ja tundeid hoolimata sellest, kas need on avaldatud kohapeal või eelnevalt. Mõistlikul viisil kindlaks tehtud väärtusi tuleb arvestada ulatuses, mis on otsuse eesmärgi suhtes praktiline ja järjekindel. Samuti tuleb isikud kaasata võimalikult suurel määral enda ravi puudutavate otsustuste planeerimisse, arendamisse ja üle vaatamisse. Kaasamine aitab tagada ravi pakkumise isikule kohasel viisil ja maksimaalse efektiivsusega (394).

Otsustusvõime küsimusi käsitleb seaduse IV osa. Seaduse kohaselt võib isikule tervishoiuteenuseid osutada vaid tema nõusolekul või juhul, kui see on ordineeritud ravi läbi viiva arsti poolt ja vajalik isiku tervise kaitseks. Täisealiste isikute puhul tuleb eeldada, et nad on alati otsusevõimelised ning neid ei või kohelda otsusevõimetutena välja arvatud juhul, kui on tarvitusele võetud kõik praktilised meetmed isiku abistamiseks otsuse tegemisel. Isikuid ei või kohelda otsusevõimetutena lihtsalt põhjusel, et nad teevad ebamõistliku otsuse.

Alaealisi, kes omavad piisavat arusaamisvõimet ja intelligentsustaset, mis võimaldab neil täielikult aru saada pakutava ravi olemusest, peetakse võimeliseks ravi kohta käivat otsust vastu võtma (395). Igal juhul tuleb ka lapsi ja noorukeid teavitada teenuse osutamisega seonduvatest asjaoludest samas ulatuses, kui seda tehakse täiskasvanute puhul. Selgitamine peab toimuma viisil, mis on kohane arvestades alaealise arusaamisvõimet ja vanust. Kui alaealine on otsusevõimeline ja ta annab kehtiva nõusoleku, ei ole vajalik täiendava nõusoleku saamine eestkostjalt. Alla 16-aastaste puhul kasutatakse Ühendkuningriigis otsusevõime hindamiseks Gillicki kompetentsuse reeglit.

Gillicki kaasuses (396) asus kohus seisukohale, et alaealine, kes on piisavalt arusaamisvõimeline ja intelligentne mõistmaks täielikult soovitatava sekkumise sisu, on ta selle sekkumise üle otsustamise suhtes samuti otsusevõimeline (397).

Vaimse pädevuse seaduse (398) kohaselt võib isik, kes on otsusevõimeline ja vähemalt 18 aastat vana, teha etteulatuva otsuse teatud ravist keeldumise kohta, mis jõustub hetkel, kui isik ei suuda enam vastu võtta otsust ravist loobumise või keeldumise osas. Kui on olemas kehtiv ja kohaldatav etteulatuva otsus, omab see sama jõudu, nagu oleks otsusevõimeline isik langetanud ravi osas vahetult otsuse. Juhul, kui isik avaldab oma etteulatuva otsuse teatud ravi kohaldamise või mittekohaldamise osas, peab teenuseosutaja selle soovi kandma isiku kohta peetavasse dokumentatsiooni. Asjaolu, et isik on teinud minevikus teatud puhuks etteulatuva otsuse, ei tähenda, et ta ei võiks oma otsust asjaolude saabumisel muuta. Sellisel juhul loetakse eelmine otsus tühiseks (399).

5.5.2.2 Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Soomes

Peamisi patsientide õigusi tervishoiuteenuse saamisel reguleerib Soomes seaduse patsientide positsioonist ja õigustest (400). Seaduse kohaselt tuleb isiku ravi läbi viia temaga koostöös. Kui isik keeldub teatud ravist või protseduurist, tuleb teda võimaluse korral ravida tema nõusolekul muul arstiteaduslikult aktsepteeritaval viisil. Kui täisealine isik ei suuda vaimse tervise häire, puude või muu põhjuse tõttu oma ravi üle otsust langetada, tuleb ravi osas konsulteerida tema seadusliku esindaja, omakse või muu lähedasega (401). Alaealise isiku arvamus raviprotseduuri osas tuleb välja selgitada juhul, kui see on võimalik arvestades tema vanust ja arengutaset. Kui alaealine oma east ja arengutasemest tulenevalt suudab otsustada ravi üle, peab talle tervishoiuteenuseid osutama vaid tema nõusolekul. Kui alaealine ei suuda oma ravi üle otsustada, tuleb talle tervishoiuteenuseid osutada ainult tema hooldajate või muude seaduslike esindajate nõusolekul (402).

Vaimse tervise valdkonnas täpsustab eelkirjeldatud õigust Soome vaimse tervise seadus. Seaduse kohaselt peavad vaimse tervise teenused olema korraldatud viisil, mis soodustab vabatahtlikku ravile pöördumist ja iseseisvat hakkamasaamist (403). Isikule osutatavad teenused peavad aset leidma võimalikult suurel määral isikuga kooskõlastatuna. Ravi läbi viimise puhul tuleb koostada raviplaan. Psühhokirurgilisi või

muid sarnaseid isiku kehalist puutumatus tugevalt riivavaid sekkumisi võib läbi viia vaid täisealise isiku kirjaliku nõusoleku alusel välja arvatud juhul, kui tegemist on isiku elu päästmiseks ette võetud vältimatu protseduuriga (404). Enesemääramisõiguse piiranguid rakendades ja nende ulatust määrates tuleb arvesse võtta isiku haiglas viibimise põhjust (405).

5.5.2.3 Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Rootsis

Üldine õigus terviseteenustega seonduvate iseseisvate otsuste tegemiseks tuleneb tervise ja tervishoiuteenuste seadusest (406). Ravi pakkumisel tuleb säilitada isiku inimväärikus. Tervise- ja tervishoiuteenuseid tuleb pakkuda parimate ravitavade kohaselt. See tähendab, et teenuste pakkumine peab põhinema isiku iseotsustusõiguse ja privaatsuse austamisel. Teenused peavad olema võimalikult suures ulatuses kujundatud ja läbi viidud isikuga konsulteerides (407). Juhul, kui on olemas alternatiivsed teaduslikult põhjendatud ja praktikas proovitud ravivõimalused, tuleb anda isikule õigus valida talle sobivaim ravimeetod (408).

Rootsi tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt on tahtest olenematu ravi eesmärgiks saavutada olukord, kus isik teeb vabatahtlikult koostööd talle vajaliku ravi ja toetuse osas (409). Tahtest olenematu ravi kohaldamine on võimalik vaid juhul, kui isik keeldub kaasa töötamast talle vajaliku ravi andmise protsessis ning kui teda on sobival viisil kõigist asjaoludest informeeritud. Isikut ei või mõjutada ravi puudutavat otsust tegema (410). Viivitamatult pärast saabumist tahtest olenematule ravile on vaja koostada isikule raviplaan. Plaani koostamine peab toimuma võimalusel koostöös patsiendiga. Kui isiku endaga konsulteerimine ei ole võimalik, siis tuleb raviplaan osas nõu pidada isiku lähedastega (411). Ka ravi käigus teostatavate protseduuride osas peab isikuga konsulteerima nii palju, kui see on võimalik. Konsulteerima peab ka isiku lähedastega (412). Samad iseotsustusõigust käsitlevad printsiibid sisalduvad ka sundravi seaduses (413).

5.5.2.4 Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Saksamaal

Saksamaa regulatsiooni analüüsimiseks vaadeldakse taas kolme liidumaa – Berliini, Hamburgi ja Nordrhein-Westfaleni asjakohaseid õigusakte.

Berliini psüühiliselt haigete seaduse kohaselt osutatakse abi ainult juhul, kui see abi adressaadi poolt vabatahtlikult vastu võetakse (414). Ka tahtest olenematu ravi puhul soodustatakse iseotsustusõiguse rakendamist, kuna tahtest olenematu ravi käigus püütakse äratada isikus huvi töötada kaasa ravi eesmärgi saavutamise nimel ning tõsta isiku vastutustunnet elamaks ühiskonnas (415).

Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt soovib arst pärast läbivaatuse teostamist ja ravi näidustuste tuvastamist isikul end ravida lasta. Isikul on kindlaksmääratud aja vältel õigus lasta end läbi vaadata ja hinnata teisel psühhiaatriaspetsialistil (416). Seaduse kohaselt võib tahtest olenematut ravi kohaldada ka alaealiste või piiratud teovõimega isikute suhtes juhul, kui selliste isikute eestkostja ravile vastu vaidleb või ravi suhtes seisukohta ei võta (417). Raviga seonduvaid asjaolusid tuleb isikule selgitada võttes arvesse isiku tervislikku olukorda (418).

Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduses lähtutakse printsiibist, mille kohaselt võetakse seaduse alusel osutatava abi ja ning tarvitusele võetavate abinõude puhul arvesse isiku soove ja vajadusi. See kehtib ka ravilepinguga sätestatu kohta tahte muutmise osas (419). Ka see seadus kordab printsiipi, mille kohaselt ei ole isiku otsus enda mitte ravida lasta iseenesest vabaduse võtmise ja tahtest olenematu ravi ajendiks (420). Ravi peab toimuma vaid raviplaani kohaselt, mida tutvustatakse isikule ja tema seaduslikule esindajale ning üldiselt saab ravi teostada vaid isiku nõusolekul. Kui isik ei nõustu ravi põhjuse, sisu või ulatusega või ei avalda ta ravi suhtes oma arvamust, on nõutav seadusliku esindaja nõusolek. Ainult eluohtlike või isiku enda või teiste tervist ohustavate olukordade puhul on lubatud ravi läbi viimine ilma isiku enda või tema seadusjärgse esindaja nõusolekuta (421).

Oluline on märkida, et tulenevalt seadusest vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta peetakse ravi määramist puudutavate asjaoludega seonduvalt õigusvõimeliseks isikut alates neljateistkümnendast eluaastast (422). Seega on ka tahtest olenematute sekkumiste puhul vajalik selgitada välja üle 14-aastaste isikute enda arvamus sekkumise suhtes.

5.5.3 Iseotsustusõiguse tagamise regulatsioon Eestis

Iseotsustusõiguse kõige üldisem regulatsioon psühhiaatrilise abi osutamise valdkonnas leidub psühhiaatrilise abi seaduse §-s 3. Nimetatud sätte kohaselt antakse piiratud teovõimega isikule psühhiaatrilist abi tema seadusliku esindaja nõusolekul ja isiku enda tahte alusel niivõrd, kui võrd ta on võimeline sellekohast tahet avaldama. Seaduslik esindaja ei saa esindatava asemel avaldada tahet psühhiaatrilise abi osutamiseks. Psüühikahäirega isiku ravi ilma tema teadva nõusolekuta või seadusliku esindaja nõusolekuta on lubatud ainult tahtest olenematus korras ja psühhiaatrilise abi seaduses toodud aluste esinemisel (423). Isiku teadvaks nõusolekuks peetakse seaduse kohaselt nõusolekut, mille andmisel isik on võimeline aru saama nõusoleku olemusest ja selle andmise või sellest keeldumise tagajärgedest (424). Isikul on iseotsustusõiguse realiseerimise raames õigus keelduda psühhiaatrilistest uuringutest ja ravist või neid katkestada, välja arvatud juhul, kui ta on allutatud tahtest olenematule ravile (425). Eeltooduga sisuliselt psühhiaatrilise abi seaduse iseotsustusõigust puudutav regulatsioon piirdub. Seadus ei käsitle näiteks raviplaani koostamisse, erinevatesse otsustusprotsessidesse isiku kaasamisse, ettesuunatud otsuste mõju ja kohaldatavusse, nõusoleku saamise korda isiku kehalist puutumatus tugevalt riivavate protseduuride läbi viimisesse ning alaealiste iseotsustusvõime üle otsustamisse puutuvat.

Tervishoiuteenuse osutamisel iseotsustusõigust puudutavad üldsätted sisalduvad võlaõigusseaduse 54.peatükis. Seaduses toodu kohaselt võib patsiendi läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul, mis peab tervishoiuteenuse osutaja nõudmisel olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis. Enne nõusoleku saamist peab isikut teavitatama tema läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Patsient võib nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta. Piiratud teovõimega patsiendi puhul annab nõusoleku või keeldub sellest patsiendi seaduslik esindaja niivõrd, kui võrd patsient ei ole võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Samas tuleb patsienti ennast raviga seonduvatest asjaoludest ja tehtud otsustest teavitada mõistlikus ulatuses. Kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse

osutaja seda järgida. Seadusega sätestatud juhtudel ja ulatuses ei ole patsiendi ega tema seadusliku esindaja nõusolek tervishoiuteenuse osutamiseks vajalik. Selline erisus kehtib näiteks tahtest olenematu ravi või vältimatu abi rakendamise vajadusel (426).

Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline taht avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka patsiendi nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist. Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahe tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste kaudu. Patsiendi omakseid tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik (427).

5.5.4 Kontseptuaalsed ettepanekud iseotsustusõiguse tagamise reguleerimiseks Eestis

Ka võlaõigusseaduse sätetest ei tulene ammendavalt kogu regulatsioon, mida rahvusvahelised organisatsioonid oma dokumentides on ette näinud või teised ülalvaadeldud riigid vastava valdkonna õigusaktides sätestanud. Siiski on isiku õigus iseseisvatele otsustele oma kehalist ja vaimset puutumatust potentsiaalselt piiravates küsimustes äärmiselt olulise tähtsusega. Piirdumine vaid tervishoiuteenuse osutamisel nõusoleku saamise regulatsiooniga ei toeta vaimse tervise teenuste laiapõhjalist käsitlust. Teatavasti on vaimse tervise teenuste osutamisel tulenevalt teenuste adressaadist sageli vaja väga selgeid õiguslikke tagatise isiku maksimaalse kaasatuse saavutamiseks teenuste osutamise protsessi.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada isikute iseotsustusõigus vaimse tervise teenuste tarbimisel võimalikult laias ulatuses, tuleb käesolevas punktis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduse ühe põhiprintsiibina isiku õigus saada teenuseid vaid tema vabal, teavitatud nõusolekul;
2. sätestada vaimse tervise seaduses teenuseosutaja kohustused teavitatud nõusoleku saamisel. Antud küsimuse puhul tuleb rõhutada isiku absoluutset kaasatust

- otsuseprotsessi rakendades personaalset ning isiku võimetele ja vajadustele vastavat teavitamist ja tahte välja selgitamise menetlust;
3. sätestada vaimse tervise seaduses asendusotsustuse ja vahendusotsuse mehhanism otsusevõimetute isikute eest otsuste vastu võtmiseks. Arvesse tuleb võtta juhtumeid, kui isikul on seadusjärgne esindaja, kui isikule on määratud eestkostja, kui isikule ei ole määratud esindajat ning kui tegemist on hädaolukorra või vältimatu abi osutamisega. Määratleda lähedaste roll asendusotsuse tegemisel;
 4. sätestada vaimse tervise seaduses regulatsioon nõusoleku saamiseks alaealistele osutatavate teenuste puhul. Luua tuleks mehhanism alaealise enda otsusevõime välja selgitamise ning eestkostja osalemise kohta nõusoleku andmise menetluses. Selgelt tuleb sätestada teenuseosutaja õigused ja kohustused juhul, kui alaealise ja tema esindaja otsused ja/või ravivajadus on lahknevad;
 5. reguleerida vaimse tervise seaduses isiku poolt eelnevalt väljendatud otsuste siduvus ja mõju osutatavatele teenustele.

5.6. Õigus abile iseotsustusõiguse teostamisel

5.6.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Antud peatüki keskmeks on peamiselt otsusevõimetud või muul viisil piiratud arusaamisvõimega isikud. Seega peaks juhul, kui nii otsusevõimetul kui otsusevõimelisel isikul on raskusi otsuse mõjude tajumisega, olema tal võimalus asjakohaste teadmistega kolmanda isiku abile tema enda valikul. Arusaamiskasused võivad olla tingitud mitmetest asjaoludest nagu näiteks isiku üldine teadmiste tase, keeleoskus või tervisehäirest tingitud võimetus aru saada. Käsitletava printsiibi järgimise soodustamiseks on võimalik tarvitusele võtta mitmeid abinõusid. Primaarseks tuleb pidada kohustust informeerida isikut õigusest saada asjakohast abi otsustusõiguse teostamisel. Samuti peab asutus omama ülevaadet erinevatest võimalustest abi pakkumisel – abistajateks otsuse langetamisel võivad olla näiteks juristid, sotsiaaltöötajad jne. Soovitavaks tuleb pidada otsuse langetamiseks abistaja teenuse kättesaadavaks tegemist asutuse poolt ja isiku jaoks tasuta. Selline korraldus võib saada väljundi näiteks patsiendiombudsmanide näol, nagu see on levinud Põhjamaades, kasutusel on ka kogemusnõustajate kasutamine otsustusõiguse realiseerimise teostamisel (428) ning abi pakkumise korraldamine isikule

otsuse langetamisel vaimse tervise küsimustele spetsialiseerunud mittetulundusühingu poolt.

ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta sätestab obligatoorse nõude, mille kohaselt tuleks otsuste langetamisel, milleks isikul puudub oma vaimse tervise häire tagajärjel otsusevõime või otsusevõime puudumise tõttu vastu võetavate otsuste puhul, määrata isikule personaalne esindaja. Juhul, kui otsusevõimetu isik ei suuda iseseisvalt tagada esindaja olemasolu, tuleb talle esindaja võimaldada. Isiku piiratud materiaalsete võimaluste korral peab esindaja teenus olema tema jaoks tasuta. Nõustaja ei või samal ajal esindada vaimse tervise teenust osutavat asutust või selle personali ning samuti isiku, kelle otsusevõime üle otsustatakse, perekonnaliikmeid. Vajadust isikliku esindaja osas hinnatakse siseriikliku seadusega määratud mõistliku ajavahemiku järel (429). Lisaks tuleneb käsitletavast aktist, et juhul, kui asutuses viibiv isik ei suuda aru saada talle edastatavast teabest, tehakse kogu asjassepuutuv info teatavaks isiku personaalsele esindajale. Samuti võib tavapäraselt isikule endale antava teabe teatavaks teha tema huve kõige paremini esindada võivale isikule ja isikutele, kes on nõus patsiendi esindamisega. Otsustusvõimelisel isikul on õigus nimetada enda esindaja informeerimiskohustuse täitmisel ning samuti esindaja tema huvide kaitsmiseks vaimse tervise teenust osutavas asutuses (430). Ka kohtumenetluses on isikul õigus asjatundlikule nõustamisteenusele. Vaimse tervise teenust osutavas asutuses viibival isikul on õigus valida ja nimetada enda esindamiseks nõustaja, kelle pädevuses on muuhulgas ka kaebuste ja apellatsioonide esitamine. Kui isik ise ei korralda esindaja määramist, võimaldatakse talle tasuta nõustaja teenus ulatuses, mis isik ei ole ise sellise teenuse eest võimeline tasuma. Samuti on isikul vajadusel õigus tõlgi abile. Kui isik, kes vajab iseotsustusõiguse teostamiseks või oma õiguste kaitseks tõlki, ei korralda tõlgi määramist, võimaldatakse talle tasuta tõlketeenus ulatuses, mis isik ei ole ise sellise teenuse eest võimeline tasuma (431).

WHO Euroopa regiooni Helsingis vastu võetud vaimse tervise deklaratsiooni ja tegevuskava kohaselt tuleb tahtest olenematule ravile allutatud isikutele ette näha õigus valida omal äranägemisel sõltumatu õigusnõustaja (432).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärikuse kaitse kohta eristab erinevaid nõustajate

liike. Esiteks kirjeldab dokument isiklikku nõustajat, kelle ülesandeks on vaimse tervise häirega isiku huvide edendamine ja kes pakub isikule moraalset tuge olukordades, kui isik tunneb end haavatavana. Isiklikuks nõustajaks võib olla näiteks pereliige, jurist, pädeva asutuse poolt määratud muu isik või vastava ettevalmistuse saanud vabatahtliku ühenduse esindaja (433). Esindaja on seevastu isik, kes on määratud seaduse alusel otsusevõimetule isikule esindamiseks tema huve ja vastu võtmaks otsuseid (434). Lisaks sätestab soovitus nõude, mille kohaselt peab aset leidma vaimse tervise häirega isikute personaalne teavitamine nende õigustest teenuste tarbijatena ning samuti peab olema tagatud juurdepääs vaimse tervise teenuse osutajast sõltumatule asjatundlikule isikule või asutusele, kes aitaks isikutel aru saada nende õigustest ja neid jõustada (435). Kohtumenetluste tarbeks näeb soovitus riikidele ette kohustuse pakkuda enda vabaduse võtmise küsimustes kohtumenetlustes osalevatele vaimse tervise häirega isikutele kvalifitseeritud juristi abi. Juhul, kui isik ise ei ole võimeline juriidilist abi otsima või selle eest tasuma, peab nii abistava juristi nimetamine kui ka tema töö tasustamine toimuma riiklikul tasandil (436). Eraldi käsitletakse vaimse tervise häirega arreteeritud isikute õigust abile. Sellistel isikutel on õigus esindaja või kohase isikliku nõustaja abile viivitamatult alates vabaduse võtmise algusest (437). Kohane isiklik nõustaja tähendab isikut, kes on sobilik nii vaimse tervise häirega isikule endale kui ka uurimist läbi viivale ametkonnale (438).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus R(99)4 otsusevõimetute isikute õiguskaitse kohta sätestab kohustuse võtta nõustaja abi pakkumisel arvesse esmajoones isiku heaolu ja huvisid. Seega peab nõustajaks määratud isik olema sobilik otsustusvõimetu isiku huvide ja heaolu tagamiseks ja edendamiseks (439). Esindaja või nõustaja määramisel tuleb võimalikult laias ulatuses arvesse võtta isiku enda soove (440). Soovitus juhib tähelepanu vajadusele võtta tarvitusele meetmed tagamiseks piisava hulga kvalifitseeritud asjatundjate olemasolu vaimse tervise häirega isikute esindamiseks ja nõustamiseks. Samuti tuleb tähelepanu pöörata ühingute või muude asutuste, kelle tegevuseks on nõustajate ja esindajate koolitamine, asutamise ja toetamise vajadusele (441). Siseriikliku seadusega tuleb reguleerida ka vaimse tervise häirega isiku huvides tegutsevate esindajate ja nõustajate kulude hüvitamise küsimus. Erinevaid tasustamismehhanisme võib rakendada nende isikute suhtes, kes tegutsevad oma ametitegevuse raames, ja teiste isikute suhtes (442).

Euroopa inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni kohaselt võib nii alaealise kui ka täiskasvanu puhul, kes ei ole seaduse järgi võimeline nõusolekut andma, sekkumine toimuda ainult tema esindaja loal või seadusega ettenähtud isiku, asutuse või muu instantsi loal. Asjaomane isik osaleb loa andmises niipalju, kui see on võimalik (443).

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) ei ole andnud juhtnööre seoses kohustusega tagada abi iseotsustusõiguse teostamisel. Ära on märgitud vaid vaimse tervise teenust osutava asutuse kohustus tagada advokaadiga konfidentsiaalse konsulteerimise võimalus (444).

Euroopa Inimõiguste Kohus on oma otsuses asjas H.L vs United Kingdom sedastanud, et esindaja määramine isikule, kes ei ole võimeline esitama enda huvides vastuväiteid või taotlusi ja kelle suhtlusvõime on seega piiratud, on menetluslikuks kaitseks tahtest olenematult paigutatud isikutele (445) ning inimõiguste konventsiooni artiklis 5.1 lubatud seadusliku kinnipidamise eelduseks. Samuti on kohus asunud seisukohale, et isikute kaitseks, kes tulenevalt oma vaimse tervise häirest ei ole täiel määral võimelised enda eest seisma, peavad eksisteerima menetluslikud tagatised. Muuhulgas tuleb tähelepanu pöörata asjaolule, et kohtumenetlusele eelneva õigusnõustamise saamiseks ei pea tahtest olenematu ravi määramise kriteeriumitele vastavad isikud ise initsiatiivi üles näitama (446). Nõustamise tagamine on seega kohtu, teenust osutava asutuse või selleks määratud kolmanda isiku kohustuseks. Sundravile allutatud isikut puudutavas otsuses Pereira vs Portugal märkis kohus, et kui isik on toime pannud kriminaalkorras karistatava teo, kuid seoses oma vaimse tervise häirega määratud ravile psühhiaatriaasutusse, peab sellisele isikule olema tagatud õiguslik nõustamine sundravi pikendamise, peatamise või lõpetamise menetlustes (447). Kohus rõhutas, et kaitsekohustuse tagamisest ei saa kõrvale kalduda ka juhul, kui menetlustele allutatud vaimse tervise häirega isikul on juriidiline haridus (448). Otsuses juhiti tähelepanu asjaolule, et isikule tagatud nõustamine peab olema adekvaatne – kaitsja määramine ei taga iseenesest veel vaimse tervise häirega isiku õiguste efektiivset kaitset (449).

5.6.2 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon teistes riikides

Õigust abile iseotsustusõiguse teostamisel peetakse oluliseks kõigis vaimse tervise häirega isikutega seonduvaid asjaolusid käsitlevates rahvusvahelistes dokumentides. Olgu

selle abi näol tegemist siis esindamisega õiguslikes küsimustes või nõustamisteenuse pakkumisega muude isiku õiguste realiseerimise toetamiseks. Samuti rõhutatakse riigi rolli abi tagamisel otsustamisraskustega isikutele. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud vaimse tervise häirega isikute õigus abile iseotsustusõiguse teostamisel ning millised on erinevad võimalused abi pakkumiseks.

5.6.2.1 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigis 1983 vastu võetud vaimse tervise seaduse kohaselt oli isiku primaarne informeerimiskohustus tema kinnipidamise põhjustest ja patsiendi õigustest haigla juhatusel (450). Seadust muudeti oluliselt aastal 2007 ning muudatustega loodi sõltumatu vaimse tervise nõustaja instituut (451). Seaduse kohaselt on sõltumatu vaimse tervise nõustaja teenuse kättesaadavuse tagamine asjaomase riigiasutuse ülesandeks. Samuti töötab nimetatud riigiasutus välja üldised teenuse osutamise tingimused. Vaimse tervise nõustaja peab olema võimalikult sõltumatu ükskõik millisest isikust, kes on oma ameti tõttu kaasatud isiku raviprotsessi. Vaimse tervise nõustaja töö võib olla tasustatav.

Vaimse tervise seaduse kohaselt peab sõltumatu vaimse tervise nõustaja andma isikule ülevaate järgmiste asjaolude kohta: milliste õigusnormide alusel kvalifitseerub isik patsiendina; erinevad tingimused või piirangud, mida võib isiku suhtes õigusaktide alusel kehtestada; millist (kui üldse) ravi isikule konkreetsel juhtumil osutatakse, osutada soovitatakse või osutamist arutatakse; miks ravi osutatakse, osutada soovitakse või osutamist arutatakse; kelle korraldusel ravi osutatakse või osutada soovitakse; millised õigusaktide sätteid kohaldatakse isikule ravi osutamisel (452). Lisaks eeltoodule on sõltumatu vaimse tervise nõustaja ülesanneteks isikule tema vaimse tervise teenuse tarbimisega seonduvate õiguste selgitamine ja nende õiguste teostamisel abistamine. Vaimse tervise nõustaja sõltumatu tegevuse garantiidena loetleb seadus õigust privaatselt isikut külastada ja temaga vestelda; õigust külastada ja vestelda isikuga, kes on vaimse tervise teenust tarviva isiku raviga ametialaselt seotud; õigust nõuda mistahes isiku ravi, kinnipidamisega või järelraviga seotud dokumentide koopiate esitamist ja/või uurimist; õigust nõuda kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatelt isikuga seotud dokumentide koopiate esitamist ja uurimist (453). Samuti on sõltumatutel vaimse tervise nõustajatel õigus piiramatuks kirjavahetuseks oma klientidega (454).

Olulise printsiibina sätestab seadus vaimse tervise teenuse osutaja kohustuse anda isikule informatsiooni sõltumatu vaimse tervise nõustaja teenuse ja sellele ligipääsu võimaluste kohta. Teave tehakse kättesaadavaks nii suulises kui ka kirjalikus vormis (455) ning niipea, kui see on praktiliselt teostatav (456).

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse alusel on Walesis vastu võetud kohalik regulatsioon sõltumatute vaimse tervise nõustajate töö korraldamiseks (457). Sõltumatu vaimse tervise nõustajana võib Walesis tegutseda kohaliku Terviseameti loal isik, kes omab vajalikku kvalifikatsiooni või töötab sõltumatu vaimse tervise teenust osutava tööandja juures (458). Lisaks peab sõltumatu vaimse tervise nõustaja omama asjakohast kogemust või ettevalmistust, olema aus ja hea iseloomuga ning sõltumatu nii isikutest, kes pöörduvad nõustamisteenuse saamiseks, kui ka tervishoiuteenuse osutajatest (459).

Ühendkuningriigi seaduse alusel on oma vaimse tervise seaduse vastu võtnud ka Šoti parlament (460), mis käsitleb samuti sõltumatu vaimse tervise nõustaja teenusesse puutuvat. Šoti seaduse kohaselt on sõltumatu vaimse tervise nõustaja teenuse tagamine ja sellele ligipääsu võimaldamine kohaliku omavalitsuse või muu ametiasutuse ülesandeks. Sõltumatu nõustaja teenust osutada mitmes erinevas vormis – nii professionaalse õigusnõustaja, kui ka niinimetatud „kodanikunõustaja“ poolt. Samuti on võimalik abi saada nõustajate grupilt, iseenese esindamise teel ja kogemusnõustajate abil. Seaduse alusel on vaimse tervise teenuse tarbijatele ja nende hooldajatele koostatud publikatsioon, mis kirjeldab isikute õigust sõltumatule nõustajale, nõustamise eesmärki ning nõustajate pädevust (461). Publikatsioonis selgitatakse iga vaimse tervise häirega isiku õigust sõltumatu vaimse tervise nõustaja teenusele. Sõltumatu nõustaja on võimeline andma abi ja toetust eesmärgiga võimaldada isikul väljendada tema enda arvamust hoolduse ja ravi kohta ning nõustaja teenused on alati tasuta.

Lisaks on välja töötatud soovitusel vaimse tervise valdkonnas hea tavaga kooskõlas osutatud sõltumatu spetsialistist nõustaja teenuse kohta Inglismaal ja Walesis (462). Soovitude kohaselt koosneb sõltumatu spetsialistist nõustaja teenus sellistest aspektidest, nagu standardid; spetsialistist nõustaja teenuse regulatsioon ja osutamise põhimõtted; ligipääs teenusele; teenuse osutamine; aruandlus; poliitika ja menetluskorrad; nõuded teenuse osutajale; koostamine ja suhtlusvõrgustik; korraldus ja usaldusväärsus; teenuse tarbijate kaasamine; jälgimine ja kontroll; tagasiside; vaimse tervise teenuse osutajate

kohustused; nõustamisteenuse eest vastutavate isikute kohustused. Vaimse tervise nõustaja teenus peab olema sõltumatu, võimestav, kaasav, erapooletu, usaldusväärne ja tasuta.

5.6.2.2 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Soomes

Nagu iseotsustusõigusse puutuvad, reguleerib ka selles valdkonnas abi pakkumist Soomes seadus patsientide positsioonist ja õigustest (463). Abi otsustuste tegemisel on Soomes korraldatud patsiendinõustajate institutsiooni kaudu. Patsiendinõustaja ülesanneteks on isikute konsulteerimine seaduste rakendamisel; isiku abistamine juhtudel, kui ta on tervishoiuteenuse osutamisega rahulolematu ja soovib esitada hüvitise nõuet; isiku teavitamine tema õigustest patsiendina ja tegutsemine muude patsiendiõiguste edendamiseks ja jõustamiseks. Patsiendinõustaja tegutseb teenuseosutaja struktuuriüksuse juures (464). Patsiendinõustaja võib isiku edasi suunata pädeva ametkonna juurde, abistada isikut lepitusmenetluse läbi viimisel, koostada ja saata isiku nõusolekul erinevaid dokumente asjassepuutuvatesse ametkondadesse jne (465).

Täiendavalt tagab Soome vaimse tervise seadus isikule õiguse nõustajale halduskohtus tahtest olenematu ravi vaidlustamiseks. Sellise nõustaja teenus võib isiku jaoks olla tasuta ja kulud kantakse riigi poolt (466).

5.6.2.3 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Rootsis

Õigust abile iseotsustusõiguse tagamisel vaimse tervise valdkonnas reguleerivad Rootsis tahtest olenematu ravi seadus (467) ja sundravi seadus (468). Tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt on vaimse tervise teenust tarbivale isikule tagatud tugiisiku teenused, kes määratakse kas isiku palvel või vajaduse tekkimisel, kui isik sellele vastu ei vaidle. Tugiisik toetab isikut kogu tema tahtest olenematul ravil viibimise ajal, tal on õigus isikut raviasutuses külastada ning tal on saladuses hoidmise kohustus teabe osas, mis puudutab isiku tervist ja muid isiklike asju (469). Tugiisiku määramise taotluse esitamine tervishoiuteenuse osutaja poolt on kohustuslik juhul, kui soovitakse rakendada tahtest olenematut ravi; kui isik vaidlustab tahtest olenematu ravi otsuse või kui isik vaidlustab otsuse mitte lõpetada tahtest olenematut ravi (470).

Sarnane õigus tugiisiku teenustele on ka sundravile allutatud isikutel. Ainsa erinevusena on lubatud piirata tugiisiku õigust külastada sundravile allutatud isikut ning seda turvalisuse kaalutlustel (471).

Lisaks korraldavad kohalikud omavalitsused isikutele patsiendiombudsmani teenuse pakkumist. Aastal 2004 oli Rootsis kokku 286 patsiendiombudsmani ning 80% omavalitsustest pakkus nõustamist ja esindamist vajavatele isikutele seda teenust. Patsiendiombudsmani poole võivad abi vajavad isikud pöörduda erinevates küsimustes – peamiselt eesmärgiga parandada oma psühhosotsiaalset olukorda või tugevdada oma positsioone ühiskonnas. Lisaks on isikule otsustusõiguse teostamisel toeks sellised, tavapäraselt kohaliku omavalitsuse juures tegutsevad nõustajad, nagu usaldusisik, kontaktisik, elukohanõustaja, koordinaator ja juhtumikorraldaja (472).

5.6.2.4 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Saksamaal

Saksamaal pakutavat abi iseotsustusõiguse tagamisel kirjeldatakse kolme liidumaa – Berliini, Hamburgi ja Nordrhein-Westfaleni asjakohaste õigusaktide põhjal.

Berliini psüühiliselt haigete seaduse kohaselt on sotsiaalpsühhiaatrilistel teenistustel ja psühhiaatrilise tervishoiuteenuse pakkujatel kohustus võimaldada vaimse tervise häiretega isikutele juurdepääs vabatahtlike poolt pakutavale abile ning eneseabile. Asjatundlikule abile juurdepääsu tagamine võib aset leida nii enne ravi, ravi ajal kui ka pärast ravi (473). Samuti reguleerib seadus patsiendiesindaja instituuti, kelle ülesandeks on toetada tahtest olenematu abi läbi viimist soovitude ja parandusettepanekute tegemise kaudu pöörates erilist tähelepanu asutuse terapeutilisele kliimale. Samuti aitab patsiendiesindaja isikutel pärast ravi lõppu ühiskonda reintegreeruda ja selgitab avalikkusele vaimse tervise häirega isikutega seonduvat probleematikat (474).

Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt on tahtest olenematu ravi alustamisel ravile allutataval isikul õigus ravi asjaolude osas nõu pidada lähedaste või usaldusisikuga (475). Üldnormina peab vaimse tervise teenust osutav asutus tegema nõustamist ja ravi puudutavates küsimustes koostööd vaimse tervise häiretega isikute esindusgruppidega (476).

Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt teeb psühhiaatrilise abi osutaja teenuse osutamise toetamiseks ja täiendamiseks koostööd asjaomaste isikute ja nende lähedaste organisatsioonidega (477). Teisisõnu peab psühhiaatrilise abi teenuse pakkuja omama kontakte teenuse tarbijate, nende tugiisikute ja esindajate esindusühingutega. Juhul, kui puudutatud isik ei suuda anda vajalikku seisukohta ravi aluse, tähenduse või ulatuse osas, on tervishoiuteenuse osutamiseks vajalik seadusjärgse esindaja nõusolek (478). Keelatud on piirata isiku õigust kohtuda oma esindaja või nõustajaga ning läbi vaadata selliste isikutele saadetavaid või neilt saabuvasid saadetisi (479). Juhul, kui psühhiaatrilise abi osutaja juures viibiva isiku suhtes rakendatakse liikumispiiranguid, on patsiendikaebuste komisjoni esindaja kohustatud vajadusel isiku kohapeal ära kuulama. Patsiendikaebuste komisjoni liikmeks, kes tegutseb patsiendi huvides, võib olla nimetatud vaid isik, kellel on vähemalt üheaastane kogemus vaimse tervise häirega isikutele ravi ja tugiteenuste osutamise vallas. Patsiendikaebuste komisjoni liikmel on oma ametiülesannete täitmise käigus õigus siseneda tahtest olenematu ja muu ravi läbi viimisega seotud ruumidesse ning ajendada seal muudatuste tegemist vastavalt talle esitatud kaebustele. Samuti selgitab komisjoni liige välja asjassepuutuva isiku soovid ja kaebused ning isiku nõusolekul edastab need tervishoiuteenuse osutajale ning kontrollorganile. Kaalukate asjaolude ilmnemisel edastab komisjoni liige saadud teabe kontrollorganile viivitamatult (480).

Isikute õigusi vaimse tervise häirega seonduvas kohtumenetluses vabaduse võtmise otsustamiseks reguleerib Saksamaal üleriiklikul tasandil seadus vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta (481). Hoolimata pealkirjast reguleerib seaduse 4.peatükk siiski tahtest olenematu vabaduse võtmisega seonduvat. Seaduse kohaselt määrab kohus niipea, kui see on isiku huvides vajalik, talle menetluse ajaks hooldaja. Kui isikule hooldajat ei määrata, peab kohus seda asjaolu tahtest olenematu ravi määramise otsuses põhjendama. Hooldaja määramise kohustus ei kehti juhul, kui isikut esindab juba advokaat või muu menetluses esindama määratud isik (482).

5.6.3 Õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel regulatsioon Eestis

Psühhiaatrilise abi seaduses ei sisaldu õiguse abile iseotsustusõiguse teostamiseks raames praktiliselt mingit regulatsiooni. Ainsaks käsitletava valdkonnaga haakuvaks sätteks võib

pidada isiku lähedase inimese ja seadusliku esindaja või nende poolt valitud arsti, advokaadi või muu esindaja õigust kohtuda tahtest olenematule ravile paigutatud isikuga tahtest olenematu ravi kohaldamisel kohtu määruseta. Kohtumise kestuse otsustab raviarst, lähtudes ravile paigutatud isiku tervise seisundist (483).

Kohtumenetlust isiku paigutamiseks kinnisesse asutusse ja talle tahtest olenematu ravi kohaldamiseks reguleerib tsiviilkohtumenetluse seadustik (484). Isiku konsulteerimiseks ja esindamiseks kohtumenetluses määrab kohus kinnisesse asutusse paigutamise menetluses isikule esindaja, kui see on isiku huvides ilmselt vajalik ja kui isikut ei esinda juba teine tsiviilkohtumenetlusteovõimeline isik. Isiku enda määratud esindaja olemasolu ei takista kohtul talle esindajat määrata, kui isiku enda määratud esindaja ei suuda kohtu arvates esindatava õigusi piisavalt kaitsta. Kui kohus jätab esindaja määramata, peab ta seda kinnisesse asutusse paigutamise määruses põhjendama. Üldiselt ei pea isikule esindajat määrama esialgse õiguskaitse kohaldamisel. Oluliseks tuleb pidada sätet, mille kohaselt peab esindaja muu hulgas isikuga, kelle kinnisesse asutusse paigutamist menetletakse, isiklikult kohtuma ja ta kohtuniku juuresolekuta ära kuulama (485). Eesmärgiga tagada reaalne isiku nõustamisõiguse kaitse temaga seonduvas kohtumenetluses, peaks kohus tegema esindaja määramise asjaolu koheselt teatavaks nii esindajale kui ka esindatavale. Seda põhimõtet ei ole Eesti kohtud siiani kahjuks mitte alati järginud (486). Peamised probleemid õigusnõustaja määramata jätmisega esinevad neil juhtudel, kus tegemist on deliiriumisündroomi all kannatava alkohooliku esialgse õiguskaitse korras psühhiaatriaaiasse paigutamise (487). Esindaja määramise seisukohast on õigusteoreetilistes analüüsidest välja toodud vajadus anda hinnang asjaolule, et kinnisesse asutusse paigutamise menetluses määratakse esindajateks vaid advokaadid riigi õigusabi osutamise korras. Küsimus on selles, et isik, kelle suhtes on tekkinud vajadus talle tahtest olenematu paigutamise või ravi korraldamiseks, vajaks ilmselt teistsugust lähenemist ja paindlikumat abi, kui lihtsalt esindamist tsiviilkohtumenetluses. Seega peaks analüütikute arvates ka Eesti süsteem püüdma liikuda selles suunas, et luua vaimse tervise häirega isikutele tugistruktuurid, mis aitaksid nende õigusi ja huve laiemal määral, kui vaid kohtumenetluses, kaitsta. Mittetulunduslikul alusel tegutseb Eestis käesoleval hetkel selline institutsioon nagu Eesti Patsientide Esindusühing (488), mille põhikirjaliseks eesmärgiks on aidata tagada ravi- ja hooldusteenust tarbivatele isikutele neile põhiseadusega ja teiste seadustega sätestatud õigused tervishoiusüsteemis. Ühingu põhikirjas sisalduvad täpsemad ülesanded on

sarnased nende ülesannetega, mida võiksid täita niinimetatud sotsiaalpsühhiaatrilised abilised (näiteks aidata tagada ravi- ja hooldusteenust tarbivatele isikutele neile põhiseaduse ja teiste õigusaktidega sätestatud õigused, aidata haiglas viibivatel patsientidel väljendada oma soove ja tahtmisi, aidata lahendada raviga seotud ning muid ühiskonnas tekkinud probleeme jms). Üheks võimaluseks oleks kaaluda patsiendiesindajate tegevusele vaimse tervise häirega isikute nõustamise osas avalik-õigusliku väljundi andmist. Lisaks tuleks kaaluda võimalust anda esindusühingule õigus kinnisesse asutusse paigutatud isiku esindamiseks ka kohtumenetlustes (489). Isikule esindaja määramata jätmine ongi ekspertide arvates käesoleval ajal suurimaks menetlusõiguslikuks probleemiks tahtest olenematuid sekkumisi puudutavates kohtuasjades. Riigi õigusabi korras esindaja määramine, nii nagu see on antud liiki asjade puhul reegliski, ei pruugi tagada esinduse kvaliteeti, mis oleks tõenäoliselt tagatud juhul, kui isikule oleks õigeaegselt tagatud seaduslik esindus (490).

Ka sundravil viibivatele isikutele ei ole tagatud täiendavaid õigusi abile iseotsustusõiguse teostamisel (491).

5.6.4 Kontseptuaalsed ettepanekud õiguse abile iseotsustusõiguse tagamisel reguleerimiseks Eestis

Vaimse tervise häirega isikute õigus abile iseotsustusõiguse tagamisel on oluline ja mitmekülgne küsimus, mis vajab Eestis tänasest tunduvalt põhjalikumalt reguleerimist. Selge on, et isiku vajadus nõustamise ja esindamise osas on tihti tunduvalt laiem, kui vaid kohtumenetlusega seonduv. Samuti ei pruugi kohtuesindusele spetsialiseerunud advokaadid omada piisavalt pädevust või motivatsiooni vaimse tervise häirega isikule laiapõhjalise toe pakkumisel. Täiendavalt tuleb iseotsustusõiguse soodustamise kontekstis käsitleda õigust tõlkele, sotsiaalnõustamisele jne. Senisest enam tuleks soodustada kolmanda sektori tegevust vaimse tervise häirega isikutele toetuse ja nõustamise pakkumisel.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada isikute õigus abile iseotsustusõiguse teostamisel võimalikult laias ulatuses, tuleb käesolevas alapeatükis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada seaduses vaimse tervise teenuse osutaja ja asja menetleva kohtu kohustus tagada otsusevõimetutele või muul viisil piiratud arusaamisvõimega vaimse tervise teenust tarvivatele isikutele võimalus asjakohaste teadmistega kolmanda isiku abile iseotsustusõiguse teostamisel. Soovitatavalt peaks abistaja isiku määramine aset leidma kooskõlas isiku soovidega ning abistaja määramine ei või sõltuda asjaolust, kas isik selleks soovi avaldab või mitte;
2. sätestada seaduses vaimse tervise teenuse osutaja ja asja menetleva kohtu kohustus tagada otsusevõimetutele või muul viisil piiratud arusaamisvõimega vaimse tervise teenust tarvivatele isikutele vajadusel võimalus iseotsustusõiguse tagamiseks tõlgi, sotsiaalnõustaja vms eriteadmistega isiku poolt;
3. sätestada vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuse osutaja kohustus informeerida isikut õigusest saada asjakohast abi otsustusõiguse teostamisel ning anda ülevaade erinevatest võimalustest abi pakkumisel (juristid, sotsiaaltöötajad, kogemusnõustajad jne);
4. sätestada vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuse osutaja kohustus teha iseotsustusõiguse teostamisel abistamiseks määratud isiku teenus kättesaadavaks asutuse poolt ja isiku jaoks tasuta;
5. sätestada seaduses kohustus hinnata vajadust isikliku esindaja osas kindlaksmääratud ajavahemiku järel. Määrata hindamiskohustuslike isikute ring;
6. määratleda seaduses isiku nõustaja või esindaja liigid ning nõustajatele või esindajatele kehtestatavad nõuded, nende kohustused ja tegevuse piirid. Kaaluda võimalusi kolmanda sektori kaasamiseks nõustamis- ja esindamisteenuse pakkumisele ning riigi või vaimse tervise teenust osutava asutuse poolset rahastamise tagamist sellise teenuse eest;
7. sätestada seaduses nõue, mille kohaselt isiku nõustaja või esindaja peab olema erapooletu ehk et ta ei või samal ajal esindada vaimse tervise teenust osutavat asutust või selle personali ning samuti isiku, kelle otsusevõime üle otsustatakse, perekonnaliikmeid;
8. reguleerida seaduses isiku õigused ja nende piiramise alused nõustaja või esindajaga suhtlemisel.

5.7. Kontrollmenetluse olemasolu

5.7.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Iga tervishoiuteenuse osutaja, ametniku, kohtuniku või muu isiku poolt tehtud otsuse õiguspärasuse üle vaatamiseks peab eksisteerima kontrollmenetlus. See tähendab, et menetluse võib algatada iga huvitatud isik, muuhulgas ka otsuse adressaat. Kontrollmenetlus peab aset leidma mõistliku aja jooksul, näiteks kolme päeva jooksul otsuse tegemisest. Samuti ei tohi adressaadi juurdepääsu kontrollmenetlusele piirata tulenevalt tema tervislikust olukorrast ja isikule tuleb tagada võimalus olla vahetult ära kuulatud. Kohase kontrollmenetluse olemasolu tagamiseks peavad riigid ette nägema otsuste kontrollimise menetluskäigu ning kohased kontrollorganid. Nii menetluskäik kui organid peavad olema reguleeritud seaduse tasandil ja tegelikkusesse rakendatavad. Samuti on soovitatud luua riiklikult käitav asutus vaimse tervise häirega isikute õiguste kaitseks, mis pakub asjassepuutuvatele isikutele juriidilisi ja ombudsmanilaadseid teenuseid (492).

ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta võimaldab isikule tervishoiuteenuste osutamist ilma temaga raviplaani osas konsulteerimata vaid juhtudel, kui iseseisev ametkond, kelle valduses on kogu asjassepuutuv teave (muuhulgas ka teave, mis edastatakse isikule teadva nõusoleku saamiseks) nõustub, et käesoleval hetkel puudub isikul võime anda teavitatud nõusolek pakutava raviplaani osas või juhul, kui isik nõusoleku andmisest põhjendamatult keeldub, kuid ravi on vajalik isiku enda või teiste turvalisuse huvides. Samuti peab iseseisev ametkond hindama koostatud raviplaani sobivust isiku tervislike vajaduste seisukohalt (493). Sõltumatu kontrollorgani nõusolek on vajalik ka juhtudel, kui vaimse tervise häirega isikule soovitakse osutada suuremahulist tervishoiuteenust või teostada operatsiooni ning kui isik ise ei ole võimeline sekkumise osas andma teavitatud nõusolekut. Psühhokirurgia ning muude intrusiivsete ja pöördumatute tervishoiuteenuste osutamine võib aset leida vaid juhul, kui isik ise on selleks andnud teavitatud nõusoleku ja kui sõltumatu välisorgan on asunud seisukohale, et tegemist on tegeliku informeeritud nõusolekuga ja sekkumise läbi viimine on isiku tervise huvides. Kliinilisi katseid ja eksperimentaalset ravi ei või reeglina läbi viia ilma isiku teavitatud nõusolekuta, välja arvatud juhtudel, kui kompetentne ja

sõltumatu nimetatud küsimuste üle otsustamiseks moodustatud kontrollorgan annab selleks heakskiidu (494).

Tahtest olenematut ravi võib ÜRO dokumendi kohaselt määrata algselt vaid lühiajalise kestusega kuni asja läbi vaatamiseni kontrollorgani poolt. Isiku vabaduse võtmise detailsetest põhjustest tuleb kontrollorganit viivitamatult teavitada (495). Kontrollorganiks on siseriikliku seaduse alusel asutatud kohus või muu sõltumatu ja iseseisev asutus. Oma otsuste tegemisel peab kontrollorgan kasutama ühe või mitme kvalifitseeritud vaimse tervise teenuse osutaja abi ja võtma nende poolt antud nõuandeid arvesse. Kontrollorgani poolt läbi viidav menetlus peab aset leidma võimalikult kiirelt pärast isikult vabaduse võtmise otsustamist ning menetlus viiakse läbi siseriikliku seaduse alusel lähtuvalt lihtsuse ja viivitamatuse printsiipidest. Isik, kelle õigusi on piiratud, võib esitada siseriikliku seadusega määratud mõistlike ajavahemike järel taotluse kontrollorganile enda asutusest vabastamiseks või ravi jätkamiseks vaba tahte alusel. Iga kontrolltoimingu tegemisel peab organ andma hinnangu asjaolule, kas tahtest olenematu sekkumise alused endiselt eksisteerivad ja kui alused puuduvad, tuleb tahtest olenematu sekkumine lõpetada. Isikul endal, tema esindajal või muul huvitatud isikul on õigus esitada kaebus kõrgemale kohtule otsuse osas, millega patsient määrati vaimse tervise teenust osutavasse asutusse või millega isiku kinnipidamist ei lõpetatud (496). Kohtulikule kontrollile tuleb allutada ka isiku suhtes kehtestatud keeld juurepääsuks tema raviga seonduvatele dokumentide kas täies mahus või osaliselt. Isikul, tema esindajal ja nõustajal on õigus ilmuda, osaleda ja olla isiklikult ära kuulatud igal istungil. Istungi lõppedes tehtud otsus ja selle põhjendused peavad olema väljendatud kirjalikus vormis. Koopia otsusest tuleb anda isikule, tema esindajale ja nõustajale (497). Igal psühhiaatrilist abi saaval ja saanud isikul on õigus esitada kaebus siseriikliku õigusega ette nähtud menetluste kohaselt (498). Riikidel on kohustus luua kohased mehhanismid vaimse tervise teenust osutavate asutuste kontrollimiseks; saadetud kaebuste vastu võtmiseks, uurimiseks ja lahendamiseks; kohaste distsiplinaar- või kohtulike menetluste läbi viimiseks ametialaste üleastumiste või patsiendiõiguste riive küsimustes (499).

Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni (500) artikkel 5 sätestab igapäevase õiguse isikuvabadusele ja turvalisusele, mida võib piirata muuhulgas aga ka ebaterve psüühikaga isikute seaduslikku kinnipidamiseks. Kinnipidamise kohaldamisel teatatakse igale vahistatule talle arusaadavas keeles viivitamata tema vahistamise põhjused ja kõik

tema vastu esitatud süüdistused ning iga kinnipeetu toimetatakse viivitamata kohtuniku või mõne muu seadusjärgse õigusvõimuga ametiisiku ette. Samuti on igapähele, kellele on võetud vabadus, õigus taotleda menetlust, millega kohus otsustaks kiires korras tema kinnipidamise seaduslikkuse ning korraldaks tema vabastamise, kui kinnipidamine osutub ebaseaduslikuks. Igapähele on õigus õiglasele ja avalikule asja arutamisele mõistliku aja jooksul sõltumatus ja erapooletus, seaduse alusel moodustatud õigusemõistmise volitustega institutsioonis (501). Lisaks reguleerib inimõiguste konventsioon üksikasjalikult kuriteos süüdistatavate õigusi kinnipidamise korral. Siiski laienevad loetletud õigused riigi poolt vabaduse võtmisele ka muudel juhtudel. Seetõttu tuleb asuda seisukohale, et ka vaimse tervise häirega isik, kes on kinni peetud oma häirest tulenevatel ajaoludel, omab õigust saada kiires korras talle arusaadavas keeles üksikasjalikku teavet tema vastu esitatud süüdistuse iseloomust ja põhjustest; saada piisavalt aega ja võimalusi enda kaitse ettevalmistamiseks; kaitsta end ise või enda poolt valitud kaitsja abil või saada tasuta õigusabi juhul, kui õigusemõistmise huvid seda nõuavad ja süüdistataval pole piisavalt vahendeid õigusabi eest tasumiseks; küsitleda ise või lasta küsitleda süüdistuse tunnistajaid, saavutada omapoolsete tunnistajate kohalekutsumine ja nende küsitamine süüdistuse tunnistajatega võrdsetel tingimustel; kasutada tasuta tõlgi abi, kui ta ei mõista või ei räägi kohtus kasutatavat keelt (502).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärkuse kaitse kohta reguleerib kontrollmenetluse läbi viimist tahtest olenematute sekkumistega seonduvalt. Soovituse kohaselt peab isiku tahtest olenematu paigutamise ja/või ravi otsuse vastu võtma kohus või muu selleks pädev organ. Otsuse langetamisel peab kohus või muu organ arvesse võtma asjassepuutuva isiku arvamust ning tegutsema kooskõlas seadustega, mis lähtuvad eeldusest, et asjassepuutuva isikuga tuleb kohtuda ja konsulteerida. Isiku ära kuulamine võib aset leida ka väljaspool kohut, näiteks isiku kodus või muus viibimiskohas (503). Isiku suhtes antud tahtest olenematu sekkumise otsus peab olema vormistatud kirjalikult (504). Vaid hädaolukorras on lubatud tahtest olenematu sekkumine ilma kohtu või muu pädeva organi otsuseta. Kuid ka sellisel juhul on isikul õigus pöörduda kohtu või muu pädeva organi poole otsuse vaidlustamiseks või ümber vaatamiseks. Kui isiku allutamist tahtest olenematutele menetlustele soovitakse jätkata hädaolukorra lõppemisel, peab kohus või muu pädev organ meetme rakendamise osas viivitamatult otsuse tegema (505). Isikut tuleb regulaarselt ja kohases vormis teavitada tehtud otsuse põhjustest, selle pikendamise või

lõpetamise tingimustest (506). Soovitus sätestab liikmesriikidele kohustuse tagada tahtest olenematule paigutamisele või ravile allutatud isikule reaalne võimalus oma õiguste kaitseks muuhulgas esitada kaebus tehtud otsuse peale ning olla menetluse käigus ära kuulatud isiklikult või läbi esindaja. Isikule ja tema esindajale tuleb tagada juurdepääs kõigile kohtumenetluse materjalidele. Kohus peab oma otsuse vastu võtma viivitamatult ning otsus isiku tahtest olenematu paigutamise või ravi suhtes peab baseeruma kehtivatel ja usaldusväärsetel meditsiinilise ekspertiisi standarditel ning võtma arvesse vaimse tervise häirega isiku vajadust saada ravi tema tervislikule olukorrale vastavas asutuses (507). Kuigi soovitus eristab rangelt tahtest olenematut paigutamist ja tahtest olenematut ravi, võib nende osas otsuse võtta siiski ühes administratiiv- või kohtuorgani otsuses (508). Kui organ tuvastab otsuse tegemise käigus siseriikliku seaduse mistahes rikkumise, peab sellised järeldused saatma viivitamatult asjakohasele ametkonnale. Kaebeõigus kohtuotsuse peale peab olema tagatud (509). Isiku kehalisse puutumatusse väga sekkuvat ravi võib ilma isiku otsese teavitatud nõusolekuta läbi viia vaid juhul, kui vähemsekkuvad raviviisid puuduvad ning kui sellise raviviisi kasutamise on heaks kiitnud kohus või muu selleks pädev organ (510).

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) on rõhutanud, et menetlus, mille käigus isiku tahtest olenematu paigutamine otsustatakse, peaks olema sõltumatu ja erapooletu ning põhinema objektiivsel meditsiinilisel ekspertiisil. Mis puutub tahtest olenematusse tsiviiliseloomuga paigutamisse, siis paljudes riikides teeb selle otsuse või annab selleks lühikese aja jooksul loa kohtuvõim, tuginedes psühhiaatrite arvamusele. Isikul, kelle on tema tahtest olenemata paigutanud psühhiaatriaasutusse kohtuväline organ, peaks olema õigus alगतada menetlus, millega kohus otsustab tema kinnipidamise seaduslikkuse võimalikult lühikese aja jooksul (511). Patsiendil peaks olema võimalik mõistlike ajavahemike järel nõuda, et kohus uuriks tema psühhiaatriaasutuses viibimise vajadust (512).

Euroopa Inimõiguste Kohus on kontrollmehhanismi tähtsust rõhutanud otsuses *Storck vs Germany*. Kohus asus seisukohale, et psühhiaatrilist abi vajavate isikute puhul on riigile pandud kohustus kaitsta selliste isikute füüsilist terviklikkust. Riik ei saa end sellest kohustusest vabastada andes teenuse osutamise üle eraõiguslikele isikutele. Riigi kohustuseks on teostada järelevalvet ja läbi viia kontrolli kõigi teenuseosutajate üle. Sellistele asutustele ja eriti asutustele, kus isikuid hoitakse ilma kohtuliku kontrollita,

peab olema väljastatud tegevusluba ning lisaks tuleb teostada kõigi psühhiaatrilist abi osutavate asutuste üle asjatundlikku ja regulaarset järelevalvet hindamaks, kas kohaldatavad piirangud ja osutatav ravi on põhjendatud (513). Oma otsuses asjas *Shukaturov vs Russia* on kohus leidnud, et ebaterve psüühikaga isikul, kes on tahtest olenemata paigutatud psühhiaatriaasutusse määramata või pikaks ajaks ning kelle puhul ei toimu asja automaatset perioodilist juriidilist ülevaatamist, on õigus mõistlike ajavahemike möödudes pöörduda kohtu poole eesmärgiga kontrollida tema kinnipidamise seaduslikkust (514). Lisaks on kohus seadnud kohasele kontrollmenetlusele mitmed kriteeriumid. Näiteks otsustas kohus asjas *Winterwerp vs Netherlands*, et isikule, kelle suhtes rakendatakse seoses vaimse tervise häirega tahtest olenematuid sekkumisi, tuleb tagada juurdepääs kohtule ning võimalus olla ära kuulatud kas isiklikult või vajadusel esindaja kaudu. Eeltoodu puudumisel ei ole tagatud põhiliste menetluslike tagatiste rakendamine vabaduse võtmise korral. Vaimse tervise häire võib tingida vajaduse protsessuaalseid õigusi piirata või kohandada, kuid ei saa kaasa tuua õiguste sisulist kahjustamist. Mõistagi võib esineda vajadus eriliste menetluslike tagatiste rakendamiseks eesmärgiga kaitsta isikute huve, kes ei ole oma vaimse tervise olukorrast tulenevalt täiel määral võimelised iseseisvalt tegutsema (515), kuid isiku vaimse tervise olukord ei õigusta inimõiguste konventsiooni artiklis 6.1 toodud menetluslike tagatiste täielikku piiramist (516). Lisaks on Euroopa Inimõiguste Kohus otsuses *X vs United Kingdom* sedastanud, et kohus peab *habeas corpus*¹ menetlustes kontrollima mitte ainult tahtest olenematu sekkumise protsessuaalse määramise õiguspärasust, vaid hinnang tuleb anda ka tingimustele, mille esinemine on isiku õiguspärase kinnipidamise aluseks. Seega tuleb anda hinnang tervishoiuteenuse osutaja poolt tehtud otsuse sisule ehk isiku vaimse tervise olukorrale. Erilist tähelepanu tuleb pöörata sellele, kas vabaduse võtmise põhjused asjaolud eksisteerivad ka kohtuotsuse tegemise seisuga (517). Seega loetakse isiku vabaduspõhiõiguse jätkuvat piiramist juhul, kui on ära langenud kinni pidamise aluseks olev vaimse tervise häire, inimõiguste konventsiooni rikkumiseks (518). Kohus on selgitanud ka menetluse pikkusesse puutuvat. Otsuses *E vs Norway* sedastas kohus, et inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni kohaselt peavad riigid korraldama oma õigussüsteemid viisil, mis võimaldab kohtutel oma töös arvesse võtta konventsiooni nõudeid. Õigumõistmise organid peavad võtma tarvitusele vajalikud administratiivsed abinõud muuhulgas ka puhkuste ajaks, mis tagavad kiireloomuliste asjade viivitamatu

¹ Rahvusvaheliselt käibel olev õiguslane termin, mis tähendab, et kedagi ei või vangistada ilma süüdimõistva otsuseta.

menetlemise. Eriti vajalik on kohase menetluse tagamine olukorras, kus kaalul on isiku vabadus (519). Kohus võttis antud asja lahendamisel seisukoha, et isiku vabaduse võtmise küsimuse läbi vaatamine kaheksa nädala jooksul alates tema kinni pidamisest, ei kvalifitseeru viivitamatu menetlusena (520). Kontrollmehhanismi suhtes on Euroopa Inimõiguste Kohus asunud seisukohale, et kohus, kes võtab vastu otsuseid isikute tahtest olenematu paigutamise või ravi asjades, peab olema sõltumatu täitevvõimust ning menetluse osapooltest. Samuti peab sellistes asjades pädevust omav kohus pakkuma sisulisi tagatiseid vabaduse võtmise asjade läbi vaatamiseks rakendatava õigusliku menetluse osas (521). Ekspertiisi sõltumatuse tagamiseks ei tohiks isikut hindav ekspert olla selle tervishoiuasutuse töötaja, kus isiku kinni pidamine toimub (522).

Kontrollmehhanism peab teenuse tarbijate huvide kaitsmise ja teenuse osutajate õiglase kohtlemise tagamise eesmärgil vastama sellistele printsiipidele, nagu avatusel ja läbipaistvusele põhinev konsulteerimine osapooltega; kvaliteedi edendamine; erapooletus; ligipääsetavus; kiirus ja tundlikkus; viisakus; usaldusväärsus; konfidentsiaalsus; iseseisva esinduse tagamine; humanse ravi ja hoolduse tagamine; läbipaistev menetlus. Seaduse tasandil tuleb sätestada kaebuste esitamise, uurimise ja lahendamise kord ning reguleerida kaebuse esitamise, kaebusele vastamise ja otsuse tegemise tähtaeg. Lisaks peab olema sätestatud edasikaebeõigusesse puutuv. Vajadusel tuleb vaimse tervise teenust osutavas asutuses määrata isikute huvide kaitseks isik, kes vajadusel edastab patsientide kaebused kontrollorganile (523).

5.7.2 Kontrollmenetluse olemasolu regulatsioon teistes riikides

Kõik valdkonda reguleerivad rahvusvahelised instrumendid rõhutavad iseseisva ja tõhusa kontrollmenetluse olemasolu tähtsust vaimse tervise häirega isikute õiguste tagamise seisukohalt. Ka Euroopa Inimõiguste Kohus on arvukates otsustes lahanud kontrollmenetlusega seonduvat problemaatikat ning juhtinud tähelepanu mitmetele vajakajäämistele erinevate riikide tegevuses nõuetekohaste kontrollmehhanismide tagamisel. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud kontrollmehhanismide olemasolu ja käitamine isikute põhivabaduste piirangute kontrollimiseks vaimse tervise teenuse osutamisel.

5.7.2.1 Kontrollmenetluse regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse kohaselt teostavad kontrollmehhanismi vaimse tervise teenuste osutamise üle iseseisva õigusemõistmise õigusega vaimse tervise järelevalve vahekohtud (524).

Vahekohtul on pädevus otsustada isiku kinnipidamise üle, ambulatoorse tahtest olenematu ravi jätkuva kohaldamise üle, isiku suhtes eestkoste rakendamise üle või tingimusliku vabastamise üle. Esimese astme vahekohus ei vaata läbi teiste isikute poolt tehtud otsuseid isiku kinnipidamise või teatud meetmetele allutamise üle, vaid kohtu ülesandeks on otsustada, kas istungi toimumise aja seisuga on isiku suhtes piiravate meetmete kohaldamine vajalik. Praktikas lähtub kohus peamiselt sellistest asjaoludest, nagu isikuvabadus, avalikkuse kaitse ja isiku parimad huvid. Istungid on tavaliselt kinnised ning toimuvad haiglas, kus isikut kinni peetakse. Isiku põhivabaduste piiramise korral lasub tõendamiskoormus kinnipidamiskohal (haiglas), isik ei pea ise oma vabastamise aluseid tõendama. Isikul on õigus osa võtta kõigist vahekohtu istungitest kas ise või esindaja kaudu. Siiski on kohtu esimehel õigus anda nõusolek asja arutamiseks kirjalikus menetluses juhul, kui isik ise ei ole ära kuulamist nõudnud või kui vahekohtu arvates võiks istungil osalemine mõjuda isiku tervisele negatiivselt. Kohtul on tavapärase halduskohtu tunnused, kuna kohus saab ise tõendeid koguda ja kuulab üle tunnistajaid. Kohtu otsuste peale võib kaevata kõrgemale kohtule (525).

Vahekohus võtab menetluse käigus seisukoha isiku vabastamise või mittewabastamise suhtes. Kohus ei saa iseseisvalt vabastada sundravile määratud isikuid, kelle osas langetab lõpliku otsuse riigisekretär. Otsustades positiivselt isiku asutusest vabastamise osas, võib vahekohus vabastamise ette näha mitte koheselt, vaid tulevikus saabuval kindlaksmääratud kuupäeval. Kui vahekohus otsustab isiku vabastamise osas negatiivselt, võib ta siiski anda soovitusi isiku lubamiseks ravipuhkusele või üle viimiseks teise haiglasse. Kohtu poolt tehtud soovitused ei ole tervishoiuteenuse osutajatele kohustuslikud, kuid neid tuleb arvesse võtta. Vahekohtul on õigus juhul, kui tema soovitusi ei rakendata, alustada isiku asjas uuesti menetlust ilma selleta, et asjassepuutuv isik või keegi teine seda taotleks (526).

Vahekohtu poole võivad pöörduda isikud ise, kelle vabadusi on piiratud, aga ka asjassepuutuvate isikute lähisugulased. Taotluse võib esitada kohtule üks kord iga sekkumise kohta. Tahtest olenematule läbivaatusele paigutatud isikud võivad vahekohtu poole pöörduda 14-päevase tähtaja jooksul alates vabaduse võtmisest. Tahtest olenematule ravile paigutatud isikud võivad vahekohtu poole pöörduda kuue kuu jooksul vabaduse võtmisest. Kui tahtest olenematut ravi pikendatakse, võib kohtu poole pöörduda kogu pikendamisperioodi jooksul. Lähisugulased võivad vahekohtu poole pöörduda 28 päeva jooksul alates päevast, kui tervishoiuteenuse osutaja keeldus lähisugulase esitatud avalduse alusel isiku vabastamisest (527).

5.7.2.2 Kontrollmenetluse regulatsioon Soomes

Soome vaimse tervise seaduse kohaselt kuulub järelevalve tegemine üleriikliku vaimse tervise alase tegevuse üle sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi pädevusse. Lääni piires kuulub järelevalve tegemine läänivalitsuse pädevusse ja seda just eriti seaduse 4.peatüki kohaselt tahtest olenematule ravile või läbivaatusele allutatud isiku põhiõiguste piiramise küsimustes (528). Kontrollametkond ei vaata läbi vaimse tervise alast tegevuse osas esitatud kaebusi, mis puudutavad üle 5-aasta vanuseid asjaolusid välja arvatud juhul, kui kaebamiseks on erilised põhjused (529).

Isiku suhtes võib tahtest olenematut ravi kohaldada peaarsti esildise alusel kestusega kuni kolm kuud. Kui enne kolmekuulise tähtaja lõppu on selge, et isik vajab jätkuvat ravi, võib ravi pikendada täiendavalt kuni kolmeks kuuks. Otsus pikendamise kohta tuleb edastada kontrolliks läänikohtule (530). Sundravi võib isiku suhtes kohaldada korrakaheks kuuks ja ravi kohaldamise kinnitab tervishoiu õiguskaitsekeskus. Sundravi pikendamine leiab aset samuti kuuekuuliste intervallide kaupa ja pikendamise otsuse kinnitab läänikohus (531).

Ohjeldusmeetmete (eraldamine ja fikseerimine) rakendamise kohta tuleb iga kahe nädala tagant edastada ülevaade läänivalitsusele. Ülevaates tuuakse välja patsiendi isikuandmed, läbi viidud toimingute kirjeldus ja põhjus ning toimingud määranud arsti nimi. Läänivalitsus peab hävitama patsiendi puudutavad andmed kahe aasta jooksul andmete saamisest (532).

Arsti otsuse peale, mis puudutab isiku määramist ravile, ravi jätkamist tema tahtest olenemata, omandi ülevõtmist või suhtlemiskeeldu, võib kaevata halduskohtuse. Kaebus tuleb esitada 14 päeva jooksul otsusest teada saamisest. Halduskohtu otsust, mis puudutab omandiõiguse piiranguid, ei saa edasi kaevata. Samuti saab kaevata tervishoiu õiguskaitsekeskuse otsuse peale isiku vabaduste piiramise kohta. Kaebused võib anda haigla peaarstile kaebeorganile edasi saatmiseks. Peaarst väljastab isikule dokumendi kaebuse ja muude dokumentide üle andmise kohta ning edastab saadud materjalid viivitamatult kaebeorganile. Alaealise tahtest olenematule ravile määramise või ravi jätkamise otsuse peale saab kaebuse esitada vähemalt 12-aastane alaealine ise, tema vanemad ja hooldajad ning samuti isik, kes on alaealist vahetult enne ravi algust hooldanud ja kasvatanud. Alaealise suhtes kehtestatud suhtlemiskeelu peale võib kaebuse esitada vähemalt 12-aastane alaealine ise, tema hooldajad, eestkostja või muu seaduslik esindaja ning samuti muu asjassepuutuv isik, kelle suhtlemist lapsega on piiratud (533).

Hoolimata kaebuse esitamisest pööratakse tahtest olenematule ravile allutamise, selle jätkamise või omandi ülevõtmise otsus koheselt täitmisele. Kui sellise otsuse suhtes on esitatud kaebus, võib kaebeorgan keelata otsuse täitmisele pööramise või määrata selle katkestamise (534). Kaebeorgan käsitleb tahtest olenematu ravi ja vaimse tervise ekspertiisi osas esitatud kaebusi kiireloomulistena (535).

Tervishoiu õiguskaitsekeskus ja läänivalitsus võivad põhjendatud aluste olemasolul kontrollida vaimse tervise teenuse osutaja tegevuskohta. Kontroll võib toimuda ette teatamata. Kontrollametnikel on õigus siseneda kõigisse teenuseosutaja ruumidesse. Samuti tuleb kontrollmenetluse käigus võimaldada juurdepääs kõigile kontrollametniku poolt soovitud dokumentidele, mis on vajalikud kontrolltoimingute läbi viimiseks. Ametniku palvel tuleb talle anda tasuta koopiaid kõigist kontrolli läbi viimise seisukohalt vajalikest dokumentidest. Kontrollametnik võib kontrollmenetluse käigus pildistada. Vajadusel võib kontrollametnik kasutada toimingute läbi viimiseks asjatundjate abi (536). Kui vaimse tervise teenuste korraldamisel või osutamisel leitakse patsientide turvalisust ohustavaid puudusi või muid ebakohti või on tegevus seadusega vastuolus, annab kontrollametnik korralduse puuduste või ebakohtade parandamiseks teatud aja jooksul. Patsienditurvalisuse tagamiseks võib teenuste osutamise ajutiselt peatada või keelata ajutiselt tegevusüksuse, selle osa või asutuse kasutamise. Määruses võib anda ka trahvi- või muu karistuse hoiatuse. Kontrollametkonna määrust teenuse osutamise peatamiseks

või tegevusüksuse, selle osa või asutuse tegevuse keelamiseks tuleb täita hoolimata kaebuse esitamisest määruse peale, välja arvatud juhul, kui kaebeorgan otsustab teisiti (537).

5.7.2.3 Kontrollmenetluse regulatsioon Rootsis

Rootsi tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt allub tahtest olenematu ravi kohtulikule kontrollile juhul, kui selle kohaldamine on vajalik kestusega kauem, kui neli nädalat. Sellisel juhul peab tervishoiuteenuse osutaja enne neljanädalase perioodi lõppu esitama kohalikule halduskohtule taotluse tahtest olenematu ravi pikendamiseks. Taotluses peab ära tooma alused, mis tingivad tahtest olenematu ravi pikendamise ning samuti tuleb näidata, et vähempiiravama ravi kohaldamine ei ole võimalik. Taotlusele peab olema lisatud isiku raviplaan nii juba saadud tervishoiuteenuste kui ka planeeritavate sekkumiste osas (538). Kohus võib taotluse alusel pikendada tahtest olenematut ravi kuni neljaks kuuks otsuse tegemise päevast alates (539). Edaspidi võib tahtest olenematut ravi pikendada kuuekuuliste perioodide kaupa (540). Juhul, kui isiku viibib psühhiaatrilist abi osutavas asutuses ravilepingu alusel, peab tema suhtes tahtest olenematu ravi kohaldamisel tervishoiuteenuse osutaja pöörduma kohtu poole nelja päeva jooksul ravi kohaldamise otsuse tegemisest (541).

Tahtest olenematule ravile allutatud isik võib pöörduda kaebusega halduskohtu poole tema suhtes tahtest olenematu ravi kohaldamise osas. Sellist avaldust loetakse ühtlasi ka taotluseks tahtest olenematu ravi lõpetamiseks. Lisaks eeltoodule võib isik pöörduda halduskohtu poole kaebusega tervishoiuteenuse osutaja tegevuse peale tahtest olenematu ravi lõpetamise taotluse mitterahuldamiseks, otsuse peale isiku valduses olnud teatud esemete hävitamiseks ning otsuse peale haigla territooriumilt lahkumise mittelubamiseks. Teised tervishoiuteenuse osutaja poolt tahtest olenematu ravi seaduse alusel langetatud otsused on lõplikud ja nende suhtes kaebusi esitada ei saa (542).

Tahtest olenematu ravi seaduses ette nähtud taotluste ja kaebustega peab kohus tegelema viivitamatult. Üldiselt peab osundatud taotluste ja kaebuste osas otsuse tegema kaheksa päeva jooksul taotluse või kaebuse saamisest (543). Reeglina tuleb asjades läbi viia suuline menetlus välja arvatud juhul, kui see on äärmiselt ebavajalik. Kohtuistung toimub tervishoiuteenuse osutaja asukohas. Istungil kuulatakse ära asjassepuutuv isik,

tema tugiisik ja tervishoiuteenuse osutaja esindaja. Vajadusel võib istungil osaleda ekspert, kusjuures eksperdil on õigus küsitleda nii ravile allutatud isikut kui tervishoiuteenuse osutaja esindajat (544).

Sundravi kohaldamine toimub vaid kohtuotsuse alusel ja algab viivitamatult pärast otsuse jõustumist (545). Kohtu loal võib lubada sundravile allutatud isikutel teatud ajaks lahkuda psühhiaatrilise abi osutaja territooriumilt. Sundravi kohaldatakse algselt kuni neljaks kuuks, edasine pikendamine toimub kuuekuuliste intervallide kaupa (546). Juhul, kui on ära langenud sundravi kohaldamise alused, lõpetab kohus tervishoiuteenuse osutaja või isiku enda taotlusel koheselt isiku suhtes sundravi kohaldamise (547). Sundravile allutatud isik võib pöörduda halduskohtusse eesmärgiga vaidlustada sundravile paigutamine, sundravi lõpetamisest keeldumine, haigla territooriumilt lahkumise keeldumine või lahkumise lubatavusest taganemine, omandi hävitamine või müük. Muud tervishoiuteenuse osutaja poolt tehtud otsused vaidlustamisele ei kuulu. Tervishoiuteenuse osutajal puudub õigus vaidlustada kohtu poolt tehtud otsuseid ülalloeletud küsimustes. Täiendavalt on prokuröri õigus vaidlustada tervishoiuteenuse osutaja poolt tehtud otsuseid, mille alusel lubatakse isikul haigla territooriumilt lahkuda ning samuti sundravi lõpetamise otsust (548).

5.7.2.4 Kontrollmenetluse regulatsioon Saksamaal

Peamise regulatsiooni kaebemenetluse ja kohtuliku kontrolli läbi viimiseks annab seadus vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta (549). Seaduse 4.peatükk reguleerib tahtest olenematule sekkumisele allutamise küsimusi. Saksamaal menetleb tahtest olenematu läbivaatuse, paigutamise ja ravi küsimusi perekonnakohus. Sundravi küsimusi menetleb kriminaalkohus. Isikul on õigus oma vabaduse võtmist iseseisvalt kohtus vaidlustada alates 14-aastaseks saamisest (550). Vabaduse võtmise üle otsustamiseks peab kohus isiku vahetult ära kuulama ning saama isikust vahetu ülevaate. Ära kuulamist viiakse võimalusel läbi isiku tavapärasel keskkonnas. Kohus teavitab isikut ka menetluse iseloomust (551). Asja menetlemise käigus on kohtul õigus ära kuulata isiku lähedased, hooldaja, esindaja jne. Samuti on tahtest olenematu sekkumise korral kohtul õigus konsulteerida asjatundjaga, kes on isiku läbi vaadanud või teda küsitlenud. Asjatundjaks on kas psühhiaater või muu psühhiaatriaalast pädevust omav arst. Alaealiste puhul peab asjatundja olema lastepsühhiaater, lisaks võib kohus küsitleda

ka psühhoterapeute, psühholooge, pedagooge ja sotsiaalpedagooge (552). Isiku vabaduse võtmise otsus peab määrama vabaduse võtmise tähtaja, mis ei või olla pikem, kui 12 kuud, mõjuvate asjaolude korral kuni 2 aastat (553). Kohtu otsus jõustub kaebetähtaja möödumisel, kuid kohus võib otsuse määrata ka viivitamatule täitmisele. Kohtuotsus tehakse teatavaks nii isikule, kelle suhtes tahtest olenematut sekkumist kohaldatakse, kui ka teistele asjassepuutuvatele isikutele (554). Tahtest olenematu sekkumise pikendamise protseduur on sama, kui esmakordse vabaduse võtmise korral. Erandina ei või kohus juhul, kui vabaduse võtmise kogupikkus ulatub üle nelja aasta, asjatundjana kasutada arsti, kes isikut seni on ravinud või läbi vaadanud või kes töötab asutuses, kus isikut kinni peetakse (555).

Isik võib esitada kaebuse meetmete suhtes, mida tema vabaduse piiramisega haakuvalt rakendatakse. Siiski on kaebus kehtiv vaid siis, kui isik näitab ära, et rakendatud abinõud tõepoolest tema õigusi piiravad. Kohtu otsus sellise kaebuse osas on lõplik ja ei oma üldiselt tagasiulatuvat jõudu (556).

Vaadeldes juba eelkäsitletud kolme liidumaa – Berliini, Hamburgi ja Nordrhein-Westfaleni vaimse tervise küsimusi reguleerivaid seadusi, nähtub, et kontrollmenetluse küsimused on neid seadustes reguleeritud erineva mahuga. Hoolimata täiendava regulatsiooni erisustest kohaldub kõigis liidumaades tahtest olenematute sekkumiste kohtulikule kontrollile ülalkirjeldatud seadus vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta.

Berliini psüühiliselt haigete seadus (557) ei anna lisaks seadusele vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta mingit täiendavat regulatsiooni kontrollmenetluste osas.

Samas Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus näeb esialgse õiguskaitse korras ehk ilma kohtu otsuseta tahtest olenematult kinni peetud isikule ette õiguse esitada kaebus perekonnohtule juhul, kui tal on eriline huvi õigusvastasuse kindlaks tegemiseks. Sellisel juhul leiab vaidlus aset isiku ja asutuse vahel, kolmandaid isikuid ei kaasata (558). Lisaks on Hamburgis seaduse alusel loodud järelevalvekomisjon, kelle ülesandeks on kontrollida nii psühhiaatrilise abi osutamisse kui ka isikute põhiõiguste tagamisse puutuvat. Komisjon peab külastama

asutusi, kus isikuid tahtest olenematult kinni peetakse, vähemalt kord aastas. Asutuses viibivad isikud, nende esindajad, asutuse töötajad ja juhataja võivad komisjoni liikmete poole pöörduda kirjalike ja suuliste kaebuste ja soovidega. Kirjalikult esitatud pöördumisi, mis puudutavad tahtest olenematuid sekkumisi, võtab komisjon vastu ka muudelt isikutelt. Komisjon kajastab järelevalvearuandes muuhulgas ka isikute poolt esitatud kaebusi ja soove. Asutus peab komisjoniga järelevalve teostamise eesmärkidel koostööd tegema (559).

Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt teostab õiguslikku järelevalvet haiglate tegevuse üle isikute kinni pidamisel selleks ette nähtud järelevalveametkond (560). Järelevalveametkonnaks on seaduse alusel moodustatud külastuskomisjon, kelle ülesandeks on vähemalt kord 12 kuu jooksul külastada asutusi, kus isikuid peetakse kinni seoses nende vaimse tervise häirega. Külastuskomisjoni peavad kuuluma riigiteenistujast meditsiinivaldkonna järelevalveametkonna esindaja, psühhiaatria erialale spetsialiseerunud arst ja perekonakohtu kohtunik või muu kohtunikuametiks ette valmistatud kõrgem riigiametnik. Rahvatervise eest vastutav ministeerium võib nimetada täiendavaid alalisi või ajutisi komisjoniliikmeid, kelleks võivad olla näiteks teenusetarbijate või nende lähedaste ühingute esindajad. Komisjoni külastustest võivad osa võtta ka rahvatervisege tegeleva ametkonna esindajad. Külastuskomisjoni ülesandeks on teha kindlaks, kas asutused täidavad neile pandud tahtest olenematu kinnipidamisega seonduvaid ülesandeid. Külastuse käigus võivad asutuses kinni peetavad isikud või neid esindavad patsiendikaebuste komisjoni liikmed soovide ja kaebustega külastuskomisjoni poole pöörduda. Esitatud soovid ja kaebused leiavad kajastamist asutusele esitatavas aruandes. Asutus peab aruande koos omapoolsete seisukohtadega edasi saatma liidumaa rahvatervise eest vastutavale ministeeriumile (561). Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduses sätestatu osas on üldiseks järelevalveametkonnaks piirkondlik valitsus, kes allub omakorda rahvatervise eest vastutavale ministeeriumile (562).

5.7.3 Õiguse kontrollmenetluse olemasolule regulatsioon Eestis

Üldise printsiibina sätestab psühhiaatrilise abi seadus, et seaduses ettenähtud haldusmenetlusele kohaldatakse haldusmenetluse seaduse sätteid (563). Eraldi

käsitletakse seaduses tahtest olenematu ravi kontrolli, mille kohaselt võib isiku tahtest olenematu ravi haigla psühhiaatriaosakonnas kesta üle 48 tunni ainult kohtu loal. Kohtult taotleb raviks luba kas haigla pea- või ülemarst, isiku eestkostja või kohalik omavalitsus, olenevalt tahtest olenematu ravi kestusest. Järelevalvet tahtest olenematu ravi üle teostab Tervishoiuamet (564).

Täpsema menetluskorra tahtest olenematu paigutamise ja ravi määramiseks ning kontrolliks näeb ette tsiviilkohtumenetluse seadustik (565). Tahtest olenematu paigutamise või ravi kohaldamiseks esitab kohtusse avalduse kas kohalik omavalitsus, isiku eestkostja või tervishoiuteenuse osutaja. Enne isiku kinnisesse asutusse paigutamist kuulab kohus isiku ära ja selgitab talle menetluse kulgu. Kummatigi ei ole aga kohtul kohustust isikut ära kuulata ja seda näiteks juhul, kui otsuse langetamine on kohtu hinnangul võimalik kirjalike dokumentide alusel, kui ärakuulamine võib oluliselt kahjustada isiku tervist või kui isik ei suuda ilmselt tahet avaldada. Kohtule on antud võimalus isik ära kuulata ka alles peale esialgse õiguskaitse raknedamist. Kohtul on kohustus küsida paigutamise kohta ka kohaliku omavalitsuse arvamust ning kuulata ära rida asjassepuutuvaid isikuid. Kui viivitusega kaasneks oht, võib kohus esialgset õiguskaitset rakendada juba enne isiku enda ja teiste isikute ärakuulamist ja esindaja määramist. Vajaduse korral kuulab kohus isiku ära isiku jaoks tavalises keskkonnas. Esialgset õiguskaitset võib rakendada kuni neli päeva alates isiku kinnisesse asutusse paigutamisest. Pärast isiku enda ja eksperdi ärakuulamist võib tähtaega pikendada kuni kahe nädalani. Nimetatud tähtaja sisse arvestatakse ka isiku paigutamine kinnisesse asutusse ekspertiisi tegemise eesmärgil. Maksimaalseks paigutamise kestuseks on kuni 1 aasta. Seaduses sätestatud juhtudel ja korras võib isiku kinnisesse asutusse paigutada ka kohtu määruseta, kui see on vältimatu isiku enda või avalikkuse kaitseks ja kohtu määruse saamine ei ole piisavalt kiiresti võimalik ning sel juhul tuleb esitada avaldus kohtu määruse saamiseks hiljemalt järgmisel tööpäeval. Kohus võib kinnisesse asutusse paigutamise lõpetada isiku enda või tema eestkostja või isiku elukoha järgse valla- või linnavalitsuse taotlusel või omal algatusel.

Kohus toimetab kinnisesse asutusse paigutamise ja seda peatava või selle lõpetava määruse, samuti kinnisesse asutusse paigutamisest keeldumise määruse kätte isikule endale, tema esindajale ja eestkostjale, samuti muudele menetluses osalenud isikutele, tervishoiuteenuse osutajale ja valla- või linnavalitsusele. Määruse põhjendust ei pea

isikule endale teatavaks tegema, kui see võib tema tervislikku seisundit kajastavate dokumentide kohaselt tekitada olulist kahju tema tervisele. Kinnisesse asutusse paigutamise määruse ja asutusse paigutamisest keeldumise määruse, paigutamise lõpetamise ja lõpetamisest keeldumise määruse ning esialgse õiguskaitse rakendamise määruse peale võib esitada määruskaebuse isik, kelle suhtes on abinõusid rakendatud, muud menetlusosalised ja valla- või linnavalitsus, samuti kinnise asutuse juht.

Ka sundravi osas teostab kontrollmenetlust ravi määramise küsimustes kohus (566). Seejuures osaleb isik ise ravi kohaldamise menetluses niivõrd, kui seda võimaldab tema vaimne seisund. Ravi kohaldamise otsustab aga kohtunik ainuisikuliselt lähtudes prokuröri poolt esitatud dokumentatsioonist. Kohus võib sundravile allutatava isiku ära kuulata, kuid ei pea seda tegema (567). Sundravi kohaldamise vajalikkuse kontrolliks ja ravi lõpetamiseks võib taotlusega kohtusse pöörduda ravi-asutus, prokuratuur, ravil viibiva isiku lähedane, seadusjärgne esindaja või kaitsja (568). Õigust vaidlustada ravi kohaldamine või taotleda ravi lõpetamist ei ole seega antud ravile allutatud isikule endale. Üldist järelevalvet psühhiaatrilise sundravi korralduse ja kvaliteedi üle teostab Tervishoiuamet (569).

Seadustest ja Riigikohtu praktikast tulenevalt tuleb isiku tsiviilkohtumenetluse korras kinnisesse asutusse paigutamise õiguspärasuse hindamisel eelkõige kontrollida nii vastavate materiaalsete aluste olemasolu kui ka menetluse formaalset korda ning õiguspäraseks saab menetlust pidada vaid juhul, kui järgitud on mõlemat (570). Vaimse häire olemuse hindamisel kohtu poolt seisneb põhiline oht selles, et see eeldab teatud eriteadmisi, mida kohtunikul üldjuhul ei ole. Kohtunikule edastab kohase info arst ja sageli sisuliselt ka hindab seda, kas vabaduse võtmine ehk kinnisesse asutusse paigutamine on põhjendatud. Kohtunik peaks määrust tehes siiski kajastama oma siseveendumust, mis võib toetuda arsti arvamusele. Seega ei võiks määruse põhjenduseks olla vaid haigusloost kopeeritud vaimse seisundi kirjeldus, vaid selle interpretatsioon vastavalt seaduse sätetele, kohtuniku enda seisukohale ja siseveendumusele (571).

Lisaks on Riigikohus oma lahendites (572) rõhutanud, et menetlus, mille õiguslikuks tagajärjeks on isikuõiguste piiramine, seab kohtule nõudmise teha kõik võimalikud toimingud, et saavutada isiku istungile kutsumise või kutsumata jätmise osas veendumuse maksimaalne aste. Seega peab tahtest olenematu ravi asja menetlev kohus aktiivselt

selgitama välja isiku võime kohtuistungil osaleda ning tagama isiku osavõtu tema õiguste piiramise otsustamiseks peetavast istungist. Lubamatu on isiku õiguse olla ära kuulatud piiramine pelgalt vabaduse võtmist taotlenud asutuse või isiku arvamusele põhinedes. Ära kuulamisõiguse piiramine on lubatav vaid isiku tervise säästmise huvides ning peab olema iga kord objektiivselt põhjendatud ning dokumenteeritud. Juhul, kui isikul puudub võimalus menetluse kestel rääkida kohtuniku või esindajaga, võib olla piiratud ka isiku põhiseaduses toodud edasikaebeõigus, kuna ta ei pruugi iseseisvalt aru saada kohtumääruse vaidlustamise võimalustest. Kui isiku tervislik seisund ei võimalda kohtumajja toimetamist, on tsiviilkohtumenetluse seadustiku kohaselt võimalik istung pidada ka kinnises asutuses. Kui isiku ära kuulamine ei võimalda viivitamatut otsustamist ning isiku vabadust piiratakse enne tema enda ja teiste isikute ära kuulamist ja isikule esindaja määramist siis peaks isikute ära kuulamine toimuma võimalikult kiiresti peale esialgse õiguskaitse rakendamise otsustamist. Reeglina mingeid täiendavaid menetlustoiminguid seda liiki asjades mõistliku aja jooksul ei tehta ehk et kui isikult on vabadus võetud ilma teda ja teisi isikuid ära kuulamata või isikule esindajat määramata, siis reeglina ei toimu kohtu poolt ära kuulamist ka isiku kinnipidamise käigus (573).

Käesoleval ajal on tsiviilmenetluse korras isikult vabaduse võtmise puhul probleemiks ka paigutamisosüste tegemise kord. Suurem osa tsiviilkohtute poolt menetletavatest juhtudest moodustavad esialgse õiguskaitse kohaldamise kaasused. Esialgse õiguskaitse eesmärgiks võib aga menetlusõigusteooria kohaselt üldiselt pidada teatud õigussuhte ajutist reguleerimist seni, kuni osutub võimalikuks teha suhte osas lõplik kohtulahend. Tahtest olenematu paigutamise ja ravi valdkonnas on esialgne õiguskaitse kujunenud sisuliselt iseseisvaks lühiajaliseks kinnipidamise aluseks ning enamasti legaliseeritakse isikult vabaduse võtmine ilma pikemate põhjendusteta esialgse õiguskaitse maksimaaltähtajaks ehk kolmeks kuuks. Kuna esialgse õiguskaitse staadiumis ei ole vajalik kohaliku omavalitsuse sekkumine ega teostata veel ka ekspertiisi isiku vaimse seisundi kohta, siis on sellest kujunenud lihtsustatud ja lühiajaline paigutamine kinnisesse asutusse (574). Peamiseks põhjuseks, miks ravi- ja hoolekandeesutused ja muud avalduse esitamise õigust omavad isikud taotleavad just esialgse õiguskaitse korraldamist on soov ja vajadus vältida kohaliku omavalitsuse osalemist vabaduse võtmise menetluses. Arvestades kohtusse pöördumise väga lühikest tähtaega on kohaliku omavalitsuse õigeaegne kaasamine menetlusse tihti võimatu. Samuti soovitakse vältida isiku terviseseisundit puudutavate andmete liigset käitlemist.

Viimasel ajal on Eestis tõusetunud ka diskussioon tahtest olenematute sekkumiste allutamise kohasusest tsiviilkohtumenetlusele. Näiteks on Tallinna Ringkonnakohus oma 11.11.2008 otsuses mittedõustunud esimese astme kohtu seisukohaga, et tahtest olenematu ravi osutamine toimub võlasuhtes. Võlasuhte korral oleks isikul psühhiaatrilise abi seaduse § 11 lõikes 1 toodud asjaolude esinemise ja ravile allutamise korral tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimine kohustuslik. Sellise lepingu sõlmimiseks patsiendi poolt tehingu tegemine või nõustumuse andmine ei ole aga võimalik ning osundatud sätte alusel ravile allutamise korral ei ole võimalik tuvastada, kas tervishoiuteenuse osutamise alustamine vastas patsiendi tegelikule või eeldatavale tahtele. Sellist taht psühhiaatrilise abi seaduse § 11 kohaselt ei eeldata. Tahtest olenematule psühhiaatrilisele ravile allutamise kohustuse korral puuduvad ka muud võlaõigusseaduses tervishoiuteenuse osutamise lepingule omased tunnused, nagu näiteks võlaõigusseaduse § 772 lõikes 2 näidatud patsiendi õigus lepingut igal ajal üles öelda. Seega ei saa kohtu hinnangul isikule tahtest olenematu ravi osutamist käsitleda eraõiguslikus suhtes osutatud raviteenusena (575). Tulenevalt eeltoodust ja arvestades suhte avalik-õiguslikku iseloomu peaks isikult läbivaatamise, paigutamise või ravi eesmärgil vabaduse võtmise kohtulik kontroll olema läbi viidud halduskohtute poolt. Sundravi ja kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi küsimustes jääks pädevaks kohtuks mõistagi kriminaalkohus.

Vaimse tervise teenuste kontekstis omab tähtsust ka sotsiaalhoolekandeseadusega reguleeritud rehabilitatsiooniteenus. Rehabilitatsiooniteenus on isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus (576). Isik, kes leiab, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja poolt läbi viidud haldusmenetluse käigus või teenuseosutaja poolt antud haldusaktiga on rikutud tema õigusi või piiratud tema vabadusi, võib esitada kolme kuu jooksul, arvates päevast, millal isik vaidlustatavast toimingust või haldusaktist teada sai või oleks pidanud teada saama, vaide Sotsiaalkindlustusameti juures asuvale vaidluskomisjonile. Vaidluskomisjoni otsusega mittedõustumise korral võib isik pöörduda halduskohtusse kolme kuu jooksul, arvates vaidluskomisjoni otsuse teatavaks tegemise päevast (577). Teiste sotsiaalteenuste korral võib isik, kes ei ole teenusega rahul, pöörduda kaebusega maavanema poole, kelle halduspiirkonnas vastavat teenust osutati (578). Puuduste ilmnemisel on maavanemal õigus teha teenuseosutajale ettepanek puuduste kõrvaldamiseks (579).

Isikule osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile annab hinnangu ning hinnangust tulenevalt teeb Tervishoiuametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekud tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (580). Lisaks teostavad Tervishoiuameti selleks volitatud ametnikud järelevalvet eriarstiabi osutajate, kelleks on ka psühhiaatrilise abi osutajad, tegevuse üle nii tahtest olenematu ravi, sundravi kui ka muude tervishoiuteenuste osutamisel (581).

5.7.4 Kontseptuaalsed ettepanekud õiguse kontrollmenetluse olemasolule reguleerimiseks Eestis

Tõhusa ja laiahaardelise kontrollmenetluse olemasolu on üks põhilisi garantiisid isikute põhiõiguste meelevaldse kitsendamise vastu. Kontrollmehhanism peab olema kõigile isikutele kättesaadav ning juurdepääsu ei või piirata näiteks isiku vaimse tervise häirest tulenevatel põhjustel. Samuti tuleb hea seista selle eest, et teave õigusest algatada kontrollmenetlus ning selle õiguse teostamise viisidest on kõigile isikutele, eriti tahtest olematule sekkumisele allutatud isikutele, teatavaks tehtud. Õiguste kaitse on täielik vaid juhul, kui menetlus on efektiivne ja erapooletu ning menetluse tulem on vahetult täidetav.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada vaimse tervise teenuseid tarvitavate isikute õigus kontrollmenetluse olemasolule, tuleb käesolevas alapeatükis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduses alused tõhusa kontrollmenetluse läbi viimiseks iga tervishoiuteenuse osutaja, ametniku, kohtuniku või muu isiku poolt tehtud otsuse õiguspärasuse üle vaatamiseks;
2. tuua vaimse tervise seaduses viited teistele seadustele, mis sätestavad täpsemalt kontrollmenetluste läbi viimise erinevate ametkondade poolt. Loetleda ametkonnad, kes viivad läbi vaimse tervise teenuste osutamise kontrolli mistahes aspektis ja piiritleda nende ametkondade pädevus;
3. kaaluda tahtest olenematute sekkumiste kontrolli allutamist edaspidi halduskohtutele;
4. reguleerida vaimse tervise teenuste üle teostatavad erinevad kontrollmenetlused seaduse tasandil võttes arvesse erinevates rahvusvahelise õiguse aktides ja Euroopa Inimõiguste Kohtu otsustes toodud kriteeriume efektiivsuse tagamiseks. Seadustes tuleb määratleda isikute ring, kellel on õigus kaebuste ja pöördumiste

esitamiseks kontrollorganitele. Lisaks tuleb sätestada kaebuste esitamise, uurimise ja lahendamise kord ning reguleerida kaebuse esitamise, kaebustele vastamise ja otsuse tegemise tähtaeg ning ka edasikaebeõigusesse puutuv. Muuhulgas tuleb seadustes sätestada nõue viia menetlus läbi lähtuvalt lihtsuse ja viivitamatuse printsiipidest ning kohustus kaasata menetlusse erapooletuid vaimse tervise alaseid asjatundjaid (eksperte);

5. sätestada seaduse tasandil kontrollorgani (eriti kohtu) absoluutne kohustus isiku ära kuulamiseks või isikuga kohtumiseks eesmärgiga veenduda ära kuulamise võimatuses. Juhul, kui isiku ära kuulamine ei ole võimalik, peab kohus ära kuulama isiku esindaja. Tahtest olenematutele sekkumistele ja sundravile allutatud isikute puhul tuleb eelistada nende ära kuulamist nende asukohas. Teenuseosutaja on eelosundatud juhul kohustatud looma piisavad ja privaatsust võimaldavad tingimused kontrollorgani tööks;
6. määratleda seaduse tasandil alaealiste õigus teatud eluaastate täitumisel esitada iseseisvalt vaimse tervise teenustega seonduvaid kaebusi ja pöördumisi ning osaleda kontrollmenetlustes;
7. sätestada seaduse tasandil erapooletu kontrollorgani (riigiasutuse) kohustus perioodiliselt teostada tõhusat ja kõikehõlmavat järelevalvet vaimse tervise teenuse osutajate üle ning esitada teenuse osutamisega seotud ning seaduses loetletud aspektide osas Sotsiaalministeeriumile iga-aastane aruanne;
8. kaaluda avalik-õigusliku asutuse loomist vaimse tervise häirega isikute õiguste kaitseks, mille eesmärgiks on pakkuda asjassepuutuvatele isikutele juriidilisi ja ombudsmanilaadseid teenuseid ning võtta vastu isiku eest asendusotsuseid, või võimaldada muule sõltumatule isikule (mittetulundussektor) riigipoolset rahastamist samade ülesannete täitmiseks. Asutuse käivitamisel või teenuse sisseostmisel sätestada ammendav regulatsioon teenuste osutamiseks ja nende kontrolliks;
9. kohustada kõiki vaimse tervise teenuse osutajaid tegema teenuse tarbijatele kättesaadavaks teave kontrollorganite ja –menetluste kohta mahus, mis võimaldaks efektiivset õiguste kaitset ja viisil, mis võimaldaks isikul edastatavast teabest aru saada.

5.8. Automaatne perioodiline kontrollmehhanism

5.8.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Otsuse langetamisel, mis omab pikaajalist mõju isiku terviklikkusele (ravi) ja/või vabadusele (haiglasse paigutamine) peab eksisteerima automaatne perioodiline kontrollmehhanism. Selle printsiibi ellu viimiseks peaks kontroll aset leidma automaatselt. Asi tuleb uuesti läbi vaadata mõistlike ajavahemike järel (näiteks, kui on möödunud kuuekuuline periood). Kontrolli viib läbi oma ametiülesannete raames tegutsev kvalifitseeritud otsustaja.

Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi läbi viimiseks tuleb määrata kohane asutus. Asutuse esindajad peavad kohtuma isikutega ja vaatama asju läbi kindlaksmääratud ajavahemike järel. Isikutel, kelle vabadust on piiratud, tuleb võimaldada kohtuda kontrolli läbi viiva asutusega ning selle kohustuse täimisele peab kaasa aitama tervishoiuteenuse osutaja. Igal asja perioodilise läbi vaatamise juhtumil peab aset leidma täismahus menetlus. Kui ühte asja vaadatakse läbi mitu korda, ei peaks menetlust läbi viima samad isikud ning taasläbivaatamisel ei või ametkond olla liialt mõjutatud oma eelnevatest otsustest. Reeglitest kõrvale kalduvaid ametkonna esindajaid, kes ei vii ellu ülesandeid, milleks neid on määratud, tuleb karistada (582).

ÜRO resolutsioonis 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta märgitakse, et kontrollorgan vaatab siseriikliku seadusega määratud mõistlike perioodide järel tahtest olenematule sekkumisele määratud isikute juhtumid uuesti läbi. Iga sellise läbivaatuse käigus hindab kohus, kas tahtest olenematu sekkumise aluseks olnud kriteeriumid on endiselt täidetud. Kui tahtest olenematu sekkumise eelduseks olevad kriteeriumid enam täidetud pole, tuleb isiku vabaduspõhiõiguse piirangud lõpetada. Kui vaimse tervise teenuse osutaja tõdeb, et isiku kinnipidamise aluseks olnud tingimused ei ole enam täidetud, peab ta võtma tarvitusele meetmed isiku vabaduspõhiõiguse riive lõpetamiseks (583).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärikuse kaitse kohta näeb ette, et isiku tahtest

olenematu paigutamise või ravi otsuses tuleb märkida õiguste piiramise maksimaalne pikkus ehk otsuse kehtivus, mille saabumisel tuleb otsus kooskõlas seadusega üle vaadata (584). Lisaks peavad liikmesriigid tarvitusele võtma meetmed tagamaks tahtest olenematu paigutamise või ravile allutamise otsuste seaduslikkuse või jätkuva kohaldamise vajaduse hindamise kohtu poolt mõistlike ajavahemike järel (585). Hindamaks ajavahemike vastavust mõistlikkuse printsiibile, tuleb arvesse võtta kontekstispetsiifilisi tegureid, asja keerukust ning nii isiku kui ka asutuse käitumist (586). Kohus peab, olles teadlik kõigist asjas tähtsust omavatest faktilistest ja õiguslikest asjaoludest, hindama, kas meetme jätkuva kohaldamise osas tähtsust omavad protseduurilised nõuded ja kriteeriumid on endiselt täidetud (587). Samad tagatised peavad kehtima ka sundravi korral (588).

Ka Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) on põgusalt käsitlenud automaatse perioodilise kontrollmehhanismiga seonduvat. CPT reeglite kohaselt tuleb tahtest olenematu viibimine psühhiaatriaasutuses lõpetada niipea, kui patsiendi vaimne seisund seda enam ei nõua. Sellest tulenevalt on vajalik asutuses viibimise vajaduse regulaarne kontrollimine. Kui isik paigutatakse tahtest olenematult psühhiaatriaasutusse vaid kindlaks ajaks, mille möödumisel võib seda psühhiaatriliste tõendite valguses uuesti pikendada, tuleneb kontroll juba asutusse paigutamise olemusest. Sellegipoolest ei pruugi tahtest olenematu viibimise kestus psühhiaatriaasutuses olla kindlaks määratud pikkusega, eriti isikute puhul, kes on sinna saadetud kriminaalmenetluse tulemusel ja keda peetakse ohtlikuks. Kui tahtest olenematu viibimise pikkust psühhiaatriaasutuses ei ole kindlaks määratud, peaks teatud ajavahemike järel korraldama kontrolli sealviibimise jätkamise vajaduse üle. Lisaks eelnevale peaks ka patsiendil endal olema võimalik mõistlike ajavahemike järel nõuda, et kohus uuriks tema psühhiaatriaasutuses viibimise vajadust (589).

Ka WHO on oma soovitustes asunud seisukohale, et tahtest olenematut ravi ei või osutada kauem, kui see on vajalik ning seetõttu tuleb ravivajadust pidevalt hinnata isiku raviarsti poolt ja perioodiliselt iseseisva kontrollorgani poolt. Soovitav on sätestada õigusakti tasandil maksimaalne raviaeg. Juhul, kui maksimaalne raviaeg on sätestatud, et või ravi kesta sanktsioneeritud piirmäärast või isiku otsusevõime taastumisest kauem (590). Hinnates perioodiliselt tahtest olenematu ravi asjaolusid peab iseseisev organ kindlaks tegema, et tahtest olenematu ravi alused endiselt esinevad (591). Eesmärgiga teostada tahtest olenematule ravile allutatud isikute regulaarset jälgimist, peab olema

kehtestatud kontrollorgani menetluskord, mille alusel organ lubab või keelab tahtest olenematu sekkumise kohaldamise või jätkamise. Kontrollorgan peab lisaks eeltoodule jälgima ka kogukonnas läbi viidud tahtest olenematuid sekkumisi, nagu näiteks ambulatoorne tahtest olenematu ravi (592).

Ka Euroopa Inimõiguste Kohus on käsitlenud automaatse perioodilise kontrollmehhanismi küsimusi. Otsuses *Herczegfalvy vs Austria* asus Euroopa Inimõiguste Kohus seisukohale, et kui riiklik kohus vaatab asja automaatselt perioodiliselt üle, siis peab selline ülevaatamine vastama siseriikliku õiguse materiaal- ja menetlusnormidele ning enamgi veel, seda peab läbi viima kooskõlas inimõiguste konventsiooni artikli 5 eesmärgiga, milleks on isiku kaitsmine meelevaldsuse eest. Viimane nõue ei viita ainult sellele, et pädevad kohtud peavad otsustama „kiires korras“, vaid nende otsused peavad olema tehtud mõistlike ajavahemike järel (593). Kohus rõhutas just viimase kriteeriumi olulisust. Otsuse kohaselt ei saa 15-kuulist ja 2-aastast intervalli pidada mõistlikeks, asjas välja toodud kolmanda intervalli pikkusega 9-kuud suhtes kohus seisukohta ei võtnud (594). Otsuses *Lebedev vs Russia* sedastas kohus, et inimõiguste konventsiooni artikkel 5.4 ei taga kinnipeetavale õigust nõuda kinnipidamise täielikku ülevaatus koos kõigi menetluse õigluse tagavate garantiidega ükskõik, millal ta seda soovib, vaid ainult „mõistlike ajavahemike“ järel. Seda, kas ajavahemikud olid mõistlikud, tuleb hinnata iga juhtumi konkreetseid asjaolusid arvestades (595). Lisaks on kohus asunud asjas *McKay vs United Kingdom* seisukohale, et inimõiguste konventsiooni artiklis 5.3 ettenähtud kohtumõistmine vabaduse võtmise asjades peab omama automaatset iseloomu ja ei või seega sõltuda vaid isiku poolt esitatavast kaebusest. Kontrollmenetluse automaatne olemus on vajalik põhjusel, et väärkoheldud isikud ei pruugi olla võimelised esitama kohtule kaebust oma kinnipidamise ümber vaatamiseks. Sama põhjendus kehtib ka teiste haavatavate isikute, nagu näiteks vaimse tervise häirega isikud, puhul, kelle vabadust on piiratud (596). Jätkuv kinnipidamine on õigustatud vaid oluliste avalikkuse huvide olemasolul, mis kaaluvad üles kohustuse austada isiku vabadust (597).

5.8.2 Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon teistes riikides

Eeltoodust nähtuvalt on nii rahvusvahelise õiguse instrumendid kui ka Euroopa Inimõiguste Kohus rõhutanud haavatavate isikute, nagu näiteks vaimse tervise häirega

isikud, puhul vajadust automaatse kontrolli järele vabaduse võtmise või muude õiguste piiramise jätkuva seaduslikkuse hindamiseks. Vaimse tervise häirega isikud ei pruugi olla iseseisvalt võimelised oma õiguste piiramise lõpetamist taotlema. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud automaatse perioodilise kontrollimehhanismi olemasolu.

5.8.2.1 Automaatse perioodilise kontrollimehhanismi regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse kohaselt on juhul, kui tahtest olenematule sekkumisele allutatud isik või tema lähedane kaebeõigust õigust ei kasuta, haigla juhatusel kohustus pöörduda ise vaimse tervise järelevalve vahekohtu poole kinnipidamise seaduslikkuse üle vaatamiseks (598). Seaduse kohaselt võib isiku nii statsionaarsele kui ka ambulatoorsele tahtest olenematu ravile paigutamine leida aset kuni kuueks kuuks. Paigutamist võib pikendada selleks ette nähtud asutuse poolt esmakordselt veelkord kuueks kuuks ja seejärel kuni üheks aastaks korraga (599). Enne kuuekuulise vabaduse võtmise tähtaja lõppu peab haigla juhtkond pöörduma taotlusega vaimse tervise järelevalve vahekohtu poole isiku seisundi hindamiseks ja sekkumise pikendamise otsustamiseks. Taotlust ei pea esitama juhul, kui isik ise või tema lähedased on samasisulise avalduse vahekohtule juba esitanud. Isikute või nende lähedaste pöördumised vahekohtu poole muudes, kui otseselt kinnipidamise seaduslikkuse hindamise küsimustes, ei vabasta haigla juhtkonda taotluse esitamise kohustusest. Samuti ei võeta arvesse isikute poolt vahekohtule esitatud taotlusi, mis on tagasi võetud (600). Haigla juhtkonnal on kohustus saata asi omal algatusel vaimse tervise vahekohtule üle vaatamiseks juhul, kui selle viimasest läbivaatusest vahekohtu poolt on möödunud kolm aastat (alaealiste puhul üks aasta) (601). Pädeval asutusel on õigus lühendada eelosundatud vahekohtusse pöördumise tähtaegu (602).

Lisaks eeltoodule on ka riigisekretäril õigus saata isiku asi vaimse tervise järelevalve vahekohtule läbi vaatamiseks. Praktika näitab, et riigisekretär on vahekohtu poole pöördunud juhtudel, kui tal on tekkinud kahtlus Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni riives (603).

5.8.2.2 Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Soomes

Soome vaimse tervise seadus ei sisalda üldreeglina automaatse kohtuliku kontrolli nõuet (604). Kohus vaatab tervishoiuteenuse osutaja otsused tahtest olenematu ravi kohaldamiseks läbi vaid juhul, kui tegemist on alaealise suhtes kohaldatava tahtest olenematu raviga (605) või kui toimub tahtest olenematu ravi pikendamine. Tahtest olenematut ravi võib esmasel kinnipidamisel määrata kestusega kuni kolm kuud. Juhul, kui enne nimetatud perioodi lõppu on tuvastatud vajadus tahtest olenematut ravi pikendada, võib seda teha kuni kuueks kuuks ja sellise otsuse vaatab läbi läänikohus (606).

Sundravile võib isikuid allutada kõige rohkem kuueks kuuks. Jätkuva ravi vajadusel tuleb enne tähtaja lõppu pöörduda kohtu poole ravi pikendamiseks järgnevas kuueks kuuks (607).

Asja läbivaatamise perioodide pikkused nii tahtest olenematu kui ka sundravi puhul mahuvad Euroopa Inimõiguste Kohtu poolt fikseeritud vahemikesse.

5.8.2.3 Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Rootsis

Rootsi tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja pöörduma kohtu poole juhul, kui tahtest olenematu ravi vajadus kestab kauem, kui neli nädalat (608). Kohtu otsuse alusel võib ravi jätkuda isiku tahtest olenemata kuni neli kuud (609), erandina ka kuni kuus kuud (610) otsuse tegemisest. Ravilepingu alusel haiglas viibivate isikute puhul, kelle suhtes osutub vajalikuks tahtest olenematu ravi kohaldamine, peab tervishoiuteenuse osutaja pöörduma kohtu poole tahtest olenematu sekkumise kontrolliks hiljemalt nelja päeva jooksul vastava otsuse tegemistest. Ravi pikendamine toimub ülalkirjeldatud korras (611).

Sundravile allutatud isikute ravi lõppemisel, kuid ravivajaduse püsimisel rakendatakse samuti eelosundatud korda, mille kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja pöörduma kohtu poole tahtest olenematu ravi otsuse kontrolliks hiljemalt nelja päeva jooksul vastava otsuse tegemistest (612).

Seega on mingis vormis automaatne kontrollmehhanism tagatud isikute suhtes, kelle tahtest olenematu ravi otsus on tehtud kas ravilepingu alusel asutuses viibimise ajal või pärast sundravi lõppu.

Sundravi võib pikendada kohtu otsusel kuni kuueks kuuks tervishoiuteenuse osutajalt laekunud sellekohase taotluse alusel. Seaduse kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja teavitama kohut, kui esmakordse ravi määramisest on möödunud neli kuud ning igal järgneval korral kuue kuu möödumisel viimase kohtumääruse tegemisest (613). Seega on Rootsi psühhiaatrilise sundravi seaduse kohaselt tagatud sundravi perioodiline ülevaatus esimesel korral enne neljakuulise tähtaja ja igal järgneval korral iga kuuekuulise tähtaja möödumisel. Selline ülevaatuste sagedus vastab Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikale.

Kokkuvõtlikult tuleb siiski sedastada, et Rootsi seaduste kohaselt ei ole tahtest olenematu ja sundravi korral vajalik küll isiku anda aktivism otsuste perioodiliseks läbi vaatamiseks, kuid siiski on nõutav tervishoiuteenuse osutaja poolne tegevus. Seega ei ole Rootsi süsteem puhul tegu täiesti automaatse perioodilise kontrollmehhanismiga.

5.8.2.4 Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Saksamaal

Saksamaa seadus vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta sätestab, et isiku suhtes tahtest olenematute sekkumise üle otsustab kohus kinnipidamisasutuse taotlusel. Ka juhul, kui vajalikuks osutub sekkumiste pikendamine, on selle asjaolu üle otsustuspädevus kohtul (614). Isiku vabaduse võtmine võib kesta kuni 12 kuud, mõjuvate asjaolude korral kuni 2 aastat (615). Nimetatud tähtaja saabumisel tuleb kohtu otsus kinnise asutuse taotlusel uuesti üle vaadata.

Berliini psüühiliselt haigete seadus (616), Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus (617) ja Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seadus (618) ei anna mingit täiendavat regulatsiooni perioodilise kontrollmehhanismi rakendamise kohta.

Seega toimub Saksamaal automaatne kohtulik kontroll kinnipidamisasutuse taotluse alusel koheselt tahtest olenematute sekkumiste vajaduse tekkimisel või nende sekkumiste pikendamise vajadusel. Asja uuesti läbi vaatamise perioodiks on kuni 2 aastat, mis ei

pruugi olla kooskõlas Euroopa Inimõiguste Kohtu otsuses *Herczegfalvy vs Austria* tooduga.

5.8.3 Automaatse perioodilise kontrollmehhanismi regulatsioon Eestis

Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt toimub isiku kinnipidamise kontroll kohtu poolt ilma isiku enda tahteavalduseta kas tervishoiuteenuse osutaja, isiku eestkostja või kohaliku omavalitsuse algatusel. Tervishoiuteenuse osutaja peab kohtu poole pöörduma üle 48-tunni kestva tahtest olenematu psühhiaatrilise abi valideerimiseks, ravi pikendamiseks kestusega üle nelja päeva peab kohtu poole pöörduma isiku elukohajärgne kohalik omavalitsus (619). Kohus võib määrata isiku suhtes tahtest olenematu sekkumise esialgse õiguskaitse korras kestusega kuni neli päeva ning pärast eksperdi ärakuulamist võib tähtaega pikendada kuni kahe nädalani (620). Lisaks on kohtul õigus määrata isik pärast eksperdi ärakuulamist kuni üheks kuuks ravisutusse vaatlusele, vajaduse korral võib kohus pikendada määrusega isiku kinnipidamise aega vaatluse läbi viimse eesmärgil kuni kolme kuuni (621). Isiku kinnisesse asutusse paigutamise määruses märgitakse muuhulgas ka isiku paigutamise tähtaeg, kusjuures isikut ei või kinnisesse asutusse paigutada kauemaks, kui üheks aastaks määruse tegemisest arvates (622). Isikult vabaduse võtmise pikendamine toimub samas korras, kui esialgse otsuse tegemine ehk tervishoiuteenuse osutaja, isiku eestkostja või kohaliku omavalitsuse taotluse ja kohtu määruse alusel (623).

Sundravile allutatud isikute puhul võtab sundravi kohaldamise määruse vastu kohus prokuröri taotluse alusel. Määruses ei pea kohtunik märkima ravi kohaldamise maksimumpikkust (624).

Siiski on sundravile allutatud isikute puhul ette nähtud automaatne, kuid mitte ilmtingimata erapooletu, kontrollmehhanism. Sundravile allutatud isiku arstlik läbivaatus komisjoni poolt toimub iga kuue kuu järel. Komisjonis osaleb vähemalt kaks psühhiaatrit. Läbivaatuse käigus otsustab komisjon, kas sundravialune oma psüühilise seisundi ja ohtlikkuse poolest vajab sundravi jätkamist haiglas. Psühhiaatrilise sundravi lõpetamiseks vormistatakse komisjoni arvamus statsionaarse psühhiaatrilise sundravi edasise kohaldamise vajaduse puudumise kohta kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi aktiga, millele

lisatakse psühhiaatrilise sundravi osakonna juhataja esildis (625). Kohus lõpetab mõjutusvahendite kohaldamise raviausutuse esildise alusel.

Nimetatud regulatsiooni ei saa aga pidada perfektseks mitmel põhjusel. Esiteks ei võta kohus sundravi kohaldamise määruises seisukohta ravi pikkuse osas. Seetõttu ei ole ka isiku tervislikku seisundit hindaval komisjonil kohustust teatud tähtaja saabumise eel ravi pikendamiseks kohtu poole pöörduda. Teiseks otsustab ravi pikendamise vajaduse üle vähemalt kahest psühhiaatrist koosnev komisjon, mitte kohus, kes esialgse sundravi kohaldamise määruise andis. Seega on sundravi puhul kaheldav erapooletu automaatse kontrollmehhanismi toimimine.

5.8.4 Kontseptuaalsed ettepanekud automaatse perioodilise kontrollmehhanismi reguleerimiseks Eestis

Isikute põhivabaduste piiramisel on kontroll piirangute vajaduse, proportsionaalsuse ja mõõdukuse suhtes äärmiselt oluline. Piirates isikute vabaduspõhiõigust võetakse ära võimalus iseseisvalt abi ja nõustamist otsida. Lisaks tuleb rõhutada, et tahtest olenematus korras sekkumisele allutatud isikud ei ole sageli ise võimelised ka peale kinnipidamise tinginud aluste tegelikku äralangemist pöörduma enda vabastamiseks asjakohase ametkonna poole. Isikute õiguste kaitse põhimõtetega ei saa olla kooskõlas ka see, kui isiku vabaduse võtmise jätkuva vajaduse üle otsustab näiteks tervishoiuteenuse osutaja. Iga vabaduste piiramine saab olla vaid ajutise iseloomuga ning piiramise aluste äralangemisel tuleb astuda viivitamatuid samme piirangute lõpetamiseks.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada automaatse perioodilise kontrollmehhanismi olemasolu, tuleb käesolevas alapeatükis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduses automaatse perioodilise kontrollmehhanismi läbi viimise üldine kord ning kontrolli läbi viivad erapooletud ja pädevad asutused. Täpsem menetluslik regulatsioon võib sisalduda eriseadustes;
2. sätestada vaimse tervise seaduses ajavahemikud, hiljemalt milliste möödumisel tuleb isiku vabaduse piiramine läbi vaadata. Ajavahemike määramisel peab silmas pidama Euroopa Inimõiguste Kohtu poolt antud kriteeriume ning vabaduse

piiramise eesmärki. Kaaluda vajadust erinevate ajavahemike sätestamiseks alaealiste vabaduste piiramise üle vaatamise osas;

3. lähtuda ajavahemike määratlemisel võrdse kohtlemise põhimõttest ehk sisult samalaadiliste piirangute kohaldamine peab olema üle vaadatud sama ajavahemiku jooksul ja samas korras (näiteks tahtest olenematu ravi ja sundravi);
4. sätestada seaduses nõue, mille kohaselt tuleb isiku suhtes tahtest olenematute sekkumiste kohaldamise otsuses märkida õiguste piiramise maksimaalne pikkus ehk otsuse kehtivus, mille saabumisel tuleb otsus kooskõlas seadusega üle vaadata;
5. sätestada vaimse tervise seaduses vaimse tervise teenuse osutaja kohustused seoses automaatse perioodilise kontrollmehhanismi läbi viimisega;
6. kaaluda vaimse tervise teenuste osutamist kontrollivatele asutustele ja isikutele õiguse andmist pöörduda kohtu poole isiku suhtes kohaldatava tahtest olenematu sekkumise edasise põhjendatuse kontrolliks.

5.9. Kvalifitseeritud otsusetegija

5.9.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Isiku vabaduste piiramise korral peavad kõik otsusetegijad olema selleks kvalifitseeritud. Selleks peab otsusetegija olema kompetentne, teadlik, sõltumatu ja erapooletu. Ideaalolukorras peaks otsusetegija, kes tegutseb avalikke ülesandeid täites, koosnema rohkem, kui ühest isikust (näiteks kolmest), kes esindavad erinevaid valdkondi. Nimetatud eesmärgi saavutamiseks on mitmeid viise. Näiteks tuleks pakkuda algset ja jätkuvat koolitust avalikke ülesandeid täitvale otsusetegijale ning/või tema nõunikele erinevatest valdkondadest, nagu näiteks psühhiaatria, psühholoogia, õigusteadus, sotsiaalteenused ja teised distsipliinid. Teiseks tuleb otsusetegijate ringist välistada isikud, kes on otsusest isiklikult huvitatud. Lisaks tuleb avalikke ülesandeid täitvatele otsusetegijatele tagada piisav rahastatus eesmärgiga tagada nende iseseisvus oma ülesannete täitmisel (626).

ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta sätestab nõude, mille kohaselt peab vaimse tervise teenus olema osutatud kvalifitseeritud ja professionaalse personali poolt ning

kooskõlas rahvusvaheliselt aktsepteeritud printsiipidega, nagu näiteks ÜRO poolt vastu võetud meditsiinieetika printsiibid (627). Siseriikliku seadusega võib kohtule või muule pädevale asutusele ette näha kohustuse lähtuda isiku kinnisesse asutusse paigutamise otsustamisel asjatundlikust ja iseseisvast meditsiinilisest nõuandest (628).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärkuse kaitse kohta märgib, et professionaalne personal, kes on kaasatud vaimse tervise teenuste osutamisse, peab omama asjakohast kvalifikatsiooni ja väljaõpet, mis aitab neil oma rolli teenuste osutamisel täita erialaste kohustuste ja standardite kohaselt. Soovituses rõhutatakse vajadust vaimse tervise teenuse osutamisse kaasatud isikutele läbi viia väljaõpe sellistel teemadel, nagu vaimse tervise häirega isikute eneseväärkuse, inimõiguste ja põhivabaduste kaitse; vägivalla ennetamine, mõistmine ja kontroll; ohjeldusmeetmete rakendamise vältimise vahendid; piiratud asjaolud, kui ohjeldusmeetmete rakendamine võib olla õigustatud, võttes arvesse sellega seotud riske ja kasu; ohjeldusmeetmete korrektse rakendamise viisid (629). Üks kesksemaid koolituste eesmärke on seega vältida olukordi, mis võivad kaasa tuua vägivalla. Vägivalla ennetamiseks on oluline mõista tegureid, mis vägivallani viivad ja omada oskusi tegurite mõju vähendamiseks ning samuti osata rakendada vägivalla ja ohjeldusmeetmete rakendamise vajaduse vähendamise tehnikaid (630). Lisaks otseselt soovitusel toodule on Euroopa Nõukogu juhtinud tähelepanu ka vajadusele korraldada teenuse osutamisel osalevatele isikutele koolitusi sellistel teemadel, nagu ravi ja rehabilitatsiooni psühhosotsiaalsed aspektid ning teabe ja nõustamise pakkumine pereliikmetele, kes on vaimse tervise häirega isikute hooldajateks (631).

Soovituse kohaselt võib vaimse tervise teenuse osutamine toimuda vaid selleks kvalifitseeritud personali poolt (632). Vaimse tervise teenuse osutajad peaks olema registreeritud kindlaksmääratud ametkonna poolt, kellel oleks õigus hinnata ka nende pädevust (633).

Tahtest olenematu sekkumise kohaldamist saab läbi viia vaid juhul, kui selle vajadust on hinnanud arst, kellel on nõutav kompetents ja kogemus ning tegevus on kooskõlas siduvate ja usaldusväärsete erialastandarditega (634). Üks peamistest kompetentsidest, mida hindav arst peaks omama, on võime hinnata adekvaatselt ohtu isikule endale või

teistele juhul, kui tahtest olenematut sekkumist ei rakendata. Selleks on hindaval arstil õigus saada teavet ka teiste isiku läbi vaadanud tervishoiutöötajate käest (635).

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) on samuti käsitlenud kvalifikatsiooniga seonduvaid küsimusi vaimse tervise teenuse osutamisel. CPT hinnangul on oluline, et psühhiaatriaasutuse personal regulaarselt erialaseid arutlusi korraldaks ja moodustaks töörühmi vanemarstide alluvuses. See võimaldab tuvastada igapäevatoos tekkivaid probleeme, neid arutada ja anda juhtnööre edasiseks. Seesuguse võimaluse puudumine võib personalis hõlpsasti tekitada pettumust ja rahulolematust. Kindlustamaks, et psühhiaatriaasutuse personal ei muutuks liiga isoleerituks, on vajalik ka väljastpoolt tulev stimulatsioon ja toetus. On äärmiselt soovitatav, et töötajatele võimaldataks täiendusõpet väljaspool oma asutust ja tööalaseid lähetusi. Analoogselt tuleks soodustada sõltumatute isikute (nt üliõpilased ja teadlased) ja välisorganite kohalolekut psühhiaatriaasutuses (636). Eraldi rõhutatakse vajadust korraldada psühhiaatriaasutuste personalile nii mittefüüsilise kui käsitsi ohjeldamise alast väljaõpet, mis lubaks personalil valida keeruliste olukordade tekkimisel eetikale ja asjaoludele vastava sobivaima tegevusvariandi ja vähendaks oluliselt vigastuste ohtu nii patsientidele kui töötajaile (637).

WHO Euroopa regiooni liikmesriikide poolt Helsingis vastu võetud vaimse tervise deklaratsioonis ja tegevuskavas märgitakse muuhulgas ühe prioriteedina vajadust tagada vaimse tervise sektoris piisava määra kompetentse tööjõu olemasolu (638). Vaimse tervise teenuste osutamise tänapäevane käsitlus eeldab, et personal on valmis muutma väljakujunenud rolle ja võtma täiendavat vastutust. See eeldab ka muudatust väärtushinnangutes, suhtumises, teadmistes ja oskustes. Uued väljaõppevõimalused peavad pakkuma vaimse tervise teenuse osutamisega seotud isikutele eriteadmisi kõigi uute rollide ja ülesannete kohta. Eeltoodu saavutamiseks tuleb tähelepanu pöörata vajadusele tõsta koolitajate teadlikkust uutest tehnoloogiatest ning toetada „koolita koolitajaid“ programmide planeerimist. Eriti oluliseks tuleb pidada jätkuva eriväljaõppe läbi viimist valdkondades, mis vajavad kõrgemal tasemel oskusi, nagu näiteks lastele, vanematele inimestele ning kombineeritud vaimse tervise häirete ja sõltuvusainete tarvitamise all kannatavatele isikutele suunatud teenused.

WHO poolt välja antud juhendmaterjali kohaselt peaks vaimse tervise alane seadusandlus sätestama vaimse tervise häire määramiseks vajaliku kogemuste ja oskuste taseme ning piiritlema selgelt isikute grupi, kellel on õigus otsustada vaimse tervise häirete esinemise üle. Lisaks Euroopa Nõukogule rõhutab ka WHO akrediteerimissüsteemi tähtsust, mille eesmärgiks on tagada, et vaimse tervise häirete üle otsustavatel isikutel on tõendatav kompetents ülesande täitmiseks. Akrediteerimismenetlus peaks põhinema seadusel; nõudma akrediteeritavatelt kompetentsuse taseme tõendamist asjakohase organisatsiooni või hindamisasutuse väljastatud dokumendiga; nõudma akrediteeritavatelt asjakohase vaimse tervise seadusandluse tundmist. Nagu eelpool mainitud, tuleb seaduse tasandil määrata ka isikute ring, kellel on õigus vaimse tervise häireid diagnoosida. Spetsialistideks võivad olla kahtlemata psühhiaatrid, kuid kaaluda võib ka perearstidele, psühholoogidele, psühhosotsiaaltöötajatele ja vaimse tervise õdedele vaimse tervise häirete kindlaks määramise õiguse andmist. Juhul, kui häire määramine on lubatud lisaks psühhiaatritele ka teiste isikute poolt, peab õigusaktidega selgelt reguleerima teadmiste, kogemuste ja ettevalmistuse taseme, mis on vajalik sellise ülesande täitmiseks (639).

Lisaks otsuseid langetavate vaimse tervise töötajate pädevuse tagamisele on oluline tähelepanu pöörata ka sõltumatu kontrollmehhanismi pädevuse tagamisele. WHO on avaldanud muret, et reas riikides on kohus vaid meditsiinilist otsust kinnitavaks kummitempliks. Kohtunikud kinnitavad meditsiinilise soovituseta ilma iseseisvalt läbi viidava pikema analüüsita. Vältimaks eeltoodut soovitatakse vaimse tervise häirega isikute põhiõiguste piiramise asjades lisaks õiguseksperdile kolleegiumi koosseisu lülitada ka kogunud tervishoiuspetsialist. Lisaks tuleks kaaluda vähemalt ühe „mitteprofessionaali“ kaasamist, kes esindaks kogukonna vaateid (teenuse tarbijate esindaja, sõltumatute nõustajate esindaja vms) (640).

Euroopa Inimõiguste Kohus on leidnud, et juhul, kui kohtul puudub võime asjatundlikult hinnata isiku kinnipidamise aluseks olnud tervise ja muude asjaolude kohta antud hinnanguid ning järeldusi, puudub isikul adekvaatne kaitse meelevaldse vabaduse võtmise vastu ja seega ei saa selline tegevus olla kooskõlas inimõiguste konventsiooni artikliga 5. Näiteks konkreetse asja menetlemisel asus kohus seisukohale, et tegeliku kohtuliku kontrolli puudumise tõttu omasid haigla tervishoiutöötajad täielikku kontrolli

haavatava ja otsusevõimetu isiku vabaduse ja ravi üle pelgalt nende enda poolt antud kliiniliste hinnangute põhjal ja neile sobivas korras (641).

Euroopa Patsiendiõiguste Harta kohaselt on igal inimesel õigus saada kõrgetasemelisi terviseteenuseid, mis on allutatud kindlaksmääratud standarditele. Õigus kõrgetasemeliste terviseteenuste eeldab, et tervishoiuteenuse osutajad ja tervishoiutöötajad pakuvad rahuldaval tasemel tervishoiuteenust, mugavusi ja inimlikku suhtumist. Eeltoodu saavutamiseks peab kindlaks määrama ja järgima täpseid kvaliteedinõudeid, mis kehtestatakse avaliku konsultatsioonimenetluse käigus ning mida vaadatakse ümber kindla ajavahemiku järel (642).

5.9.2 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon teistes riikides

Mistahes vaimse tervise teenuste pakkumisel nii isiku tahte alusel ja vabal valikul kui eriti isiku tahtest olenemata on oluline teenuste osutaja ja kontrollmehhanismi pädevus. Pädevuse sisu erineb olenevalt teenusest, kuid isikute põhiõigusi piiravate otsuste langetajad peavad omama vajalikku kompetentsi kõigis otsuse langetamisega seotud aspektides. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud otsusetegija kohane kvalifitseeritus.

5.9.2.1 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse kohaselt võib isiku vabaduspõhiõiguste piiramise aluseks oleva vaimse tervise hindamise akti koostada vaid riigisekretäri poolt tunnustatud pädevusega spetsialist (643). Isik, kes soovib saada spetsialistina tunnustatud, peab olema läbinud eelneva kahe aasta jooksul tunnustatud praktiseerivatele arstidele ettenähtud koolituskursuse. Lisaks nõutakse tunnustamist taotlevalt isikult pädevust sellistel aladel, nagu spetsialisti ja vastutava spetsialisti rolli teenuse osutamisel; õiguslik ja poliitiline raamistik; hindamine; ravi; ravi planeerimine; juhtimine ja multidistsiplinaarne meeskonnatöö; võrdsus ja kultuuriline mitmekesisus; suhtlemine. Tunnustamine antakse kuni viieks aastaks, misjärel toimub hindamisprotsess uuesti (644). Lisaks tunnustatud pädevusega spetsialistile peab vabaduspõhiõiguste piiramisel juhul, kui spetsialist ei oma eelnevat kogemust asjaomase patsiendiga, objektiivse hinnangu

tagamiseks andma oma arvamuse vabaduspõhiõiguse piiramise vajalikkuse osas ka isikuga eelnevalt kokku puutunud tervishoiutöötaja.

Ühendkuningriigis hindab vaimse tervise häirega isikute kinnipidamist sekkumiste läbi viimise eesmärgil vaimse tervise järelevalve vahekoos. Vahekohtu liikmed valitakse kolmest grupist: kohtunikud, tervishoiuspetsialistid ja tavaliiikmed. Vaimse tervise järelevalve vahekohtu kohtunikuks võib olla vaid isik, kellel on vähemalt seitsmeaastane kohtunikuna tegutsemise kogemus. Tervishoiuspetsialistist vahekohtu liikmeks võivad olla vaid diplomeeritud psühhiaatrid, kes omavad vähemalt kolmeaastast erialase töö kogemust ning jätkavad pidevat erialast täiendõpet. Vahekohtu tavaliiige peab omama tõendatud praktilise töö kogemust tervise ja hoolekande alal kas avalikus, vabatahtlikus või erasektoris. Tavaliiikme osalus vahekohtus on hädavajalik (645).

Lisaks on kohalikele sotsiaalametitele antud õigus tunnustada isikuid vaimse tervise asjatundjatena. Vaimse tervise asjatundjate ülesandeks on külastada ja abistada vaimse tervise häirega isikuid ning kontrollida teenuseosutajate tegevust. Vaimse tervise asjatundjatel peab olema piisav kompetents tegelemaks vaimse tervise häire all kannatavate isikutega. Vaimse tervise asjatundjaks ei saa olla psühhiaatrilist abi osutav registreeritud tervishoiutöötaja. Kohalik sotsiaalamet võib kehtestada eeskirjad tunnustamiste reguleerimiseks. Eeskirjades kajastatakse näiteks tunnustamisotsuste kestust; kohustust osa võtta kindlaksmääratud kursustest enne tunnustamist või tunnustamise kehtivuse ajal; tunnustamise eeldused; tegurid, mida võetakse arvesse isiku kompetentsusele hinnangu andmisel (646). Vaimse tervise asjatundjateks võivad olla peamiselt registrisse kantud sotsiaaltöötajad, registrisse kantud vaimse tervise või õpiraskuste õed, registrisse kantud tegevusterapeudid ja asjakohase tegutsemislooga psühholoogid (647).

5.9.2.2 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Soomes

Soome vaimse tervise seaduses ei ole otsusetegijatele ette kirjutatud mingeid erilisi kvalifikatsiooninõudeid (648). Seaduse kohaselt korraldab kriminaalkorras karistatava teo toime pannud isikute kohtupsühhiaatrilist hindamist ja vajadusel sellele järgnevat sundravi ning vaimse tervise ja ohtlikkuse hindamist tervishoiu õiguskaitsekeskus. Keskuse õiguspsühhiaatriliste küsimuste paneel tegeleb selliste küsimuste menetlemise ja

otsustamisega, nagu otsused isiku vaimse tervise olukorra või ohtlikkuse kohta; kriminaalkorras karistatava teo toime pannud või toime panemises kahtlustatava paigutamise psühhiaatriahaiglasse või erihooldusele; sundravi või –paigutamise lõpetamist puudutavad küsimused. Paneeli liikmeteks on tervishoiu õiguskaitsekeskuse ametnikust esimees; üks õigusteadmistega isik; kaks psühhiaatriateadmistega isikut, kellest üks esindab samas rahvatervise valdkonda ning puuetealaste teadmistega isik, kui arutatakse isiku paigutamist erihooldusele (649).

Vaimse tervise seaduse §-i 24 kohaselt vaatab tahtest olenematute sekkumiste asju läbi halduskohus haldusmenetluse seaduse alusel. Halduskohtumenetluse seadus (650) ei sätesta erikorda ega erilist menetluses osalevate spetsialistide ringi vaimse tervise häiretega seonduvate kaebuste läbi vaatamiseks.

Soomes on vastu võetud eraldi seadus tervishoiu ametiisikute kohta. Seaduse eesmärgiks on edendada patsienditurvalisust ja tervishoiuteenuste taset tehes kindlaks, et tervishoiu ametiisikud on läbinud ametitoimingute läbi viimiseks vajaliku koolituse, neil on piisav ametialane pädevus ja muud ametitoimingute läbi viimiseks vajalikud eeldused; korraldades järelevalvet tervishoiu ametiisikute üle; soodustades tervishoiu ametiisikute koostööd ja eesmärgile suunatud tegevust (651). Üldiselt antakse õigus arstina või spetsialistina, nagu näiteks psühholoog, kõneterapeut, hooldaja, füsioterapeut ja tegevusterapeut, töötada isikule, kes on läbinud asjakohase koolituse Soomes või Euroopa Liidus. Muuhulgas sätestab seadus tervishoiu ametiisikutele kohustuse säilitada ja arendada oma erialaseid oskusi ning olla kursis oma erialast tegevust puudutavate õigusaktidega. Tervishoiu ametiisiku tööandja peab võimaldama ametiisikul osaleda vajalikul erialasel täienduskoolitusel (652). Lisaks peab tervishoiu ametiisikul olema oma ülesannete täitmiseks vajalik keeleoskus (653).

5.9.2.3 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Rootsis

Üldseaduseks olev tervise ja tervishoiuteenuste seadus ei spetsifitseeri otsusetegijate kvalifikatsiooni puutuvat (654).

Tahtest olenematu ravi seaduse kohaselt võib kohus tahtest olenematu raviga seonduva asja menetlemisele kaasata asjakohase eksperdi. Ekspert osaleb kohtuistungil

ning võib esitada oma ülesande täitmiseks vajalikke küsimusi nii tervishoiuteenuse osutaja esindajale kui patsiendile (655). Eksperdid on kohtute juurde nimetatud kas valitsuse või tervise ja hoolekande ameti poolt. Enamikel juhtudel peavad tahtest olenematu ravi asjade läbi vaatamisel teise astme kohtus osalema lisaks kohtunikule ka kaasistujad (656).

Sundravi seaduse kohaselt kohalduvad sundravi asjades peetavale kohtumenetlusele eelkirjeldatud tahtest olenematu ravi seaduse sätted (657).

5.9.2.4 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Saksamaal

Berliini psüühiliselt haigete seadus (658) ei anna otsusetegija kvalifikatsiooni kohta mingit eriregulatsiooni. Hamburgi psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt võib isiku suhtes sekkumisi ilma tema enda või tema seadusjärgsete esindajate nõusolekuta läbi viia üldreeglina vaid arsti otsuse alusel (659). Samuti võib ohjeldusmeetmete rakendamine toimuda üldreeglina arsti korralduse alusel, kes on lõpetanud täiendusõppe psühhiaatria erialal (660). Nordrhein-Westfaleni psüühiliste haiguste korral antava abi ja rakendatavate kaitsetegurite seaduse kohaselt võib isiku suhtes rakendada kohest tahtest olenematut sekkumist juhul, kui selleks on tõendatud vajadus. Vajadust võivad hinnata arstid, kellel on psühhiaatria ja psühhoterapia alane väljaõpe või kes on psühhiaatria alase kogemusega (661). Ka käesoleva seaduse kohaselt võib ohjeldamismeetmete kohaldamise (662) või ravipuhkusele laskmise (663) üle otsustada vaid arst.

Kohtulikku kontrolli isikute vabaduste piiramise üle vaimse tervise häiretest tulenevatel põhjustel teostab vastavalt seadusele vabatahtliku kohtumenetlusega seonduvate asjaolude kohta perekonnakohus (664). Kohus kuulab enne otsuse langetamist ära ka asjatundjate arvamuse sekkumiste rakendamise vajaduste kohta. Asjatundjaks võib olla psühhiaater või arst, kes on psühhiaatriaerialal kogenud. Alaealiste puhul on asjatundjaks laste- ja noortepsühhiaater või psühhoterapeut. Lisaks võib kohtus vajadusel küsitleda kodukasvatuse asjades kogenud psühhoterapeute, psühholooge, pedagooge ja sotsiaalpedagooge. Asja otsustab üks kohtunik ning otsustamisprotsessi teisi isikuid ei kaasata (665).

5.9.3 Otsusetegija kvalifikatsiooni regulatsioon Eestis

Väga üldise nõude psühhiaatrilise abi osutamisel tegutsevate tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni osas annab tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mille kohaselt võib tervishoiutöötaja osutada tervishoiuteenuseid omandatud eriala piirides, mille kohta talle on väljastatud Tervishoiuameti tõend tervishoiutöötajana registreerimise kohta (666).

Psühhiaatrilise abi seadus ei sätesta mingit üldist nõuet vaimse tervise valdkonnas töötavate isikute kvalifikatsiooni kohta. Tahtest olenematu ravi puhul on otsusetegija kvalifikatsioon siiski mingil määral reguleeritud. Seaduse kohaselt teeb otsuse kohaldada tahtest olenematut ravi kohtu loata haigla psühhiaatriaosakonna psühhiaater (667). Samuti peab haigla pea- või ülemarst tagama 24 tunni jooksul isiku tahtest olenematu haiglaravi algusest ravile võetud isiku arstliku läbivaatuse teise psühhiaatri poolt, kes ei ole teinud esialgset tahtest olenematu ravi otsust (668). Ohjeldusmeetmete rakendamine võib seaduse kohaselt aset leida arsti otsusel, kuid ei ole vajalik otsuse langetamine ilmtingimata psühhiaatri poolt (669).

Sundravile allutatud isiku puhul toimub tervishoiuteenuste osutamine psühhiaatrilise abi seadusega ette nähtud korras. Täiendavalt sätestatakse sundravi edasise kohaldamise hindamise osas, et sundravialuse arstlik läbivaatus komisjoni poolt toimub iga kuue kuu järel ning hindamiskomisjonis osaleb vähemalt kaks psühhiaatrit (670).

Avaldusi isiku paigutamiseks kinnisesse asutusse koos vabaduse võtmisega ja haiglaravi kohaldamisega menetleb tsiviilkohtus. Tsiviilkohtumenetluse seadustik (671) ei näe ette mitte ühtegi eritingimust asja otsustava kohtuniku kvalifikatsiooni osas. Küll aga märgitakse seaduses, et kohus võib isikult vabaduse võtmise otsustada ka ainult eksperdi arvamuse alusel ja sellisel juhul võib eksperdik olla üksnes psühhiaater või muu pädev arst (672). Lisaks peab kohus enne määruse tegemist ära kuulama ka rehabilitatsioonimeeskonna liikmed (673).

Isiku sundravile allutamise menetlust viib läbi kriminaalkohtus. Kriminaalmenetluse seadustiku kohaselt (674) otsustab sundravi kohaldamise kohtunik ainuisikuliselt, erialaspetsialistide kaasamist seadus ette ei näe.

5.9.4 Kontseptuaalsed ettepanekud otsusetegija kvalifikatsiooni reguleerimiseks Eestis

Seega ei ole Eestis kehtivates vaimse tervise küsimusi ja eriti vaimse tervise probleemidega isikute põhiõiguste piiramist reguleerivates õigusaktides sätestatud täpsemaid kvalifikatsiooninõudeid mistahes isikute osas, kes peavad vaimse tervise häirega isiku suhtes või tema eest langetama otsuseid. Kahtlusteta võib aga nentida, et vaimse tervise häirega isikute põhivabaduste piiramise või nende suhtest tahtest olenematute sekkumiste rakendamise vajaduse hindamine nõuab spetsiifilisi teadmisi. Samuti on oluline tagada teenuseosutajate kvaliteet ja teadlik tegutsemine vaimse tervise häirega isiku huvides.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada otsusetegijate kvalifikatsioon vaimse tervise teenuste osutamisel või nende hindamisel, tuleb käesolevas alapeatükis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. sätestada vaimse tervise seaduses selgelt isikute grupp, kellel on õigus vaimse tervise häireid diagnoosida (näiteks psühhiaatrid, perearstid, psühholoogid, psühhosotsiaaltöötajad, vaimse tervise õed jne). Juhul, kui lubada vaimse tervise häirete diagnoosimist lisaks psühhiaatritele ka teiste isikute poolt, tuleb seaduses selgelt reguleerida teadmiste, kogemuste ja ettevalmistuse tase, mis on vajalik sellise ülesande täitmiseks;
2. sätestada vaimse tervise seaduses nõue, mille kohaselt peavad kõik vaimse tervise teenuse osutamise seotud isikud olema läbinud väljaõppe sellistel teemadel, nagu vaimse tervise häirega isikute eneseväärikuse, inimõiguste ja põhivabaduste kaitse; vägivalla ennetamine, mõistmine ja kontroll; ohjeldusmeetmete rakendamise vältimise vahendid; piiratud asjaolud, kui ohjeldusmeetmete rakendamine võib olla õigustatud, võttes arvesse sellega seotud riske ja kasu; ohjeldusmeetmete korrektse rakendamise viisid;
3. sätestada vaimse tervise seaduses nõue, mille kohaselt võib vaimse tervise teenuse osutamine toimuda vaid selleks kvalifitseeritud personali poolt, kes on registreeritud ja atesteeritud kindlaksmääratud ametkonna poolt. Lisaks eeltoodule tuleb seaduses sätestada vaimse tervise teenuse osutajate registreerimise ja atesteerimise menetlus;

4. sätestada seaduses nõue, mille kohaselt peavad kohtud isiku kinnisesse asutusse paigutamise, tahtest olenematu ravi või läbivaatuse kohaldamise otsustamisel ning muude vaimse tervise häirega isikutega seotud asjade menetlemisel lähtuma asjatundlikust ja iseseisvast meditsiinilisest nõuandest;
5. kaaluda vaimse tervise häirega isikute põhiõiguste piiramise asjades kohtukollegiumi koosseisu lisaks kohtunikule ka kogenud tervishoiuspetsialisti ja kogukonna esindaja (teenuse tarbijate esindaja, sõltumatute nõustajate esindaja vms) määramist. Sätestada nõuded vaimse tervise häirega isikute põhiõiguste piiramise asjades kohtukollegiumi koosseisu kuuluvatele isikutele.

5.10. Õigusriigi printsiipide järgimine

5.10.1 Rahvusvaheline taust ja soovitused

Kõik vaimse tervise teenuste osutamist puudutavad otsused peavad olema tehtud kooskõlas kehtiva õigusega ning mitte mingil muul alusel või meelevaldselt. Olenevalt siseriiklikust õigussüsteemist võib vaimse tervise küsimusi puudutav õiguslik regulatsioon sisalduda erinevates õiguslikes instrumentides, nagu näiteks põhiseadus, rahvusvahelised lepingud, seadused, määrused, käskkirjad ning kohtute otsused. Kohaldatav seadus peab olema hetkel kehtiv – kehtetu ning kavandatav õigus otsuste langetamisel arvesse ei tule. Kõik valdkonda reguleerivad õigusaktid peavad olema avalikud, ligipääsetavad ja arusaadavad (675). Kuna õigusaktidel on täita äärmiselt oluline roll isikute õiguste kaitsel ja edendamisel, peab õigusaktidega olema tagatud, et sunnimeetmete, nagu tahtest olenematu paigutamine ja ravi, kohaldamine võib aset leida väga kitsalt piiritletud juhtudel. Seaduste tasandil tuleb sätestada ka kohased tagatised, mille eesmärgiks on ära hoida meelevaldsed sekkumised isikute õigustesse ja vabadustesse (676).

Õigusriigi printsiipide siseriiklikuks juurutamiseks tuleb vajalikuks pidada vaimse tervise teenuseid tarvitavate isikute teavitamist nende õigustest. Kõik valdkonda reguleerivad õigusaktid peavad olema kättesaadavad avalikkusele ja eriti otsusetegijatele. Kättesaadavuse tagamisel tuleb silmas pidada ka mitmekeelsust ning selgituste jagamise vajadust. Otsusetegijatele tuleb korraldada koolitusi õigusriigi printsiipide järgimisest vaimse tervise valdkonnas. Kõik siseriiklikud vaimse tervise küsimuste üle otsustajad

peavad oma tegevuses silmas pidama ka rahvusvahelise õiguse akte, nagu näiteks ÜRO, Euroopa Nõukogu ja muude organisatsioonide dokumendid, Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendid jne. Vaimse tervise alase seadusandluse tegelikku rakendamist peab kontrollima tervisesektorist ja tervishoiuteenuse osutajatest iseseisev asutus (677).

ÜRO resolutsioon 46/119 vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiipide kohta kohustab riike võtma tarvitusele meetmed, mis kindlustavad vaimse tervise alase tegevuse vastavuse printsiipidele. Silmas tuleb pidada, et printsiipides toodu laieneb kõigile vaimse tervise teenust osutavas asutuses viibivatele, mitte vaid tahtest olenematutele sekkumistele allutatud isikutele. Samuti peavad riigid käivitama vaimse tervise teenust pakkuvate asutuste kontrollimise süsteemi; sätestama menetluskorra kaebuste esitamiseks, uurimiseks ja lahendamiseks ning samuti looma kohased distsiplinaarsed või õiguslikud menetlused erialase väärkäitumise või patsiendiõiguste rikkumise asjades (678). Riigid peavad rakendama käsitletavaid printsiipe läbi kohaste seadusandlike, kohtumõistmise, halduslike, hariduslike ja teiste meetmete, millised tuleb kindla ajavahemiku möödudes üle vaadata. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid tuleb teha laialdaselt teatavaks kasutades selleks kohaseid ja aktiivseid vahendeid (679).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus REC(2004)10 vaimse tervise häiretega isikute inimõiguste ja inimväärkuse kaitse kohta rõhutab samuti liikmesriikide kohustust tagada kohane järelevalve soovitusel toodud standardite ja riigi vaimse tervise seaduse täitmise üle. Kvaliteedikontroll ja järelevalve aitavad tagada vaimse tervise häirega isikute inimõigused ja väärkuse, kindlustades neile kõrgekvaliteedilise teenuse kättesaadavuse vastavalt rahvusvahelistele standarditele (680). Seega peab järelevalve süsteem kontrollima ühelt poolt tegevuse kooskõla õiguslike standarditega ning teiselt poolt tegevuse kooskõla tehniliste ja erialastandarditega. Järelevalveametkonnad peavad olema sõltumatud ning neile tuleb tagada piisava rahalise ja inimressursi olemasolu. Järelevalveametkond peab oma tegevusse kaasama ka vaimse tervise asjatundjaid, ametnikke, vaimse tervise häirega isikuid ja nende lähedasi (681). Erinevates riikides on käibel erinev praktika järelevalvekomisjoni koosseisu osas ja näiteks Taanis kuuluvad komisjoni koosseisu ka parlamendi liikmed, kes esindavad rahvast (682). Soovitus loetleb tegevused, milliseid tuleb riigi poolt määratud asutuste poolt läbi viia eesmärgiga tagada üldine standardite järgimine vaimse tervise alases tegevuses. Esiteks peab riigi poolt

määratud ametkond läbi viima kontrollkäike vaimse tervise teenust osutavatesse asutustesse eesmärgiga teha kindlaks, et tahtest olenematuid sekkumisi viiakse läbi vaid selleks kohandatud ja vastavasse registrisse kantud asutustes ning et kohased alternatiivid tahtest olenematutele sekkumistele on isikutele kättesaadavaks tehtud. Lisaks tuleb järelevalvet teostada ametialaste kohustuste ja standardite järgimise üle vaimse tervise teenust osutava asutuse töös. Iga vaimse tervise asutuses aset leidnud tahtest olenematule sekkumisele allutatud isiku surmajuhtumit tuleb asjakohase ametiasutuse poolt põhjalikult ja erapooletult uurida ning teenuseosutajal on kohustus vastavat asutust igast sellisest surmajuhtumist teavitada. Järelevalveametkonna pädevuses on muuhulgas ka isiku suhtes kohaldatavate suhtlemispiirangute põhjendatuse ülevaatamine. Oluliseks kontrolliobjektiks on kaebuste menetlemise korra olemasolu ja kaebustele kohaste vastuste andmine. Järelevalvet teostaval ametkonnal on õigus kohtuda vaimse tervise häiretega isikute ja nende lähedastega ning omada juurdepääsu isiku haigusloole; saada vaimse tervise häirega isikutelt usalduslikke kaebusi; saada vaimse tervise teenuseid osutava asutuse juhtkonnalt või töötajatelt teavet, mis on vajalik järelevalvetoimingute läbi viimiseks (683).

Lisaks tuuakse soovitusel välja vajadus koguda süstemaatilist ja usaldusväärset anonümiseeritud statistikat vaimse tervise seaduse rakendamise ja esitatud kaebuste kohta. Statistika peaks muuhulgas kajastama tahtest olenematute sekkumisega seonduvaid ajaolusid, nagu puudutatud isikute arv, nende diagnoosikategooriad, tahtest olenematute sekkumiste kestus, esitatud kaebuste arv, menetluste pikkus ja tulem ning tahtest olenematuid sekkumisi läbi viivate asutuste andmed ja asukoht (684). Käesoleval ajal on vaimse tervise teenuste kohta teabe kogumine ja analüüsimine erinevates Euroopa riikides väga erineval tasemel. Olemasoleva teabe alusel saab teha üldistusi, mis lubavad meetodiliselt ennetada tahtest olenematute sekkumiste puhul aset leida võivaid väärkasutusi ning edendada paremaid praktikaid (685). Vaimse tervise seaduse rakendamise ja standardite järgimise kohta käiv teave tuleb teha avalikkusele kättesaadavaks (686).

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) on õigusaktide ja muude reeglite järgimise kontrolli seisukohast pidanud väga tähtsaks seda, et psühhiaatriaasutusi külastaks regulaarselt mõni sõltumatu välisesindaja (näiteks kohtunik või järelevalvekomisjon), kes vastutab patsientide heaolu

kontrolli eest. Neil peaks olema volitus eravestluste pidamiseks patsientidega, kõigi nende kaebuste vastu võtmiseks ja mistahes vajalike soovitude andmiseks (687). Erilist järelevalvet tuleb teostada ohjeldusmeetmete rakendamisega seonduvate asjaolude üle. Kaaluda tuleks korrapärase aruandluse esitamist väljaspool asutust tegutsevale järelevalveorganile. Kõnealuse aruandlussüsteemi ilmne kasu seisneb selles, et see hõlbustab ülevaate saamist ohjeldusmeetmete kasutamise praktikast siseriiklikul ja piirkondlikul tasandil, mis omakorda aitab paremini juhtida nende rakendamist (688).

WHO on oma vaimse tervise seadusandluse alastes juhtnöörides järelevalveametkonna tegevust käsitlenud laiemalt, kui vaid kontrollifunktsiooni teostamine. Hoolimata järelevalveametkonna vormist ja koosseisust peab olema kindlaks määratud tööplaan kontrollülesannete täitmiseks, seatud mõõdetavad eesmärgid ning tagatud vajalikud halduslikud ja rahalised vahendid. Järelevalveametkonna tegevus peaks hõlmama muuhulgas ka vaimse tervise alase seadusandluse rakenduseeskirjade ja reeglite välja töötamist; vaimse tervise alase seadusandluse täitmise jälgimiseks kasutatavate standarddokumentide ette valmistamist; vaimse tervise spetsialistide kohast koolitamist ja vajadusel pädevuse hindamist; mittemeditsiiniliste vaimse tervise asjatundjate (sanitarid, põetajad, psühholoogid, psühhosotsiaaltöötajad) võimestamist osalemaks teatud menetlustes spetsialistidena ning neile selles kohase koolituse pakkumist; täitmise jälgimist (689). Lisaks rõhutatakse vaimse tervise teenuste tarbijate ja nende esindusühingute koolitamise ja teavitamise tähtsust. Nimetatud isikutele ja nende esindajatele on oluline teada seaduste sisu ja eriti neile õigusaktidega ette nähtud õigusi. Teavitamisprotsessi võib edukalt kaasata ka teenuse tarbijate ja nende pereliikmete esindusühingud (690). Seadusandluse kohast rakendamist aitab tagada ametlik juhendmaterjal erialaspetsialistidele. Sellises juhendmaterjalis, mis on välja töötatud näiteks seadusandja või järelevalveametkonna poolt, tuuakse veelkord välja õigusaktide aluseks olevad väärtused ja printsiibid, selgitatakse erinevate sätete eesmärke ja antakse ülevaade peamistest kohtulahenditest (691).

WHO Euroopa regiooni liikmesriikide poolt Helsingis vastu võetud vaimse tervise deklaratsiooni ja tegevuskava kohaselt peavad riigid määrama standardid vaimse tervise teenuse tarbijate ja nende hooldajate esindatuse tagamiseks komiteedes ja töögruppides, mis vastutavad vaimse tervise tegevuste planeerimise, ülevaatuse ja järelevalve eest (692). Lisaks tuleb jõustada seadusandlus, mis määrab osutatava abi standardid ning

lõpetab ebainimlikud ja alandavad teenused ning sekkumised. Riigid peavad käivitama kontrollsüsteemi, mis tagaks paremate praktikate jõustamise ning peataks hooletuse ja kuritarvitused vaimse tervise teenuste osutamisel (693). Aastaks 2010 võtsid liikmesriigid deklaratsiooniga kohustuse lõpetada ebainimlik ja alandav kohtlemine ja ravi ning viia siseriiklik vaimse tervise seadusandlus vastavusse ÜRO konventsioonide standardite ja muude rahvusvahelise õiguse aktidega (694).

Maailma Meditsiiniassotsiatsioon on 1987 aastal Madridis vastu võtnud deklaratsiooni professionaalse autonoomia ja eneseregulatsiooni kohta. Deklaratsiooni punkti 7 kohaselt peab tervishoiutöötajate erialane tegevus ja käitumine olema alati kooskõlas meditsiinieetika printsiipidega. Viivitamatult tuleb sekkuda igasse eetikast kõrvalekalduvasse tegevusse ning eetiliste printsiipide rikkumises süüdi olevad tervishoiutöötajad tuleb korrale kutsuda ning rehabiliteerida (695).

Euroopa Patsiendiõiguste Harta kohaselt on igal inimesel õigus esitada kaebus juhul, kui ta on kannatanud kahju ning saada sellisele kaebusele vastus. Eeltoodud õiguse teostamiseks peavad tervishoiuteenuse osutajad, vajadusel kolmandate isikute abil, teavitama patsiente nende kaebeõigusest, osutama kaasabi rikkumiste tuvastamisel ning kaebuste vormistamisel. Vajadusel tuleb kaebuste menetlemisele kaasata eripooletuid asutusi või kodanikuühendusi (696).

SA PRAXIS poolt 2002.aastal välja töötatud „Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument“ tõi esile vajaduse süsteemselt korrastada õigusruum vaimse tervise parandamiseks eelduste loomiseks ning luua õiguskantsleri juurde vaimse tervise ombudsmani institutsioon, kuna vaimne tervis on ministriumide ülene küsimus ja üks ministrium ei saa teostada teiste tegevuse üle järelevalvet. Lisaks tuleks kaaluda sotsiaalkohtute ja Tervishoiuameti juures tegutseva Sõltumatu Järelevalve Komisjoni loomist isikute põhiõiguste tagamiseks (697).

5.10.2 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon teistes riikides

Ka kõige modernsem ja isikukeskem vaimse tervise regulatsioon ei aita tagada isikute põhiõigusi ja –vabadusi juhul, kui seda täiel määral ei rakendata. Rakendamise tagamiseks on vaja ühelt poolt tõsta asjassepuutuvate isikute teadlikkust vaimse tervise

küsimustega seonduvatest õigusaktidest ning teisest küljest viia läbi pidevat ja tõhusat kontrolli kõigi ebakõlade võimalikult varaseks avastamiseks. Järgnevalt vaadeldakse, kuidas on valikus teistes Euroopa riikides tagatud õigusriigi printsiipide järgimine.

5.10.2.1 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Ühendkuningriigis

Ühendkuningriigi vaimse tervise seaduse koostamisel pöörati erilist tähelepanu sellele, et seadus oleks täielikus kooskõlas Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsioonis tooduga. Kuigi vaimse tervise häirete ravi peab võimalikult laiemas ulatuses põhinema vabatahtlikkusele, võib esineda siiski vajadus tahtest olenematute sekkumiste läbi viimiseks. Õiguste piiramise alused ja kord peab olema sätestatud seaduse tasandil ning olema igati kooskõlas rahvusvaheliste inimõiguste aktidega. Seaduseelnõu seletuskirja kohaselt omab seadus puutumust inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni artiklitega 3 (ebainimliku ja alandava kohtlemise keeld), 5 (õigus vabadusele ja turvalisusele), 8 (õigus perekonna ja eraelu puutumatusel), 14 (diskrimineerimise keelamine) ja 1.protokolliga 3 (õigus vabalt valida) (698).

Ühendkuningriigi vaimse tervise seadus kohustab riigisekretäri välja töötama vaimse tervise alase töö juhendmaterjali (699). Selline juhendmaterjal laiendab oluliselt seaduse teksti ja võimaldab nii erialaasjatundjatel kui avalikkusel teada saada, kuidas seadust rakendada (700). Juhendmaterjalis täpsustatakse sellised küsimusi, nagu problemaatiliste tervishoiuteenuste osutamine vaid registrisse kantud tervishoiutöötajate poolt ning isiku kirjaliku nõusoleku alusel; isiku poolt minevikus või olevikus avaldatud soovide ja tunnete austamine; mitmekesisuse, eriti usulise, kultuurilise ja seksuaalse orientatsiooni mitmekesisuse austamine; vabaduste piiramise vähendamine; isikute kaasamine neile osutavate vaimse tervise teenuste planeerimisse, arendamisse ja osutamisse; ebaseadusliku diskrimineerimise vältimine; ravi efektiivsus; hooldajate ja muude huvitatud isikute seisukohad; vaimse tervise häirega isiku heaolu ja turvalisus; avalik turvalisus. Juhendmaterjal on kohustuslik järgimiseks registrisse kantud tervishoiutöötajatele, haiglate juhtkonnale ja töötajatele, iseseisvatele haiglatele ja hoolekandeesutustele, vaimse tervise häirega isikutega tegelevatele sotsiaaltöötajatele ning muude elukutsete esindajatele, kelle tegevus on suunatud vaimse tervise häiretega isikutele (701).

Vaimse tervise seaduse tõhusa ja ühtlase rakendamise tagamise eesmärgil on ka riik astunud aktiivseid samme teenuseosutajate ja muude vaimse tervise häirega isikutega tegelevate isikute teadlikkuse tõstmiseks. Ühendkuningriigi terviseministerium teeb seaduse rakendamise soodustamise eesmärgil koostööd raviteenuste parandamise partnerlusühingu ja teiste ühendustega. Raviteenuste parandamise partnerlusühing töötab nii vaimse tervise teenuse kui muude teenuste osutajate ja teenuse tarbijatega eesmärgiga aidata teenuseid parandada ja arendada. Vaimse tervise seadusega seonduvates valdkondades aitab ühendus seadust kohalikul tasandil rakendada ning võimestab teenuseosutajaid iseseisvaks tegutsemiseks paremate praktikate kohaselt. Ühendus lähtub teenuseosutaja teavitamisel ja abistamisel eelkirjeldatud riigisekretäri poolt välja töötatud vaimse tervise teenuste osutamise juhendmaterjalist. Ühendus viib vaimse tervise teenuse osutamisega seoses läbi selliseid üleriiklikke projekte, nagu töötajad ja nende uued erialarollid; ambulatoorne tahtest olenematu ravi; vaimse tervise seaduse jõustamine ja kaebesüsteem; nõustamine; väärtustepõhine praktika. Projektidesse on lülitatud ka teenuseosutajate esindajate praktiline koolitus osutamaks vaimse tervise häirega isikutele teenuseid tänapäevasel tasemel (702).

Seadus kehtestab eraldi karistused vaimse tervise teenuse tarbijate väärkohtlemise eest asutuse personali poolt (703). Seaduserikkumiseks loetakse nii vaimse tervise teenust tarvitavate isikute otsest väärkohtlemist kui ka tahtlikku hooletussejätmist. Karistus eelnimetatud tegude eest on kas vangistus või rahatrahv. Samuti karistatakse kriminaalkorras järelevalveametkonna töö takistamist ning karistuseks on rahatrahv (704).

5.10.2.2 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Soomes

Soome vaimse tervise seaduse koostamisel on aluseks võetud mitmed rahvusvahelise õiguse aktid, nagu näiteks Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsioon, Euroopa Nõukogu soovitus R(83)2 tahtest olenematult paigutatud vaimse tervise häirega isikute õiguskaitsest jne (705). Muidugi tuleb silmas pidada, et kuna Soome vaimse tervise seadus koostati aastal 1989, siis ei pruugi kõik selles sätestatud seisukohad enam olla absoluutses kooskõlas rahvusvaheliselt tunnustatud normide või Euroopa Inimõiguste Kohtu lahenditega.

Soomes on vaimse tervise alase tegevuse järelevalve tervishoiu õiguskaitsekeskuse pädevuses. Keskus menetleb selliseid kaebusi, mis puudutavad patsiendi surma või raske puude tekkega lõppenud ravivigasid. Lisaks üldpädevusele viib tervishoiu õiguskaitsekeskus järelevalve läbi alati, kui tegemist on põhimõttelist tähtsust omavate või laiaulatuslike küsimustega, mitut maakonda või kogu riiki puudutavate küsimustega, tervishoiutöötaja ametitegevust puudutavate järelevalve asjadega ja asjadega, mille menetlemiseks ei ole maavalitsusel pädevust (706). Ülejäänud kaebustega tegelevad maavalitsused. Tervishoiuteenuste järelevalve osas on teatud pädevused ka üldist õiguskindlust kontrollivatel organitel, nagu Eduskunta ombudsmani kantselei ja õiguskantsleri ametkond, koostööd tehakse ka patsiendikindlustuskeskusega. Õiguskaitsekeskuse pädevuses on tervishoiutöötajatele suunatud täiendõppe atesteerimine. Lisaks järelevalvele annab tervishoiu õiguskaitsekeskus teavet ja ametiabi ning korraldab ise koolitusi tervishoiuteenuste osutajatele ja tervishoiutöötajatele (707).

Tervishoiu õiguskaitsekeskus on välja töötanud erinevaid abimaterjale, milles selgitatakse õigusaktide sisu, parimaid praktikaid ning isikute õigusi. Nii on koostatud vaimse tervise valdkonnaga haakuvalt näiteks juhendmaterjal psühhoterapeudi ametinimetuse kasutamise õigusest (708); fotoaparaadiga mobiiltelefonide kasutamisest vaimse tervise häirete raviga tegelevates asutustes (709); isiku saatmisest ravile juhul, kui hambaarst kahtlustab vaimse tervise häire esinemist (710) ja liikumisvabadust piiravate vahendite (turvavestid, sidumisvööd jne) kasutamisest geriaatrias (711). Juhendmaterjalid ei ole mõistagi õiguslikult siduvad, kuid kvalifitseeruvad hea tavana, millest kõrvale kaldumine vajab täiendavat põhistamist. Hoolimata soovituslikust iseloomust hindavad kohalikud eksperdid vajadust erinevate õiguste piiramist käsitlevate juhendmaterjalide järele kõrgelt. Samuti soovitakse saada kohaseid koolitusi isikute põhiõiguste piiramise, näiteks ohjeldusmeetmete rakendamise, kohta (712).

Aasta 2009 alguses Soomes valminud vaimse tervise ja sõltuvushäirete tegevuskava aastani 2015 rõhutab vaimse tervise töö alaste soovituslike materjalide olulisust. Soome tervishoiu ja heaolu amet peab koguma kõik vaimse tervise tegevuse alased juhendmaterjalid ühtsesse andmebaasi ning kanda hoolt juhendmaterjalide ajakohastamise ja järgimise kontrolli eest. Toetatakse parimatel praktikatel põhinevat tegevust. Juhendmaterjalide rakendatavuse eelduseks on nende põhinemine uuringute või hinnangute andmetel ning et neid ajakohastatakse perioodiliselt (713).

Vastutuse reguleerimise osas sätestab vaimse tervise seadus, et isiku suhtes võib vaimse tervise teenuste osutamisel kasutada vaid selliseid sunnivahendeid, mis on kohased eesmärgi suhtes (714). Sunnivahendite ebaproportsionaalse rakendamise korral vaimse tervise teenust osutavate või neid abistavate isikute poolt on võimalik isikut karistada kriminaalkorras (715).

5.10.2.3 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Rootsis

Rootsi tervise ja tervishoiuteenuste seaduse kohaselt arendatakse ja tagatakse tervise ja tervishoiuteenuste kvaliteeti süstemaatiliselt ja jätkuvalt (716). Juhul, kui tervise ja tervishoiuteenuste osutamist juhtiv kohaliku omavalitsuse või maakondlik asutus on oma tegevuse käigus märganud midagi, mis võiks tekitada kahtluse uute vahendite tarvituselevõtus väärkasutamise eesmärgil või olemasolevate vahendite väärkasutamises, teavitatakse sellisest asjaolust viivitamata rahvatervise instituuti (717).

Nii Rootsi tahtest olenematu ravi seadus kui ka sundravi seadus kaitsevad isikute õigusi vabadusele ja kehalisele puutumatusel, nagu need on tagatud põhiseaduses, ning lähtuvad Euroopa Nõukogu vaimse tervise alastest soovitustest (718). Kummatigi ei sisaldu seadustes täpsemaid sätteid järelevalve ning teenuseosutajate vastutuse kohta.

Rootsi Sotsiaalamet on nii teenuseosutajatele kui tarbijatele suunatuna avaldanud erinevad teabe- ja juhendmaterjale tahtest olenematu ja sundravi kohta (719), elektrooniliste suhtlusviiside kohta muuhulgas ka vaimse tervise teenust osutavates asutustes (720), vanemate inimeste vaimse tervise häirete kohta (721), puuete hindamise kohta (722) jne.

5.10.2.4 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Saksamaal

Osutatavate teenuste kvaliteedi tagamise eesmärgiks on kindlustada piisavate ja kohaste isiku vajadustele vastavate teenuste kättesaadavus, mis lähtuvad tarbija elukvaliteedi tõusust ja teenuseosutaja erialasest kvalifitseeritusest. Kontrollorganeid on Saksamaal mitmeid, kuid peamiseks välist järelevalvet teostavaks ametkonnaks on föderaalne ühendkomitee. Ühendkomitee on avalik-õiguslik organ ning tema tegevuse alused

tulenevad seadusest (723). Komitee ülesandeks on teostada kvaliteedikontrolli kõigi tervishoiuteenuse osutajate üle. Ühendkomitee oluliseks vastutusalaks on ka uute diagnostika ja ravimeetodite hindamine ja heaks kiitmine. Lisaks avaldab ühendkomitee eeskirju, mis on vajalikud tervishoiuteenuste osutamise adekvaatsuse, kohasuse ja efektiivsuse tagamiseks valdkondades, nagu näiteks skriining, hambaravi, psühhoterapia, rehabilitatsioon jne (724).

Erinevate nõuete korral saab isik oma õigusi maksma panna mitmel viisil. Arstide ja hambaarstide kodade juures tegutsevad ekspertiisi- ja vaidluskomisjonid, kelle ülesandeks on hinnata tervishoiutöötaja tegevust arstiteaduslikust vaatenurgast. Komisjonid koosnevad reeglina arstidest ja juristidest. Tuleb märkida, et sellise komisjoni otsused ei ole aga õiguslikult siduvad. Peamisteks kaebuste lahendamise organiteks on tsiviilkohtud ravilepingu alusel osutatavate teenustega seonduvate asjaolude vaidlustamiseks ja kahjude katmiseks makstavate hüvitiste määramiseks ning kriminaalkohtud isiku kehalise puutumatus ja elu ohustamise asjades (725).

5.10.3 Õigusriigi printsiipide järgimise regulatsioon Eestis

Eesti vaimse tervise valdkonda reguleeriv seadusandlus ei käsitle õigusriigi printsiipe eriti sügavuti. Psühhiaatrilise abi seaduses käsitleb õigusriigi printsiipide tagamise kontrolli teenuseosutaja tasandil vaid säte, mille kohaselt teostab järelevalvet tahtest olenematu ravi üle Tervishoiuamet (726). Ka järelevalvet psühhiaatrilise sundravi korralduse ja kvaliteedi üle teostab Tervishoiuamet (727).

Tervishoiuameti üldine järelevalvepädevus nähtub tervishoiuteenuste korraldamise seadusest. Seaduse kohaselt teostavad tervishoiuteenuste osutajatele sätestatud nõuete täitmise üle järelevalvet maavanem ja Tervishoiuameti selleks volitatud ametnikud, kusjuures Tervishoiuameti ametnikud teostavad järelevalvet perearstide, kiirabi osutajate, eriarstiabi osutajate ja iseseisvalt õendusabi osutajate tegevuse üle (728). Järelevalve teostajal on õigus siseneda kontrollitava isiku tegevuskohta, tutvuda tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentidega; saada seletusi kontrollitava isiku juhtorganitelt ja tervishoiutöötajatelt ning teha kontrollitavale isikule ettepanekuid tegevuse parandamiseks ja ettekirjutusi puuduste kõrvaldamiseks (729). Ettekirjutuses sisalduva kohustuse täitmata jätmise korral võib Tervishoiuamet rakendada vaimse tervise teenust

osutava tervishoiuteenuse osutaja suhtes sunniraha asendustäitmise ja sunniraha seaduses sätestatud korras, peatada tervishoiutöötaja registreeringu või tunnistada tegevusluba kehtetuks (730). Registreeringu peatamise pikkuse otsustab Tervishoiuamet lähtudes ettekirjutuse raskusest. Oluline on see, et kontrolli operatiivsuse tagamise eesmärkidel ei pea enne järelevalve teostamist eelnevalt informeerima kontrollitavat tervishoiuteenuse osutajat (731).

Tervishoiuteenuste osutamine ilma tegevusloata ei ole lubatud ning sellise tegevuse eest karistatakse kriminaalkorras rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega (732). Siin tuleb tähelepanu pöörata asjaolule, et üldreeglina on tegevusloata, litsentsita või registreeringuta tegutsemine karistatav vaid väärteona ning üksnes teatud ohtlikematel ja konkreetsetel piiritletud tegevusaladel, nagu näiteks meditsiin, on tegu karistatav kuriteona (733).

Eraldi reguleerib tervishoiuteenuse osutaja vastutust võlaõigusseadus (734). Reeglina vastutavad tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiuteenuse osutamisele kaasatud isik üksnes oma kohustuste süülise rikkumise eest, eelkõige diagnoosi- ja ravivigade ning patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustuse rikkumise eest. Vastutuse aluseks olevat asjaolu peab tõendama patsient, välja arvatud juhul, kui patsiendile tervishoiuteenuse osutamine on jäetud nõuetekohaselt dokumenteerimata. Kui tegemist on diagnoosi- või raviveaga ja patsiendil tekib terviserike, mida oleks saanud tavapärase raviga ilmselt vältida, eeldatakse, et kahju tekkis vea tagajärjel. Terviserikkest tulenevat kahju peab ka sel juhul tõendama patsient.

5.10.4 Kontseptuaalsed ettepanekud õigusriigi printsiipide järgimise reguleerimiseks Eestis

Eeltoodust nähtuvalt on vähemalt vaimse tervise valdkonnas kehtivate regulatsioonide sidusus õigusriigi printsiipidega hägus. Kogu käesolevas töös eelnevalt käsitletu pinnalt on pikemata selge, et vaimse tervise regulatsioon ei võimalda käesoleval ajal Eestis piisaval määral tagada isikute põhiõigusi ja vabadusi, kuna seadusandliku baasi kooskõla rahvusvahelise õiguse aktide, Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendite ja muude sarnaste baasdokumentidega on ebapiisav. Väga pealiskaudne on kontroll valdkonda reguleerivate õigusaktide rakendamise üle ja seda nii regulatsiooni poole pealt kui ka tegelikkusesse

rakendamisel. Määramata on asutus, kes omaks pädevust selgitavate ja juhendmaterjalide välja töötamiseks ning nõuetele vastavate koolituste korraldamiseks. Nähtuvalt Soome kogemusest ei taga ainuüksi kohane seadusandlik baas veel isikute õiguste piiramise vähenemist, vaid oluline on suhtumise ja oskuste muutmine (735).

Vaimse tervise teenuste valdkonnas teostavad erinevate aspektide üle järelevalvet erinevad ametkonnad, kuid koordineerimata on nendevaheline koostöö. Samuti ei ole järelevalvetegevuse efektiivsuse ja laiahaardelisuse tagamiseks asjakohastele ametkondadele pandud kohustust teha koostööd muude asjaosalistega, nagu teenuste tarbijad, nende lähedased, erinevad valdkonnaga seotud mittetulundusühingud jne. Puudulik on isikute põhiõiguste piiramist kontrollivate kohtute vaimse tervise küsimuste alaste eriteadmiste tase.

Vaimse tervise ja sellega seotud teenuste statistika kogumine on vähene ja ebajärjepidev. Üldse ei koguta ega analüüsita teavet isikute põhiõiguste piiramise kohta. Ometi aitaks erinevate praktikate ja andmete kogumine välja tuua üldiseid trende ning vajadusel väärkäitumisi läbi kohaste meetmete korrigeerida.

Tulenevalt eeltoodust ja lähtuvalt vajadusest tagada õigusriigi printsiipide kõrvalekaldumatu järgimine vaimse tervise teenuste osutamisel ning piinamise ja ebainimliku kohtlemise vältimine, tuleb käesolevas alapeatükis käsitletu pinnalt teha järgmised ettepanekud:

1. tagada olukord, kus kõik vaimse tervise valdkonda reguleerivad õigusaktid vastaksid nii Eesti Vabariigi põhiseaduses, rahvusvahelise õiguse aktides kui ka Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendites toodud printsiipidele ning tagaksid isikute õiguste katse võimalikult kõrgemal tasemel;
2. määratleda vaimse tervise seaduses erinevate ametkondade järelevalvepädevus vaimse tervise valdkonnas;
3. reguleerida vaimse tervise seaduses erinevate järelevalveametkondade vaheline koostöö ning erinevate huvigruppide ja ekspertide hõlmamine järelevalvetegevusse;
4. kaaluda vajadust üle vaadata erinevate vaimse tervise teenuste osutamisel aset leidnud kõrvalekaldumiste korral rakendatavate sunnivahendite nimekiri, sisu ja vastavus sooritatud teoga;

5. kaaluda vajadust anda vaimse tervise seaduses teatud ametkonnale õigus välja töötada vaimse tervise valdkonda reguleerivaid ning kehtivatel õigusaktidel põhinevaid juhend- ja teabematerjale nii teenuste tarbijatele, teenuste osutajatele kui ka muudele asjassepuutuvatele isikutele;
6. kaaluda vajadust panna vaimse tervise seadusega teenuseosutajatele ning järelevalveametkondadele (m.h ka kohtutele) kohustus perioodiliseks enesetäienduseks vaimse tervise küsimustega seonduvates ning nende ametiülesannete täitmise suhtes tähtsust omavates valdkondades;
7. sätestada vaimse tervise seaduses kohustus koguda süstemaatilist ja usaldusväärset anonümiseeritud statistikat vaimse tervise seaduse rakendamise ja esitatud kaebuste kohta täpsustades muuhulgas andmete kogumise eesmärgi, koguja ja edastaja õigused ja kohustused, kogumismenetluse ja analüüsi tulemuste avaldamise.

6. Kokkuvõte

Kokkuvõtlikult võib nentida, et vaimse tervise valdkonna regulatsioon Eestis on lapsekingades ja vajab juba lähitulevikus suurt arenguhüpet. WHO Helsingi deklaratsiooni kohaselt on positiivne vaimne tervis heaolu staatus, kus isik suudab hinnata oma võimeid, saab hakkama normaalsetes stressiolukordades, suudab tulemuslikult töötada ning suudab panustada oma kogukonda. Vaimne tervis on inimõigus ja globaalne avalik hüve ning isikute tervise ja heaolu lahutamatu osa.

Lisaks isikukesksele vaimse tervise käsitlemisele tuleb rõhutada ka asjaolu, et positiivne vaimne tervis on sotsiaalse sidususe ja sotsiaalse kapitali tõstmise aluseks ning parandab elukeskkonna turvalisust, selle puudumine on aga ohuks rahvatervisele, elukvaliteedile ja majandusele. Käesoleva töö sissejuhatuses toodud arvandmete kohaselt on aastaks 2020 kogu maailmas 15% puuetest tingitud psüühikahäiretest. Igal ajahetkel kannatab 150 miljonit inimest depressiooni all ning Eestis põeb samal ajal depressiooni hinnanguliselt ligi 71 000 inimest. Vaimse tervise kogukulu riigi majandusele nii otseste kui ka kaudsete kulude näol on rusuv - arenenud maades on selliste häirete tagajärjel tekkinud majanduslik koormus ühiskonnale eelduslikult 3-4% sisemajanduse kogutoodangust aastas. Kasutades eeltoodud suhtarvu ja teades, et Eesti sisemajanduse kogutoodang aastal 2007 oli 238,9 miljardit krooni, võib järeldada, et Eesti ühiskonnale vaimse tervise häirete tõttu langeva majandusliku koormuse suurus on iga-aastaselt vahemikus 7,17 kuni 9,56 miljardit krooni.

Sellised arvud ei jäta kahtlustki probleemi tõsiduses ja viivitamatus vajaduses rakendada efektiivseid meetmeid vaimse tervise häirete esinemissageduse langetamiseks ja juba olemasolevate häirete leevendamiseks. Siiski tuleb silmas pidada, et kõik antud valdkonnas tarvitusele võetavad meetmed peavad olema isikukesksed – austada tuleb põhiõigusi ja -vabadusi, saavutada tuleb maksimaalne kaasatus.

Rahvastiku vaimse tervise taseme tõstmiseks on ülimalt oluline ühiskondlik kokkulepe ja ühine arusaam probleemi tõsidusest ja edasistest tegevussuundadest. Konsensuse saavutamiseks kõigi osapoolte vahel tuleks välja töötada ja kehtestada vaimse tervise poliitika. Juba ülalmainitud WHO Helsingi deklaratsiooni alusel võtsid kõik osalevad riigid, muuhulgas ka Eesti, endale kohustuse välja töötada ja jõustada

kohased vaimse tervise poliitikad, mille eesmärgiks on vaimse heaolu arendamine ning vaimse tervise häiretega isikute ühiskonda kaasatuse suurendamine. Asjaolu, et kuni käesoleva ajani puudub Eestil ühena vähestest Euroopa riikidest vaimse tervise poliitika, on negatiivsena välja toonud ka WHO Euroopa büroo oma asjakohases analüüsis (736).

Lisaks konsensusdokumendile on äärmiselt vajalik ka uue vaimse tervise seaduse, kui siduva õigusakti, koostamine ja jõustamine. Seadus peaks lähtuma inimõiguste kaitse printsiipidest ja asjassepuutuvates rahvusvahelise õiguse aktides ja muudes allikates väljendatud seisukohtadest. Äärmiselt oluline on vaimse tervise valdkonna sidumine kõigi riigi poliitikate ja tegevustega. Seaduse tasandil tuleb ette näha koostöö erinevate riigi sektorite ja muude isikute vahel eesmärgiga tagada täielikult vaimse tervise komponendi arvesse võtmine ja isikute põhiõiguste austamine. Lisaks asjakohase seaduse jõustamisele tuleb kindlasti tähelepanu pöörata ka üldise suhtumise muutmisele ja komplekssele teadlikkuse tõstmisele nii otsusetegijate, teenuseosutajate kui ka vaimse tervise teenuste tarbijate seas. Seaduse efektiivseks rakendamiseks on vajalik tõhusate kontrollmehhanismide juurutamine ja pideva analüüsi läbi viimine isikute õiguste kaitse taseme, teenuste osutamise ja võimalike kitsaskohtade osas.

WHO Helsingi deklaratsioonis võtsid WHO Euroopa piirkonna liikmesriikide terviseküsimumustega tegelevad ministrid liikmesriikidele valitsuse tasandil lahendamiseks kokku 18 küsimust. Muuhulgas kohustusid valitsused jõustama vaimse tervise poliitika ja seadusandluse, mis panevad aluse vaimse tervise alasele tegevusele ja austavad inimõigusi; koordineerima asjakohase vaimse tervise poliitika ja seadusandluse koostamist, levitamist ja juurutamist; hindama valitsuse tegevuse mõju rahvastiku vaimsele tervisele; jõustama vahendid, mis lõpetavad ebainimlike ja alandavate vaimse tervise teenuste osutamise ning tagama vaimse tervise teenustele piisava rahastatuse (737). Deklaratsiooni alusel ette võetud tegevustest peavad liikmesriigid aru andma aastaks 2010.

Tulenevalt eeltoodust on tõesti viimane aeg hakata Eestis reguleerima vaimse tervise alaseid küsimusi viisil, mis võimaldaks tagada isikute õigused, tõsta rahvastiku vaimse tervise taset ja täita riigi poolt võetud rahvusvahelisi kohustusi. Sobivaks lähtekohaks regulatsioonide välja töötamisel on käesolevas töös esitatud analüüs ja kontseptuaalsed ettepanekud.

Lõpuks tuleb veelkord rõhutada WHO Helsingi deklaratsiooni baasseisukohta, mille kohaselt ei ole tervist ilma vaimse terviseta. Rahvastiku tervise tagamise suunas selle igas aspektis peaks püüdlema aga iga demokraatlik sotsiaaliik.

7. Kasutatud kirjandus

1. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva: WHO; 2005. Punkt 8. (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>).
2. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn; 2002. Lk 22. (www.praxis.ee/praxis/admin/texts/vt_alusdokument_sept.doc).
3. Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Radboud University Nijmegen; 2005. Lk 4. (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf).
4. WHO. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001. Lk 20. (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
5. Ibid, lk 23.
6. WHO Mental Health Home. The bare facts. (http://www.who.int/mental_health/en/).
7. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: WHO; 2004. Lk 15.
8. Singe P. Norutunde kõrge hind. Eesti Päevaleht 18.10.2007. (<http://www.epl.ee/arvamus/404365>).
9. Investing in mental health. Geneva: WHO; 2003. Lk 8. (http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf).
10. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva: WHO; 2005. Lk 8. (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>).
11. Uuring puudutas 28 Euroopa riiki.
12. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: WHO; 2004. Lk 15.
13. Berto P. Depression: Cost-of-illness studies in the international literature: A review. J Ment Health Policy Econ 2000;3:3-10.
14. Backman G, Hunt P, Khosla R, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. Lancet 2008;372:2047–85.
15. Investing in mental health. Geneva: WHO; 2003. Lk 8. (http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf).
16. Ibid.
17. Statistics about Depression. (<http://www.wrongdiagnosis.com/d/depression/stats.htm>).
18. Ibid.
19. Murray JL, Lopez AD, editors. Summary: the global burden of disease. Boston (MA): Harvard School of Public Health; 1996.
20. Henk HJ, Katzelnick DJ, Kobak KA, et al. Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. Arch Gen Psychiatry. 1996;53:899-904.
21. Von Korff M, Katon W, Unutzer J, et al. Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. J Fam Pract 2001;50:E1.
22. Death due to suicide, by sex (standardised death rate per 100 000 persons). Eurostat. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/t_health/t_hlth/t_hlth_cdeath&language=en&product=REF_TB_health&root=REF_TB_health&scrollto=0).
23. Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikute arv. Tervise Arengu Instituut; 2007. (<http://www.tai.ee/?id=5600>).
24. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2007. Lk 29. (http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf).

-
25. Psychiatric care beds in hospitals (per 100 000 inhabitants). Eurostat. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=P ORTAL&screen=welcomeref&open=/t_health/t hlth/t hlth care&language=en&product=REF T B health&root=REF TB health&scrollto=0).
 26. Eesti Haigekassa 2008. aasta I poolaasta aruanne. Lk 21-8. (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/2008_I_poolaasta_aruanne.pdf).
 27. Eesti haigekassa soodusravimite statistika 2008. aasta I kvartali aruanne. Read 372-81. (http://www.haigekassa.ee/files/est_kindlustatule_soodusravimid_statistika/2008_IPA_100.xls).
 28. Gabriel P, Liimatainen M.-R. Mental Health in the Workplace. Geneva: ILO-, 2000. (<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/papers/execsumintroduction5.htm>).
 29. Birnbaum H, Greenberg P, Barton M, et al. Workplace burden of depression: a case study in social functioning using employer claims data. Drug Benefits Trends 1999;11:6BH–12BH.
 30. Statistika kättesaadav aadressil <http://www.stat.ee/pohinaitajad>.
 31. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. British Medical Journal 2005;330: 123–6.
 32. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tartu Ülikool tervishoiu Instituut; 2004. ([http://www.sm.ee/est/HtmlPages/RiskiKoormus2004/\\$file/RiskiKoormus2004.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/RiskiKoormus2004/$file/RiskiKoormus2004.pdf)).
 33. Years of life lost (percentage of total). WHO; 2006. (<http://www.who.int/whosis/whostat2006YearsOfLifeLost.pdf>).
 34. Disability adjusted life years (DALY). WHO. (<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/>).
 35. Lai T. Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000-2004. Sotsiaalministeerium 2006. Lk 16. (http://www.taavilai.net/bod/2006Maakondlik_Haiguskoormus.pdf).
 36. Eestikeelne ametlik tõlge kättesaadav aadressil <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12753417>.
 37. Eestikeelne ametlik tõlge kättesaadav aadressil <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12748631>.
 38. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York: United Nations; 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>).
 39. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations; 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
 40. Report of the Secretary-General: Progress of efforts to ensure the full recognition of the human rights of persons with disabilities, A/58/181. New York: United Nations; 2003. (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=148>).
 41. The United Nations System. Principal Organs. (http://www.un.org/aboutun/chart_en.pdf).
 42. WHO tegevuse ülevaade. (<http://www.who.int/about/en/>).
 43. Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Helsinki, Finland, 12–15.01.2005. (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).
 44. Ibid, punkt 8.
 45. Ibid, punkt 11.
 46. Ibid, punkt 9.
 47. Ibid, vaheetapp 10.
 48. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
 49. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (täiendatud protokollidega nr. 2, 3, 5 ja 8) ning selle lisaprotokollide nr. 1, 4, 7, 9, 10 ja 11 ratifitseerimise seadus. 13.03.1996. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=25083>).

-
50. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni ratifitseerimiste tabel. Treaty office for the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. 07.04.2009. (<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=005&CM=&DF=&CL=ENG>).
51. Niveau G, Materi J. Psychiatric commitment: over 50 years of case law from the European Court of Human Rights. *Eur Psychiatry*. 2007;22:59-67.
52. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to Member States concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients. Council of Europe. Committee of Ministers. 23.02.1983. (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=602308&SecMode=1&DocId=678490&Usage=2>).
53. Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights. Council of Europe. Parliamentary Assembly. 12.04.1994. (<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>).
54. Access to rights for people with disabilities and their full and active participation in society. Resolution 1642 (2009). (<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta09/ERES1642.htm>).
55. White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. DIR/JUR (2000) 2. (<http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>).
56. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. ([http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)).
57. Eesti on Euroopa Nõukogu liikmesriik alates 14.05.1993. (http://www.coe.int/T/E/Com/About_Coe/Member_states/e_est.asp#TopOfPage).
58. Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsiooni ja selle protokollide nr 1 ja 2 ratifitseerimise seadus. 21.10.1996. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=25174>).
59. CPT: lühiülevaade. Euroopa Nõukogu CPT/Inf/E (2002) 2. (<http://www.cpt.coe.int/lang/est/est-leaflet-s.pdf>).
60. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
61. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm>).
62. CPT standardid: Üldaruannete põhilised osatekstid. Euroopa Nõukogu CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2006. (<http://www.cpt.coe.int/lang/est/est-standards-s.pdf>).
63. Public Health Programme 2003-2007. (http://ec.europa.eu/health/ph_programme/2003-2008/programme_en.htm).
64. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu otsus nr 1350/2007/EÜ, millega kehtestatakse ühenduse teine tervisevaldkonna tegevusprogramm (2008–2013). 23.10.2007. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:ET:PDF>).
65. Euroopa Liidu lepingu ja Euroopa Ühenduse asutamislepingu konsolideeritud versioonid. Euroopa Liidu Teataja C 321 E/7. 29.12.2006 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:ET:pdf>).
66. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. COM(2005)484. European Communities; 2005. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf).
67. Euroopa Glossary. Green Paper. (http://europa.eu/scadplus/glossary/green_paper_en.htm).
68. Responses of the Open Consultation on the European Commission's Green Paper on mental health. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mentalgp_contributions_en.htm).

69. European Pact for Mental Health and Well-being. EU High Level Conference "Together for Mental Health and Wellbeing". Brussels, 12-13.06.2008. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
70. Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities. A Background Paper. European Communities; 2008. Lk 4.
71. European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI)). (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//EN>)
72. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. (http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrale_ing.pdf).
73. Annus T. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn; Justiitsministeerium; 2002, § 28 komm 1.
74. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. ([http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse tervise poliitika alusdok va ljatotamine/VTAD_EST.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_vajatotamine/VTAD_EST.pdf)).
75. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 11. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
76. Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020. Sotsiaalministeerium; 2007. ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku tervise arengukava 20 09-2020.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf)).
77. Psühhiaatria arengukava. ([http://213.184.49.171/est/HtmlPages/psyhhaatria/\\$file/psyhhaatria.pdf](http://213.184.49.171/est/HtmlPages/psyhhaatria/$file/psyhhaatria.pdf)).
78. Õiguskantsleri kontrollkäikude kokkuvõtted on kättesaadavad aadressil <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=148> .
79. Komitee raportid Eesti kohta on kättesaadavad aadressil <http://www.cpt.coe.int/en/states/est.htm> .
80. Aarma A. Teadustöö alused. Tallinn: Tallinna Tehnikaülikool; 2008. Lk 35, 42.
81. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
82. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
83. Mental health legislation and human rights. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2003. (http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf).
84. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 2. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
85. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Geneva: WHO; 2007. Lk 189-90, 206. (<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>).
86. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 21. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
87. Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Helsinki, Finland; 12–15.01.2005. (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).
88. Ibid, lk 1.
89. Ibid, lk 2.
90. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Geneva; UN;1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>).

-
91. Ibid, lk 8.
92. Ibid, lk 5.
93. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 5. Persons with disabilities. ICESCR GC 5; 1994. (<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/4b0c449a9ab4ff72c12563ed0054f17d>, <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=23981>).
94. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).
95. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO; 2005. Lk 232. (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf).
96. Council resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. Official Journal C 086, 24/03/2000:0001 – 0002. (http://europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2000/c_086/c_08620000324en00010002.pdf).
97. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. Lk 5. (http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrale_ing.pdf).
98. Mental Health Act 1983. (<http://www.statutelaw.gov.uk/content.aspx?activeTextDocId=1729080>).
99. Mental Health Act 2007. (http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_20070012_en_1).
100. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
101. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 31. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
102. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
103. Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006. Lk 65. (http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf).
104. Hallituksen esitys Eduskunnalle mielenterveyslaiksi. Esityksen pääsisältö. 1989 vp. — HE n:o 201. Lk. 5-6.
105. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. (http://62.95.69.15/SFS_nr:1982:763;inglise_keeles <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf>).
106. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. (http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1128).
107. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. (http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1129).
108. Mental health care. Swedish Government Offices. (<http://www.regeringen.se/sb/d/2950/a/25717>).
109. Health and medical care policy and dental care. Swedish Government Offices. (<http://www.regeringen.se/sb/d/2950>).
110. Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006. Lk 165. (http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf).
111. Näiteks järgmised liidumaade seadused: Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. § 1. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf). Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. § 1. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm). Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 1. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).

-
112. Berliini seaduses § 3 lg 1, Hamburgi seaduses § 4-5 ja § 25-26, Nordrhein-Westfaleni seaduses § 6 ja § 27.
113. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. § 20. 20.12.1988. (http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20.html).
114. Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. 21.06.2000 in der Fassung vom 10.02.2006. (http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/leitfaden_praevention_2006.pdf).
115. Ibid, lk 13.
116. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 31. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
117. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
118. Seletuskiri psühhiaatrilise abi seaduse muutmise seaduse eelnõu juurde. 27.02.2002. (<http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?itemid=020710012&login=proov&password=&system=ems&server=ragne11>). Algselt Riigikogule esitatud seaduseelnõus aga § 6 täiendamist lõikega 7 ei sisaldunud. Eelnõud täiendati kõnelause punktiga alles Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungil. Istungi protokoll on kättesaadav aadressil <http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?itemid=021620009&login=proov&password=&system=ems&server=ragne11>. Ka protokollis ei sisaldu põhistust sätte eesmärgi osas.
119. Eesti Vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. Lk 9. (http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_v_aljatotamine/VTAD_EST.pdf).
120. Ibid, lk 10.
121. Ibid, lk 18.
122. Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006. Lk 60-1. (http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf).
123. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 24.10.1979 asjas nr 6301/73 Wintverp vs Netherlands. (http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Wint_erwerp&sessionid=15644478&skin=hudoc-en).
124. Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon. 10 versioon. (<http://www2.sm.ee/rhk/index.asp>).
125. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Geneva: WHO; 2007. Lk 323. (<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>).
126. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO 17.12.1991 resolutsioon 46/119. Printsiip 4. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
127. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 2. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
128. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 83-87. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
129. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Lk 17. ([http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)).

-
130. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsip 1.1, 7 ja 20. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
131. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
132. Ibid, artikkel 35. Samuti Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Lk 43. ([http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)).
133. CPT standardid. Üldaruannete põhilised osatekstit. III. Tervishoiuteenused vanglates. Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee. Väljavõte 3. üldaruandest [CPT/Inf (93) 12]. Lk 26-35. (<http://www.cpt.coe.int/lang/est/est-standards-s.pdf>).
134. Ibid, punktid 41 ja 43.
135. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 35-45. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
136. Ibid, lk 47-53.
137. Ibid, lk 54-5.
138. Ibid, lk 58.
139. Ibid, lk 67- 70.
140. Ibid, lk 59-62.
141. Ibid, 55.
142. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. Lk 5-6. (http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrale_ing.pdf).
143. Mental Health Bill: Regulatory Impact Assessment. London: Department of Health; 2006. Lk 2. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063139).
144. Mental Health Act 2007. § 1. (http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_20070012_en_1).
145. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 35. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
146. Mental Health Act 2007. § 145 lg 1 ja 4. (http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_20070012_en_1).
147. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 51. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
148. Hallituksen esitys Eduskunnalle mielenterveyslaiksi. Esityksen pääsiallinen sisältö. 1989 vp. — HE n:o 201:12.
149. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 4. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
150. Ibid, § 3 lg 2.
151. Ibid, § 5.
152. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveysja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3:19. (<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>)
153. Kommittédirektiv. En nationell psykiatrisamordnare. Dir. 2003:133. (http://www.sou.gov.se/psykiatri/z_PDF/dir2003_133.pdf)
154. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm; 2006. Lk 70. (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/b88484e8.pdf>).

155. Mental health care. Swedish Government Offices. (<http://www.regeringen.se/sb/d/2950/a/25717>).
156. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. ([http://62.95.69.15/SFS nr: 1982:763; inglise keeles http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf](http://62.95.69.15/SFS_nr:1982:763;inglise_keeles_http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf)).
157. Mental health care. Swedish Government Offices. (<http://www.regeringen.se/sb/d/2950/a/25717>).
158. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm; 2006. Lk 70-79. (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/b88484e8.pdf>).
159. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. § 1 lg 2. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
160. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. § 1 lg 2. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
161. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. § 1 lg 2. 17.12.1999. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
162. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. §-d 4 ja 7. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
163. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. §-d 2,3 ja 5. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
164. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. §-d 3,5,6 ja 8. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
165. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
166. Ibid, § 2 punkt 1.
167. Ibid, § 2 punkt 2.
168. Ibid, § 4 punkt 1.
169. Ibid, § 10 lg 1.
170. Ibid, § 9.
171. Sotsiaalhoolekande seadus. 08.02.1995. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12976574>).
172. Vangistusseadus. 14.06.2000. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12952945>).
173. Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeteenuste esitatavad kohustuslikud nõuded ning teenuste osutamise kord. Sotsiaalministri 09.01.2008 määrus nr 5. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12956357>).
174. „Vangistusseaduse“ alusel osutatavate tervishoiuteenuste ning nende osutamiseks vajalike ravimite ja meditsiiniliste abivahendite soetamise riigieelarvest rahastamise maht, tingimused ja kord. Vabariigi Valitsuse 19.12.2003 määrus nr 330. Punktid 275-279, 1501-1502. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=688067>).
175. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus. 15.09.1993. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12957808>).
176. Eesti Vabariigi kohta koostatud raportid kättesaadavad aadressil <http://www.cpt.coe.int/en/states/est.htm> .
177. Eesti Vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. Lk 8. ([http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse tervise poliitika alusdok v aljatotamine/VTAD_EST.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_v_aljatotamine/VTAD_EST.pdf)).
178. Ibid, lk 6.
179. Ibid, lk 7.
180. Ibid, lk 8.
181. Ibid, lk 13.

182. Pearingsti tööjuhend. Sotsiaalministri 29.11.2001 määrus nr 117. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=788142>).
183. Ibid, § 2 lg 1 punkt 2.
184. Ibid, § 3 lg 1 punkt 1.
185. Eesti Vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. Lk 14. ([http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse tervise poliitika alusdok v aljatotamine/VTAD_EST.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_v_aljatotamine/VTAD_EST.pdf)).
186. Ibid, lk 16.
187. Ibid, lk 19.
188. Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon. 10 versioon. (<http://www2.sm.ee/rhk/index.asp>).
189. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva : WHO; 1996. Lk 3. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
190. Davies T. ABC of mental health: Mental health assessment. BMJ 1997;314:1536. (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/314/7093/1536>).
191. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsiip 4. (<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
192. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 2.1. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
193. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Lk. 15. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts and documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
194. Ibid, lk 30.
195. Euroopa Inimõiguste Kohtu 03.10.2006 lahend asjas nr 34503/03 Gajacsi vs Hungary. Punkt 21. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Gajacsi&sessionid=15715385&skin=hudoc-en>).
196. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. 04.11.1950. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=78154>).
197. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Geneva: WHO; 2007. Lk 327-8. (<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>).
198. Council of Europe Recommendation R(99)4 of the Committee of Ministers to Member States on principles concerning the legal protection of incapable adults. 23.02.1999. Printsiibid 12 ja 14. (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=536854&SecMode=1&DocId=396848&Usage=2>).
199. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 42-3. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
200. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
201. Ibid, lk 19-20.
202. Guidance and pathways. Adult conditions. National Library for Health. (<http://www.library.nhs.uk/mentalHealth/SearchResults.aspx?catID=6320>).

203. Mental Capacity Act 2005. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=145290&Rendition=Web).
204. Ibid, § 1.
205. Ibid, § 3. Dunn MC, Claire ICH, Holnd AJ, et al. Constructing and reconstructing „Best interests“: an interpretative examination of substitute decisionmaking under the Mental Capacity Act 2005. *J Soc Welfare Fam Law* 2008;28,2:117-33.
206. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
207. Ibid, lk 26-27.
208. Soome Vabariigi parlamentaarse ombudsmani otsus asjas nr 2995/4/04. 04.07.2006 (<http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=eoak+2995/2004&base=ereopaa&f=WOR&kieli=su&ylapalkki=eoaratk/eoartripview&palvelin=www.eduskunta.fi&triptemp=eoak>).
209. Tuohimäki C. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy. *Acta Univ. Oul. D* 940;2007:34. (<http://herkules oulu.fi/isbn9789514285424/isbn9789514285424.pdf>).
210. Hallitukseen esitys Eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallintooikeuslain 7 §:n muuttamisesta. 15.03.2001. Lk 28-29. (<http://www.vane.to/mielenterveyslaki.doc>).
211. Soome Vabariigi parlamentaarse ombudsmani otsus asjas nr 2995/4/04. 04.07.2006 (<http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=eoak+2995/2004&base=ereopaa&f=WOR&kieli=su&ylapalkki=eoaratk/eoartripview&palvelin=www.eduskunta.fi&triptemp=eoak>).
212. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).
213. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).
214. Näiteks: Åsberg M, Beskow J, Hedin U, et al. Suicidal patients—clinical guidelines for assessment and treatment. Stockholm: Spris förlag; 1997.
215. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
216. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. §-d 7 ja 9. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
217. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. §-d 1 ja 11. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
218. Erinevad juhendmaterjalid kättesaadavad Saksamaa psühhiaatria, psühhoterapia ja vaimse tervise ühingu kodulehel http://www.dgppn.de/de_kurzversion-leitlinien_30.html .
219. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 2 p 1 ja 5 lg 1. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
220. Tsiviilseadustiku üldosa seadus. 27.03.2002. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12806823>).
221. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 02.03.2007 kohtumäärus asjas nr 3-2-1-145-06. Punkt 19. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-1-145-06>).
222. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi kohtumäärus 03.10.2007 asjas nr 3-2-1-83-07. Punkt 13. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-1-83-07>).
223. Vutt M. Isiku paigutamine kinnisesse asutusse TsMS §-des 533-543 ettenähtud menetluses. Tartu: Riigikohus; 2007. Lk 3. (http://www.riigikohus.ee/vfs/593/Isiku_paigutamine_kinnisesse_asutusse.pdf).
224. Ravijuhised kättesaadavad aadressil <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/> , <http://www.psy.ee/index.php?page=11> ja <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/andmebaas/koostatud/> .

-
225. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM). American Psychiatric Association; 1994. (<http://psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>).
226. Psühhiaatria arengukava aastani 2015. ([http://213.184.49.171/est/HtmlPages/psyhhaatria/\\$file/psyhhaatria.pdf](http://213.184.49.171/est/HtmlPages/psyhhaatria/$file/psyhhaatria.pdf)).
227. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva : WHO; 1996. Lk 4. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
228. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Geneva: WHO; 2007. Lk 320. (<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>).
229. Inimõiguste ja põhivabaduse kaitse konventsioon. 04.11.1950. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=78154>).
230. Clements L, Read J. Disabled People and European Human Rights: A Review of the Implications of the 1998 Human Rights Act for Disabled Children and Adults in the UK. Bristol: The Policy Press; 2003. Lk 67.
231. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991 (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
232. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. (<http://www.coe.int/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
233. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
234. Ibid, punkt 128.
235. Ibid, punkt 75.
236. Ibid, punkt 230.
237. Ibid, lk 22-23.
238. Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärikuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel. 04.04.1997. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=78570>).
239. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 04.04.2002 asjas nr 26629/95 Witold Litwa vs Poland. Punkt 78. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Witold%20%7C%20Litwa&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>).
240. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 26.02.2004 asjas nr 46544/99 Kutzner vs Germany. Punkt 75. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Kutzner&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>).
241. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 24.10.1979 asjas nr 6301/73 Wintverp vs Netherlands. Punkt 39. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Wintverp&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>).
242. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 05.10.2000 asjas nr 31365/96 Varbanov vs Bulgaria. Punkt 47. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=varbanov&sessionid=16316057&skin=hudoc-en>).
243. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 30.07.1998 asjas nr 61/1997/845/1051 Aerts vs Belgium. Punkt 49. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=aerts&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>).

-
244. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
245. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm>).
246. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 67. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
247. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 32. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
248. Ibid, punkt 34.
249. Ibid, punkt 35.
250. Ibid, punkt 37.
251. Ibid, punkt 40.
252. Ibid, punkt 53.
253. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 47. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
254. Ibid, punkt 39.
255. Ibid, punkt 51.
256. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 47. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
257. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 45. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
258. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 49. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
259. Ibid, punkt 48.
260. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 43. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
261. Ibid, punkt 47.
262. Inid, punkt 50.
263. Ibid, punkt 48.
264. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 50. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
265. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or

-
- degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 52. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
266. Ibid, punkt 46.
267. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 54. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
268. Ibid, punkt 57.
269. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. COM(2005)484. European Communities; 2005. Lk 11-12. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf).
270. Mental Health Act. § 2. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=122616&Rendition=Web).
271. Ibid, § 3.
272. Ibid, § 4.
273. Ibid, § 17.
274. Ibid, § 17B.
275. Ibid, § 20A.
276. Ibid, § 24.
277. Ibid, § 35.
278. Ibid, § 36.
279. Ibid, § 37.
280. Ibid, § 38.
281. Ibid, § 116.
282. Ibid, § 122.
283. Ibid, § 131A.
284. Ibid, § 134.
285. Ibid, § 135.
286. Ibid, § 136.
287. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. 16.peatükk. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
288. Ibid, 36.peatükk.
289. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 4. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
290. Ibid, § 8.
291. Ibid, § 12.
292. Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveys-lain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003;7:25-8. (<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/06/pr1064836219743/passthru.pdf>).
293. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 8. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
294. Ibid, § 9 ja 10.
295. Ibid, § 15.
296. Ibid, § 17.
297. Ibid, § 22.
298. Ibid, § 33.
299. Ibid, § 18a.
300. Ibid, § 22a.
301. Ibid, § 22b ja 22c.
302. Ibid, § 22d.

303. Kuosmanen L. Personal liberty in psychiatric care - towards service user involvement. University of Turku: Department of Nursing Science, Faculty of Medicine; 2009. Lk 53. (<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/43990/AnnalesD841Kuosmanen.pdf?sequence=1>).
304. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 22g. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
305. Ibid, § 22h.
306. Ibid, § 22i.
307. Ibid, § 22j.
308. Use of camera phones can not be completely prohibited in health care units. Soome Vabariigi parlamentaarne ombudsman. 11.03.2009. (<http://www.oikeusasiamies.fi/Resource.phx/pubman/templates/5.htx?id=523>).
309. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 22e. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
310. Ibid, § 22f.
311. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, et al. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:747–752.
312. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 22k. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
313. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveysja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009;3:21. (<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>).
314. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2006. Stakes Tilastotiedote 2008;8. (http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt08_08.pdf).
315. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. § 3a ja 18a. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1982:763](http://62.95.69.15/SFS_nr:1982:763); inglise keeles <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf>).
316. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 3. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1991:1128](http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1128)).
317. Ibid, § 11.
318. Ibid, § 6.
319. Ibid, § 20.
320. Ibid, § 20a.
321. Ibid, § 21.
322. Ibid, § 22.
323. Ibid, § 22a.
324. Ibid, § 26.
325. Ibid, § 26a.
326. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. § 1. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1991:1129](http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1129)).
327. Ibid, § 3a.
328. Ibid, 3b.
329. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. § 2. ([http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psi-
psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf)).
330. Ibid, § 3.
331. Ibid, § 4.
332. Ibid, § 8.
333. Ibid, § 10.
334. Ibid, § 28.
335. Ibid, § 29.
336. Ibid, § 29a.
337. Ibid, § 31.
338. Ibid, § 32.
339. Ibid, § 33.

-
340. Ibid, § 34 ja 35.
341. Ibid, § 36.
342. Ibid, § 37.
343. Ibid, § 39.
344. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27. 09.1995. § 1. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
345. Ibid, § 4.
346. Ibid, § 7.
347. Ibid, § 12.
348. Ibid, § 16-17.
349. Ibid, § 18-22.
350. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 1. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
351. Ibid, § 2.
352. Eesti Vabariigi Põhiseadus. 28.06.1992. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12846827>).
353. Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kord. Sotsiaalministri 18.03.1997 määrus nr. 10. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=25280>).
354. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
355. Karistusseadustik. 06.06.2001. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999083>).
356. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>).
357. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).
358. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 6 lg 5 ja 6. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
359. Ibid, § 11.
360. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. § 533 p 1. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).
361. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 12 lg 2. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
362. Ibid, § 12 lg 5.
363. Ibid, § 14.
364. Karistusseadustik. 06.06.2001. § 86 lg 1. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999083>).
365. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. § 1. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
366. Ibid, § 2.
367. Ibid, § 3.
368. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. § 102. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>).
369. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 4-5. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
370. Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities - Report of the Secretary-General [A/58/181]. Geneva: ÜRO; 2003. Punkt 14. (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=148>).

-
371. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsip 9. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
372. Ibid, printsip 11.
373. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 12. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
374. Ibid, artikkel 19.
375. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Lk 26. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
376. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 28. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
377. Ibid, artikkel 29.
378. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 219. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
379. Council of Europe Recommendation R(99)4 of the Committee of Ministers to Member States on principles concerning the legal protection of incapable adults. 23.02.1999. (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=536854&SecMode=1&DocId=396848&Usage=2>).
380. Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärkuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel. 04.04.1997. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=78570>).
381. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Explanatory Report. Council of Europe. Committee of Ministers. 17.12.1996. Punktid 35-37. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/164.htm>).
382. Ibid, punkt 45.
383. Ibid, punkt 47.
384. Ibid, punkt 62.
385. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Lk 56. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
386. Lapse õiguste konventsioon. 20.11.1989. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=24016>).
387. Promoting the participation by children in decisions affecting them. Recommendation 1864 (2009). Council of Europe. Parliamentary Assembly. 13.03.2009. (<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta09/EREC1864.htm>).
388. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 41. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
389. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 43. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
390. World Medical Association Statement on Ethical Issues Concerning Patients with Mental Illness. Indonesia; 1995. Printsip 8. (<http://www.wma.net/e/policy/e11.htm>).
391. Ibid, printsip 9.

392. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. Lk 6-7. (http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrale_ing.pdf).
393. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 15. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
394. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. 2.peatükk. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
395. Ibid, 17.peatükk.
396. Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1986] A.C.112. (http://www.hrcr.org/safrica/childrens_rights/Gillick_WestNorfolk.htm).
397. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. 36.peatükk. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
398. Mental Capacity Act 2005. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=145290&Rendition=Web).
399. Code of Practice: Mental Health Act 1983 (revised 2008). London: Department of Health; 2008. 17.peatükk. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web).
400. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>).
401. Ibid, § 6.
402. Ibid, § 7.
403. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 4. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
404. Ibid, § 22b.
405. Ibid, § 22a.
406. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. § 3a ja 18a. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1982:763;inglise_keeles http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf](http://62.95.69.15/SFS_nr:1982:763;inglise_keeles_http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf)).
407. Ibid, § 2-2a.
408. Ibid, 3.
409. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 2. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1991:1128](http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1128)).
410. Ibid, § 2b.
411. Ibid, § 16.
412. Ibid, § 17.
413. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1991:1129](http://62.95.69.15/SFS_nr:1991:1129)).
414. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. § 3 lg 3. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
415. Ibid, § 28.
416. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27. 09.1995. § 7. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
417. Ibid, § 8.
418. Ibid, § 19.
419. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 2. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
420. Ibid, § 11.

-
421. Ibid, § 18.
422. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. 17.05.1898. § 70a. (<http://www.gesetze-im-internet.de/fgg/BJNR001890898.html>).
423. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 3. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
424. Ibid, § 2 punkt 5.
425. Ibid, § 4 punkt 3.
426. Võlaõigusseadus. 26.09.2001. § 766. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12876121>).
427. Ibid, § 767 lg. 1.
428. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 5-6. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
- 429 Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO 17.12.1991 resolutsioon 46/119. Printsii 1.6. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
- 430 Ibid, printsii 12.2-12.3.
- 431 Ibid, printsii 18.1-18.2.
- 432 Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Helsinki, Finland, 12–15.01.2005. 7.tegevusvaldkond, punkt xiv. (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).
433. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punktid 30 ja 52. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
434. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 2.3. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
435. Ibid, artikkel 6.
436. Ibid, artikkel 25.3.
437. Ibid, artikkel 33.i.
438. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 235. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
439. Council of Europe Recommendation R(99)4 of the Committee of Ministers to Member States on principles concerning the legal protection of incapable adults. 23.02.1999. Printsii 8. (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=536854&SecMode=1&DocId=396848&Usage=2>).
440. Ibid, printsii 9.2.
441. Ibid, printsii 17.
442. Ibid, printsii 21.
- 443 Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärkuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel. 04.04.1997. Artikkel 6. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=78570>).
444. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 54. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).

445. Euroopa Inimõiguste Kohtu 05.10.2004 lahend asjas nr 45508/99 H.L vs the United Kingdom. Punkt 120. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=45508&sessionid=16300087&skin=hudoc-en>).
446. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 24.10.1979 asjas nr 6301/73 Wintverp vs Netherlands. Punktid 60 ja 66. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Wintverp&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>) ja Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 12.05.1992 asjas nr 13770/88 Megyeri vs Germany. Punktid 22-23. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Megyeri&sessionid=16300087&skin=hudoc-en>).
447. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 26.02.2002 asjas nr 44872/98 Pereira vs Portugal. Punkt 56. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=pereira&sessionid=16300087&skin=hudoc-en>).
448. Ibid, punkt 58-59.
449. Ibid, punkt 60.
450. Mental Health Act 1983 (2006). (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
451. Ibid, § 130A-130D.
452. Ibid, § 130B lg 1.
453. Ibid, § 130B lg 3.
454. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 103. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
455. Mental Health Act 1983 (2006). § 130D. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
456. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 100. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
457. The Mental Health. Independent Mental Health Advocates.Regulations 2008; 2437 (W.210). (http://www.opsi.gov.uk/legislation/wales/wsi2008/wsi_20082437_en_1).
458. Ibid, § 3 lg 3.
459. Ibid, § 4 lg 1.
460. Mental Health. Care and Treatment. Scotland; 2003. (<http://www.hmso.gov.uk/legislation/scotland/acts2003/30013-ag.htm#259>).
461. The New Mental Health Act: A guide to independent advocacy: Information for Service Users and their Carers. The Scottish Government; 2005. (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2005/12/02144347/43475#2>).
462. Independent specialist advocacy in England and Wales: recommendations for good practice evidence and examples. London: Department of Health; 2002. (http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_4017090).
463. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>).
464. Ibid, § 11.
- 465 Potilasasiamiehen palveluprosessi. Oulun kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvet. (<http://www.ouka.fi/sote/asiamiehet/POTILASASIAMIEHENPALVELUPROSESSI.pdf>).
466. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 27. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
467. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).
468. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).

469. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 33. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).
470. Ibid, § 31.
471. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. § 26. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).
472. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm; 2006. Lk 323-53. (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/b88484e8.pdf>).
473. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. § 5. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
474. Ibid, § 40.
475. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. § 14 lg 1. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
476. Ibid, § 4 lg 5.
477. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 6. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
478. Ibid, § 18 lg 3.
479. Ibid, § 22 lg 2.
480. Ibid, § 24.
481. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. 17.05.1898 (<http://www.gesetze-im-internet.de/fgg/BJNR001890898.html>).
482. Ibid, § 70b.
483. Psühhiaatrilise abi seadus. § 12 lg 5. 12.02.1997. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
484. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).
485. Ibid, § 535.
486. Vutt M. Isiku paigutamise kinnisesse asutusse TsMS §-des 533-543 ettenähtud menetluses. Tartu: Riigikohus; 2007. Lk 5. (http://www.riigikohus.ee/vfs/593/Isiku_paigutamise_kinnisesse_asutusse.pdf).
487. Ibid, lk 6.
488. Täiendav info Eesti Patsiendite Esindustühingu kohta kättesaadav kodulehelt www.epey.ee .
489. Vutt M. Isiku paigutamise kinnisesse asutusse TsMS §-des 533-543 ettenähtud menetluses. Tartu: Riigikohus; 2007. Lk 7-8. (http://www.riigikohus.ee/vfs/593/Isiku_paigutamise_kinnisesse_asutusse.pdf).
490. Ibid, lk 13.
491. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>) ja Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
492. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 6. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
493. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsiip 11.6. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
494. Ibid, printsiibid 11.13-11.15.
495. Ibid, printsiip 16.2.
496. Ibid, printsiip 17.
497. Ibid, printsiip 18.

-
498. Ibid, printsiip 21.
499. Ibid, printsiip 22.
500. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. 13.03.1996. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=25083>).
501. Ibid, artikkel 6.1.
502. Ibid, artikkel 6.3.
503. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 152. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
504. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 20. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
505. Ibid, artikkel 21.
506. Ibid, artikkel 22.
507. Ibid, artikkel 34.2.
508. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 150. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
509. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 25. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
510. Ibid, artikkel 28.
511. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 52. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
512. Ibid, punkt 56.
513. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 16.06.2005 asjas nr 61603/00 Storck vs Germany. Punkt 103. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=storck&sessionid=16553635&skin=hudoc-en>).
514. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 27.03.2008 asjas nr 44009/05 Shukaturov vs Russia. Punkt 121. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=SHTUKATUROV&sessionid=16581556&skin=hudoc-en>).
515. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 24.10.1979 asjas nr 6301/73 Wintverp vs Netherlands. Punkt 60. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Wintverwerp&sessionid=15644478&skin=hudoc-en>).
516. Ibid, punkt 75.
517. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 05.11.1981 asjas nr 7215/75 X vs United Kingdom. Punkt 58. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=2&portal=hbkm&action=html&highlight=7215&sessionid16315023&skin=hudoc-en>).
518. Niveau G, Materi J. Psychiatric commitment: over 50 years of case law from the European Court of Human Rights. Eur Psychiatry 2007;22(1):59-67.

-
519. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 29.08.1990 asjas nr 11701/85 E vs Norway. Punkt 66. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=E%20%7C%20v.%20%7C%20Norway&sessionid=16315625&skin=hudoc-en>).
520. Ibid, punkt 64.
521. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 05.10.2000 asjas nr 31365/96 Varbanov vs Bulgaria. Punkt 58. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=varbanov&sessionid=16316057&skin=hudoc-en>).
522. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 11.12.2008 asjas nr 34449/03 Shulepova vs Russia. Punkt 69. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbkm.asp?sessionId=21371964&skin=hudoc-en&action=html&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=75015&highlight=34449/03>).
523. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Lk 70-71. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
524. Mental Health Act 1983 (2006). V peatükk. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
525. Reference guide to the Mental Health Act 1983. London: Department of Health; 2008. Peatükk 20. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088162?IdcService=GET_FILE&dID=172742&Rendition=Web).
526. Ibid, peatükk 21.
527. Ibid, peatükk 22.
528. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 2. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
529. Ibid, § 33d.
530. Ibid, § 12.
531. Ibid, § 17.
532. Ibid, § 22f.
533. Ibid, § 24.
534. Ibid, § 25.
535. Ibid, § 26.
536. Ibid, § 33a.
537. Ibid, 33b.
538. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 7. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).
539. Ibid, § 8.
540. Ibid, § 9.
541. Ibid, § 12.
542. Ibid, § 33.
543. Ibid, § 35.
544. Ibid, § 36-37.
545. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. § 7. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).
546. Ibid, § 13.
547. Ibid, § 16.
548. Ibid, § 20.
549. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. 17.05.1898 (<http://www.gesetze-im-internet.de/fgg/BJNR001890898.html>).
550. Ibid, § 70a.
551. Ibid, § 70c.
552. Ibid, § 70e.
553. Ibid, 70f.
554. Ibid, § 70g.

555. Ibid, § 70i.
556. Ibid, § 70l.
557. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
558. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. § 12 lg 4.1. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
559. Ibid, § 23.
560. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 10 lg 4. (<http://www.norman-ehler.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
561. Ibid, § 23.
562. Ibid, § 30.
563. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 1 lg 2. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
564. Ibid, § 13.
565. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. 54.peatükk. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).
566. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. 16.peatükk. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>).
567. Ibid, § 400.
568. Ibid, § 403.
569. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatria haigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. § 1 lg 4. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
570. Vutt M. Isiku paigutamine kinnisesse asutusse TsMS §-des 533-543 ettenähtud menetluses. Tartu: Riigikohus; 2007. Lk 3. (http://www.riigikohus.ee/vfs/593/Isiku_paigutamine_kinnisesse_asutusse.pdf).
571. Ibid, lk 4.
572. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 19.12.2005 otsus asjas 3-2-3-14-05. Punkt 10. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-3-14-05>). Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 26.09.2005 otsus asjas 3-2-3-10-05. Punkt 12. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-3-10-05>). Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 12.09.2005 otsus asjas 3-2-3-11-05. Punkt 8. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-3-11-05>). Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 08.06.2005 otsus asjas 3-2-3-8-05. Punkt 9. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-3-8-05>). Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 06.04.2005 otsus asjas 3-2-3-3-05. Punkt 6. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-3-3-05>). Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 18.04.2006 otsus asjas 3-2-2-1-06. Punkt 10. (<http://www.nc.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-2-1-06>) jt.
573. Vutt M. Isiku paigutamine kinnisesse asutusse TsMS §-des 533-543 ettenähtud menetluses. Tartu: Riigikohus; 2007. Lk 5-6. (http://www.riigikohus.ee/vfs/593/Isiku_paigutamine_kinnisesse_asutusse.pdf).
574. Ibid, lk 10.
575. Tallinna Ringkonnakohtu 11.11.2008 otsus haldusasjas nr 3-05-893. Punkt 10.
576. Sotsiaalhoolekande seadus. 08.02.1995. § 111. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12976574>).
577. Ibid, § 1114.
578. Ibid, § 7 lg 2.
579. Ibid, § 38 lg 2.
580. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 09.05.2001. § 502. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12991957>).
581. Ibid, § 60 lg 3.
582. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and

- Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 6. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
583. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO 17.12.1991 resolutsioon 46/119. Printsip 17. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
584. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikäsitsest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 20.3. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
585. Ibid, artikkel 25.1.
586. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 178. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
587. Ibid, punkt 181.
588. Ibid, punkt 237.
589. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 56. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
590. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Lk 54. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
591. Ibid, lk 55.
592. Ibid, lk 68.
593. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 24.09.1992 asjas nr 10533/83 Herczegfalvy vs Austria. Punkt 75. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbkm.asp?sessionId=16585399&skin=hudoc-en&action=html&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=362&highlight=Herczegfalvy>).
594. Ibid, punkt 77.
595. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 25.10.2007 asjas nr 4493/04 Lebedev vs Russia. Punkt 79. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbkm.asp?sessionId=16585338&skin=hudoc-en&action=html&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=65593&highlight=Lebedev>).
596. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 03.10.2006 asjas nr 543/03 McKay vs United Kingdom. Punkt 34. (<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbkm.asp?sessionId=16585776&skin=hudoc-en&action=html&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=58451&highlight=McKay>).
597. Ibid, punkt 42.
598. Mental Health Act 1983 (2006). (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
599. Ibid, § 20 ja 20A.
600. Reference guide to the Mental Health Act 1983. London: Department of Health; 2008. Peatükk 23. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088162?IdcService=GET_FILE&dID=172742&Rendition=Web).
601. Mental Health Act 1983 (2006). § 68. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
602. Ibid, § 68A.
603. Reference guide to the Mental Health Act 1983. London: Department of Health; 2008. Peatükk 23.16-23.19.

(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088162?IdcService=GET_FILE&dID=172742&Rendition=Web).

604. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 2. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).

605. Ibid, § 11 lg 3.

606. Ibid, § 12.

607. Ibid, § 17.

608. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 7. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).

609. Ibid, § 8.

610. Ibid, § 9.

611. Ibid, § 12.

612. Ibid, § 14.

613. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. § 16. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).

614. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. 17.05.1898 (<http://www.gesetze-im-internet.de/fgg/BJNR001890898.html>).

615. Ibid, 70f.

616. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).

617. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).

618. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).

619. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 13. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).

620. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. § 534. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).

621. Ibid, § 537.

622. Ibid, § 538.

623. Ibid, § 5391.

624. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. 16.peatükk. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>).

625. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaiga töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. § 3. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).

626. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 7. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).

627. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsiip 9. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).

628. Ibid, printsiip 20.3.

629. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 11.

(<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).

630. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 86.

-
- ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
631. Ibid, punkt 88.
632. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 12.1.
(<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
633. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 81.
([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
634. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärikusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 20.4.
(<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
635. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 156.
([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
636. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 45-46.
(<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
637. Ibid, punkt 47 ning samuti 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 37.
(<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
638. Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Helsinki, Finland, 12–15.01.2005. Printsip 9.
(<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).
- 639 WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Peatükk 9.
(http://www.who.int/mental_health/policy/who_rb_mnh_hr_leg_FINAL_11_07_05.pdf).
640. Ibid, peatükk 13.1.
641. Euroopa Inimõiguste Kohtu lahend 05.10.2004 asjas nr 45508/99 H.L vs United Kingdom. Punktid 121, 124.
(<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbkm.asp?sessionId=16619326&skin=hudoc-en&action=html&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=9203&highlight=objective%20%7C%20medical%20%7C%20expertise>).
642. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. Lk 8.
(http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrable_ing.pdf).
643. Mental Health Act 1983 (2006). § 12.
(http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
644. Reference guide to the Mental Health Act 1983. London: Department of Health; 2008. Peatükk 32.44-45.
(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088162?IdcService=GET_FILE&dID=172742&Rendition=Web).
645. Tribunals Service: Mental Health. London: Tribunals Service; 2007.
<http://www.mhrt.org.uk/Membership/membership.htm> .

646. Mental Health Act 1983 (2006). § 114, 119. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
647. Reference guide to the Mental Health Act 1983. London: Department of Health; 2008. Peatükk 32.11. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088162?IdcService=GET_FILE&dID=172742&Rendition=Web).
648. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 2. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
649. Terveysturvakeskus. (<http://www.teo.fi/FI/Oikeuspsykiatria/Lautakunta/Sivut/etusivu.aspx>).
650. Hallintolainkäyttölaki 26.7.1996/586. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960586>).
651. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. § 1. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>).
652. Ibid, § 18.
653. Ibid, § 18a.
654. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1982:763; inglise keeles <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf>).
655. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). 20.06.1991. § 37. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1128).
656. Ibid, § 38.
657. Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). 20.06.1991. § 21. (<http://62.95.69.15/> SFS nr: 1991:1129).
658. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG). 08.03.1985. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/psychkg_broschuere.pdf).
659. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). 27.09.1995. § 16 lg 1. (http://hh.juris.de/hh/gesamt/PsychKG_HA.htm).
660. Ibid, § 18.
661. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Nordrhein-Westfalen. 17.12.1999. § 14 lg 1. (<http://www.norman-ehlert.de/heilpraktikerausbildung/psychotherapie/heilpraktiker/psychkgnrw.html>).
662. Ibid, § 20 lg 2.
663. Ibid, § 25 lg 1.
664. Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. 17.05.1898 (<http://www.gesetze-im-internet.de/fgg/BJNR001890898.html>).
665. Vormundschaftsgericht. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Vormundschaftsgericht>).
666. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 9.05.2001. § 3 lg 2. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12991957>).
667. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 11. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
668. Ibid, § 13 lg 3.
669. Ibid, § 14 lg 3.
670. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatria haigla töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. § 3 lg 3. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
671. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. § 534. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12994590>).
672. Ibid, § 537 lg 1.
673. Ibid, § 536 lg 2 p 31
674. Kriminaalmenetluse seadustik. 12.02.2003. § 400 lg 2. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999103>).
675. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and

- Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 7. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
676. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care. Geneva: WHO; 2007. Lk 316. (<http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf>).
677. Mental health care law: ten basic principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. WHO/MNH/MND/96.9. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996. Lk 7-8. (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).
678. Vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. ÜRO resolutsioon 46/119. 17.12.1991. Printsiip 22. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
679. Ibid, printsiip 23.
680. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 256. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
681. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 36. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
682. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 163. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
683. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 37. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
684. Recommendation No.REC(2004)10 Of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers. 22.09.2004. Punkt 264. ([http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/bioethics/Texts_and_documents/Rec(2004)10%20e.pdf)).
685. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 169. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
686. Soovitus REC(2004)10 Ministrite Komiteelt liikmesriikidele psüühikahäirega isikute inimõiguste kaitsest ja väärkusest. Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee. 22.09.2004. Artikkel 38. (<http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=569&setlang=est>).
687. 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 31.08.1998. Punkt 55. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>).
688. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006. Council of Europe. European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 16.10.2006. Punkt 53. (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.pdf>).
689. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Lk 107. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
690. Ibid, lk 108-109.
691. Ibid, lk 110.
692. Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Helsinki, Finland, 12–15.01.2005. Printsiip 3 vii. (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).

693. Ibid, printsiip 7 xv ja xvi.
694. Ibid, teetähis 10.
695. The World Medical Association Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-Regulation. Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and editorially revised at the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005. Punkt 7. (<http://www.wma.net/e/policy/a21.htm>).
696. European Charter of Patients' Rights. Brussels; 15.11.2002. Lk 10. (http://www.activecitizenship.net/images/stories/media/EuropeanCharter/europeancharter_integrale_ing.pdf).
697. Eesti Vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. Lk 19-20. (http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_v_aljatotamine/VTAD_EST.pdf).
698. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punktid 253-4. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
699. Mental Health Act 1983 (2006). § 118. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web). Juhendmaterjal kättesaadav aadressil http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597?IdcService=GET_FILE&dID=170799&Rendition=Web .
700. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO; 2005. Lk 110. (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/policy/en).
701. Mental Health Bill. Explanatory notes. London: House of Commons; 2006. Punkt 56. (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmbills/076/en/07076x--.htm>).
702. Mental Health Bill. Amending the Mental Health Act 1983. Implementing Government policies on mental health law. London: Department of Health; 2006. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4134229?IdcService=GET_FILE&dID=122804&Rendition=Web).
703. Mental Health Act 1983 (2006). § 127. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Mentalhealth/DH_063423?IdcService=GET_FILE&dID=116045&Rendition=Web).
704. Ibid, § 129.
705. Hallitukseen esitys Eduskunnalle mielenterveyslaiksi. Esityksen pääsiällinen sisältö. 1989 vp. — HE n:o 201. Lk. 3.
706. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 2. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
707. Terveysturvakeskus oikeusturvakeskus. (http://www.teo.fi/FI/TEO/Tehtavat/TEO_ja_yhteistyokumppanit/Sivut/etusivu.aspx).
708. Oikeus psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön. Helsinki: Terveysturvakeskus; 2008. http://www.teo.fi/FI/Ammattioikeudet/Suomessa_koulutetut/Sivut/Psykoterapeutinimikkeenkaytosta.aspx).
709. Kamerakännykän käytöstä terveysturvakeskus; 2008. Helsinki: Terveysturvakeskus; 2008. (http://www.teo.fi/FI/Palveluiden_asianmukaisuus/Ohjeita_ja_hyvia_kaytantoja/Sivut/Kamerapuhelimenkaytto.aspx).
710. Potilaan ohjaaminen hoitoon, kun hammaslääkäri epäilee hänen tarvitsevan psykiatrista hoitoa. Helsinki: Terveysturvakeskus; 2006. (http://www.teo.fi/FI/Palveluiden_asianmukaisuus/Ohjeita_ja_hyvia_kaytantoja/Sivut/Potilaanohjaaminenpsykiatriseenhoitoon.aspx).
711. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö vanhuspotilaille. Helsinki: Terveysturvakeskus; 2008. (http://www.teo.fi/FI/Palveluiden_asianmukaisuus/Ohjeita_ja_hyvia_kaytantoja/Sivut/Liikkumisarajoittavienturvavälineiden.aspx).

712. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, et al. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;2007;42:747–752.
713. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveysja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus;2009:3:39. (<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>).
714. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. § 22d. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>).
715. Rikoslaki 19.12.1889/39. 4.peatükk § 6, 7. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>).
716. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 30.06.1982. § 31. ([http://62.95.69.15/SFS nr:1982:763;_inglise_keeles_http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf](http://62.95.69.15/SFS_nr:1982:763;_inglise_keeles_http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf)).
717. Ibid, § 31a.
718. The Compulsory Mental Care Act and The Forensic Mental Care Act. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs International Secretariat; 1993. Lk 1.
719. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Föreskrifter och allmänna råd. SOSFS 2008:18 (M) (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7DBF5017-3F4F-409E-ADC0-FD362B927098/11852/20081018.pdf>).
720. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård. Tillämpning och konsekvenser av ny lagstiftning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/0B257561-1B14-4C84-88A6-49406A1175E4/11023/200810315.pdf>).
721. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/849ACF5E-74B4-4E9A-AF5F-08D8A482D219/10648/200813120.pdf>).
722. Glad J, Gustafsson C. Bedömningsmetoder – funktionshinder. Inventering av standardiserade bedömningsinstrument inom psykiatri och habiliteringsverksamhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. (http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FC9C3DEE-9B81-4B32-8CCE-C65DC8CC74D9/7707/20071122_rev_1.pdf).
723. Sozialgesetzbuch. 20.12.1988. § 135a ja 137. (http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0500000).
724. Juhendmaterjalid kättesaadavad <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>.
725. Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium der Justiz; 2003. Lk 15-17. (<http://www.bmj.bund.de/media/archive/226.pdf>).
726. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997. § 13 lg 9. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911534>).
727. Psühhiaatrilise ravi nõuded ja psühhiaatriaiga töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. Sotsiaalministri 26.08.2002 määrus nr 105. § 1 lg 4. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12911534&id=194157>).
728. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 9.05.2001. § 60. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12991957>).
729. Ibid, § 61.
730. Ibid, § 62.
731. Seletuskiri tervishoiuteenuste korraldamise seaduse, riigilõivuseaduse ja vangistuseseaduse muutmise seaduse eelnõu juurde. Punkt 44-45. (<http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?itemid=061220004&login=proov&password=&system=ems&server=ragne11>).
732. Karistuseseadustik. 6.06.2001. § 372 lg 2. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12999083>).
733. Autoriõiguse seaduse, patendiseaduse, kasuliku mudeli seaduse, tööstusdisaini kaitse seaduse, mikrolülituse topoloogia kaitse seaduse, rahapesu ja terrorismi rahastamise tõkestamise seaduse, korruptsioonivastase seaduse, konkurentsiseaduse, karistuseseadustiku, relvaseaduse, alkoholiseaduse, maksukorralduse seaduse, väärtemenetluse seadustiku, karistuseseadustiku

rakendamise seaduse ja elektrituruseaduse muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Punkt 4. (<http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?itemid=061590005&login=proov&password=&system=ems&server=ragne11>).

734. Võlaõigusseadus. 26.09.2001. § 770. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12876121>).

735. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, et al A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol;2007;42:747–752.

736. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. Lk 11. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).

737. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva: WHO; 2005. Punkt 10. (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>).