TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL
INSENERITEADUSKOND

EHITUSE JA ARHITEKTUURI INSTITUUT

UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKS

SALUTOGEENSE KESKKONNA KUJUNDAMINE SEEWALDI PIIRKONNAS

DRUG ADDICTION TREATMENT CENTRE

DESIGNING SALUTOGENIC ENVIRONMENT IN SEEWALD'S TERRITORY

MAGISTRITÖÖ

ÜLIÕPILANE: KATRIN VILBERG

ÜLIÕPILASKOOD: 144465EAUI

JUHENDAJA: REIN MURULA, KÜLALISPROFESSOR

KAASJUHENDAJA: KARIN HALLAS-MURULA, PROFESSOR

TALLINN 2019

AUTORIDEKLARATSIOON

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt.
Lõputöö alusel ei ole varem kutse- või teaduskraadi või inseneridiplomit taotletud. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

"....." ..... 201.....

Autor: .....
/ allkiri /

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

"....." ..... 201.....

Juhendaja: .....
/ allkiri /

Kaitsmisele lubatud

"....."....201... .

Kaitsmiskomisjoni esimees .....
/ nimi ja allkiri /

ABSTRACT

Objective of the thesis is healthcare architecture, precisely the environment of drug addiction treatment institution. The aim is to propose functionally and spatially operatable drug addiction treatment centre which is based on modern-day theory of salutogenesis and methodology of evidence-based design. Literature used in thesis is divided into general theoretical and specific. General theoretical sources concern philosophical thoughts and salutogenesis as a fundamental new approach to medicine. Specific sources open up the possibilities of applying salutogenic and evidence-based methodology in architecture. Additionally to analysis of qualitative evidence, author has conducted a set of interviews among specialists of the field in Estonia – specialists from harm reduction organisation Convictus, Institute of Health Development and Viljandi Hospital where currently inpatient treatment and rehabilitation services are offered. Author has investigated several case studies and analyzed how to apply the solutions into thesis project. General objective of the thesis is to raise the awerness of the society about the major unsolved problem that would lead to solutions under the premise of rising public funding.

Since the early 2000s, drug addiction and its consequences have been topical issue in Estonia. The epidemic spread of HIV originated from the population of drug injecting people is still high among addicts. Since 2008, Estonian society has been the first in the European Union to lose lives due to drug overdoses. In 2016 there were 132 cases in Estonia, while EU average was 21,8 drug overdose incidents per million capita. This is a socio-economic problem that is currently lacking a systematic approach in Estonia.

Drug addiction services in Estonia are segregated functionally and regionally, it makes access for addicts more difficult. Two third of Estonian drug injecting people live in Tallinn and 18% in Ida-Virumaa county, but full integrated service set is not offered in those regions. At the place of residence there is lacking accessibility to harm reduction, low-threshold primary healthcare, addiction treatment and rehabilitation services. Deficiency of system is acknowledged in Estonian drug strategy report and among consultants interviewed in the thesis. Author has concluded that segregation of drug addiction treatment services in Estonia is one of the reasons for the presistence of the problem and therefore offers a centre where all targeted services are included. The availability of the services at one location helps to systematically approach the drug issue.

The structure and operation of traditional hospital are based on power relations and discipline (M. Foucault). However, when considering drug addicts, their status and lack of motivation must be taken into account. Therefore it is obligatory to thoroughly investigate how to shift traditional medical approach in order to reduce risk behavior. Targeted low-thershold primary healtcare where pre-registration is not necessary ensures better inclusion of addicts and therefore also reduces the costs of emergency medicine. There is also a need of educated staff who does not stigmatize the patients. Addict returns to the centre if he or she was treated as equal, not as immoral person. There has been an observation that better outcomes are in those centres where additionally to harm reduction services also addiction treatment is offered. Consequently, the author concluded that assembling the services in one place and forming a hybrid-functional complex eliminate the constant refferal of under-motivated patients from one institution to another and creates the possibility to reach much more addicts and better results.

When designing a medical institution, architect's role is not only to provide well thought functionality and physical space – it is the bare minimum that is intended. Drug addicts' treatment space must radiate hope for better life and motivate to cure themselves. The research explores the theory of salutogenesis which is based on generalised resistance resources and analyzes how to change the environment of treatment institution to make it more comprehensable, manageable and meaninguful. Patient-centered care approach that prevails in nowadays hospital architecture is essential for this project. Thorough reasearch and involvement of many specialists that preceded architectural proposal resulted from the concept of evidence-based design, which has been widely applied in the field of healthcare architecture.

Drug addiction treatment methods are mostly based on psychotherapy and behavioral therapy. Those methods are complied according to treatment plan among users irrespective to drug they misuse. Withdrawal symptoms of fentanyl users are strongly

physical, therefore also methadone treatment is applied in order to reduce the thirst for fentanyl. Later the patient will also be weaned from methadone. Garden and equine therapy are additional treatments to conventional therapy and help the patient to broaden the understanding to meaning of life which is also an aspect of salutogenesis. During rehabilitation the patient is taught to cope with everyday activities to be resocialized to community. Pre- and aftertreament methods such as `housing first` and `halfway house` social housing programs are also applied.

The nature of most of the drug addiction treatment centre spaces is private or semiprivate. Waiting areas in the centre and outdoor areas are used by other community members also. By Foucault's theory of discipline private and semiprivate spaces generate the power of continous supervision. Although patient-centered approach may seem to obscure the existence of the power apparatus in treatment institutions, it has to be stated that it has never been absent, but presented to patients as controlled free choices.

The location of project – Seewald in Tallinn – is near to one of the most concentrated area of residence of addicted people and is surrounded with nature as contributing factor to healing. Seewald has been historically a place for phychiatric treatment institutions, but during last events new psychiatry clinic will be designed and moved to Mustamäe medical campus. It creates the need to suggest a new function for the territory. The aim of the research and project is to prove that a salutogenic drug addiction treatment and rehabilitation centre is the best choice, ideologically (imagologically) and functionally.

Author offers new functions to existing Seewald's buildings – social housing, support centres and spaces for work therapy. The new drug addiction treatment centre is designed to the place of Soviet-era depreciated psychiatry building that does not meet nowadays conditions in terms of construction quality and size. Author has separated new inpatient treatment and rehabilitation housing from designed treatment centre in order to ensure the privacy and home atmosphere of inpatients. There are two divisions in treatment centre – harm reduction with low-thershold primary healthcare unit and drug addiction treatment with rehabilitation unit. There are separate entrances for both divisions to ensure that sober addicts and people who have come to exchange syringes do not distract each other. There is separate entrance and recovery area for staff.

Salutogenic principles are used througout the interiors – home-likeness, indoor greenery, natural materials, views to outdoor greenery, absence of long windowless halls, openess, airiness, private wards with shared living spaces for 5-6 people etc. Additionally there have been created opportunities to involve in garden therapy in summer and also in colder times (winter gardens), plus rest areas for socializing with family or co-patients. The form and floor planning shape is inspired by J. Rosenbaum's historical Seewald buildings (1909–1910) and interpreted into contemporary design with angular roof landscape and distinctive yet calm wooden ribs in facades.

The purpose of the thesis was to create a drug addiction treatment centre that meets today's needs and is accessible to targeted group. Evidence-based research on drug problems and their treatment showed ways to apply salutogenic approach to the healthcare architecture in addition to traditional treatment solutions. According to the author, such theoretical approach provides a good starting point to elaborate drug addiction treatment centre and its spatial program.

The author of the MArch project realises, that in order to turn the proposed project into reality a lot of work has to be done – raise the drug related problems knowledgement of society, educate medical staff and invest into salutogenic approach. The most important is the recognition by the government that drug addiction is a brain disease which needs to be treated and due to the hedonistic era we live in problem is increasing which necessitates the need for modern treatment facilities.

SISUKORD

EESSÕNA 15

SISSEJUHATUS 17

1 NARKOMAANIA OLUKORD EESTIS 19
1.1 NARKOMAANIAGA SEOTUD TEENUSED EESTIS 19
1.2 NARKOMAANIA ENNETAMISE STRATEEGIA 23

2 RUUM, KOHT JA UIMASTISÕLTUVUSE RAVI 29
2.1 HAIGLA JA MEDITSIINI SÜMBIOOSI SÜND 29
2.2 DISTSIPLIINI ROLL RUUMIJAOTUSES 31
2.3 HAIGLA DISTSIPLIIN JA UIMASTISÕLTUVUS 31
2.4 UIMASTISÕLTUVUS KUI HAIGUS 33
2.5 RAVIASUTUSE MENTALITEEDI NIHE 35
2.6 SALUTOGENEES – UIMASTISÕLTLASTE TÄNAPÄEVA RAVI IDEOLOOGIA 37
2.6.1 „MÕISTMINE"– KESKKONNAST ARUSAAMINE 39
2.6.2 „HAKKAMASAAMINE" – VÕIME KONTROLLIDA OLUKORDA 41
2.6.3 „TÄHENDUSLIKKUS" – ELAMISE SOOVI PÕHJUS 43
2.7 UIMASTIHULLUSE RAVIMEETODID 43
2.7.1 KANEPISÕLTUVUSE RAVI 45
2.7.2 OPIAADISÕLTUVUSE RAVI 45
2.7.3 KESKNÄRVISÜSTEEMI MÕJUTAVATE AINETE SÕLTUVUSRAVI 47
2.7.4 HALLUTSINOGEENSETE AINETE SÕLTUVUSRAVI 49
2.7.5 REHABILITEERIV JÄRELRAVI 49
2.7.6 TÄIENDAVAD JA ALTERNATIIVSED TERAAPIAD 51
2.7.7 *HOUSING FIRST* PROGRAMM 55
2.7.8 „POOLEL TEEL MAJA" KONTSEPTSIOON 55
2.8 ARSTIKESKUS 57
2.9 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI HÜBRIIDFUNKTSIONAALSUS 57
2.10 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI RUUMIJAOTUS 59

3 JUHTUMITE UURING 63
3.1 REHABILITATSIOONIKESKUS GROOT KLIMMENDAAL 63
3.2 REDBRIDGE'I AVATUD KESKUS 65
3.3 ZUCKER HILLSIDE'I PSÜHHIAATRIAHAIGLA 65

4 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI PROJEKTI TINGIMUSED 69
4.1 ARHITEKTUURNE ÜLDKONTSEPTSIOON 69
4.2 PERSONAL JA NÕUDED RUUMIDELE 69
4.2.1 KAHJUDE VÄHENDAMISE OSAKOND 69
4.2.2 MADALA LÄVEGA TERVISEHOIU OSAKOND 71
4.2.3 SÕLTUVUSRAVI OSAKOND 71
4.2.4 REHABILITATSIOONI OSAKOND 71
4.2.5 ÖÖPÄEVARINGSED SÕLTUVUSRAVI JA REHABILITATSIOONI HOOLEKANDERUUMID 73
4.3 ENERGIATÕHUSUS JA SISEKLIIMA 75
4.4 LIIKUMIS-, NÄGEMIS- JA KUULMISPUUETEGA INIMESTE LIIKUMISVÕIMALUSED JA RUUMID 75
4.5 HALJASTUS JA HEAKORRASTUS 75

5 PROJEKTI ASUKOHT 83
5.1 AJALOOLINE ÜLEVAADE 83
5.2 KOHA ANALÜÜS 89
5.3 LINNAEHITUSLIK SITUATSIOON JA ANALÜÜS 91
5.3.1 KEHTESTATUD JA MENETLUSES OLEVAD DETAILPLANEERINGUD 93
5.3.2 ÜHISTRANSPORT 95
5.3.3 KERGLIIKLUSTEED 95
5.3.4 ROHEALAD JA HALJASTUS 95
5.3.5 PIIRANGUD 95

6 ARHITEKTUURNE ETTEPANEK 99
6.1 SOTSIAALMAJAD JA TUGIFUNKTSIOONIDEGA HOONED 101
6.2 RAVIHOONE 101
6.3 ÖÖPÄEVARINGSED SÕLTUVUSRAVI JA REHABILITATSIOONI HOOLEKANDEMAJAD 109
6.4 MAASTIKUKUJUNDUS 113
6.5 PROJEKTI MUUD ANDMED 113

KOKKUVÕTE 127

KASUTATUD KIRJANDUSE LOETELU 131

LISAD 139
LISA 1 139

GRAAFILINE OSA 143

JOONISTE JA GRAAFILISE OSA LOETELU

Joonis 1. Uimastite tarbimine on tõusnud 14-29-aastaste seas võrreldes 2010. a ja 2015. a (autori joonis)

Joonis 2. Euroopas uimastitest põhjustatud suremus täiskasvanute (15 – 64-aastased) seas (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2018, lk 77)

Joonis 3. Kahjude vähendamise teenuste ja täiskasvanute narkomaaniaravi teenuste paiknevus Eestis (autori joonis, andmed allikatest (Tervise Arengu Instituut, 2018a) (Tervise Arengu Instituut, 2018b))

Joonis 4. Opioidisõltlaste osalemine asendusravis (autori joonis)

Joonis 5. Süstivate narkomaanide jagunemine elukohapõhiselt Eestis (autori joonis)

Joonis 6. Uimastisõltlaste arv uimastite põhiselt (autori joonis)

Joonis 7. Eesti uimastipoliitika strateegia valdkonnad (autori joonis)

Joonis 8. Tarbimisruum ja -aeg (autori joonis)

Joonis 9. Tänapäeva raviasutuse kujunemise skeem (autori joonis)

Joonis 10. Distsipliini kui võimu meetodi kolm vahendit (autori joonis)

Joonis 11. Vasakul klassikaline Maslow' inimvajaduste hierarhia, paremal uimastisõltlase vajaduste Maslow' püramiid (autori joonis)

Joonis 12. Riskikäitumise vähendamiseks on oluline tuua erinevad teenused ühte kohta (autori joonis)

Joonis 13. Kahjude vähendamise keskuse efektiivsus seisneb tervikliku süsteemi olemasolust, millesse on liidetud kõik uimastisõltlasele vajalikud teenused. Mõisteid *housing first* ja „poolel teel maja" on selgitatud peatükis 2.7.7 ja 2.7.8 (autori joonis)

Joonis 14. Salutogeneesi ja patogeneesi olemuste erinevus (autori joonis, aluseks võetud doktor Horst Noacki joonis)

Joonis 15. Koherentsustunnetuse olemus (autori joonis)

Joonis 16. Vastupanuressursside olemus (autori joonis)

Joonis 17. Võõrutusprotsess (autori joonis)

Joonis 18. Psühhoteraapia annab häid tulemusi pere ja paarisuhete ringis (autori joonis)

Joonis 19. Kainete suhete loomine ja sotsiaalsete suhete taastamine on üks paranemise osa (autori joonis)

Joonis 20. Rehabilitatsiooni protsessi kuulub füüsilise vormi taastamine läbi juhendatud sporditegevuse (autori joonis)

Joonis 21. Aiandusteraapia kui tervenemise osa (autori joonis)

Joonis 22. Hobuteraapia aitab uimastisõltlasel avaneda ning vabaneda kaitsepositsioonist (autori joonis)

Joonis 23. Arstikeskus koos personali taastumisruumidega on sama oluline kui patsientide ravi- ja puhkeruumid (autori joonis)

Joonis 24. Taasühiskonnastamise eesmärgil range režiimiga ruumist vabamasse ruumi (autori joonis)

Joonis 25. Ravikompleksi osakonnad jaotuvad kaheks sõltuvalt uimastisõltlase staatusest (autori joonis)

Joonis 26. Rehabilitatsioonikeskus Groot Klimmendaal (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Joonis 27. Redbridge rehabilitatsioonikeskus (Redbridge Welcome Centre)

Joonis 28. Zucker Hillside haigla (The Zucker Hillside Hospital) (Sell, 2013)

Joonis 29. Autori koostatud uimastihulluse ravihoone ruumiprogramm (autori joonis), ruumiprogrammi tabel suuremalt Lisas 1.

Joonis 30. Autori koostatud ööpäevaringsete sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni hoolekandemajade ruumiprogramm (autori joonis), ruumiprogrammi tabel suuremalt Lisas 1.

Joonis 31. Ravikompleksi tervishoiutöötajad (autori joonis)

Joonis 32. Ravihoone ja hoolekandemajade energiatõhususe ja sisekliima normid (autori joonis)

Joonis 33. Uimastihulluse ravikompleksi puud tuleks pügada 2,5 meetri kõrguseni ja põõsad 1-1,2 meetri kõrguseks, et väliala oleks jälgitav ja pärsiks peidupaikade teket (autori joonis)

Joonis 34. Projekti asukoht Paldiski maantee poolt (autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 35. Projekti asukoht Merimetsa poolt (autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 36. Hinnanguline narkootikume süstivate inimeste arv Tallinna erinevates piirkondades. Kontsentratsioon kõige kõrgem Kopli, Sitsi, Karjamaa ja Pelguranna asumis – 23% kõigist uimastite süstijatest Tallinnas (autori joonis, andmed (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 33)

Joonis 38. Ühiskondlike ja puhkeehitiste ala Tallinna üldplaneeringu järgi, musta kontuuriga kinnistutel tervishoiu ehitised (autori joonis)

Joonis 37. Kõrghaljastusega rohealad Põhja-Tallinna linnaosas (autori joonis)

Joonis 39. Projekti asukoht Tallinnas (autori joonis)

Joonis 40. Fragment Harjumaa topograafilisest kaardist aastal 1926, kaardil Seewaldi haigemajad (Rosenberg, 1926), punase joonega märgitud tänane krundipiir

Joonis 41. Fragment Tallinna linna kaardist aastal 1865 (Schmidt & von Ulrich, 1865), Seewaldi alal S. R. Winkleri suvemõisa kompleks, mis hiljem kuulus G. de Soucantonile (Hallas, 1990, lk 45), punase joonega märgitud tänane krundipiir

Joonis 42. Seewaldi kompleksi hoonete arhitektid, ehitusaastad ja esialgsed funktsioonid. Kõik hooned on arhitektuurimälestised va nõukogudeaegsed hooned (autori joonis, fotod, drooni foto autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 43. Lokomotiiv OÜ võidutöö (Seewald. Planeeringu ettepanekud, 2011)

Joonis 44. Autori koha analüüs Seewaldi alast Kevin Lynchi meetodil (autori joonis)

Joonis 45. Linna- (tumelilla) ja maakonnaliinid (helelilla) tagavad Seewaldi kompleksiga hea ühenduse (autori joonis)

Joonis 46. Paldiski maantee 52 kontaktvööndi kuuluvate linnaosade haldusterritooriumid (autori joonis)

Joonis 47. Rohealad Seewaldi piirkonna ümbruses (autori joonis)

Joonis 48. Seewaldi kinnistu kitsendused (autori joonis)

Joonis 49. Ilupilt uimastihulluse ravikompleksist (autori joonis)

Joonis 50. Seewaldi kesktelje lõpetab sümboolselt uimastihulluse ravihoone (autori joonis)

Joonis 51. Asendiplaan 1:800 (autori joonis)

Joonis 52. Olemasolevate hoonete funktsioonid ja uue ravikompleksi hoonete asukoht (autori joonis)

Joonis 53. Seewaldi kesktelg on inspiratsiooniks uimastihulluse ravihoone asukohale (autori joonis, foto autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 54. Ravihoone 1. korrus 1:200 (autori joonis)

Joonis 55. Ilupilt ööpäevaringse hoolekandemaja talveaiast (autori joonis)

Joonis 56. Ööpäevaringsete hoolekandemajade ja teraapiaaia ilupilt (autori joonis)

Joonis 57. Ööpäevaringse hoolekandemaja 1. korrus 1:150 (autori joonis)

Joonis 58. Ööpäevaringse hoolekandemaja 2. korrus 1:150 (autori joonis)

Joonis 59. Ravihoone lõige L1 1:150 (autori joonis)

Joonis 60. Ravihoone lõige L2 1:150 (autori joonis)

Joonis 61. Katuse ja vahelae sõlm 1:10 (autori joonis)

Joonis 62. Vundamendi ja sokli sõlm 1:10 (autori joonis)

Joonis 63. Ravihoone vaade V1 1:150 (autori joonis)

Joonis 64. Ravihoone vaade V2 1:150 (autori joonis)

Joonis 65. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V5 1:100 (autori joonis)

Joonis 66. Toimetuleku keskuse 1. korruse iluspilt (autori joonis)

Joonis 67. Tulevase elu keskuse avatud õhuruumiga ooteala (autori joonis)

Joonis 68. Uimastihulluse ravihoone ruumiprogramm (autori joonis)

Joonis 69. Ööpäevaringsete hoolekandemajade ruumiprogramm (autori joonis)

Joonis 70. Ravihoone vaade V3 1:150 (autori joonis)

Joonis 71. Ravihoone vaade V4 1:150 (autori joonis)

Joonis 72. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V6 1:100 (autori joonis

Joonis 73. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V7 1:100 (autori joonis)

Joonis 74. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V8 1:100 (autori joonis)

Joonis 75. Ravihoone 2. korrus 1:200 (autori joonis)

Joonis 76. Ravihoone 3. korrus 1:200 (autori joonis)

Joonis 77. Toimetuleku keskuse ilupilt (autori joonis)

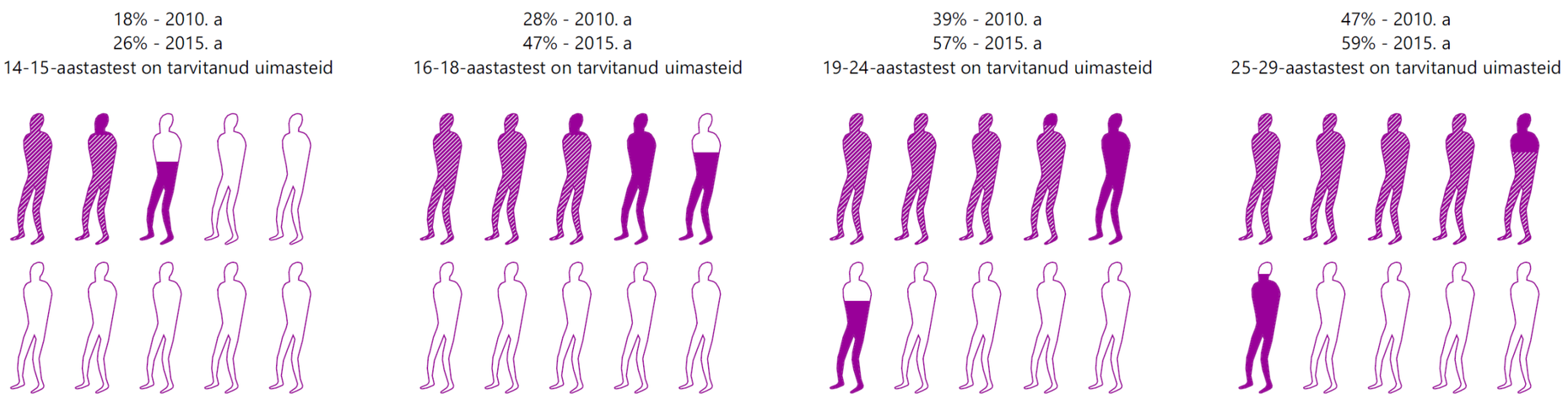
EESSÕNA

Töö on koostatud Tallinna Tehnikaülikooli inseneriteaduskonna arhitektuuri eriala integreeritud õppe magistritööna. Lõputöö teema „Uimastihulluse ravikompleks. Salutogeense keskkonna kujundamine Seewaldi piirkonnas" on sõnastatud autori ning juhendajate Rein Murula ja Karin Hallas-Murula vahelises koostöös. Magistritöö kirjutamisel abistasid andmete ja konsultatsioonidega juhendajad Rein Murula (arhitekt) ja Karin Hallas-Murula (arhitektuuriajaloolane), konsultandid MTÜ Convictusest Inna Farber (keskuse juht, psühholoog) ja Greete Org (kogemusnõustaja), Tervise Arengu Instituudist Aljona Kurbatova (narkomaania ja nakkushaiguste ennetamise keskuse juht) ja SA Viljandi Haiglast Katrin Viira (sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse Viljandi osakonna juhataja). Arhitektuursele lahendusele eelnenud ulatusliku valdkondliku uurimistöö ning mitmete spetsialistide kaasamine tulenes eesmärgist lähtuda tõenduspõhise arhitektuuri (*evidence-based design*) kontseptsioonist, mida on eriti ulatuslikult rakendatud just tervishoiu valdkonna arhitektuuris.

Magistritöö käsitleb narkomaania raviga seotud probleeme võimu ja ruumi korrelatsiooni vaatepunktist. Töö lõpptulemuseks on teooriaga arvestav arhitektuurne ettepanek uimastihulluse ravikompleksi näol. Uurimistöösse on kaasatud uuemad salutogeneetilist arhitektuuri käsitlevad ning tõenduspõhist metodoloogiat arendavad teadusartiklid, Tervise Arengu Instituudi uuringud ja rahvusvahelised andmestikud.

Autor tänab kõiki, kes aitasid kaasa magistritöö valmimisele. Autor tänab oma juhendajaid Rein Murulat ja Karin Hallas-Murulat. Autor tänab toetuse ja kaasamõtlemise eest elukaaslast Uku Laurit ja ema Inna Vilbergit.

Võtmesõnad: narkomaania, raviasutus, salutogenees, taasühiskonnastamine.



Joonis 1. Uimastite tarbimine on tõusnud 14-29-aastaste seas võrreldes 2010. a ja 2015. a (autori joonis)

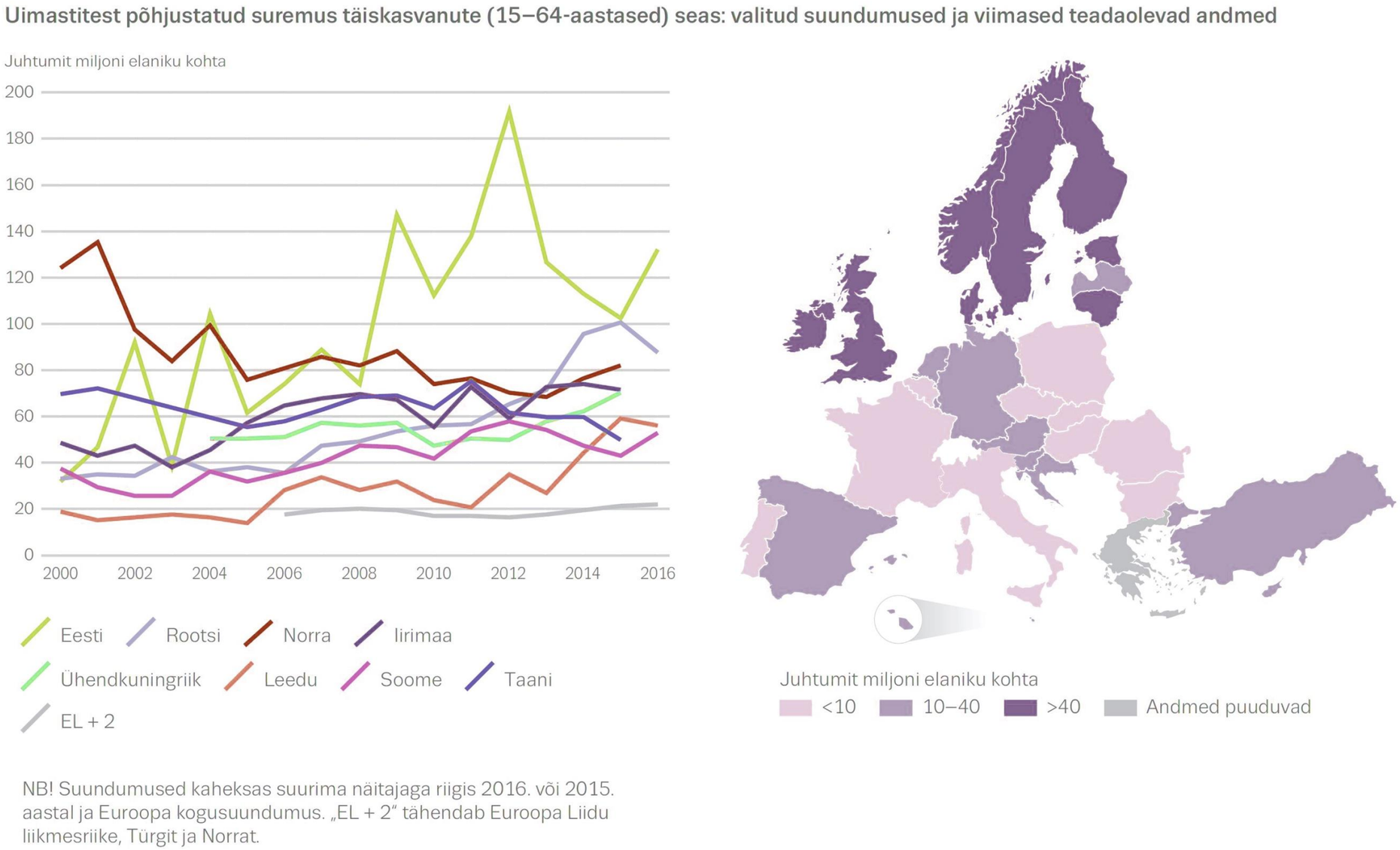
SISSEJUHATUS

Magistritöö tegeleb tervishoiu keskkonnaga, täpsemalt narkomaania raviasutuse olustikuga. Alates 2000. aastate algusest on narkomaania ja selle tagajärjed olnud aktuaalseks teemaks Eestis. HI-viiruse epideemiline levik sai alguse uimastisõltlaste rahvastikukihist (Sotsiaalministeerium, 2017) ning on tänaseni kõrge narkomaanide seas. 2008. aastast alates on Eesti ühiskond olnud Euroopa Liidus esimene uimastite üledooside tõttu elu kaotanud inimeste poolest (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2018, lk 77). Tegemist on sotsiaalmajandusliku probleemiga, mille lahendamiseks puudub Eestis käesoleval hetkel süstemaatiline lähenemine.

Magistritöö eesmärk on välja pakkuda funktsionaalselt ja ruumiliselt toimiv ning uudsest ja kaasajal aktuaalsest salutogeneesi teooriast, samuti tõenduspõhise projekteerimise (*evidence-based design*) metodoloogiast lähtuv uimastihulluse ravikompleks. Raviasutuse eesmärk on pakkuda teenuseid kõikidele abivajajatele sõltumata uimastist, mida tarbitakse. Autori hinnangul on teenuste killustatus üle Eesti üheks põhjuseks narkomaania probleemi püsivusel, mistõttu esitab autor narkomaania raviasutuse, mis sisaldab kõiki uimastisõltlastele suunatud teenuseid. Teenuste elukohajärgne kättesaadavus ühes piirkonnas aitab läheneda narkomaania probleemile süstemaatiliselt. Selliseid keskusi, kus sõltlastele suunatud teenused on koondatud ühte hoonesse, leidub mujalt maailmast, kuid puuduvad Eestist. Magistritöös uuritakse narkomaania ravimeetodeid ja analüüsitakse tervist arendavaid ruume, samuti puudutakse võimu ja kontrolli filosoofiat haiglaarhitektuuris (M. Foucault). Magistritöö üldisem eesmärk on teadvustada ühiskonda olulisest lahendamata probleemist, mis viiks lahendusteni riikliku rahastuse tõusu eeldusel.

Magistritöös kasutatud kirjandus jaguneb üldteoreetiliseks ja spetsiifiliseks. Üldteoreetilised allikad puudutavad teema filosoofilist mõtestamist ning salutoloogiat kui põhimõttelist uut lähenemist meditsiinis. Spetsiifilised allikad avavad salutogeneetilise lähenemise ning tõenduspõhise metodoloogia rakendamisvõimalusi arhitektuuris. Tõendusandmestiku loomiseks on analüüsitud Tervise Arengu Instituudi uuringute ja Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse statistikat. Lisaks peamisele kvalitatiivsele meetodile – teoreetiliste allikate kvalitatiivsele analüüsile – on töös rakendatud süvaintervjuude meetodit – lisatud on MTÜ Convictuse, Tervise Arengu Instituudi ja SA Viljandi Haigla konsultantide arvamused. Juhtumite uuringus on kirjeldatud analoogseid projekte ning analüüsitud nende kohaldatavust magistritöö projekti raames. Projekti asukoha valimisel on uuritud Põhja-Tallinna üldplaneeringut ja asukohast tulenevaid linnaehituslikke aspekte. Seewaldi piirkond osutus valituks, sest uimasteid süstivate inimeste kontsentratsioon on selle ala ümbruses Tallinnas kõrgeim. Samuti mängib rolli Seewaldi ala imagoloogiline pool – piirkond on ajalooliselt tuntud kui tervishoiu ehitiste territoorium ning ala ümbritsevat loodust on kasutatud ühe ravimeetodina, mida samuti kohaldatakse tänapäeval uimastisõltlaste ravi puhul. Kirjeldatud on asukoha ajaloolist tausta. Projekti koha analüüsil on kasutatud Kevin Lynchi meetodit. Magistritöö projekti koostamiseks on kasutatud järgmiseid tarkvarasid: Graphisoft ArchiCAD, Lumion ja Adobe Photoshop.

Lõputöö koosneb peatükkidest, mis käsitlevad 1) narkomaania olukorda Eestis, 2) ruumi, koha ja uimastisõltuvuse ravi konteksti, 3) juhtumite uuringuid ja 4) teooriale põhinedes annab lähteandmed uimastihulluse ravikompleksi projekteerimiseks. Projekti osas esitatakse asukohaline uurimus ja autori arhitektuurne ettepanek. Lisas on välja toodud autori loodud uimastihulluse ravikompleksi ruumiprogrammiline tabel suuremal kujul. Graafilises osas on esitatud magistritöö projekti illustreerivad joonised, mis puuduvad põhiosast.



Joonis 2. Euroopas uimastitest põhjustatud suremus täiskasvanute (15 – 64-aastased) seas (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2018, lk 77)

1 NARKOMAANIA OLUKORD EESTIS

Narkomaania ja selle tagajärjed on olnud Eestis teravaks probleemiks alates 2000. aastate esimesest poolest, mil hakkas levima HIV-epideemia, mis sai alguse narkomaanide rahvastikukihist (Sotsiaalministeerium, 2017). Tegemist on sotsiaalmajandusliku probleemiga, millele pole siiani leitud toimivat lahendust, mistõttu uimasti üledoosidest tingituna kaotab Eesti ühiskond täisväärtuslikke kodanikke iga aasta (Sotsiaalministeerium, 2019, lk 21).

Narkootikume süstivate inimeste täpne arv Eestis on teadmata. Viimased andmed süstivatest narkomaanidest pärinevad aastast 2009, mille põhjal on tehtud hinnanguline analüüs, mis ütleb, et narkootikume süstivate inimeste hulk Eestis on 9000. 2/3 nendest moodustavad opioidisõltlased. 2016. aasta seisuga on narkosõltuvuses (sh süstivad ja mittesüstivad narkomaanid) olevate inimeste hinnanguline arv Eestis 16 000. (Reile, Lutsar, Zilmer, & Lehtmets, 2017, lk 12)

Eesti paistab Euroopa Liidus silma keskmisest kõrgema narkootikumide tarvitamise sagedusega 15–16-aastaste kooliõpilaste seas. Kui 1995. aastal oli mõnda illegaalset uimastit proovinud 7% 15–16-aastastest kooliõpilastest, siis 2015. aastaks oli see arv kasvanud 38%-ni. Kooliõpilaste seas levinumad ained on kanep, inhalandid, rahustid ja uinutid (arsti korralduseta). Tervise Arengu Instituut korraldas 2015. aastal uuringu, mis hõlmas laiemat vanusegruppi – 14–29-aastased. 2015. aastal oli võrreldes 2010. aasta uuringuga narkootikumide tarvitamine tõusnud kõikides vanuserühmades. Kokku 26% 14–15-aastastest (2010. a 18%), 47% 16–18-aastastest (2010. a 28%), 57% 19–24-aastastest (2010. a 39%) ja 59% 25–29-aastastest (2010. a 47%) oli elu jooksul narkootikume tarvitanud. (Tervise Arengu Instituut, 2017b)

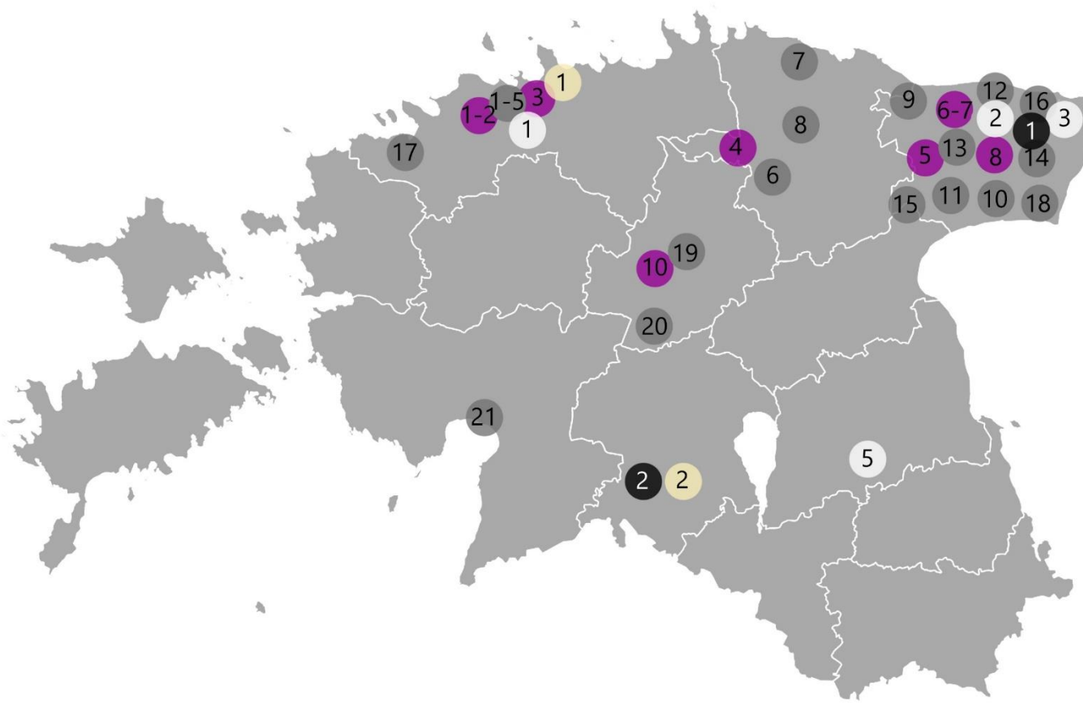
2016. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringule tuginedes oli 22% 16–64-aastastest elanikest elu jooksul tarvitanud mõnda narkootilist ainet: meestest 31% ja naistest 15%. Nendest, kes olid elu jooksul narkootikume tarvitanud, olid 21% teinud seda viimase 12 kuu jooksul ja 8% viimase 30 päeva jooksul. Kõige enam oli narkootikumide tarvitamist olnud 25–34-aastaste seas (53% meestest ja naised 37%), millele järgnes vanusegrupp 16–24. (Tervise Arengu Instituut, 2017b)

Eesti on alates 2008. aastast olnud Euroopa Liidus üledoosidest tingitud surmade arvult esikohal (miljoni elaniku kohta), 2016. aastal oli see arv 132. Samal aastal oli Euroopa keskmine üleannustamisest tingitud suremus 15–64-aastaste seas hinnanguliselt 21,8 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Aastatel 1999–2017 on Eestis narkootikumide üledoosi tõttu surnud kokku 1639 inimest. 2017. aastal kaotas üledooside tõttu elu 96 meest ja 14 naist. Aastatega on narkootikumide üledoosi tõttu surnud isikute keskmine vanus järjepidevalt tõusnud. Kui 2002. aastal oli keskmine narkootikumi üledoosi tõttu surnud isik 24-aastane, siis 2017. aastal 35-aastane. Üledoosidest põhjustatud kõrge suremus on tingitud heroiinist sadu kuni tuhandeid kordi kangema fentanüüli või fentanüüli analoogide tarvitamisest. Kokkuvõttes on 81% narkootikumide üledoosi surmadest seotud 3-metüülfentanüüli või fentanüüli analoogide tarvitamisega ja võib eeldada, et tegemist on pikaajaliste uimastisõltlastega. (Tervise Arengu Instituut, 2017b) (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2018)

Eesti süstivad narkomaanid resideeruvad peamiselt Tallinnas ja Ida-Virumaal. Ligikaudu 2/3 süstivate narkomaanide koguhulgast elab Tallinnas ja selle ümbruskonnas, 18% Ida-Virumaal ja ülejäänud jaotuvad üle Eesti (Uusküla, et al., 2007). Süstivad narkomaanid on peamiselt noored (24–27-aastased) vene keelt kõnelevad mehed. Eesti narkoturu peamisteks narkootikumideks on fentanüül (77%) ja amfetamiin (23%). Fentanüüli süstimine on seotud suurema HIV levimuse ning seda soodustava riskikäitumisega – süstla ja muu süstimisvarustuse jagamise ning riskialti seksuaalkäitumisega. (Vorobjov, 2012, pp. 49-50)

1.1 NARKOMAANIAGA SEOTUD TEENUSED EESTIS

Eesti uimastipoliitikat koordineerivas valges raamatus on välja toodud, et Eesti narkomaania ennetuse, ravi, rehabilitatsiooni, taasühiskonnastamise ja kahjude vähendamise valdkonnad



KAHJUDE VÄHENDAMINE, STATSIONAARNE

Tallinn:
1 MTÜ Convictus Eesti (2)
2 MTÜ Pealinna Abikeskus

Maardu:
3 MTÜ Convictus Eesti

Tapa:
4 MTÜ Eluaken

Kiviõli:
5 MTÜ Corrigo

Kohtla-Järve:
6 MTÜ Allium (2)
7 MTÜ Me Aitame Sind (2)

Jõhvi:
8 MTÜ Corrigo

Narva:
9 SA Viljandi Haigla (2)

Paide:
10 Paide Sotsiaaltöökeskus

KAHJUDE VÄHENDAMINE, VÄLITÖÖ

Tallinn:
1 Põhja-Tallinn (3)
2 Lasnamäe (2)
3 Mustamäe (2)
4 Õismäe (1)
5 Kristiine (2)

6 Tapa
7 Haljala
8 Rakvere
9 Kohtla-Järve
10 Ahtme linnaosa
11 Jõhvi linn
12 Järve linnaosa
13 Sompa
14 Oru
15 Kiviõli
16 Sillamäe
17 Paldiski
18 Vasknarva
19 Paide
20 Türi
21 Pärnu

ASENDUSRAVI

1 Tallinn:
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla nakkuskliinik (ARV-ga)
OÜ Tervisekeskus Elulootus

2 Kiviõli/Jõhvi
OÜ Corrigo

3 Sillamäe
OÜ Aasa Kliinik

4 Narva
OÜ Narva Sõltuvuse Ravikeskus

5 Tartu
Tartu Ülikooli kliinikum

STATSIONAARNE REHABILITATSIOON

1 Sillamäe
SA Viljandi Haigla

2 Viljandi
SA Viljandi Haigla

STATSIONAARNE VÕÕRUTUSRAVI

1 Tallinn
AS Wismari Haigla

2 Viljandi
SA Viljandi Haigla

Joonis 3. Kahjude vähendamise teenuste ja täiskasvanute narkomaaniaravi teenuste paiknevus Eestis (autori joonis, andmed allikatest (Tervise Arengu Instituut, 2018a) (Tervise Arengu Instituut, 2018b))

on süsteemselt välja arendamata. Teenused eksisteerivad eraldiseisvalt, kuid mitmed vajalikud teenused on puudu või ebapiisava leviku ning kvaliteediga. (Siseministeerium, 2014, lk 8)

Uimastiennetuse eesmärgiks on ära hoida või edasi lükata uimastite tarvitamist, see toimub juba enne riskikäitumise algust. Eestis põhineb narkomaania ennetustegevus peamiselt koolipõhistel ennetusprogrammidel, mille eest vastutab õpetaja. Ennetusprogrammideks on VEPA, KiVa ja mitmed muud koolipõhised tegevused. Saadaval on ka perepõhised programmid, nagu näiteks „Imelised aastad" ja mitmedimensiooniline pereteraapia. Spordil põhinevat ennetustegevust pakub programm SPIN, mis lisaks spordiga tegelemisele arendab eluks vajalikke sotsiaalseid oskusi. (Tervise Arengu Instituut, 2018c)

Kahjude vähendamise eesmärk on vähendada kahju ja kulutusi, mida narkootikumide tarvitamine tekitab ühiskonnale, tarvitajale endale ja tema lähedastele. Kahjude vähendamise teenus hõlmab mitmeid sotsiaalseid tugiteenuseid narkosõltlastele, mitmekülgse teabe levitamist ning ka turvalisemaks süstimiseks ja seksuaaleluks vajalike vahendite jagamist. Teenus põhineb teadmisel, et kõik narkootikumide tarvitajad ei soovi või ei suuda tarvitamist lõpetada. Seetõttu tuleb tarvitajatega luua usalduslik kontakt ning pakkuda vajalikke tugiteenuseid, motiveerida ja nõustada neid turvalisemalt käituma. Ühiskonnale on kahjude vähendamise teenus kasulik, sest aitab vähendada narkomaaniaga seotud negatiivseid sotsiaalmajanduslikke tagajärgi ning muuta elukeskkonda turvalisemaks. (Tervise Arengu Instituut, 2018a)

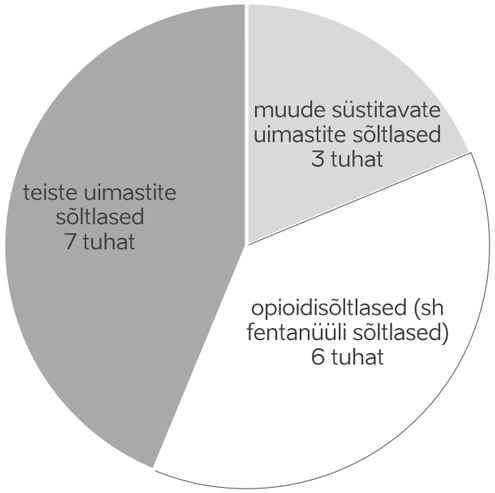
Eestis pakutakse kahjude vähendamise keskustes järgmiseid teenuseid:

- nõustamine (kogemusnõustamine, psühholoogiline nõustamine, sotsiaalnõustamine, õigusabi);
- terviseteemaline nõustamine: kuidas turvalisemalt narkootikume tarvitada ja vältida üledoose;
- opioide süstivatele inimestele ja nende lähedastele elupäästva ravimi (naloksooni) võimaldamine koos vastava koolitusega, et vältida üledoosidest tingitud surmasid;
- puhaste süstalde ja nõelte jagamine;
- kasutatud süstalde ja nõelte kogumine ning hävitamine;
- kondoomide jagamine ja seksuaaltervise alane nõustamine;
- pesemisvõimaluste ja riideabi pakkumine;
- infektsioonide ennetamine, varane infektsioonide avastamine (näiteks HIV testimine) ning suunamine arsti vastuvõtule;
- motiveerimine ja suunamine sõltuvushäirete ravile ning rehabilitatsiooniteenustele.

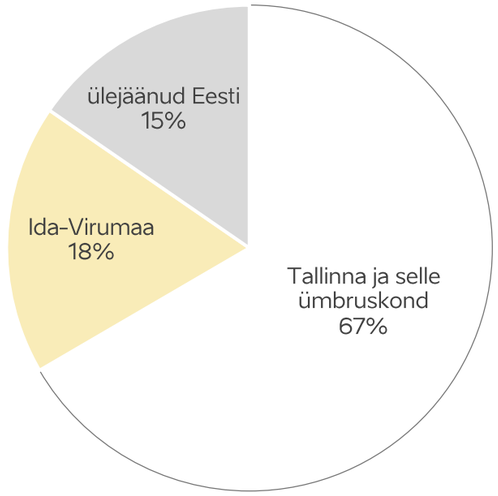
2017. aasta lõpu seisuga pakkus Eestis kahjude vähendamise teenuseid üheksa organisatsiooni. Kokku oli Eesti erinevates piirkondades 34 teenuse osutamise kohta, millest 14 olid statsionaarsed keskused ja 20 välitööl põhinevad. Enamik teenuseid asub Harjumaal ja Ida-Virumaal, kuid teenuseid pakutakse ka Tapal, Pärnus ja Paides. Teenuseid kasutatakse üle 110 000 korra aastas, mille jooksul jagatakse välja ligi kaks miljonit süstalt. (Tervise Arengu Instituut, 2018a)

Eestis on kõige paremini kättesaadav raviteenus opioidsõltuvuse asendusravi. Opioidsõltuvuse ravi on ennekõike psühhosotsiaalne abi, mida toetatakse igapäevaselt manustatava ravimiga (metadoon). Ravil võivad olla erinevad eesmärgid, milleks võib olla opioidide kuritarvitamise lõpetamine või vähendamine, opioidide tarvitamisega kaasnevate kahjude vähendamine ning opioidsõltuvusega isikute elukvaliteedi ja heaolu parandamine. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

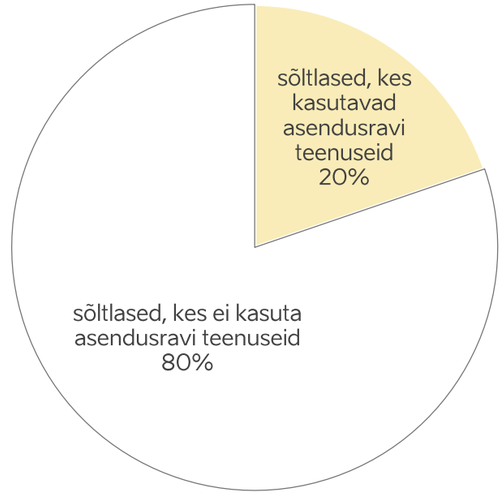
Asendusravis eristatakse kahte lähenemist, kus üks on võõrutusravi, mille eesmärk on inimene opioididest võõrutada ning teine on säilitusravi, mille eesmärgiks on patsiendi tervisliku seisundi stabiliseerimine ilma kindla ravi lõpetamise tähtajata. Võõrutus- ja säilitusravi patsiente raviandmete põhjal eristada ei ole võimalik, kuna ravi eesmärk võib ravi käigus muutuda. Suurem osa opioidsõltuvuse asendusravist rahastatakse riigieelarvest läbi Tervise Arengu Instituudi. Viimastel aastatel on ravi rahastanud ka Tallinna Linnavalitsus Lääne-Tallinna Keskhaigla patsientidele. Tallinnas AS Wismari haiglas on võimalust saada tasulist asendusravi, mille toimeaineks on buprenorfiin. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)



Joonis 6. Uimastisõltlaste arv uimastite põhiselt (autori joonis)



Joonis 5. Süstivate narkomaanide jagunemine elukohapõhiselt Eestis (autori joonis)



Joonis 4. Opioidisõltlaste osalemine asendusravis (autori joonis)

Lühiajalist statsionaarset võõrutusravi pakkusid 2017. aastal riigi rahastamisel AS Wismari Haigla ja SA Viljandi Haigla. Ravile võivad pöörduda abivajajad kõikidest Eesti piirkondadest. Võõrutusravi on suunatud nii opioidide kui stimulantide tarvitajatele, eesmärgiga võõrutada patsient narkootikumidest. Võõrutusravi kestus on keskmiselt 2–4 nädalat, millele järgneb ambulatoorne järelravi või nõustamine. Wismari haiglas on viis voodikohta ja SA Viljandi Haiglas 10. SA Tallinna Lastehaigla pakub lühiajalist statsionaarset võõrutusravi sõltuvusprobleemidega noorukitele. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

Eestis on sõltuvusravi võimalik jätkata ja saada ka arestimajades ning vanglates. Arestimajas on võimalik jätkata vabaduses või vanglas juba eelnevalt alustatud opioidsõltuvuse asendusravi. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

Rehabilitatsiooni eesmärk on püsivate psüühikamuutuste saavutamine ja uute käitumismallide omandamine erinevate teraapiliste võtete ja spetsialistide nõustamise abil. Rehabilitatsiooni tulemusel on paranenud isiku psüühiline ja füüsiline tervis ning sotsiaalsed toimetulekuoskused, inimene on võimeline elama igapäevaelu ja käima tööl. Teenus on patsiendile tasuta. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

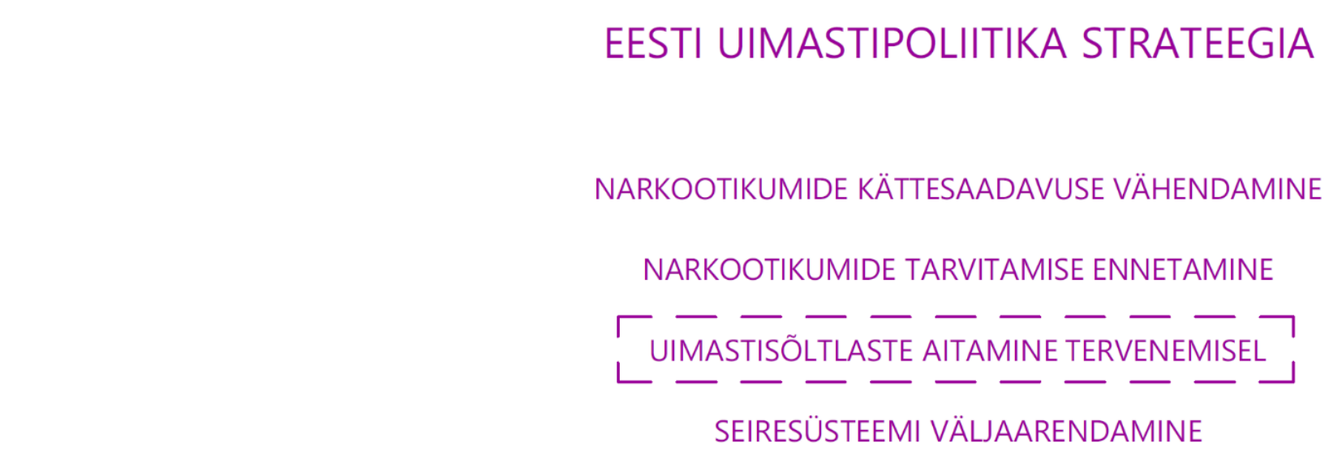
Statsionaarset pikaajalist rehabilitatsiooni täisealistele pakub Eestis SA Viljandi Haigla oma kahes osakonnas Viljandis ja Sillamäel. Patsiendid võivad ravile pöörduda kõikidest Eesti piirkondadest. Teenus ei ole ainespetsiifiline ja seda pakutakse nii naistele kui meestele. Rehabilitatsiooni kestus on keskmiselt 9 kuud ning sõltub ennekõike patsiendi tervislikust seisundist. Viljandi osakonnas on kokku 21 voodikohta ja Sillamäe osakonnas 26 voodikohta. OÜ Corrigo pakkus 2017. aastal statsionaarset rehabilitatsiooniteenust 14–18-aastastele sõltuvusaineid kuritarvitavatele noorukitele. Teenus on õppeaastapõhine ja hõlmab nii õppeharjumuste kujundamist kui ka tööd erialaspetsialistidega. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)Veel pakutakse Eestis järelteenust, mille eesmärgiks on tagasilanguse ennetamine ja kliendi sotsiaalse kohanemise toetamine. Teenus on indiviidi põhine ning on suunatud nii tervenevatele sõltlastele kui ka nende lähedastele. Noorukitele ja nende vanematele pakub Corrigo OÜ Jõhvis individuaalset psühholoogilist nõustamist ning perenõustamist. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

Statistikat analüüsides selgub, et ravikohtade arv on palju väiksem kui teenuse vajadus. Kui võtta aluseks, et opioidsõltlasi on Eestis hinnanguliselt 6000 ning asendusravi patsientide arv oli 2017. aastal 1186, siis jõuab ambulatoorne ravi vaid 20% abivajajateni. Statsionaarsete võõrutusravi voodikohtade arv on märkimisväärselt väike, täpsemalt 19. Uimastipoliitika valge raamatu järgi on vaja statsionaarseid ravikohti juurde nii täiskasvanutele kui ka alaealistele sõltlastele. Täiskasvanute statsionaarsete võõrutusravi osakondi on tarvis Ida-Virumaale, Tallinnasse ja Lõuna-Eestisse (Siseministeerium, 2014). Samas Tervise Arengu Instituudi narkomaania ennetamise keskuse juht Aljona Kurbatova märgib, et statsionaarsete ravikohtade suurendamist senise programmi järgi, kus ravi kestab mitmeid kuid, ei ole niivõrd palju vaja kui statistika järgi võib tunduda. Ta rõhutab, et olulisel kohal oleks lühemate programmide, ema ja lapse kooselu võimaldavate programmide ja päevaravi rakendamine elukohajärgselt. (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019)

Kuna narkosõltuvuses olevate inimeste arv on hinnanguline ja ei ole läbi viidud põhjalikku monitooringut, siis vajalike ravikohtade arv on teadmata. Asendusravi vajalike ravikohtade hinnanguline arv moodustab ligikaudu poole opioidsõltlaste arvust, so 3000 (selline arv tagab 80% sõltlastele teenuse kättesaadavuse) (Reile, Lutsar, Zilmer, & Lehtmets, 2017). Arvesse on võetud, et reaalne teenusevajadus on eeldatavalt oluliselt väiksem, kuna sihtrühma täielik hõlmatus ei ole realistlik ning kõik opioidsõltuvuses inimesed ei vaja või ei soovi asendusravi (Reile, Lutsar, Zilmer, & Lehtmets, 2017, lk 32). Rahva tervise parandamiseks tuleb laiendada ravispektrit ning võimaldada pikemate ja lühemate statsionaarsete kui ka päevaravi teenuste kättesaadavust elukohajärgselt.

1.2 NARKOMAANIA ENNETAMISE STRATEEGIA

Alates 1997. aastast on Eestil on olnud erinevaid narkomaania ennetuse alusdokumente, mis on põhinenud riiklikul programmil või strateegial. Kõige varasem narkomaania ennetuse alusdokument oli „Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997-2002". Sellele järgnes „Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012". Strateegia lõppedes toodi välja, et mitmed alaeesmärgid täideti, kuid peamised sihid –



Joonis 7. Eesti uimastipoliitika strateegia valdkonnad (autori joonis)

narkootikumide vähenenud pakkumine ja nõudlus ning toimiv ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem sõltlastele, millest tulenevalt on vähenenud tarbimisest tulenev kahju – jäid saavutamata. Oluliseks põhjuseks oli inimressursside ja rahaliste vahendite vähesus, samuti ka erinevate osapoolte koostöö probleemid. Siiski olid strateegia raames arendatud teenused ja tegevused oluliseks sammuks narkoprobleemi vähendamisel Eestis. (Siseministeerium, 2014)

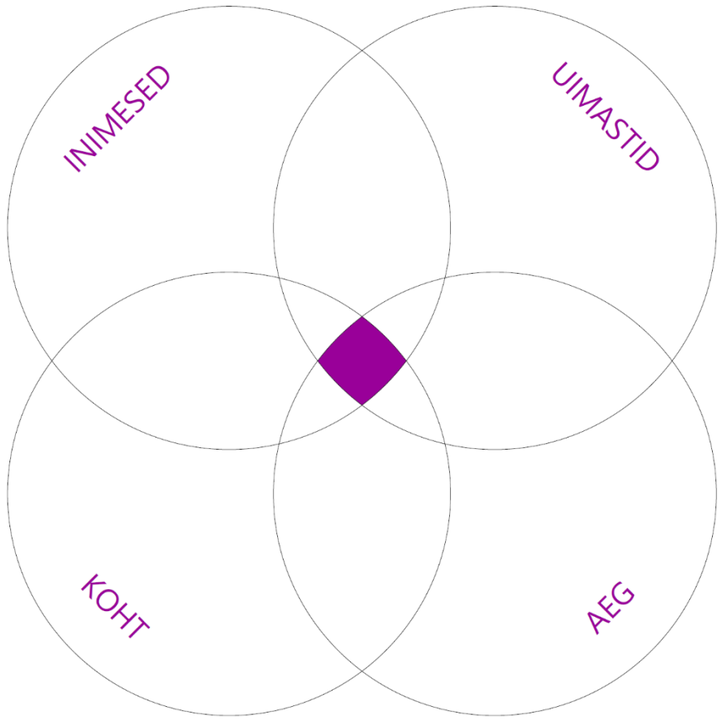
Alates 2013. aastast kuulub narkomaania vähendamise tegevuste planeerimine ühe meetmena sotsiaalministeeriumi juhitavasse Rahvastiku tervise arengukavasse 2009–2020 ja 2020–2030. Lisaks on loodud Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, et pöörata rohkem tähelepanu narkomaania ennetusele ja tuua välja pikemaajalised arengusuunad. Valge raamat on teaduspõhine suunis, kus eesmärkide saavutamiseks kirjeldatakse kolme peamist mõjusuunda, milleks on narkootikumide kättesaadavuse vähendamine, narkootikumide tarvitamise ennetamine ja uimastisõltlaste aitamine tervenemisel. Lisaks märgib valge raamat oluliseks seiresüsteemi väljaarendamist. (Siseministeerium, 2014)

Valge raamatu juurde kuulub tabeli näol Lisa 2, mis mõtestab lahti poliitikadokumendis kirjeldatud koostöösüsteemide sisu ja kajastab vajalikke tegevusi eesmärgini jõudmiseks. Iga tegevuse juures on kirjeldatud hetkeolukord ja eesmärgid, mille suunas 2018. aastaks liikuda tuli. Tabel on aluseks strateegia elluviimiseks ning seda täidetakse iga-aastaselt, et läheneda eesmärkidele. Lisaks on koostatud lühiülevaade uimastipoliitika valge raamatu elluviimisest 2014. – 2018. aastal (Siseministeerium, 2018), kus analüüsitakse uimastipoliitika rakendamist ning tuuakse välja peamised kitsaskohad.

Uimastite pakkumise vähendamise peamisteks kitsaskohtadeks loetakse Siseministeeriumi, Justiitsministeeriumi ja Rahandusministeeriumi ja nende allasutuste ametnike vähest väljaõpet. Universaalse ennetuse poole pealt on toodud välja ühtse ennetussüsteemi puudumist ja täiendava rahastuse küsimused. Lisaks, ei ole korraldatud norme kujundavat kampaaniat, mis informeeriks ja teadvustaks elanikkonda uimastialastest probleemidest. Varajase märkamise ja sekkumisele suunamise alalõigus puuduvad ühtsed standardid alaealiste probleemide hindamiseks ning samuti tuuakse kitsaskohaks täiendavat rahastust riigieelarvest. Kahjude vähendamise osas on loetletud mitmeid olulisi puudusi, mis olid ka üheks ajendiks antud magistritöö kirjutamisel. Nimelt, süstlavahetuse ja nõustamisteenuse kättesaadavuse ebaühtlus, narkomaaniaravi kui alternatiivkaristuse ebapiisav rakendamine, rahaliste vahendite puudus ja sellest tingitud probleemid, erialapersonali koolitus- ja motiveerimissüsteemi puudulikkus, ühtse ravi-, taastusabi, taasühiskonnastamise ja kahjude vähendamise süsteemi puudus ning täiendavate kahjude vähendamise teenuste puudulikkus. Sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi peamisteks kitsaskohtadeks oli samuti alarahastus teenuste osas ning ebaühtlane ja kvaliteedilt kõikuv asendusravi. Taasühiskonnastamise probleemideks on jällegi teenuse ühtse süsteemi puudumine ja vajaduspõhine korraldamine. Valdkonna seire all ei ole põhjalikult hinnatud narkomaaniavaldkonna teenuste osutamise kvaliteeti ja tulemuslikkust, lisaks heidetakse ette narkomaaniaravi isikustamata andmekogu, mis pärsib usaldusväärsete andmete kogumist. (Siseministeerium, 2018)

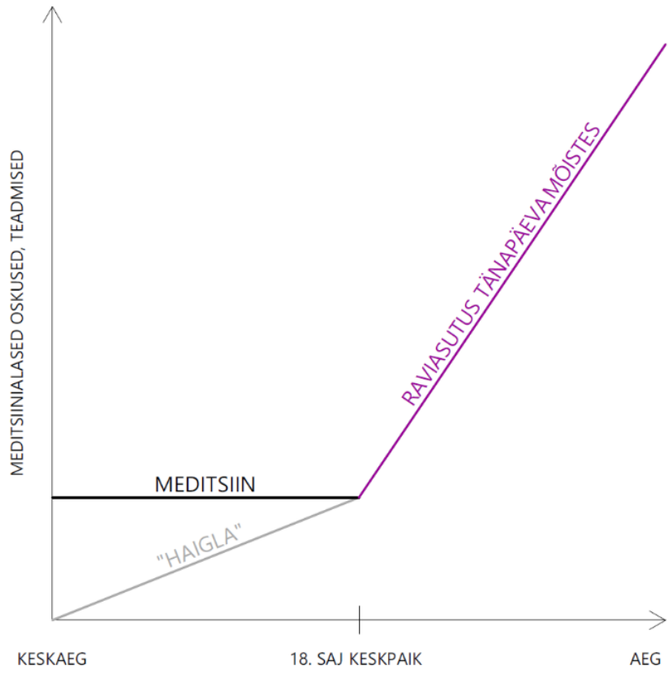
Kokkuvõtteks võib öelda, et paljudes valdkondades puudub jätkuvalt ühtne süsteem, mis tingib kvaliteedi ja teenuste ebaühtlase kättesaadavuse või tavainimeste puuduliku teadlikkuse uimastitega seotud probleemidest. Oluliseks puuduseks on riiklik alarahastus ja valdkonna ebapiisav koordineerimine. Need nõrgad kohad on tekitanud ühiskonnas olukorra, kus uimastisõltlaste õigused täisväärtuslikuks eluks on pärsitud, mis omakorda põhjustab nende stigmatiseerimist.

Narkomaania probleemidega tegeleva süsteemi kohta küsis autor arvamust kahjude vähendamise keskuse MTÜ Convictuse keskuse juhilt ja psühholoogilt Inna Farberilt ja kogemusnõustajalt Greete Orult, samuti Tervise Arengu Instituudi narkomaania ja nakkushaiguste ennetamise keskuse juhilt Aljona Kurbatovalt. Nende arvamus ühtis – puudub ühtne süsteem, mis tagaks teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse ühtlaselt üle Eesti, teenused on killustatud. Märgiti, et kuigi teenused on olemas, siis nad ei ole lihtsasti leitavad ja kättesaadavad. Puudub ka integreeritud abi pakkumine (näiteks tervishoid ja sotsiaalvaldkond), mis sisaldaks uimastisõltlasele mitmeid vajalikke teenuseid. Uimastitarvitajate anonüümset andmebaasi peeti ühelt poolt heaks, kuid teisalt ei taga see piisava kontrolli sõltlase üle ning pärsib ravile suunamist. (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019) (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019)



Joonis 8. Tarbimisruum ja -aeg (autori joonis)

Tähtis aspekt, mis on jäänud kahjude vähendamise poliitikast välja, on konteksti uurimine. Nimelt, millal ja mis tingimustest inimesed hakkavad tarbima uimasteid, see tähendab olulisteks faktoriteks muutuvad koht ja aeg. Cameron Duff on arutlenud antud teemal artiklis „*The place and time of drugs*" (Duff, 2014), kus toob teravalt välja, et kahjude vähendamise poliitika keskendub sotsiaalsetele teguritele, mis ei tegele uimastite tarbimise aja ja koha käsitlemisega. Duff tõstatab küsimuse: kuidas saab praegune uimastipoliitika muuta narkootikumide kasutamist, kui tarbimisaja ja -koha vaatenurgaga pole tegeletud? Ta soovitab arendada uimastipoliitikat viisil, mis juurdleks tarbimisruumi ja -aja üle, reaalse olukorra üle, kus erinevate inimeste, mõnuainete ja kohtade kokkupuutel toimub narkootikumide tarbimine. Ainult uuenenud perspektiiviga on võimalik teha järgmisi samme kahjuliku uimastitarbimise vähendamiseks. (Duff, 2014)



Joonis 9. Tänapäeva raviasutuse kujunemise skeem (autori joonis)

2 RUUM, KOHT JA UIMASTISÕLTUVUSE RAVI

Uimastiprobleemidest kõneldes kasutatakse Eestis kõige sagedamini sõnu „narkomaania", „narkomaanid", „narkootikumid". Narkomaania on „uimastihimu, uimastitarvitamistung, uimastite tarvitamine ja sõltuvus nendest, ravimisõltuvus". Jaanus Harro, Eesti psühholoog ja Tartu Ülikooli psühhofüsioloogia professor, on leidnud võõrkeelsele sõnale „narkomaania" sisukohasema termini eesti keeles – „uimastihullus". Narkomaania mõiste ei haara enda alla kõiki uimasteid, vaid pigem viitab opiaatide uinutavale toimele, mis erineb põhimõtteliselt kesknärvisüsteemi stimulantide ja hallutsinogeenide toimest. Seetõttu välditakse paljudes keeltes sõnatüve narko- kasutamist. Uim on aga midagi hõlmavamat kui uni ja pole otsesidemeis sõltuvusega, uim on teistmoodi olekus psüühika, mis võib olla meelepärane kui ka ebameeldiv, nii uimane, joovastunud kui ekstaatiline. Uimasti sobib tähistamaks kõiki psüühikat muutvaid ravimeid, mida võetakse ilma arsti ettekirjutuseta. Jaanus Harro järeldab, et kui inimene ei saa olla ilma uimastiteta, siis sobib tema olukorra kirjeldamiseks uimastihullus ehk võõrsõnaga narkomaania. (Harro, 2017, lk 35-36)

Selles peatükis käsitletakse võimusuhteid ruumis kahjude vähendamise ja uimastisõltuvuse ravi kontekstis. Tuuakse välja puudused ning pakutakse välja lahendused edukateks tulemusteks. Uimastisõltuvuse tänapäeva ravi ideoloogiana kirjeldatakse salutogeneetilist lähenemist ning selle rakendatavust ravikompleksis. Autor jõuab uimastihulluse ravikompleksi analüüsini, mis võrdleb raviasutuse erinevaid funktsioone ja ruumilisi jagunemisi. Teooria aluseks on Michel Foucault' filosoofilised tekstid, millele järgnevad tänapäeva viimase kümnendi tõenduspõhised artiklid, mis pärinevad peamiselt *International Journal of Drug Policy* teaduspõhisest väljaandest. Kasutatud on ka Tervise Arengu Instituudi, Convictus MTÜ ja SA Viljandi Haigla konsultantide arvamusi.

Autor on teadlik, et pakutud lahendused vajavad niigi riiklikult alarahastatud sfääris veelgi suuremaid ressursse, kuid kasutatud kirjanduse allikatest selgub, et teaduspõhine lähenemine võimaldab vahendite ümberpaigutamist tagajärgedest ennetusele. Rahva tervishoiu paranemine on üks riiklikest eesmärkidest ning sellega tuleb tegeleda ka marginaliseeritud kogukondades nagu on uimastisõltlased.

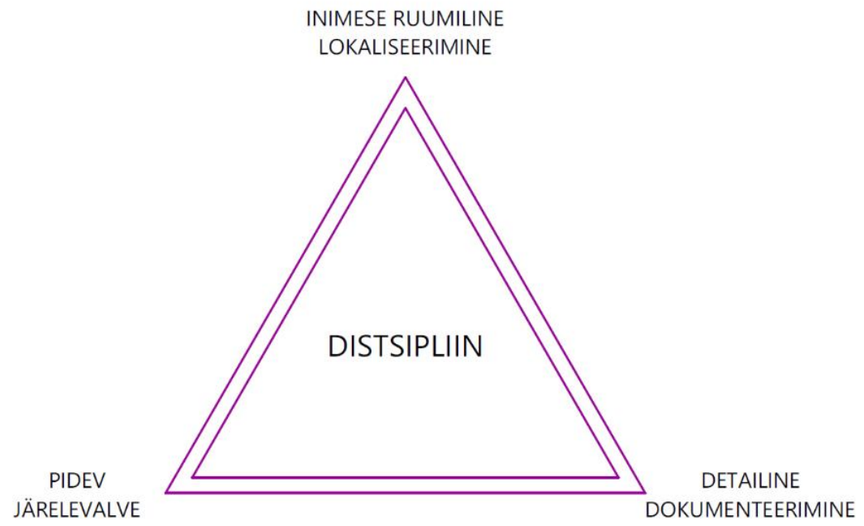
2.1 HAIGLA JA MEDITSIINI SÜMBIOOSI SÜND

Tänapäeval mõistame haigla all raviorganit, kus patsient saab meditsiinilist abi, kuid antud seos pole alati eksisteerinud. Enne 18. sajandit kandis haigla nime asutus, mis oli peamiselt mõeldud vaeste abistamiseks. Puudustkannatajad vajasid tuge, olles surmavalt haigestunud ja/või potentsiaalsed viirusekandjad. Nad oli ohtlikud ühiskonnale, mistõttu pidi neid isoleerima teistest – tervetest inimestest. Siit järeldub vajadus haigla kui institutsiooni olemasolule. Patsiente ei ravitud, vaid nende eest hoolitseti materiaalselt ja vaimselt, neid pühitseti rituaalidega ning saadeti igavesele puhkusele. (Foucault, 2007, p. 143)

Haiglas töötas heategevuslik religioosse taustaga personal, kelle ülesandeks oli patsiendi eest hoolitsemine tema viimastel elupäevadel, et tagada haigele igavene pääsemine. Selle tulemusena institutsioon päästis vaeseid abivajajaid, samas tagades ka personali patulunastuse. Haigla oli matmisasutus ja instrument, mille abil haiged, hullumeelsed, prostituudid jts eraldati ühiskonnast, nende eest hoolitseti ja viidi läbi spirituaalne puhastus ilma meditsiinilise sekkumiseta. (Foucault, 2007, pp. 143-144)

Meditsiinilisi teadmisi edastas raviühing, kes ammutas need omakorda kirjandusest. Arstidel puudus haigla praktika ja nad külastasid patsienti individuaalselt. Pädevuse ravitsemiseks andis arstile pigem volitus ravimite väljakirjutamiseks, mitte niivõrd omandatud kogemused. Arsti ülesandeks oli vastanduda tõvele ning aidata patsiendil vastu astuda haigusele. Meditsiinilisse praktikasse ei kuulunud haiglas registreeritud andmete kasutamine, mis oleks oluliselt aidanud tervisehädade ravimisel. (Foucault, 2007, p. 144)

Kuni 18. sajandi keskpaigani olid meditsiin ja haigla kaks eraldi nähtust, kumbki ei kasutanud teineteise teadmisi ega kogemusi. Kuid see kõik muutus, kui avastati, et mereväe- ja sõjaväehaiglates lokkas majanduslik ja sotsiaalne kaos. Kaubitsejad teesklesid haigeid, et smugeldada sisse kaupasid ilma tollikontrollita. Haiglad muutusid tohutu rahvahulgaga kohtadeks, kus tegeleti illegaalse äritsemisega. Samuti oli oluliseks pöördepunktiks inimelu väärtuse tõusmine. Tulirelva käsitsev sõdur oli rohkem väärt kui lihttööline. Sõdur ei tohtinud surra haiguse tagajärjel, teda võis tabada surm vaid lahinguväljal. Tolleaegsete



Joonis 10. Distsipliini kui võimu meetodi kolm vahendit (autori joonis)

arengute tõttu muutus mereväe- ja sõjaväehaigla iseloom oluliselt, haiglat hakkas juhtima distsipliin. (Foucault, 2007, pp. 145-146)

Ka meditsiiniline praktiseerimine muutus. Haigustesse suhtuti kui loodusnähtustesse, mis järgivad loodusseadusi. Meditsiinilisel ravil sekkuti patsienti ümbritsevasse keskkonda, et mõjutada haigestunud organismi. (Foucault, 2007, p. 148)

Selle tulemusena tekkis meditsiiniline haigla, millele on omased traditsioonilise raviasutuse omadused. Foucault' järgi seisneb haigla distsipliin järgnevas: patsiendid on individualiseeritud ja jaotatud ruumidesse, kus neid on lihtne jälgida ja ravikäiku dokumenteerida. Meditsiiniline osa on seotud ravimitega ning keskkonna kontrolliga, näiteks on võimalik patsiendi ravikeskkonda reguleerida toatemperatuuri ja ventilatsiooni näol. (Foucault, 2007, p. 148)

2.2 DISTSIPLIINI ROLL RUUMIJAOTUSES

Michel Foucault kui 20. sajandi üks mõjukamaid filosoofe on oma kirjutistes toonud selgeid paralleele distsipliini ja ruumi organiseerimise vahel. Ta möönab, et *distsipliin kui võimu teostamise meetod* on eksisteerinud kogu inimkonna ajaloo vältel, kuid alles 17. - 18. sajandil arenes distsipliini tehnika sammu võrra edasi. (Foucault, 2007, p. 146)

See täiustus oli indiviidide lokaliseerimine ruumis. Antud võte võimaldas juhtida inimese olemust, rakendada tema täielikku potentsiaali ning seejärel parandada võimu üldisi eesmärke. Kõike seda oli võimalik realiseerida läbi kontrollimehhanismi. Näitena võib tuua militaardistsipliini, kus on oluline rõhk armee optimaalsel paigutusel lahinguväljal vastavalt relvade käsitsemise ja sõdurite füüsilistele oskustele. Foucault järeldab, et *distsipliin on eelkõige ruumi analüüs; see on individualiseerimine läbi ruumi, inimkehade paigutamine individualiseeritud ruumi, mis võimaldab klassifitseerimist ja kombineerimist.* (Foucault, 2007, pp. 146-147)

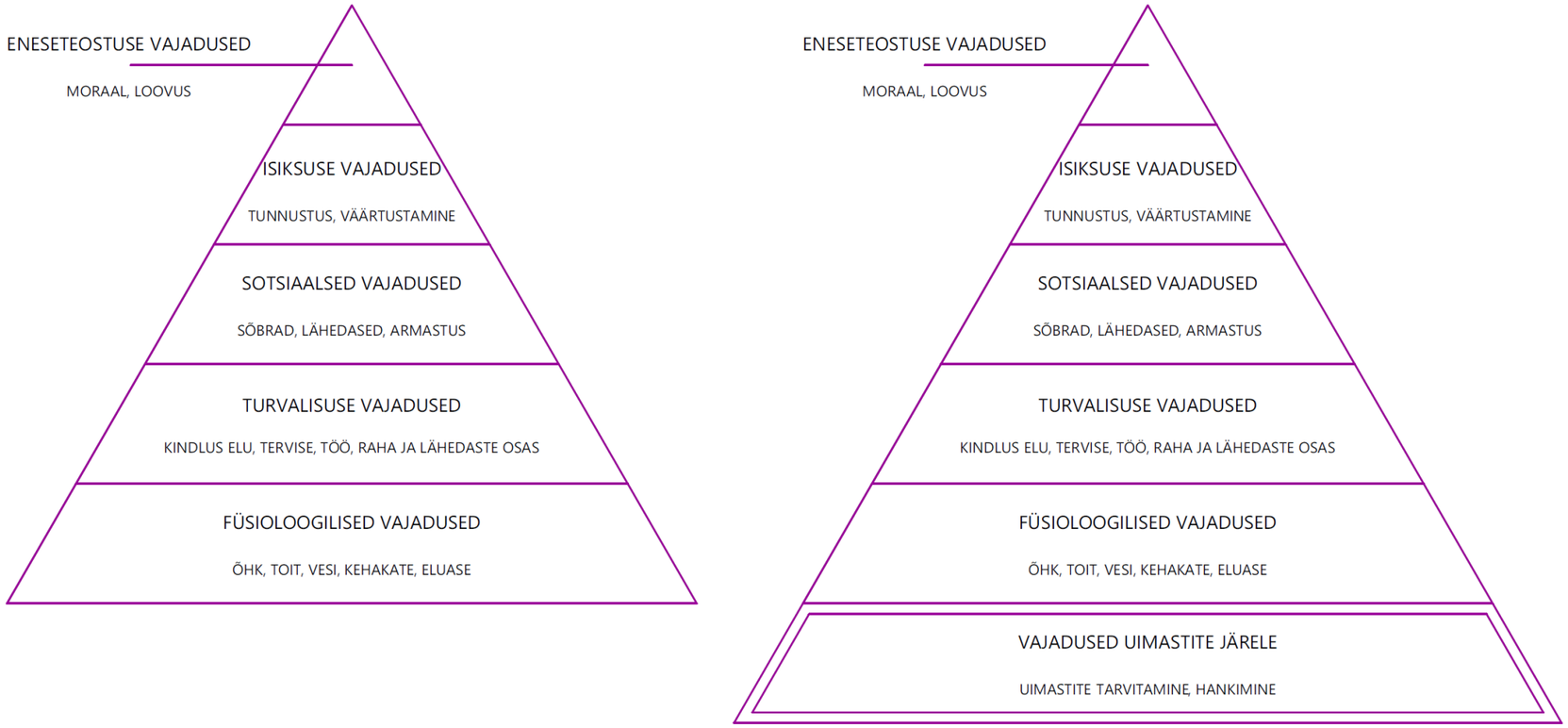
Foucault annab mõista, et distsipliin ja kontroll käivad käsikäes. Distsipliini oluliseks osaks on pidev ja lakkamatu järelevalve. Inimressursi efektiivsuse tagamiseks tuleb kontrollida indiviidi iga toimingut vastavalt sellele, millisesse ruumi ta on klassifitseeritud. Selline avalik jälgimine soodustab inimese tegevuse suunamist võimule sobivas sihis. Indiviidide käitumise ja tegevuse võrdlemine erinevates ajaetappides teeb hõlpsamaks selle järjepidev dokumenteerimine. Võib järeldada, et nö näitude registreerimine on käepikendus kontrolliaparaadile. (Foucault, 2007, p. 147)

Foucault' arutluse kokkuvõtteks võib öelda, et distsipliini kui võimu kehtestamise eesmärk ja tulemus on inimeste eraldamine ruumis. Protsessi vahendiks on katkematu järelevalve, mis liigitab indiviide vastavalt mõõtmistele, hinnangutele ja järeldustele ning jaotab neid ruumiliselt, et maksimeerida inimestest saadav kasu. (Foucault, 2007, pp. 147-148)

Võttes aluseks distsipliini diskursuse, toob Foucault välja haigla peamised tunnusjooned. Esiteks on oluline nii väline kui ka sisemine ruumiline paigutus. Tähtis on leida haiglale linnaehituslikult õige asukoht, mis ei jätaks raviasutusest vale muljet. Sisemiselt tuleb haigla struktureerida funktsiooniti ja meditsiinile vastavalt. Sellega toob Foucault sisse arhitektuuri rolli ravi vahendina ja esindajana. Teiseks, doktori kui patsiendi ravirežiimi määraja osatähtsus suureneb, sest ta võtab osalise vastutuse haigla majandusliku toimivuse ees. Tekib hierarhiline kontrollisüsteem doktorist assistendini. Ja viimaseks, haigla ulatuslik dokumenteerimissüsteem, mis registreerib patsiendi isiklikud andmed kuni tema ravikäikudeni ning on aluseks tõendi- ja teaduspõhisele meditsiinile. Haigla distsipliin on viinud ravisüsteemi individualiseeritud meditsiinini, kus patsient on see, keda jälgitakse, uuritakse , kontrollitakse ja ravitakse, mille tulemusena on ta meditsiiniliste teadmiste ja praktikate objektiks. (Foucault, 2007)

2.3 HAIGLA DISTSIPLIIN JA UIMASTISÕLTUVUS

Tänapäeva traditsioonilised raviasutused põhinevad Foucault' distsipliini diskursusel ning toimivad eesmärgipäraselt. Kuid, kui võtta vaatluse alla uimastisõltlaste inimgrupp, siis



Joonis 11. Vasakul klassikaline Maslow' inimvajaduste hierarhia, paremal uimastisõltlase vajaduste Maslow' püramiid (autori joonis)

kirjeldatud lähenemine ei toimi antud haigete esmatasandi abi osutamisel. Mitmed teaduslikud uuringuid on näidanud, et traditsiooniline haigla süsteem ja selle distsipliin ei sobi uimastisõltuvuse küüsis olevatele haigetele, kes on suureks riskigrupiks mitmetele sõltuvusega kaasnevatele haigustele (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012) (Szott, 2014).

Esmajoones tuleb mõista, mis on narkomaani primaarsed vajadused ning kuhu paigutub selles Maslow' püramiidis tervis. Sõltuvussündroomiga haigete peamine ja tähtsaim vajadus on uimastid ja nende hankimine. Teisel tasandil on toit, riietus ja varjualune, mis tähendab, et tihti kaotavad narkomaanid pigem oma kodu, kui jätavad täitmata esmatasandi vajadused. Alles kolmandal kohal on tervis ja sellega seotud turvalisus. See on suletud ring, kus teise ja kolmanda tasandi vajadused kaotatakse sõltuvustarbimise tõttu ning motivatsiooni puudus ravile minekuks on tingitud just nende vajaduste puudumisest (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019) (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019). Ellujäämisvajaduste, piisavate teadmiste ja motivatsiooni olemasolul pöördub narkomaan sõltuvusest põhjustatud tervisehädadega haiglasse. Tuleb veelkord rõhutada, et antud toiming ei ole uimastisõltlastele prioriteetne, mistõttu väiksemgi kõrvalekalle võib mõjutada potentsiaalse nakkushaiguse levitaja valmisolekut ravile asumiseks. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012) (Nasiri, 2012)

Esmatasandi raviasutusse pöördumisega seisavad narkomaanid silmitsi mitmete takistustega – transpordi ja meditsiini kulud, häbimärgistamine ja diskrimineerimine. Lastega sõltlased pelgavad, et nende lapsed suunatakse lastekaitsesse. Kuigi esmatasandi tervisekeskused tegelevad igapäevaselt uimastisõltlastega, siis on täheldatud, et ravipersonali oskused ja teadmised on puudulikud, nad ei ole veendunud opioidide võõrutusravi efektiivsuses ning kardavad, et süstivad narkomaanid valmistavad abi osutamisel raskusi, on nõudlikud ja agressiivsed. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012) (Szott, 2014)

Meditsiinitöötajad uurivad tihti narkomaani sõltuvuse kohta ning manitsevad võimalike tervisehädade eest. Nad kutsuvad uimastisõltlasi korrale ja soovitavad neil lõpetada narkootikumide tarvitamine. Selline patsiendi ja arsti vaheline ebavõrdne võimusuhe on omane Foucault' distsipliini printsiibile, kuid sõltlasele moraalilugemine ei toimi juba seetõttu, et tema vaimne ja/või füüsiline sõltuvus on haiguslik ning seda ei kõiguta teadmine kaasnevatest tervisehädadest. Antud situatsioonis on narkomaani ja arsti vahel barjäär, mis ei aita kumbagi poolt. (Szott, 2014)

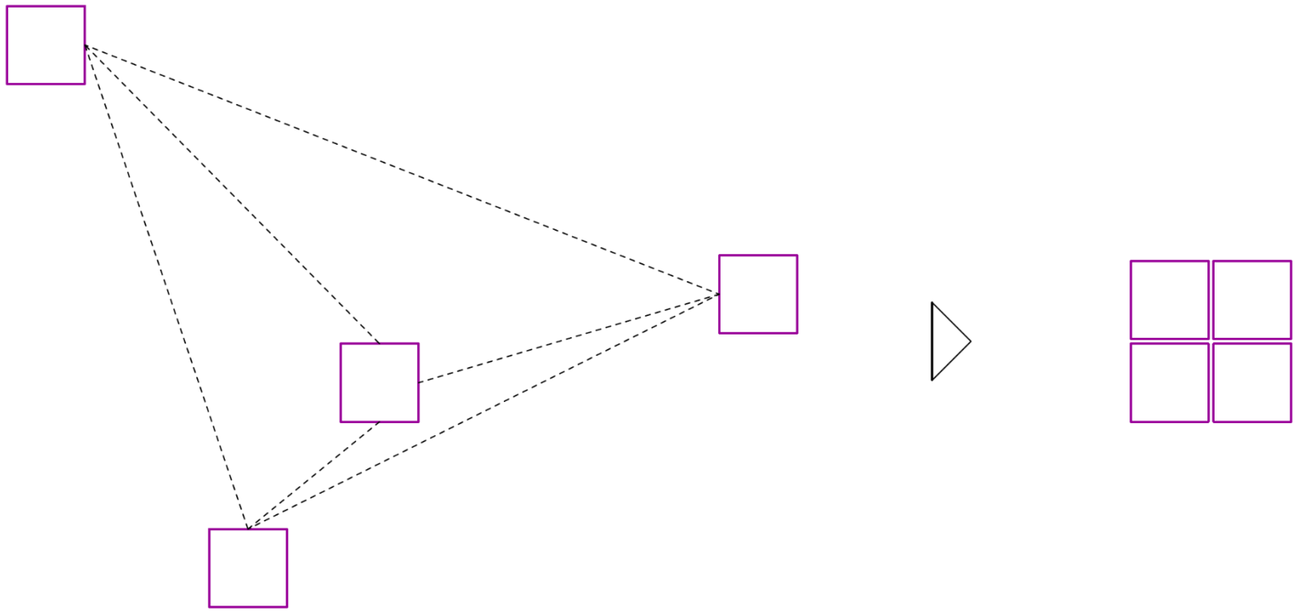
Teisalt tuleb arvestada, et narkomaan saabub raviasutusse impulsiivselt, mistõttu ravikeskuse süsteem, mis nõuab eelnevat registreerimist vastuvõtule, ei anna soovitud tulemust. Samuti soovivad paljud narkomaanid jääda anonüümseks oma seisundi tõttu ning mitte tegeleda bürokraatiaga, mida haigla distsipliin dokumentide haldamisel nõuab. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

Tihti on ravi eduka läbiviimise takistuseks suunamissüsteem. On tõestatud, et suunamine edasiseks raviks teenuse puudumise tõttu esialgses ravikeskuses vähendab oluliselt abisaajate hulka. Kui narkomaan ei saa ravi ja abi esimesest asutusest, siis kolmest kahel juhul ei vaevu ta külastama järgmist haiglat, isegi kui tal on suunised ja rahalised takistused puuduvad. (Umbricht-Schneiter, Ginn, Pabst, & Bigelow, 1994)

Michel Foucault' väide – *seal, kus on võim, seal on vastuseis* – kehtib uimastisõltlaste ja traditsioonilise haigla distsipliini kombinatsioonis. Selline olukord pärsib narkomaanide külastatavust esmatasandi tervisekeskustes ning loob situatsiooni, kus sõltuvusest põhjustatud haiguste ennetamine ning madalate kuludega ravimine ei ole võimalik. Sõltlased lükkavad edasi oma ravi kuni viimse hetkeni ning sattuvad seejärel erakorralise meditsiini osakonda. See omakorda tõstab töökoormust EMO-s ja haiguse staadiumi tõttu kaasnevad oluliselt kallimad ravikulud. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

2.4 UIMASTISÕLTUVUS KUI HAIGUS

On levinud erinevaid müüte ja väärarusaamu seoses narkomaaniaga. Kui teadus hakkas uurima uimastisõltuvust 1930ndatel, siis arvati, et narkomaanid on amoraalsed ja neil puudub tahtejõud. Sellised vaated levisid ühiskonda laiemalt ning uimastisõltuvust koheldi



Joonis 12. Riskikäitumise vähendamiseks on oluline tuua erinevad teenused ühte kohta (autori joonis)

pigem moraalse läbikukkumisena kui tervise probleemina. Sõltuvusega inimesi karistati, mitte ei tegeletud sõltuvuse ennetamisega ega ravimisega. Hiljutised teaduslikud uuringud näitavad aga, et uimastite kuritarvitamine ja sõltuvus on retsidiveeruva loomuga krooniline ajuhaigus, mida iseloomustab pidev uimastite otsimine ja tarvitamine vaatamata kahjulikele tagajärgedele. (Vorobjov, 2012, p. 9)

Samamoodi defineerib uimastisõltuvuse kui haiguse ka Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat (Siseministeerium, 2014), mis on aluseks narkomaaniavaldkonna tegevuste planeerimisel. Eesti Vabariigi põhiseaduse kohaselt on igaühel õigus tervise kaitsele, mistõttu on narkomaanil õigus saada ravi nii sõltuvusest tingitud tervisehädadele kui ka sõltuvussündroomile üldiselt. Ravi tõhusaks läbiviimiseks on vaja arvestada selle riskigrupi iseärasustega.

Eesti ühiskonnas levib siiamaani arusaam narkomaanist kui kurjategijast ja amoraalsest inimtüübist. Sarnane hoiak ei piirdu tavainimestega, vaid seda kohtab ka meditsiinitöötajate seas – näiteks apteekrid, kes keelduvad müümast süstlaid sõltlastele (Vorobjov, 2012, pp. 35-36). Antud vaated on kinnistunud eelmainitud iganenud ja vääradest teadmistest tulenevalt, kuid neid soodustab ka kriminaalpoliitika, mis karistab uimastisõltlast rahatrahvist kuni eluaegse vangistuseni. Valge raamat soovitab alternatiivkaristusena narkomaaniaravi rakendamist, mis on oluline meede kinnipeetavate arvu vähendamiseks (Siseministeerium, 2014). Lisaks ei ole riik teinud piisavalt teavitustööd, mis tõstaks ühiskonna teadlikkust ja vähendaks uimastisõltlaste stigmatiseerimist.

Uimastihullusel kui kroonilisel ajuhaigusel on märkimisväärne oht rahva tervisele, millele tuleb pöörata tähelepanu samasuguse tõsidusega kui ükskõik millisele teisele haigusele. Elades hedonistlikul ajastul, kus lõbu tarbimine on aktuaalsem kui eales varem, on mõnuainete manustamine suurenemas jõudsalt ning sellega kaasneb autori hinnangul ka uimastisõltuvuse tõus.

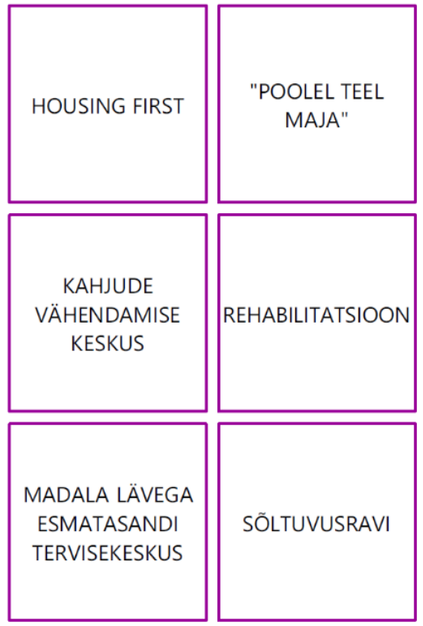
2.5 RAVIASUTUSE MENTALITEEDI NIHE

Eelnev ülevaade uimastihulluse ja sõltuvusest tingitud haiguste (ka vere teel levivate haiguste, nt HI-viirus, B ja C hepatiit) ravi pidurdatavatest põhjustest nõuab süstemaatilist sekkumist, muutust uimastisõltlaste kahjude vähendamise mentaliteedis. Eelnevast on järeldunud, et traditsiooniline lähenemine sõltlasele kui haigele ei anna piisavalt kiiret ja muutvat tulemust rahvatervise mõistes. Kui olemasolevad meetodid ei tööta, tuleb liikuda uute, teaduspõhiste võtete poole.

Tähtis on mõista, mis vajadused on narkomaanil ning seejärel lisada sellele teenusele esmatasandi tervishoiu aspektid. Sellist võtet kasutati, kui süstlavahetuspunktidesse lisati HI-viiruse testimisvõimalused. Samuti andis ravi paremaid tulemusi, kui integreeriti opioidsõltuvuse asendusravi antiretroviirusraviga. Nii liideti mitmed teenused kohta, mida uimastisõltlane juba niigi kasutas. (Bruce, 2012)

Kitsaskohad on andnud tõuke loomaks eraldiseisvad, madalama lävega esmatasandi tervisekeskusi, mille sihtgrupiks on uimastisõltlased. Sellised keskused aitavad eemaldada barjääri sõltuvushaigusele spetsialiseerunud arsti ja narkosõltlase vahel. Keskus muutub efektiivsemaks, kui avada selles süstlavahetuspunkti teenused ning liita võimalused võõrutusraviks. See hõlbustab kogu teenuste komplekti kasutamist sihtgrupi seas. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) defineerib uimastisõltlaste esmatasandi tervisekeskust tervikliku kahjude vähendamise süsteemina, mis koosneb teavitustööst, lähedaste sekkumisest, haridusest ja suhtlemisest, kondoomide ja steriilsete süstimisvahendite jagamisest, opioidisõltuvuse asendusravist, sugu- ja vereteel levivate haiguste ja teiste sõltuvushaiguste varajasest tuvastamisest ja ravist ning HI-viirusesse nakatunud uimastitarbijate hooldekandest, ravist ja tugisüsteemist. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

Edukas uimastisõltlase esmatasandi tervishoiu keskus peab lähtuma kahest printsiibist – ligipääsetavus ja vastuvõetavus. Ligipääsetavust saab mõõta kahe parameetriga: esiteks, kas keskus paikneb uimastisõltlastele sobivas kohas ja teiseks, kas asutus on tegelenud barjääride eemaldamisega, mis takistab tervishoiu teenuste kättesaadavust patsiendile.



Joonis 13. Kahjude vähendamise keskuse efektiivsus seisneb tervikliku süsteemi olemasolust, millesse on liidetud kõik uimastisõltlasele vajalikud teenused. Mõisteid *housing first* ja „poolel teel maja“ on selgitatud peatükis 2.7.7 ja 2.7.8 (autori joonis)

Vastuvõetavuse indikatsiooniks on patsientide taaskülastamiste arv, personali sõbralikkus ja suhtlemise lihtsus ning suunamiste kasutusmäär. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

Artiklis „*The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healtcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature*" (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012) võrreldi erinevaid uimastisõltlaste sihtgrupiga tervishoiu keskusi ning üheski asutuses ei olnud kasutuses vastuvõtu aegadele registreerimise süsteemi. Enamus patsiente külastas keskust anonüümselt ja mitteametlikult, neid teenindati vastavalt järjekorrale. Narkomaanid tihti häbenevad oma seisundit ning haigla distsipliin dokumenteerimise näol pärsib nende osalemist raviprotsessis. Seetõttu on anonüümne ligipääsetavus ja teenuste kättesaadavus sobivatel aegadel keskseks ideeks ja edukate tulemuste alustalaks. Samuti olid teenused tasuta ning ei nõudnud ravikindlustuse olemasolu, mis muutis ravi kättesaadavaks ka rahaliste probleemidega isikutele.

Mitmes sellises asutuses on paralleelselt toimiv välitöö meetod, mis tähendab keskuste teenuste pakkumist väljaspool raviasutust, külastades autoga strateegilisi abivajajaid. Sellega jõutakse ka uimastisõltlasteni, kes ei ole mingisugusel põhjusel külastanud antud keskust. Välitöö toimib ka Eestis (Harjumaa, Lääne-Virumaa, Ida-Virumaa, Järvamaa, Pärnumaa), kus pakutakse süstlavahetuspunktidele omaseid teenuseid. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012) (Tervise Arengu Instituut, 2018a)

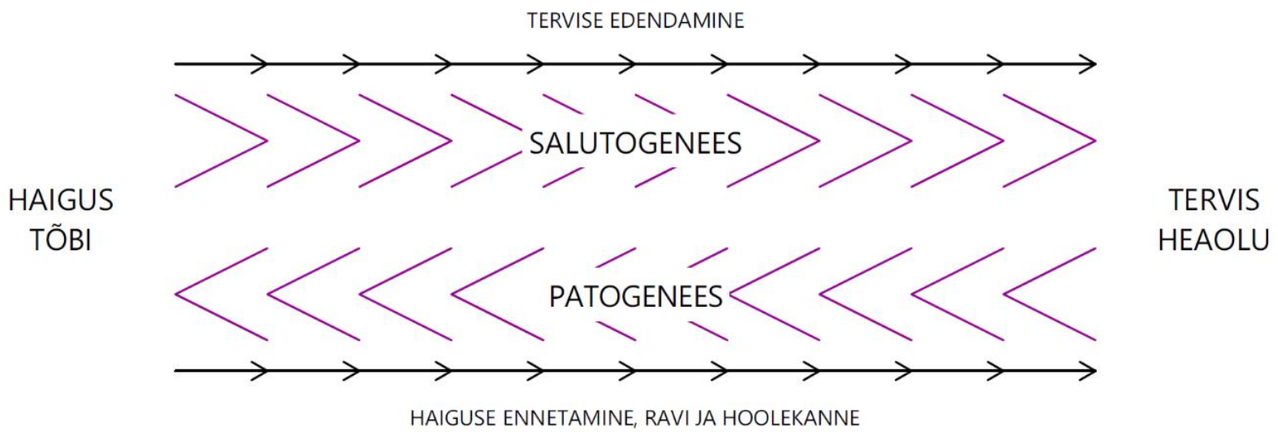
Lisaks eelnevale on keskuse vastuvõetavuse määrajateks selle keskkond ja ruumid, kus patsiendid saaksid aja maha võtta. Samuti peetakse relevantseks meeste ja naiste aegade eraldamist. Mõned raviasutused koordineerivad oma personali tööd nii, et nad osaleksid nii välitööl kui ka keskuses tagades seeläbi töötajate suurema usaldusväärsuse uimastitarvitajate seas. Paljud sõltlased soovivad suhelda neile esmalt meeldiva ravi- või nõustamiskogemuse andnud töötajaga luues enda ümber turvalise keskkonna. Eesmärk on luua narkomaanidele kõiki teenuseid hõlmavast esmatasandi keskusest meditsiiniline „kodu", mis oleks turvaline ja usaldusväärne. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

Lõpetuseks, uimastisõltlastele suunatud ravikeskuste mõju vähendab oluliselt sõltuvust ja aitab jõuda karskuseni. Mitmed asutused, mida uuriti artiklis „*The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healtcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature*", järeldasid, et eraldiseisvate keskuste tagajärjel oli erakorralise meditsiini osakonna külastatavus, kirurgiliste teenuste osakaal, statsionaarsete voodipäevade arv ja operatsioonisaali protseduuride arv vähenenud märkimisväärselt, mis on suur kokkuhoid tervishoiusüsteemile. Kitsaskohtadeks loetakse alarahastust, klientide motiveeritust ravile, teenuste piiratust, politsei ahistamist ja koolitatud personali vähesust. (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012)

2.6 SALUTOGENEES – UIMASTISÕLTLASTE TÄNAPÄEVA RAVI IDEOLOOGIA

Patsiendikeskne lähenemine prevaleerib tänapäeva haiglaarhitektuuris. Patsiendi mugavus ja mured määravad haigla keskkonna, mistõttu on see muutunud koduseks olustikuks, kus pakutakse haigetele ja külastajatele hotellidele omaseid teenuseid. Meditsiiniteadlased on öelnud, et patsiendikeskne lähenemine taastab teenuse osutaja ja kliendi vahelise suhte kvaliteedi, mida on seganud senine arstlik spetsialiteet, bürokraatia ja sõltuvus tehnoloogiast. Lähtudes Foucault' distsipliini diskursusest, võib öelda, et võimu dünaamika patsiendi ja haigla personali vahel on nihkunud. Patsiendil on nüüdsest suurem roll ja kontroll enda heaolu loomisel, mistõttu hoolimata meditsiinilise personali kui tervisespetsialistide taustast, määrab patsient ise oma ravi ümbruskonna. Sellest tulenevalt on haiglad läinud nii kaugele, et reklaamivad end personaliseeritud toodete valmistajatena, mitte ühiskonnale hädavajaliku teenuse pakkujatena. (Bromley, 2012)

Patsiendikeskset haiglakultuuri toetab salutogeneetiline lähenemine, mis arvestab sotsiaalökoloogiliste mõjutustega inimese tervisele. Tänapäeva meditsiin on teadvustanud lisaks patogeneesile salutogeneesi olulisust. Kui patogenees, mis on aluseks tervishoiule, kliinilistele sekkumistele ja epidemioloogiale, uurib haiguse põhjuseid, siis salutogenees tegeleb tervena püsimise printsiipidega ja faktoritega, mis soodustavad tervise heaolu.



Joonis 14. Salutogeneesi ja patogeneesi olemuste erinevus (autori joonis, aluseks võetud doktor Horst Noacki joonis)

Mõiste salutogenees on pärit meditsiinisotsioloogi Aaron Antonovsky 1979. aasta raamatust „*Health, Stress and Coping*" (Antonovsky, 1979), kus salus tähendab heaolu ja tervist ning genesis arengut. Antonovsky pani aluse teadusele, mis uurib tervise päritolu. Salutogeneetilist tervisemudelit on soovitatud rakendada täiendavalt olemasolevatele narkomaania ravi teenustele. (Parkin, 2016)

Salutogeneesi teooriat on uuritud alates selle püstitamisest ning see on muutunud rahvatervises arvestavaks kontseptsiooniks. Teadusajakirjades on ilmunud tuhandeid artikleid, mis uurivad põhjusi, mis mõjutavad teatud inimese või inimrühma tervise arengut. Antonovsky sõnul on tervise ja haiguse tasakaal ebastabiilne, see on pidevalt muutuv ja dünaamiline seisund, mida mõjutavad paljud tegurid. (Kasmel, 2009)

Salutogeneesi peamiseks printsiibiks on koherentsustunnetus (*sense of coherence*, *SOC*), mis kirjeldab inimese võimet probleemilahendusele ja suutlikkust kasutada olemasolevaid ressursse. Koherentsustunnetus on tulem üldistest vastupanuressurssidest (*generalised resistance resources*, *GRRs*), millest on lahutatud üldised vastupanudefitsiidid (*generalised resistance deficits*, *GRDs*). Ressursid jagunevad kolmeks omavahel seotud valdkonnaks, milleks on võimekus mõista olukorda, milles nad on („mõistmine"), suutlikkus viia ellu oma tegevusi („hakkamasaamine") ja leida tähendus oma tegevustele („tähenduslikkus"). Defitsiitide teguriteks on väljakutsed (nt haigused, stress, oskusetus), mis pärsivad ressursside vastupanuvõimet. Madala koherentsustunnetusega inimesed on vastuvõtlikumad negatiivsetele mõjuritele ning seetõttu kaldub tervise-haiguse tasakaal haiguse kasuks. (Golembiewski, 2017, p. 268)

Küllaltki uus teadussuund, mis vajab veel süvauuringuid, on tõestanud, et mitmed neurotransmitterid reageerivad keskkonna stiimulitele, mistõttu võib eeldada, et nad reageerivad ka keskkonna kujundusele. Näiteks üks nendest on dopamiin, millel on tugevad ühendused ajukeskusega, mis reguleerib narratiivset tunnetust ja emotsionaalset tasakaalu. Kui inimene näeb midagi, mida ta tajub meeldivana, siis tõuseb dopamiini tase kehas ning selle tagajärjel suureneb heaolu ja kiireneb taastumisprotsess. (Golembiewski, 2017, p. 269)

Aastatuhandeid on inimesed kohandanud oma kodu nii, et see kaitseks neid võimaliku ohu, ebamugavuste, ohtlike loomade, sotsiaalsete kahjude ja ilmastiku mõjude eest. Siiski ei ole arhitektuuri roll ainult füüsiline, see on ka psühholoogiline. Kodu on lõõgastumise koht, seda mugandatakse vastavalt esteetilistele vajadustele, et võimaldada vaimul taastuda igapäevastest tegevustest. Sellest võib järeldada, et inimesed muudavad oma kodu keskkonda nii, et see tõstaks nende heaolu. Palju on vaieldud, kas esteetiline mõju tervisele omab tähtsust ning seetõttu on läbi viidud tuhandeid teaduslikke uuringuid. 2005. aastal analüüsiti 30 eksperthinnanguga artiklit, mis tõestasid, et emotsionaalne toime on oluline, näiteks otsese päikesevalgusega toad tagasid vaimuhaigusega patsientide seas 30,8% kiirema paranemise ja 38% väiksema suremusmäära. (Golembiewski, 2017, p. 269)

Salutogeneesi teooria perspektiivist on sellised järeldused olulise tähtsusega. Kui inimesed on terved, siis on neil vastupanuressursside ülejääk, mistõttu esteetilised keskkonna täiendused ei ole nii olulised. Kuid kui inimeste taastumise ja haiguse tasakaal on kõikuma löödud, siis keskkonna mõjutused kajastuvad tervise tulemustes. Arhitektuuri roll tervisele ei ole pelgalt turvalisus ja efektiivne funktsionaalsus – see on minimaalne, mida haigla arhitektuur saab pakkuda. Salutogeenne arhitektuur võimaldab lisaks sellele täiustada patsiendi koherentsustunnetust – „mõistmist", „hakkamasaamist" ja „tähenduslikkust". Salutogeneetiline lähenemine aitab patsiendil taastuda loomulikul viisil. (Golembiewski, 2017, pp. 269-270)

Järgnevad soovitused, kuidas muuta haigla arhitektuuri salutogeneesi teooriast lähtuvalt, ei ole lõplikud. Arhitekti roll haigla projekteerimisel on lähtuda haige vaatenurgast ning uurida kuidas üks või teine otsus mõjutab patsiendi heaolu.

2.6.1 „MÕISTMINE"— KESKKONNAST ARUSAAMINE

„Mõistmine" (*comprehensibility*) on isiku võime aru saada elulistest sündmustest, isikuga seotud kontekstist ja olemasolevast olukorrast. Patsiendi „mõistmist" on võimalik tõsta, kui personal on teadvustanud haigele arusaadaval moel tema meditsiinilise seisundi ja sellega seonduvad aspektid. Teisalt saab haiglas patsiendi mõistmisvõimet parandada vaadetega

SALUTOGENEESI PRINTSIIP:
KOHERENTSUSTUNNETUS ON VÕIME LAHENDADA PROBLEEME OLEMASOLEVATE RESSURSSIDEGA

KOHERENTSUSTUNNETUS = VASTUPANURESSURSID - VASTUPANUDEFITSIIDID

VASTUPANURESSURSID: "MÕISTMINE", "HAKKAMASAAMINE", "TÄHENDUSLIKKUS"
VASTUPANUDEFITSIIDID: VÄLJAKUTSED, HAIGUSED, STRESS, OSKUSETUS

ARHITEKTUURIGA ON VÕIMALIK ARENDADA PATSIENDI VASTUPANURESSURSSE

Joonis 15. Koherentsustunnetuse olemus (autori joonis)

välialadele ja skulptuuridega, mis võimaldavad orienteeruda hoones. (Golembiewski, 2017)

„Mõistmise" arendamisele aitavad kaasa tuttavate objektide, materjalide ja tekstuuride lisamine hoonesse. Võimalusel tuleb lubada statsionaarsel patsiendil kohandada oma palatit isiklike asjadega, näiteks fotodega. Raviasutus ei tohi tunduda institutsionaalsena, vaid pigem imiteerima kodu, mis on mugav ja turvaline. Sama väitega nõustuvad kõik autori poolt intervjueeritavad konsultandid (MTÜ Convictus, Tervise Arengu Instituut ja SA Viljandi Haigla), et kodune keskkond patsientide palatites ja ühisruumides aitab haigetel lõdvestuda ja tunda end täisväärtuslike ühiskonna liikmetena (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019) (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019) (K. Viira e-kiri autorile, 2019). (Golembiewski, 2010)

Ebakindlust tekitavad objektid, millest patsiendid ei saa aru ja mis näivad neile ohuna. Et vältida mõistmisvõime halvenemist kasutatakse nö Disneylandi „laval-lava taga" kontseptsiooni, kus klientide eest varjatakse haigla olemust. Selle meetodiga eraldatakse „lava taha" meditsiiniline personal, töö ja vahendid. Patsiendid ja külastajad puutuvad kokku vaid sujuva, lookleva keskkonnaga, kust puudub haigla tehnika ja raviasutusele omane külm, steriiline ja ebasõbralik õhkkond. Selle tulemusena on kogu aparatuur, mis teeb hoonest haigla, peidetud tummade seinte ja akendeta uste taha. Hoone projekteerimisel tuleb arvestada ka meditsiinitöötajatele ja patsientidele erinevate sissepääsude loomisega. (Bromley, 2012)

Oluline aspekt on ruumi loetavus – ruumid ei tohi olla ülemäära suured ning peavad säilitama inimmõõtmelise proportsiooni. Ruum peab olema üheselt mõistetav, mistõttu on tähtis, et objektid näevad välja, kõlavad ja tunduvad sellistena nagu nad on. Seetõttu peab uks olema „ukselik" ning avanema traditsioonilisel moel (mitte lükanduks) ning omama mugavat ukselinki. Samuti on oluline roll viimistlusmaterjalidel – eelistatud on naturaalsed materjalid, mis ei varja oma olemust ega tekita patsiendis segadust. Naturaalsete materjalide eeliseks on veel nende tekstuur, mis aitab paraneda kognitiivsel tajul. Seinad, põrandad ja laed peavad olema eristatavad, st ei ole soovitatav kasutada samu värve ja materjale nende viimistlemiseks. (Golembiewski, 2010)

2.6.2 „HAKKAMASAAMINE" — VÕIME KONTROLLIDA OLUKORDA

„Hakkamasaamine" (*manageability*) on isiku võime tulla toime igapäevase reaalsusega nagu arvete maksmine, enda elumugavuste tagamine ja muud argipäevased toimetused. Tervishoiusüsteem haldab seda valdkonda raviasutustes hästi – tsentraliseeritud toitlustus- ja koristusteenused, meditsiinilised protseduurid patsientidele, haigla kütmine, jahutamine ja ventilatsioon jpm. Kuigi kõik tingimused homöostaasiks on tagatud, siis patsient ei oma kontrolli enda keskkonna üle, see on kontrollitud tema eest ning võib mõjuda isiku psüühikale rusuvalt. Salutogeneesi aspektist vaadatuna on arhitekti roll anda patsiendile tagasi kontroll oma heaolu ja keskkonna üle. (Golembiewski, 2017)

Seda aitavad teostada privaatsed palatid, mis on ühendatud ühisruumidega, mis on mõeldud jagamiseks maksimaalselt 5-6 inimesega. Suured päevaruumid, söögialad ja puhkealad mõjuvad patsientidele laastavalt, sest iga inimese lisandumisega suureneb inimsuhete dünaamika ruumis. Sotsiaalse keskkonna kontroll sõltub „oma koha" teadlikkusest. Kolmel inimesel on kolm inimsuhete dimensiooni: ollakse teadlik üksteisest ja suhtest, mis leiab aset kahe teise isiku vahel. Kuuel inimesel on 15 inimsuhete dimensiooni. (Golembiewski, 2010)

Kontrolli igapäevaste tegevuste üle on võimalik taastada tegevusteraapiaga, mis õpetab toitu valmistama, pesu pesema, hügieeni eest hoolitsema jms. Tegevusteraapia toimub tavaliselt eraldatud ruumis, kuid tuleks kaaluda avatud köökide paigutamist ka ühisruumidesse, et imiteerida kodust keskkonda. (Golembiewski, 2010)

Patsient tunneb, et kontrollib oma keskkonda, kui ta saab avada aknaid ja reguleerida oma palati kütet, jahutust, ventilatsiooni ja päevavalgust. Haigla mööbel peaks olema liigutatav, kuid piisavalt tugev, et mõjuda turvaliselt. Lisaks saab arendada kontrolli erinevate meeskondlike spordialadega nagu korvpall ja lauatennis. On avastatud, et võistkondlikud spordialad on salutogeense efektiga, sest edendab koordinatsiooni ja taju, võitleb apaatia ja igavusega ning kaasab sotsiaalseid suhteid. (Golembiewski, 2010)

"MÕISTMINE"
EHK KESKKONNAST ARUSAAMINE

"HAKKAMASAAMINE"
EHK VÕIME KONTROLLIDA OLUKORDA

"TÄHENDUSLIKKUS"
EHK ELU MÕTESTAMINE

Joonis 16. Vastupanuressursside olemus (autori joonis)

2.6.3 „TÄHENDUSLIKKUS" — ELAMISE SOOVI PÕHJUS

„Tähenduslikkus" (*meaningfulness*) on isiku võime tunnetada, mil määral on elul emotsionaalselt mõtet tema jaoks ning et probleemid ja elu nõuded on väärt investeeringuid, energia panustamist ning pühendumist. See on kõige olulisem salutogeneesi vastupanuressurss. Elu mõte on igal inimesel isiklik, mistõttu on see ka raskesti defineeritav. Tähenduslikkust võib leida sotsiaalsetest suhetest, personaalsetest kohustustest, lemmikloomades, poliitikas, religioonis, muusikas, kirjanduses jpm. Tähenduslikkus on see, millesse inimene usub ja mis on aluseks tema identiteedile. Selle puudumisel kaotab inimene igasuguse soovi tegutseda. (Golembiewski, 2017)

Raviasutused pole kõige sobilikumad kohad, kus saaks tõsta „tähenduslikkust", sest juba oma loomu poolest need isoleerivad patsiente ülejäänud maailmast ja sotsiaalsetest suhetest. Siiski on võimalik inspireerida patsiente elu tähendust otsima. Arhitekt saab tuua ruumi rohkelt rohelust ning luua kohad aiandusteraapiaks nii õues kui ka siseruumis. Loodus soodustab elu mõtestamist (Golembiewski, 2010). Empaatiavõimet aitab kasvatada kokkupuude loomadega. Rangete regulatsioonide tõttu võib raviasutuses lemmiklooma pidamine olla võimatu, kuid loomi saab kaasata patsientide teraapiasse, näiteks hobuteraapia. (Golembiewski, 2017)

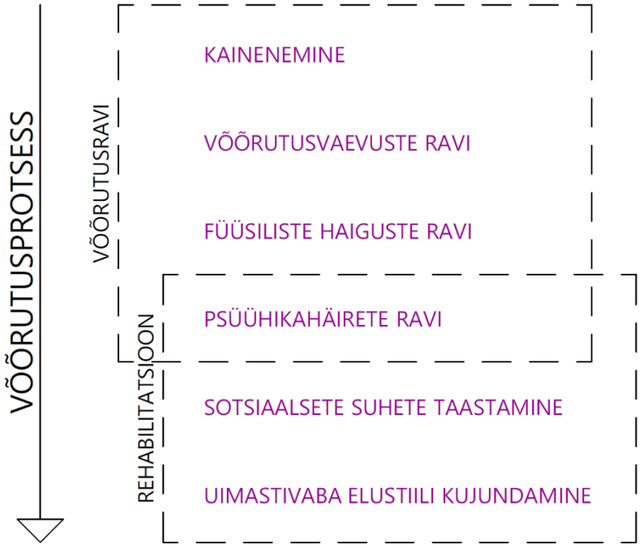
Uimastisõltlastele on omane võõrdumine sotsiaalsetest suhetest. Salutogeneetilise lähenemise üheks osaks on sotsiaalsete suhete parandamine, kuid ravivate uimastisõltlaste puhul tuleb suhtuda kriitiliselt just perekonna kaasamise osas. Detoksifitseerimise perioodil võivad niigi killustunud perekonnasuhted olla tervenemisele vastupidise toimega, seda tuleb hinnata iga patsiendi puhul individuaalselt (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019). Rehabilitatsiooni protsessis toimub lähedaste kaasamine, kus keskendutakse suhete taastamisele ja kogu perekonna psühholoogilisele ravile. Seetõttu on oluline luua rehabilitatsiooni hooldekodudesse eraldi kohad, kus patsiendil on võimalik kohtuda lähedastega (Golembiewski, 2010). Ka sõltuvusravi hooldekodudes tuleb arvestada selliste sotsiaalsete puhkenurkade loomisega ning lubada nende kasutust vastavalt isiku raviplaanile. Alaealise rehabilitatsiooni palatisse on soovitatav luua valmisolek vanema ööbimisvõimaluseks (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019), kuid ka sel juhul tuleb kaalutleda selle vajalikkust indiviidi põhiselt, sest selline võimalus võib olla hoopiski vastupidise efektiga nii patsiendile kui ka kaaspatsientidele (K. Viira e-kiri autorile, 2019).

Tervishoiu arhitektuur ei tohi mõjuda karistusasutusena. Asutus peab kehastuma kuurordiks või hotelliks, kus klient saab lõõgastuda ja taastuda koduses keskkonnas. Hoone eesmärk on tekitada kindlustunnet, et patsiendi vaimsete ja füüsiliste vajadustega on arvestatud ja on suur tõenäosus, et kliendi heaolu saavutatakse parimal võimalikul teadaoleval viisil. (Golembiewski, 2017)

2.7 UIMASTIHULLUSE RAVIMEETODID

Eesti õigusaktide kohaselt on narkootilised või psühhotroopsed ained need, mis kuuluvad vastavate ainete nimekirjadesse. Nimekirjad on leitavad 2005. aasta määrusest „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad" (Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad, 2005). Narkootikumide põhiliigid on: kanep, opiaadid, kesknärvisüsteemi mõjutavad, hallutsinogeenid ja ravimid (Øiseth, 1990). Antud peatükis käsitleb autor esimesest neljast liigist tingitud sõltuvuste ravimeetodeid. Lisaks kirjeldab autor rehabilitatsiooni protsessi, alternatiivseid teraapiaid ja erinevat tüüpi sotsiaalmajade rakendamise võimalusi kui eel- ja järelravina.

Kõikidest uimastitarvitajatest ei saa regulaarseid tarvitajaid ja nad ei pruugi jääda sõltuvusse. Pole teada, miks mõnele mõjub uimastite tarbimine süvenevalt, teisele jällegi mitte. Uimastisõltuvus on ajuhaigus, mis kuulub psüühika kõrvalekallete hulka ja mida saab ravida vabanemaks sõltuvusest. Ingliskeelne mõiste *addiction* tuleneb rooma õiguses sõnast *addictus*, kes oli võlgnik ja anti üle võlausaldajale töötamaks selle pärisorja või teenrina. Erinevalt orjast võis *addictus* saada vabaks, kui tema võlg ära maksti. Seega sisaldab sõna *addiction* lootust sõltuvusest vabanemisele. (Harro, 2017, lk 36)



Joonis 17. Võõrutusprotsess (autori joonis)

Uimastisõltlasel tuleb võõrutamiseks läbida aine jätkuvast kuritarvitamisest kuni uimastist loobumiseni mitu etappi. Põhietapid on järgmised:

- kainenemine ja aine mõju kadumine;
- võõrutusvaevuste ravi, mis tagab kehatalitluse normaliseerumise;
- füüsiliste haiguste ja kõrvalekallete ravi;
- psüühikahäirete ning isiksusemuutusest tingitud seisundi ja muude kõrvalekallete ravi;
- kuritegeliku või asotsiaalse käitumise korrigeerimine ning normaalsete sotsiaalsete suhete taastamine;
- uimastivaba elustiili kujundamine. (Øiseth, 1990, lk 47)

Sotsiaalravi võib korraldada nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt. Vastavalt sõltlasele tuleb hinnata, milline ravivorm sobib talle paremini – kas järelevalvega ööpäevaringne ravi või päevaravi. Ööpäevaringset ravi korraldatakse raviasutuses, kus patsient on arstide käe all ja kus vajaduse korral on võimalik rakendada sundi, et kuritarvitaja järgiks ravinõudeid. Patsientide üle on sisse seatud ka järelkontroll, et uurida kas inimene on uimastitest lõplikult loobunud. Sellest hoolimata püsib oht, et isegi pärast pikka uimastivaba perioodi alustatakse kuritarvitamist uuesti. Hilisemas ravis on ette nähtud õppetöö ja nn sotsiaalne treening, et aidata endisel narkomaanil elada täisväärtuslikku elu. (Øiseth, 1990, lk 47)

2.7.1 KANEPISÕLTUVUSE RAVI

Kui tegemist on ainult kanepi manustamisega, on ravi ambulatoorne ja sümptomaatiline. Statsionaarset ravi tuleb kaaluda järgmistel juhtudel: 1) tegemist on hulgisõltuvusega, mille puhul ravi alustatakse statsionaaris võõrutusraviga; 2) manustamist ei suudeta üksnes ambulatoorse ravi toel lõpetada; 3) patsiendi psühhosotsiaalne seisund eeldab keskkonnamuutust, et oleks võimalik sõltuvusaineteta jätkata; 4) patsiendil on psühhiaatrilist statsionaarset ravi vajav haigus, nt depressioon või psühhoos (ravisuunad samad kui tavaliste funktsionaalsete psühhooside puhul). (Narkoloogia, 2000, lk 421-422)

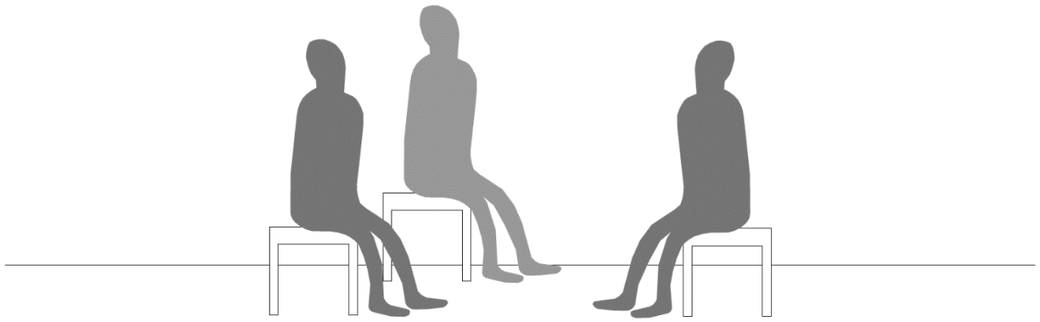
Pärast pikaajalist manustamist taastub psüühiline võimekus aeglaselt. Võõrutusjärgne rehabilitatsioon vältab 2–12 kuud. Selles staadiumis üritatakse tagasilanguseid ära hoida ja õpetatakse uusi elukombeid. Relapside ennetamist harjutatakse kas rühmades või individuaalselt. Sageli kasutatavad ravimeetodid on pere- ja võrgustikuteraapia, mille puhul patsiendi tugirühm laieneb ka sõprade ja töökaaslasteni. Taastusprogrammidesse kuuluvad ka eneseabirühmad, kus patsiendid läbivad iseseisvalt näiteks 12-astmelise programmi. (Narkoloogia, 2000, lk 422)

2.7.2 OPIAADISÕLTUVUSE RAVI

Asendusravis võib üldistavalt eristada kahte peamist lähenemist:

- võõrutusravi, mida on võimalik läbi viia astmeliselt ning mille edenedes igapäevast ravimi annust järkjärguliselt alandatakse eesmärgiga inimene opioididest võõrutada;
- säilitusravi, mille eesmärgiks on patsiendi tervisliku seisundi stabiliseerimine ning tema tervise ja psühhosotsiaalse seisundi parandamine pikaajalise regulaarse ravimi annuse manustamise abil ilma kindla ravi lõpetamise tähtajata. (Tervise Arengu Instituut, 2018b)

Võõrutusravi teostatakse kas ambulatoorselt või statsionaaris eelneva plaani kohaselt. Et patsient on tavaliselt üsna ambivalentne võõrutusotsuste suhtes, toetatakse tema vaimset valmisolekut sellega, et tutvustatakse üksikasjalikult eelseisvat raviprotsessi. Ambulatoorse ravi korral üritatakse saada keegi lähedane mõnuainevaba inimene võõrutusravi tugiisikuks. Ta aitab kokkuleppest kinni pidada, kui võõrutusnähud intensiivistuvad. (Narkoloogia, 2000, lk 437)



Joonis 18. Psühhoteraapia annab häid tulemusi pere ja paarisuhete ringis (autori joonis)

Eestis rakendatakse peamiselt metadoonvõõrutusravi (Wismari haiglas on võimalik saada ka buprenorfiinvõõrutusravi (Tervise Arengu Instituut, 2018b)), kuid mujal kasutatakse veel klonidiin-naltreksoonvõõrtust ja antagonist-anasteesiavõõrutusravi.

Metadoon on morfiiniga võrreldav aine, mis tekitab eufooriat, sedatsiooni, analgeesiat ja sõltuvust. Metadooni kasutatakse raskete valude leevendamiseks vähihaigetel. Seda on kasutatud juba 1960. aastatest opiaadisõltlaste võõrutus- ja säilitusraviks. Aine vähendab 12–24 tunniks opiaadivõõrutusnähte. (Narkoloogia, 2000, lk 439)

Metadoonvõõrutus võib õnnestuda või olla piisav medikamentoosne ravi, jätkamaks pärast võõrutust programmiga statsionaaris. Ka väga tugev soov vabaneda kahjulikust keskkonnast ning kindel tugivõrk võib olla piisav, et võõrutuse läbinud isik tuleb ambulatoorsele ravile. Relapsirisk on siiski üsna suur, seepärast tuleb nii patsiendile kui ka tema lähedastele anda juhtnööre kiiresti ravile tagasituleku kohta. (Narkoloogia, 2000, lk 440)

Kui opiaadisõltuvuses patsiendi võõrutusravi statsionaaris või avahooldes korduvalt ebaõnnestub, võib olla ainukeseks võimalikuks viisiks vabaneda igapäevasest opiaatide sundvajadusest visa medikamentoosne säilitusravi. (Narkoloogia, 2000, lk 441)

Metadoonsäilitusravi vähendab märgatavalt ebaseaduslike narkootikumide manustamist, HIV-riskikäitumist ja ennekõike kuritegevust. Säilitusraviga alustatakse ravi läbiviivas osakonnas samal viisil, nagu alustati metadooni manustamist võõrutusravi puhul. Teiste narkootikumide manustamist jälgitakse piisavalt sageli narkotestidega. Metadoonraviga liidetakse piisav psühhosotsiaalne taastusprogramm. Ravi lõppeesmärgiks seatakse patsiendi võõrutamine ka metadoonist. (Narkoloogia, 2000, lk 441-442)

Narkopatsientide ravisse suhtutakse üldiselt pessimistlikult ja negatiivselt. Ent teisalt on narkopatsientide ravi andnud sama häid tulemusi kui II tüüpi suhkrutõve, hüpertooniatõve ja astma ravi, juhul kui tulemuslikkuse näitajateks valitakse paranenud töövõime ning sümptomite, psühhosotsiaalsete probleemide või ühiskonnale tekitatud kulude vähendamine. (Narkoloogia, 2000, lk 443)

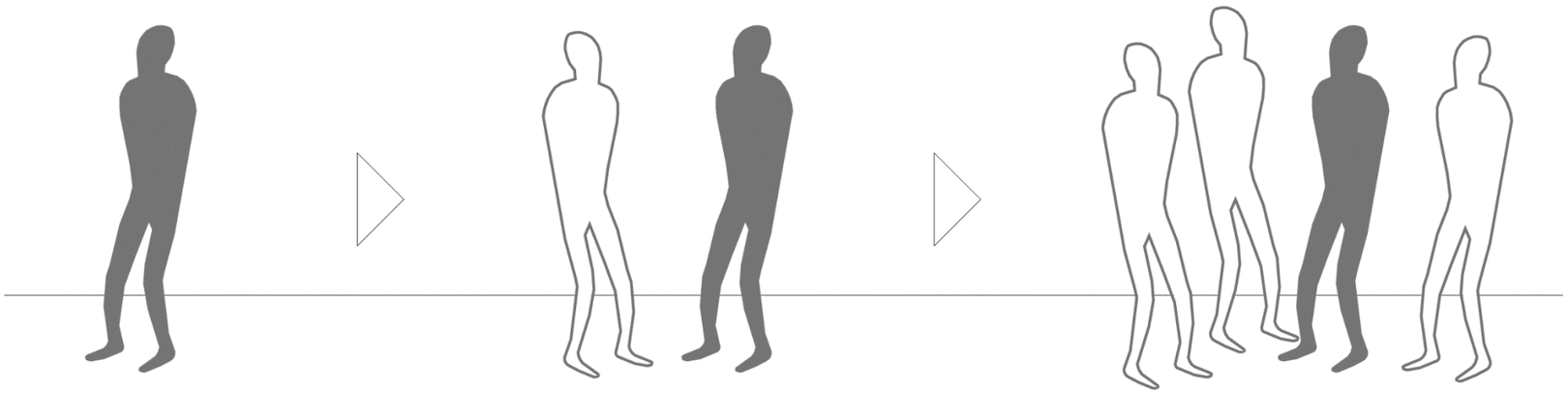
Viimastel aastatel on avaldatud põhjalikke ülevaateid, mis käsitlevad erinevate narkoravimeetodite kasutamist. Dünaamiline psühhoteraapia ja teadlik käitumisteraapia on osutunud tõhusamaks kui vestlused ja platseeboravi, kuid nende omavaheline erinevus ei olnud märkimisväärne. Peale selle on tõestatud, et pere- ja paariteraapia annavad paremaid tulemusi kui individuaalne ja rühmateraapia. See puudutab nii teismelisi kui ka täiskasvanuid. Lisaks sellele on tuvastatud, et patsiendid osalevad pereteraapias meelsamini kui teistes ravivormides. On olemas tõestusi, et intensiivsed ravimenetlused, mis on suunatud spetsiifilise probleemi lahendamisele, annavad paremaid tulemusi. Tavaliselt ei piisa kolm kuud vältavast ravist, teraapia peaks kestma vähemalt kuus kuud. (Narkoloogia, 2000, lk 443)

2.7.3 KESKNÄRVISÜSTEEMI MÕJUTAVATE AINETE SÕLTUVUSRAVI

Statsionaarset ravi soovitatakse võõrutuse algstaadiumis, kui mõnuainevaba ümbrus on sageli vajalik väliste häirivate tegurite minimaliseerimiseks. Ravilemineku otsuse tegemist mõjutavad patsiendi motivatsioon ning somaatiline ja vaimne seisund, tugivõrgustiku olemasolu või selle puudumine ning varasemad ravikogemused. Statsionaarse ravi kestus võib olla erinev, ent soovitatakse vähemalt kolme kuud. Hoolikas anamnees ja piisavalt pikk jälgimisperiood on vajalikud eriti nende patsientide puhul, kellel võõrutusstaadiumis esineb hallutsinatsioone, depressiooni või maaniat. (Narkoloogia, 2000, lk 426)

Kokaiini manustanud patsientide raviks on mitmes avatud kliinilises uuringus ja viies kontrollitud topeltpimeuuringus edukalt kasutatud heterotsüklilisi antidepressante, toetamaks võõrutust ja alandamaks himu aine järele. (Narkoloogia, 2000, lk 426)

Patsiendi abstinentsipüüdlusi toetatakse psühho- ja käitumisteraapia abil. Käitumisteraapiate abil tuvastatakse patsiendi abivajadus, käsitletakse ravile tulekut ning sellega kaasnevat ebakindlust. Peale selle tutvutakse tarbitud ainete mõjudega ja tehakse individuaalne ravigraafik. (Narkoloogia, 2000, lk 426)



Joonis 19. Kainete suhete loomine ja sotsiaalsete suhete taastamine on üks paranemise osa (autori joonis)

Toetava psühhoteraapiaga ühendatakse aste-astmelt enesekontroll, mida toetatakse individuaalsete plaanide ja ülesannetega. Tarbija püütakse eraldada väliste vahendite abil tarbimisega seostuvast keskkonnast. See tähendab kainete sõprussuhete soosimist ja kontaktide katkemist varasema suhtluskeskkonnaga. Üritatakse kaardistada igapäevased probleemsed piirkonnad. Oluline on kaasata perekond või muud lähedased tugiisikud paranemisprotsessi. Patsienti innustatakse liituma eneseravirühmadega. Karskuse pidamist jälgitakse, eriti alguses, narkotestidega. (Narkoloogia, 2000, lk 426-427)

Psühhodünaamilist psühhoteraapiat soovitatakse osale karsketest patsientidest ka järelraviks. Ravi eesmärgiks on abistada patsienti teadvustama ning mõistma oma vajadusi, mida uimastite tarbimine on rahuldanud. Eesmärgiks on tugevdada patsiendi enesekontrolli, mis suudaks teda takistada tagasi pöördumast uimastitarbimise juurde ja sellega kaasnevasse näilikku vägevuse ja enesekontrolli tundesse. (Narkoloogia, 2000, lk 427)

2.7.4 HALLUTSINOGEENSETE AINETE SÕLTUVUSRAVI

Rahutuse, hirmu ja hallutsinatsioonide tõttu vajab patsient rahulikku ja turvalist kohta, kus ta võib vestelda ja saada tuge. Patsient peab istuma või kõndima, sest lamamine ja silmade sulgemine halvendavad seisundit. Fentiatsiine tuleb ettevaatlikult manustada, sest nende kasutamisel on kirjeldatud paradoksaalsete reaktsioonide ilmnemist (nt ärevuse süvenemine). Skisofreenia tüüpi seisundeid, mis võivad väldata nädalaid ja aastaid, ravitakse psühhiaatrilistes raviasutustes. (Narkoloogia, 2000, lk 428-429)

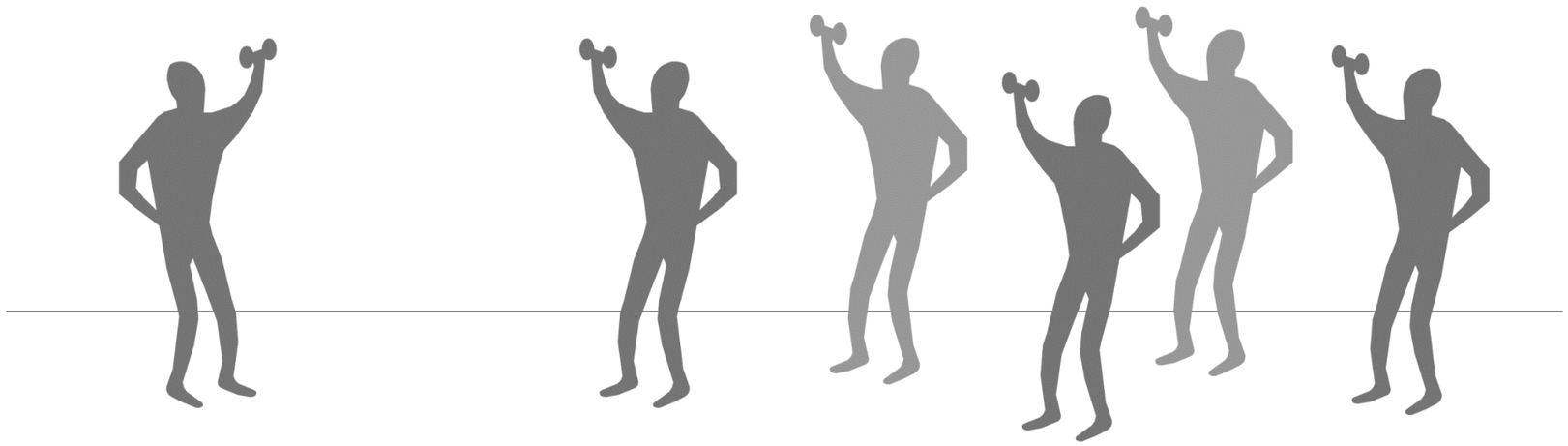
Ka üksikud kasutamiskorrad võivad põhjustada isiksuse muutusi, eriti just isiksusehäiretega patsientidel, kes tavaliselt kasutavad uimastaval eesmärgil mitmeid ravimeid. Kroonilist LSD manustamist tuleb osata nendest seisunditest eristada. Järelseisundina esinevat ärevust või depressiooni ravitakse psühhoteraapia abil või mõnikord ka antidepressantidega. (Narkoloogia, 2000, lk 429)

2.7.5 REHABILITEERIV JÄRELRAVI

Rehabilitatsiooni eesmärgiks on patsiendi identiteedi muutmine uimastisõltlasest iseseisvalt toimetulevaks isikuks. Selles protsessis on oluline nii praktiliste sotsiaalsete põhioskuste kui ka vaimse eneseusalduse taastamine. Elutingimuste parandamine on sageli üks tähtsamaid rehabiliteerivaid tugiprotseduure, ent sageli on seda raske teostada. Kaua tõrjutuna elav isik vajab tihti harjutamist normaalse eluga, enne kui talle on otstarbekas eluaset muretsema hakata. Sõltuvusaineteta elamise oskuste taastamisel võivad kasulikud olla sõltuvushaigete hooldusasutustes läbiviidavad rehabilitatsiooniõppused. (Narkoloogia, 2000, lk 244-245)

Rehabilitatsioonis võib kasutada ainult teaduslikult tõestatud meetodeid. Levinumad rehabilitatsiooni meetodid on erinevad psühhoteraapilised võtted (sealhulgas kognitiivkäitumuslik teraapia, psühhodünaamiline teraapia, motiveeriv intervjuu, pereteraapia), samuti mitteverbaalsed teraapiavormid (sealhulgas kunsti- ja muusikateraapia), kehalise tegevuse arendamine (sealhulgas füsioteraapia), tööharjutused, sotsiaalsete toimetulekuoskuste arendamine, sotsiaalse võrgustiku korrastamine ning sotsiaalse isolatsiooni vähendamine. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 4-5)

Psühhoteraapia eesmärk on abistada isikut teadvustama ning mõistma oma vajadusi, mida uimastite tarbimine on rahuldanud. Samuti on eesmärgiks tugevdada tema enesekontrolli, mis suudaks takistada tagasilangemist uimastitarbimise juurde. Teraapia võimaldab isikul saada ettekujutuse endast ja ümbritsevatest inimestest ning soodustab isiksuse arengut tervikuna. Psühhoteraapiat viiakse läbi erinevates vormides, eristatakse individuaal-, grupi- ja pereteraapiat. Pereteraapia eesmärgiks on pereliikmete ja lähedaste nõustamine, kaassõltuvuse ära tundmine ning uute käitumismustrite õpetamine. Psühhoteraapia meetodeid on mitmeid, uimastisõltuvusega isikute puhul kõige enam kasutatavamad on kognitiiv-käitumuslik teraapia, psühhodünaamiline teraapia, motiveeriv intervjuu. Rehabilitatsioonis võib kasutada ka teisi tunnustatud psühhoterapeutilisi meetodeid. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)



Joonis 20. Rehabilitatsiooni protsessi kuulub füüsilise vormi taastamine läbi juhendatud sporditegevuse (autori joonis)

Lisaks ülalnimetatud psühhoterapeutilistele võtetele kasutatakse uimastisõltuvuse rehabilitatsioonis teisi toetavaid teraapilisi võtteid, sealhulgas kunsti- ja muusikateraapiat ning muid loovust arendavaid teraapiad. Mitteverbaalsed teraapiavormid võimaldavad oma loovuse ja sisemise maailma tundmaõppimist ja hingelise tasakaalu saavutamist. Kuna mitteverbaalsetes teraapiates kasutatakse sõnu vähe, sobib see ka neile, kes ei ole valmis, ei soovi või ei ole võimelised end sõnaliselt väljendama. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)

Psühholoogilise nõustamise eesmärk on anda isikule praktilist abi tema akuutsete psühholoogiliste probleemide ja kriiside lahendamiseks, kohanemisvõime parandamiseks, isiksuse enesearendamise võimaluste realiseerimiseks. Psühholoogiline nõustamine, mis ei eelda konkreetse psühhoteraapia teooriast lähtumist, keskendub olevikule ja situatsioonilistele probleemidele ning on suunatud isiku käitumise muutmisele. Psühholoogilist nõustamist viiakse läbi nii individuaalselt kui grupipõhiselt. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)

Süstematiseeritud kehalise tegevuse arendamise eesmärk on läbi juhendatud sporditegevuste ja füsioteraapia isiku füüsilise vorm taastamine. Tööteraapia eesmärk on tööharjumuste vilumine läbi kergemate füüsiliste tööde tegemise. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)

Sotsiaalsete toimetulekuoskuste arendamise eesmärk on igapäevaste rutiinsete tegevuste ja iseseisvaks toimetulekuks vajalike oskuste õpetamine ja arendamine, sealhulgas vanemlike oskuste arendamine, pesupesemine, koristamine, viisakus- ja suhtlemisreeglid, jm igapäeva tegevusteks vajalikud oskused. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)

Sotsiaalse võrgustiku korrastamise eesmärk on pere ja lähisuhete taastamine ning sotsiaalvõrgustiku loomine või taastamine; sotsiaalsete suhete korrastamine, sealhulgas kriminaalsest keskkonnast eemaldumine, töökoha ja/või õppimisvõimaluste leidmine. Sotsiaalvõrgustiku moodustavad inimest ümbritsevad sotsiaalsed suhted, mis on talle vajalikud igapäevaeluga toimetulekuks - pereliikmed, sõbrad, tuttavad, töökaaslased jne. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 5)

Professionaalsete abistajate poolt pakutavate teenuste kõrval on raske sõltuvuse all kannatavate isikute rehabilitatsioonis olulised toibujate kontrollvõrgustik ja neis tegutsevad omaaabirühmad. Üldjuhul peaksid statsionaarsetele ja ambulatoorsetel raviühendustel olema omad järelravirühmad ja klubid. Paljudes professionaalide juhitud programmides sisaldub 12-astmeline tegevuskava. (Narkoloogia, 2000, lk 245)

2.7.6 TÄIENDAVAD JA ALTERNATIIVSED TERAAPIAD

Viimasel ajal on hakatud rakendama lisaks psühhoteraapiale ja käitumisteraapiale ka teisi alternatiivseid teraapiaid nagu näiteks aiandusteraapia ja hobuteraapia, mis täiendavad olemasolevaid ravimeetodeid. Uimastisõltuvusega inimestel on nii füüsilisi probleeme, kui ka vaimseid ning alternatiivsed teraapiad võimaldavad täiendavalt tõsta haige üleüldist heaolu.

AIANDUSTERAAPIA

Aiandusteraapia kasu on kognitiivne, sotsiaalne, psühholoogiline ja füüsiline. Aiateraapia käigus täheldatakse inimese tähelepanuvõime ja tuju paranemist. Patsient tunneb, et on toimingu voolus sees, teda paeluvad tegevus ja keskkond, kus tähelepanu saab täielikult koondada loodusele, ning nii saabki paranemine alguse. Selline teraapia kestab ajaliselt kauem, annab energiat probleemidega tegelemiseks, lihtsustab patsiendil oluliste otsuste vastuvõtmist, võimaldab peatada negatiivsete mõtete tsüklit ja aitab suurendada kontrolli oma tegevuse üle. Suurt rõhku pannakse suhtlemisele, tegevused innustavad rääkima, koostööd tegema või hoopis sillutama teed terapeudi ja patsiendi vahel. (Maikov, 2011, lk 19)

Taimed seovad oma energiaga bioloogilist mälu ja stimuleerivad meeli. Väljas kogetakse päikest (helioteraapia), tuult, lõhnu, temperatuuri, taimi, linde ja vett. Roheteraapia on üsna suures osas seotud rituaalidega. (Maikov, 2011, lk 20)

Joonis 21. Aiandusteraapia kui tervenemise osa (autori joonis)

Teraapia peamised eesmärgid on järgmised:

- **Füüsiliste võimete arendamine** – parandab motoorseid oskusi, tasakaalu, liikumist, tugevust.
- **Kognitiivsete oskuste arendamine –** verbaalse suhtluse, sõnavara ja mälu arendamine, uute tegevuste õppimine, lahterdamine, käskude täitmine, probleemi lahenduste leidmine, tähelepanu kontsentreerimine.
- **Sensoorne stimulatsioon** – kasutatakse aromaatseid, huvitavate tekstuuride ja maitsetega, spetsiifiliste värvikombinatsioonidega taimi. Helide kasutamine aias (näiteks vee langemine eri materjalidele), meenutamise aktiveerimine tegevuse kaudu. (Maikov, 2011, lk 20)

Vastavalt aiandusteraapia teooriale tulenevad aia tervendavad omadused tegevustest aias. Meditsiini- ja aiandusteraapiateadlased tõstavad esile tihti teooriat, et aias töötamine on tähendusrikas ja rõõmupakkuv ning parandab tervislikku seisundit. Inimene on oma loomuselt aktiivne olend; kui tal on võimalus kasutada oma keha ja mõistust naudingut ja meelerahu pakkuval eesmärgil, tunneb ta ennast premeeritult. (Maikov, 2011, lk 50)

Oluline roll inimese heaolul on siseruumi vaadetel rohelusele. Roger Ulrich avaldas 1984. aastal uurimistöö, mis leidis, et patsiendid, kelle aknast avanes pargivaade, olid palju paremas meeleolus ja vajasid vähem tablette kui need, kes vaatasid kiviseina. Töötajad, kellele avanesid akendest loodusvaated, tundsid end vähem häirituna ja rahulikumana, olid oma tööga rohkem rahul, ilmutasid suuremat entusiasmi, nende elustandard oli kõrgem ja tervis parem. (Maikov, 2011, lk 57)

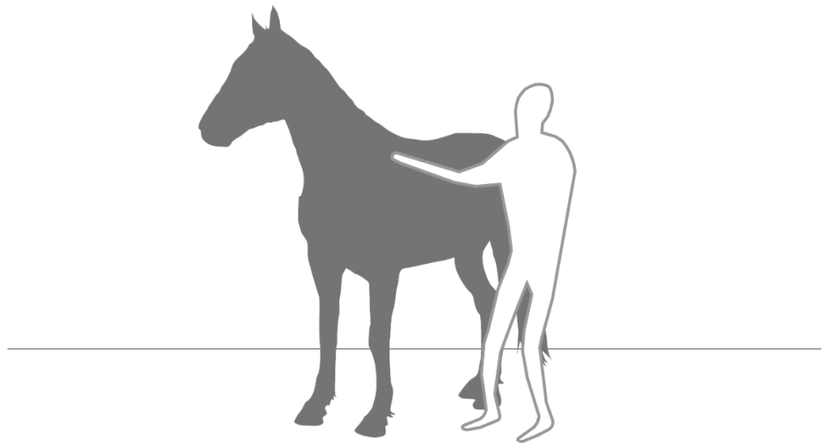
Haiglate ja hooldekodude ümbruse haljastus on tihti lage ja juhuslik, piirdudes tavaliselt teatud muruala ja mõne puuga. Taolist haljastuslaadi võiks nimetada kosmeetiliseks haljastuseks, kus järgitakse peamiselt institutsioonilisi ettekirjutusi. (Kaur & Vabrit, 2000)

Haigla haljastuse eesmärk peaks olema privaatse väliruumi loomine, mis on kujundatud eelkõige patsientide ja haigla töötajate vajadusi arvestades. Läbimõeldud haljastusega suurendatakse tegevusvõimalusi vabas õhus, parandades nii patsientide ja personali elu- ja töökvaliteeti. Liikumine vabas õhus annab võimaluse saada taimede kaudu kontakti loodusega ja seega osa ka teraapiliselt kujundatud ümbruse mõjudest. Sisuliselt on väline eluruum jätkuks siseruumidele, laiendades nii tegevusvõimalusi ja andes rohkem võimalusi omaette olemiseks. Patsiendile on oluline väljuda mõneks ajaks siseruumi organiseeritusest ning tunda ennast vabana keset looduskeskkonda (samas peab säilima personali kontroll). (Kaur & Vabrit, 2000)

Vähem oluline ei ole haigla personali töökeskkond. Personali lõõgastumisvõimalused peaksid asuma patsientide omadest eraldi, et vahepala söögi või lõõgastuse näol oleks võimalikult efektiivne. Personali teraapilise aia kujundamisel tuleb silmas pidada, et aed looks üheaegselt meeldiva töökeskkonna ja otsese juurdepääsu aiale. Roheruum peab olema eraldatud, poolprivaatne ja rohkete taimedega. Suitsetajad tuleb koondada eraldi roheruumi. (Maikov, 2011, lk 71)

Tööteraapiaaed võimaldab patsiendil saavutada kaastöölise rolli, mille varjus oma ravitav haigus lausa ära unustatakse. Aias saab kasvatada nii söödavaid kui ka mittesöödavaid taimi. Sotsiaalse integratsiooni soosimiseks on võimalik avada saaduste müügiga tegelev statsionaarne punkt. (Maikov, 2011)

Kliima tõttu tuleb arvestada ka alternatiivse aiaga, see on siseruumi talveaed, mis võimaldab rakendada tööteraapiat aastaringselt. Haiglakompleksis on see tavaliselt lõõgastav ja turvaline osa, mis on hästi nähtav ja juurdepääsetav. Hea arhitektuurse lahenduse korral toob talveaed hoonesse looduslikku valgust. Lisaks saab hoonesse integreerida veel katuseaeda ja katuseterrassi, mis toimivad lisahaljastusalana ja annavad funktsiooni kasutuseta katusele või ilmestavad hoone külgi. (Maikov, 2011)



Joonis 22. Hobuteraapia aitab uimastisõltlasel avaneda ning vabaneda kaitsepositsioonist (autori joonis)

HOBUTERAAPIA

Hobuteraapia on psühhoteraapia, mida juhib litsentseeritud vaimse heaolu spetsialist koos terapeutilise ratsutamisinstruktoriga. On tõestatud, et koduloomad suudavad alandada vererõhku, suurendada vaimset heaolu ja parandada tasakaalu ning rühti. (Cody, Steiker, & Szymandera, 2011)

Hobuteraapia ei eelda, et patsiendil peaks olema eelnev kokkupuude hobustega. Teraapias osalenu peaks olema täielikult võõrdunud mõnuainetest, sest see tagab ohutu käitumise hobuste lähedal ning võimaldab järgida juhiseid. (Cody, Steiker, & Szymandera, 2011)

Inimestega suhtlemisel kasutavad hobused oma loomulikku vaistu reageerides inimese juurde liikumisega või vastupidi vaikselt seistes. See määrab, milline on patsiendi energeetiline väli. Uimastisõltlased on esialgu skeptilised, kuid esimese sessiooni järgselt on nad juba vastuvõtlikumad hobuteraapiale. Esimesel sessioon tegeletakse inimese ja hobuse vahelise sotsiaalse sideme loomisega. (Cody, Steiker, & Szymandera, 2011)

Hobune aitab inimesel avaneda ning näha narkomaanil oma sisemise mina tegelikke raskusi ja hirme. Ta võimaldab sõltlasel vabaneda kaitsepositsioonil olevast egost. See omakorda toetab inimese paranemist uimastisõltuvuse ravil. Hobuteraapia sisaldab endas meeskonna loomise harjutusi ja hobuste hooldamist. (Cody, Steiker, & Szymandera, 2011)

2.7.7 *HOUSING FIRST* PROGRAMM

„*Housing first*" on paranemisele orienteeritud lähenemine, mis tegeleb kodutuse vähendamisega. Eesmärgiks on pakkuda kodutule inimesele püsiv elukoht ning seejärel aidata teda tugisüsteemiga, mis sisaldab ka võõrutusabi. Peamine *housing first* programmi printsiip on see, et inimesel on lihtsam end jalule seada, kui nad on esmalt saanud püsiva elamiskoha. *Housing first* programmi põhimõtteks ei ole see, et inimene on valmis enda elu muutma või on mõnuainetest vaba, vaid pigem filosoofiline lähenemine, et kõik inimesed väärivad elamispinda, mis on sõltuvushaigusest vabanemise eeltingimuseks. (Housing First, 2019)

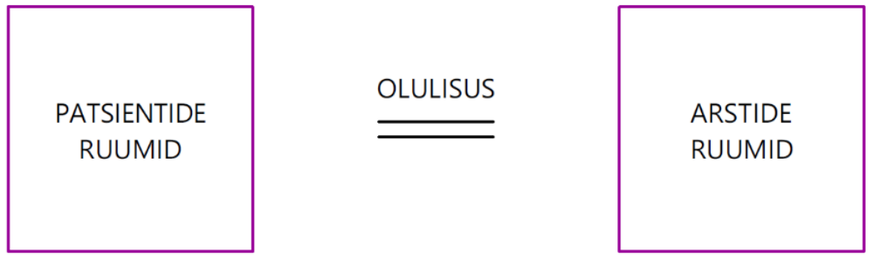
Housing first programm põhineb kliendikesksel lähenemisel, kus kliendil on õigus elamiskoha valikule. Lisaks on neil õigus valida, kas ja milliseid teenuseid nad kasutavad. Programm keskendub abivajaja paranemisele, mistõttu peavad kahjude vähendamise teenused olema kättesaadavad. Programm arvestab iga inimese vajadustega, seetõttu teenuste ja toetuste määr võib isikuti kõikuda. *Housing first* strateegia on integreerida sõltlased tagasi ühiskonda. (Housing First, 2019)

Vastupidiselt *treatment first* programmile (kus tegeletakse esialgu patsiendi raviga, seejärel elamiskoha probleemidega) on tõestatud, et *housing first* meetod ei tõsta uimastitarvitamist hoolimata sellest, et karskus pole nõutav. Tõhusateks meetoditeks on kujunenud lähenemised, mis soosivad valikut piirangute üle. (Padgett, Gulcur, & Tsemberis, 2006)

Maailmas on erinevate variatsioonidega *housing first* programme, kuid nad kõik jagavad samu ülalmainitud printsiipe. Programmi rakendamisel on vaja silmas pidada, millisele populatsioonile see suunatud on ning millised on ressursid. Ei ole olemas ühest *housing first* programmi, mis sobiks kõigile, seetõttu on vaja kohandada antud meetod kohalikke iseärasusi arvesse võttes. (Housing First, 2019)

2.7.8 „POOLEL TEEL MAJA" KONTSEPTSIOON

Eesti uimastipoliitika taasühiskonnastamise üheks printsiibiks on sõltlastele majutusvõimaluste loomine. 2018. aasta eesmärgiks oli tagada sõltlastele vajaduspõhiselt võrdsed võimalused sotsiaalse majutuse saamiseks. Selle jaoks plaaniti toetatud elamise teenuse osutamist (majutus koos tugiisikuga) „poolel teel maja" kontseptsiooni välja töötamisega. Tänaseks päevaks pole teenust välja arendatud.



Joonis 23. Arstikeskus koos personali taastumisruumidega on sama oluline kui patsientide ravi- ja puhkeruumid (autori joonis)

„Poolel teel maja" meetod on järelteenus, mis on mõeldud inimestele, kes on läbinud võõrutusravi ja rehabilitatsiooni ning mille eesmärgiks on tagasilanguse ennetamine ja kliendi sotsiaalse kohanemise toetamine. Endisele sõltlasele pakutakse majutust ja toetavaid ressursse, mis tegelevad nõustamise, haridustee jätkamise, kutsehariduse omandamise ja tööotsimise probleemidega. „Poolel teel maja" kontseptsioon seisneb selles, et inimene, kes seda teenust kasutab, on täieliku iseseisvuse ja statsionaarse haiglaravi vahepeatuses. (Hsieh & Hamilton, 2016)

On tõestatud, et „poolel tee maja" meetod vähendab tagasilangusi uimastisõltuvusse ning seetõttu hoiab kokku tervishoiu kulude pealt. Sellist sotsiaalmajutust nimetatakse heaks tavaks taasühiskonnastamisel. Kontseptsiooni väljaarendamisel tuleb lähtuda kohalikest omapäradest, arvestada karskuse piirangutega ja teenuse osutamise tähtajaga, et tulemuste saavutamine põhineks optimaalsusel. (Hsieh & Hamilton, 2016)

2.8 ARSTIKESKUS

Oluline on tähelepanu pöörata ka meditsiinilise personali tervisele. Paljud arstid kannatavad depressiooni, ärevuse, traumajärgse stressihäire all ning võitlevad alkoholi- ja/ või uimastisõltuvusprobleemidega. Seda põhjustavad arstide endi psühholoogilised kaitsemehhanismid, tunnete eitamine ja igapäevane kokkupuude haigete patsientidega. Abi otsimisel võib neid tabada valehäbi, kui tunnevad, et patsiendid ja meditsiiniline personal kohtlevad neid seejärel teisiti. Tihtipeale ei pöördu arstid abi saamiseks teise arsti juurde, vaid ravivad ja diagnoosivad end ise õigustades end olevat spetsialist antud alal. (Gerada, 2016)

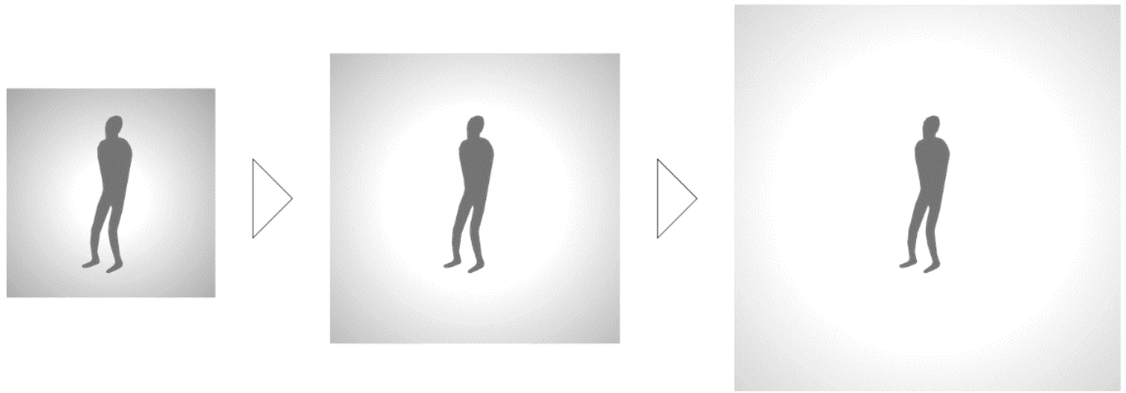
Tänapäeva haigla arhitektuuris on üha vähem ruume pühendatud ainult arstidele. Pigem on rõhk patsiendi ja doktori vahelisel suhtlusel, mistõttu on neid ühendavate ruumide projekteerimine suurema tähelepanu all. Selline trend pärsib arstide omavahelist kommunikatsiooni ja erialaste arutelude üleskerkimist, rääkimata mõttevahetustest tööväliste teemade üle. Tekib olukord, kus abi saamiseks on arst liialt enesekindel, samas meditsiiniline kaaspersonal ei saa stressi sümptomite tekkimisel ennetavalt aidata. (Bromley, 2012) (Gerada, 2016)

Üks aspekt on see, et tuleb teha rohkem teavitustööd arstide seas kaotamaks valehäbi tundmist doktorite kutsehaiguste osas ning aidates neid seejärel ravile. Teisalt tuleb haigla arhitektuuriga tagada arstidele nö taastumisruumid. Nagu patsientide ravimisel pööratakse üha enam tähelepanu teraapiliste ruumide loomisele, siis ka arstikeskuses tuleb tagada selliste ruumide olemasolu, mis vähendavad stressi taset ja aitavad taastuda raskest tööpäevast. Arstikeskuse olemasolu ennetab psüühiliste vaevuste teket personali seas ning seetõttu tagab ka kvaliteetse arstiabi patsientidele.

2.9 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI HÜBRIIDFUNKTSIONAALSUS

Eelnev teooria annab aluse, et luua tänapäeva nõuetele vastav hübriidfunktsionaalne uimastihulluse ravikompleks. Antud kompleks haarab kõiki funktsioone – esmane eluase (*housing first* meetod), kahjude vähendamise keskus, madala lävega esmatasandi tervishoid, keskus võõrutusraviks, mis on integreeritud antiretroviirusraviga, rehabilitatsiooni osakond ja järelravi ehk „poolel teel maja" sotsiaalmaja teenus. Selles kontekstis tähendab hübriidfunktsionaalsus seda, et loetletud teenused toimivad põhimõtetel, mis alluvad erinevatele režiimidele. Meditsiinilistele terminitele põhinedes on võimalik eristada nelja režiimi – „vangla", „haigla", „polikliinik" ja „sanatoorium".

„Vangla" on kinnine, range režiimiga kinnipidamisasutus. Sellise ülekantud tähendusega iseloomustuse võib omandada statsionaarsele võõrutusravi osakonnale, kus kehtib raviplaan eesmärgiga sõltuvusest vabanemiseks. Metadoonvõõrutusravi (ja ka teiste mõnuainete võõrutusravid) ja antriretroviirusravi põhinevad kindlal režiimil, kus järgitakse medikamentide manustamise kogust ja sagedust. Võõrutusraviga käsikäes toimub teraapiline ravi. Kuigi tuleb meeles pidada, et uimastisõltlase otsus ravile asumiseks on üldjuhul vabatahtlik (va juhul, kui väärtöö toimepanekul määratakse alternatiivse



Joonis 24. Taasühiskonnastamise eesmärgil range režiimiga ruumist vabamasse ruumi (autori joonis)

karistusena sõltuvusravi), siis ravirežiim tugineb teaduspõhisel range ajakavaga süsteemil, millest kinni pidamine võimaldab saavutada tulemuseks uimastivaba eluviisi. Selles osakonnas kehtib kõige traditsioonilisemas võtmes haigla distsipliin, mida kirjeldas Michel Foucault.

Leebema režiimiga on „haigla" ehk asutus, kus haigeid uuritakse ja ravitakse. Selle liigituse alla käib madala lävega esmatasandi tervisekeskus, mis tegeleb sõltuvusest tingitud haiguste sümptomaatilise raviga, see hõlmab ka nakkushaiguste ravi. „Haiglat" iseloomustab patsiendikeskne lähenemine, mis ennetab haiguste jõudmist viimasele astmele, kus ravi teostamine on ressursirohke. Esmatasandi tervishoidu toetavad psühholoogid ja sotsiaaltöötajad, kelle üheks rolliks on suurendada usaldust tervisekeskuse ja uimastisõltlaste vahel.

„Polikliiniku" alla kuulub kahjude vähendamise keskus ehk rahvakeeli süstlavahetuspunkt. „Polikliinikul" ehk haiglavälist arstiabi andval profülaktika- ja raviasutusel on kõige suurem roll uimastisõltlaste esmasel abistamisel. Kahjude vähendamise keskus tegeleb infomaterjalide, süstimise jaoks vajalike vahendite ja kondoomide jagamisega, sotsiaalse nõustamisega (sh toetuste taotlemine, toiduabi, arstiabi, sotsiaalmajaüksusesse koha taotlemine jpm), kiirtestide teostamisega (HIV test ja hepatiidi testid) ja suunamisega võõrutus- või rehabilitatsiooniravisse. Kahjude vähendamise punkt on lokaalne, kuid toimib ka välitöö põhimõttel, kus teenus viiakse abivajajateni mobiilse üksuse näol. Oluline on, et antud keskuse teenused oleksid kättesaadavad nii tööpäevadel kui ka nädalavahetustel. Keskuse lahtiolekuajad peavad arvestama sellega, et osa uimastisõltlastest käivad tööl. „Polikliiniku" distsipliin peab järgima põhimõtet, kus patsiendi ja teenuse osutaja hierarhiline erinevus ei ole tuntav. Meditsiiniline personal peab olema vahetu ja patsiendi soove austav, suhtluses ei tohi peegelduda hukkamõistmist. *Housing first* majutusprogrammi võib nimetada nö eelprofülaktikaks, mis muudab kahjude vähendamise teenused veelgi kättesaadavamaks.

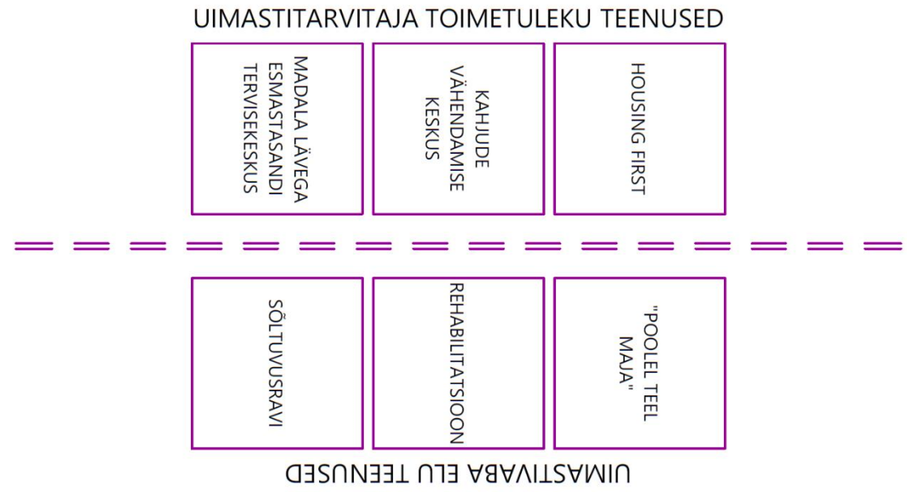
„Sanatooriumi" ehk kindla päevarežiimiga raviasutuse alla võib liigitada taasühiskonnastamise protsessi kuuluva rehabilitatsioonikeskuse koos järelravi teenusega. Rehabilitatsiooni eesmärk on püsivate psüühikamuutuste saavutamine ja uute käitumismallide omandamine läbi erinevate teraapiate ja erialaspetsialistide toel. Uimastisõltlaste abiks on tugiisik, kes on usaldussuhtel põhinev sotsiaaltöötaja või haigele lähedane isik. Tulemuseks on paranenud sotsiaalsed toimetulekuoskused ja füüsiline tervis. Teenus võimaldab reintegreerida isiku ühiskonda tagasi nii, et ta tuleb toime igapäevaste elukorraldustega. Rehabilitatsiooni ja järelravi keskkond peab olema võimalikult kodune. Kodu imiteeriv ümbruskond aitab patsienti valmistada ette iseseisvaks uimastivabaks eluks.

Ravikompleksi erinevate funktsioonide ühisosaks on rahumeelne keskkond. Keskkond, millest puuduvad välised ärritajad ja mis on suunatud personaliseeritud patsiendikesksele lähenemisele. Mugav ja usaldusväärne teraapiline ümbrus avab tee edukaks raviks, mis aitab sõltuvushäiretega inimestel taastada inimväärne elu ja panustada riigi tervishoidu.

2.10 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI RUUMIJAOTUS

Uimastihulluse ravikompleks on mitmetahuline nii funktsioonide poolest kui ka ruumide jaotuse mõttes. Kompleksi külastavad patsiendid on erinevates sõltuvusetappides, mistõttu on oluline roll ruumide logistikal. Arvestada tuleb ka külastajatega ja meditsiinitöötajatega, kelle ruumiline jaotus ei tohi minna vastuollu haigete heaoluga. Sellest tulenevalt saab ruumid jagada kontrollitavuse astme järgi – suletud, poolsuletud ja avatud ruumid.

Ligipääs suletud ruumidele on tagatud vaid teatud isikule või inimgruppidele. Suletud ruumide alla kuuluvad patsientide palatid, meditsiinitöötajatele eraldatud taastumisruumid (arstikeskus) ning tehnoloogia ja ravimite ladustamisruumid, kuhu ligipääs haigetele puudub. Need on ruumid, kus kasutajad võivad tunda end turvaliselt ja privaatselt või abiruumid, mis on mõeldud ravikeskuse majandamiseks. Lisaks ka uimastisõltlaste enda seas on vajadus vähendada diskrimineerimist, mistõttu tuleb esmatasandi tervisekeskusele luua eraldi sissepääsud või vastuvõtuajad naistele ja meestele (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012). Osakondades läbivalt tuleb eraldada ka meditsiinitöötajate ja patsientide sissepääsud, mis on aluseks patsiendikesksele lähenemisele (Bromley, 2012).



Joonis 25. Ravikompleksi osakonnad jaotuvad kaheks sõltuvalt uimastisõltlase staatusest (autori joonis)

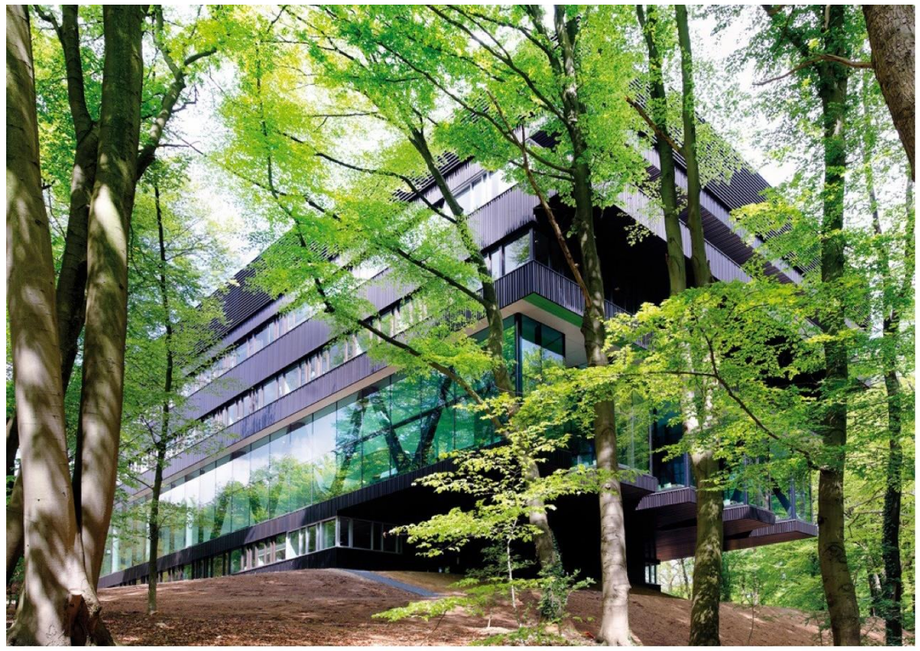
Ravikompleksi osakonnad jaotuvad kaheks – asutused, kus sõltlased pole veel vabanenud uimastitest ning keskused, kus sõltlased pürgivad uimastivaba elu poole, kuid viibivad veel ravil. Esimesse gruppi kuuluvad *housing first* majutus, kahjude vähendamise keskus ja madala lävega esmatasandi tervisekeskus. Teises rühmas on võõrutusravi ja rehabilitatsiooni keskus ning „poolel teel maja" sotsiaalteenus. Ravikompleksi projekteerimisel on soovitatav teise rühma kuuluvad osakonnad eraldada esimesest nii, et patsientide palatite ja ühisruumide vaated ei oleks suunatud esimese grupi osakondade poole. Ravile pühendunud sõltlasi ei ole soovitatav kokku panna haigetega, kes ei ole veel astunud samme uimastivaba elu poole. Ravil viibivad patsiendid on kujundanud raviasutusest endale meditsiinilise kodu ning tunnevad end ohustatult, kui „nende kohta" külastab uimastisõltlane, kellel puudub piisav motivatsioon paranemiseks (Strike, Guta, de Prinse, Switzer, & Carusone, 2014). Selle tagajärjel võivad sageneda ravile asunud haigete tagasilangused uimastisõltuvusse (Strike, Guta, de Prinse, Switzer, & Carusone, 2014).

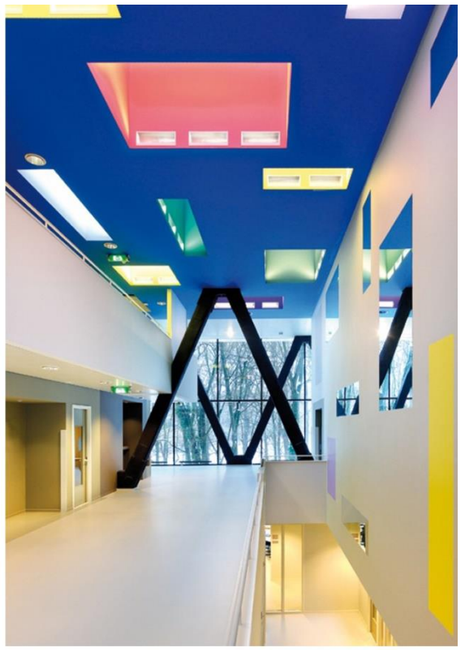
Autor küsis arvamust MTÜ Convictuse, Tervise Arengu Instituudi ja SA Viljandi Haigla konsultantidelt kahe keskuse eraldamise ja uimastisõltlaste tagasilanguse vältimise osas. MTÜ Convictuse juht ja psühholoog Inna Farber arutles, et on näinud sarnaseid lahendusi, kuid seejuures on loodud erinevad sissepääsud ravitavatele ja kahjude vähendamise keskust külastavatele patsientidele (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019). MTÜ Convictuse kogemusnõustaja Greete Org ja SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse Viljandi osakonna juhataja Katrin Viira märkisid, et ei saa vältida, et endine või ravil viibiv sõltlane kohtub uimastisõltlastega väljaspool raviasutust, mistõttu on tagasilangus tingitud pigem nõrgast psühholoogilisest tugisüsteemist ja/ või oskamatusest oma himusid kontrolli all hoida (Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 2019) (K. Viira e-kiri autorile, 2019). Tänasel päeval asuvad SA Viljandi Haigla Narva osakonna ambulatoorne järelravi teenus ja kahjude vähendamise teenus ühel territooriumil ning ruume kasutatakse paralleelselt ehk kohtuvad nii süstlaid vahetavad sõltlased kui ka kained inimesed (K. Viira e-kiri autorile, 2019). Tervise Arengu Instituudi narkomaania ja nakkushaiguste ennetamise keskuse juht Aljona Kurbatova arvas, et sellise keskuse loomisel tuleks lähtuda sellest, missugusele tarvitajale see suunatud on ja kas kõik uimastisõltlased sõltumata narkootikumist, mida tarvitatakse, vajavad sellist keskust (Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 2019).

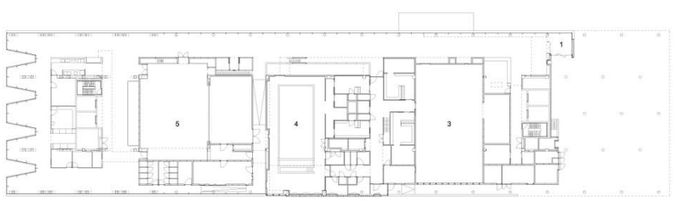
Poolsuletud ruumide alla kuuluvad kõik ühisruumid, kus leiavad aset patsientide ja/ või meditsiinitöötajate omavaheline suhtlus. Need on puhkealad ja ruumid, kus toimub nõustamine ja sümptomaatiline ning teraapiline ravi. Sellised ruumid suurendavad sotsialiseerumist ning juba seetõttu parandavad heaolu. Patsientide omavaheline suhtlus on tähtis, sest peetakse oluliseks, mida üksteisest arvatakse, mistõttu motivatsioon edukaks raviks tõuseb.

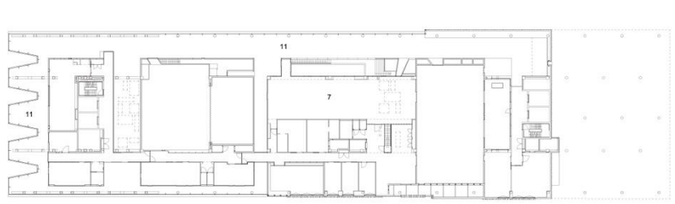
Avatud ruumide koosseisus on raviasutuste ootealad ning ravikompleksi välialad. Vastuvõtualad ehk ooteruumid on avatud abivajajatele ja nende lähedastele ning seal töötab ka meditsiiniline personal. Ravikompleksi välialad on osa avalikust ruumist, mis on kasutusel ka teiste ühiskonnaliikmete poolt.

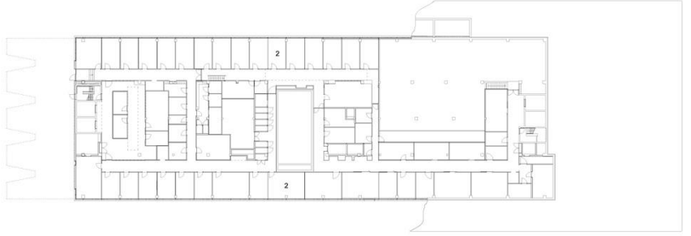
Lõpetuseks võib öelda, et enamus uimastihulluse ravikompleksi ruume on suletud või poolsuletud iseloomuga, nad on pideva kontrolli all. Ruumide kontrollaparatuuri võib pimestada patsiendikeskne lähenemine, mis justkui viitab uimastisõltlase iseseisvusele ja vabadusele, kuid teisalt tuleb mõista, et see on kontrollitud vabadus. Kui tuua võrdluseks Michel Foucault' haigla distsipliini diskursuse, siis tänapäeva distsipliini praktika ei erine sellest kuigi palju. Käesolevaks ajaks on arenetud suunas, mis suudab varjata võimumehhanisme meditsiinipoliitika ja haiglaarhitektuuri toel, kuid ei tee neid olematuks.

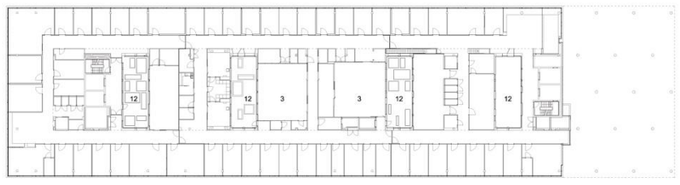


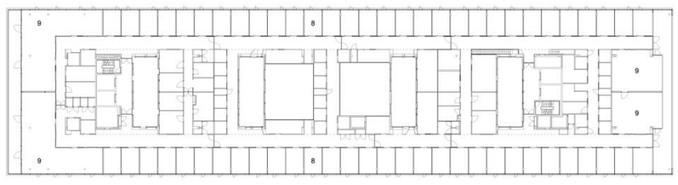












1 entrance
2 office
3 gymnasium
4 swimming pool
5 theatre
6 restaurant
7 fitness centre
8 room for patient
9 living room
10 ronald mcdonald house
11 void
12 patio

Joonis 26. Rehabilitatsioonikeskus Groot Klimmendaal (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

3 JUHTUMITE UURING

Selles peatükis on autor välja toonud kaks rehabilitatsioonikeskuse näidet, mis erinevad nii suuruse kui ka funktsioonide poolest, ja ühe psühhiaatria haigla, mis järgib salutogeneesi printsiipe. Kuigi need hooned ei kattu ruumiprogrammiliselt autori projekteeritava hoonega, annavad nad siiski hea ülevaate ruumide paigutusest ja arhitektuursest võtetest tänapäeva raviasutuste arhitektuuris.

3.1 REHABILITATSIOONIKESKUS GROOT KLIMMENDAAL

Asukoht: Arnhem, Holland

Aasta: 2011

Arhitektuuribüroo: Architectenbureau Koen van Velsen BV

Brutopind: 14 000 m^2

Projekt pälvis 2011. aastal Mies van der Rohe auhinna. Lisaks on projekt saanud 2010. aastal järgmised auhinnad: Hollandi Arhitektide Liidu aasta hoone preemia, tervishoiu arhitektuuri valdkonnas Hedy d'Ancona preemia, Arnhem Heuvelink auhind, Hollandi Disaini rahva preemia ja parima avaliku hoone interjööri preemia. (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Välifassaadis on kasutatud pruuni anodeeritud alumiiniumi ja rohkelt klaasi. Hoonet iseloomustab kõrgel esimesel korrusel olev täispikkuses klaasfassaad, mis seob sise- ja välimaailma peaaegu katkematult. Sik-sakiline fassaad hoone ühes küljes toob puud justkui interjööri, misjärel külastajad tajuvad end olevat metsas. Hoonet ümbritseval metsal on tugev mõju ning seda on tunda ka hoone interjööris. (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Ruumiprogramm on lihtne – alumistel korrustel on töötajate ruumid, sissepääsu korrusel on sportimiseks mõeldud ruumid (spordikeskus, ujula), restoran ja teater, ülemistel korrustel kliiniku ruumid ja viimasel korrusel Ronald McDonald House. Hoone funktsioone kasutab regulaarselt ka ümbritsev kogukond (koolid, teatrigrupid jms). (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Tervishoiu ideoloogia põhineb ideel, et positiive ja stimuleeriv keskkond suurendab patsientide heaolu ja seetõttu mõjub hästi ka rehabilitatsiooni protsessile. Arhitektuurne idee oli luua hoone, mis oleks osa ümbritsevast keskkonnast ning mille ilme ei oleks omane tüüpilisele raviasutusele. (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Asutuse keskkond mõjub enesekindlalt ja kontrollitult. Tegu on loomuliku ravikeskkonnaga, mis ei mõju rõhuvalt. Keskus valmis arhitekt Koen van Velseni ja hoone kasutajate koostöös. Näiteks on hoones kasutatud läbivalt madalate astmetega puidust treppi. Väikesed ja suured süvendid ning valguskaevud tagavad ruumilise seotuse erinevate korruste vahel ja toovad 30 meetri laiusesse hoonesse loomulikku valgust. Interjööris on kasutatud julgeid värve ja vähe hooldust vajavaid materjale. (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Kompaktse disainiga on suudetud luua energiasäästlik hoone. Hoone esmane funktsioon on rehabilitatsioonikeskus, kuid mitmekihilisuse tõttu pakub erinevaid kasutamisviise. Arhitektuur on keeruline, kuid samas lihtne, tähelepanu on pööratud füüsilistele, praktilistele ja sotsiaalsetele aspektidele. Läbipaistvus, jätkuvus, kihilisus, valguse ja varju mäng ning looduse kohalolu loovad rehabiliteeriva keskkonna. (Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen)

Antud juhtumi korral peab autor heaks ideeks looduse kaasamist ümbritsevast keskkonnast interjööri. Looduse kohalolu aitab lõdvestuda ning vältida raviasutustele omast steriilset miljööd. Autor kasutab ka oma projektis roheluse integreerimist sisekeskkonda. Rehabilitatsioonikeskuse 4. korrusel, patsientide tasandil, on projekteeritud üksteise kõrvale tihedalt paigutatud palatid, mida ühendavad pikad koridorid. Lisaks on loodud suured ühisruumid, mis mahutavad vähemalt 20 patsienti. Autor ei nõustu sellise palatiploki

Joonis 27. Redbridge rehabilitatsioonikeskus (Redbridge Welcome Centre)

süsteemiga salutogeneesi teooriast lähtuvalt, sest koherentsustunnetuse vastupanuressurssidega nagu „mõistmine“ ja „hakkamasaamine“ ei ole antud tasandil arvestatud. Autor kahtleb ka erksate värvide kasutamise vajalikkusest uimastisõltlaste raviasutuses, kus keskkond peab olema rahulik, kodune ja tuttav.

3.2 REDBRIDGE'I AVATUD KESKUS

Asukoht: London, Suurbritannia

Aasta: 2012

Arhitektuuribüroo: Peter Barber Architects

Redbridge'i avatud keskus on rehabilitatsioonikeskus uimasti- ja alkoholisõltlastele. 4-korruseline hoone koosneb erinevatest mahtudest, ülemine maht ripub konsoolina tänava kohal. (Redbridge Welcome Centre)

Esimesel korrusel pakutakse vastuvõtuajata vajaduspõhiseid teenuseid. Kõrge esimene korrus annab hoonele õhulise ilme ja siseruumides valgusrohkuse. Asutuses on koolitusruumid ning kolmandal ja neljandal korrusel 10 privaatset tuba kodutute ajutiseks majutamiseks. Hoone vaated on suunatud hoovisisesele aiale. Hoone välifassaadis on kasutatud palju klaasi. (Redbridge Welcome Centre)

Antud hoone on sobilik autori magistritöö näiteks, sest selle maht on küllaltki kompaktne ja sisaldab erinevaid funktsioone, mis toob kokku nii sõltlased kui ka kained patsiendid. Hoone on kõrge esimese korrusega ja klaasfassaadiga, mis lisab ruumilisust ning ei mõju rusuvalt ja institutsionaalselt. Hoone kolmandal ja neljandal korrusel on loodud ööbimisvõimalused kodututele ning köökidega ühisruumid 5-7 patsiendile. Autor hindab sellist lahendust heaks, sest antud ruum on küllaltki privaatne ja kodune, mis järgib salutogeense keskkonna printsiipe. Autor kasutab analoogset planeeringut ka oma projektis. Hoone nö roheline sisehoov ei anna suurt lisaväärtust antud keskusele, see tundub juhuslik ning mõjub kosmeetiliselt.

3.3 ZUCKER HILLSIDE'I PSÜHHIAATRIAHAIGLA

Asukoht: New York, USA

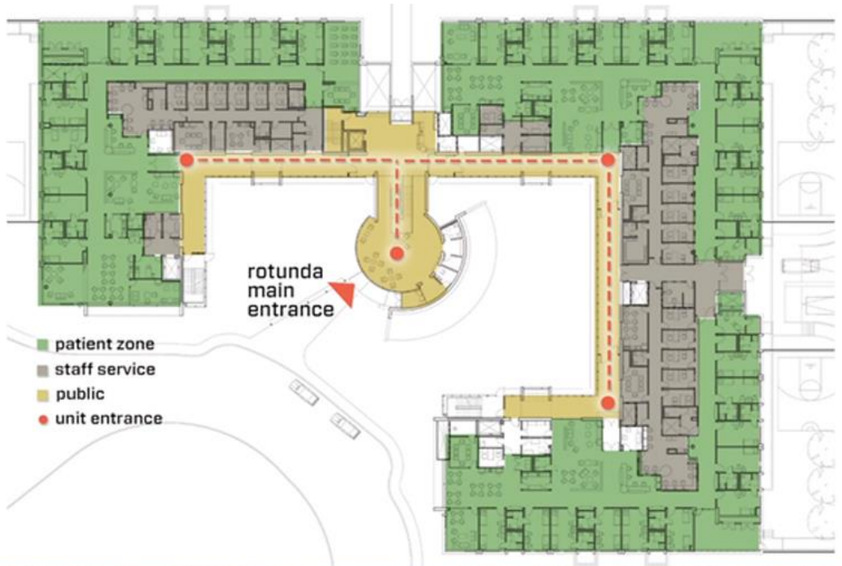
Aasta: 2013

Arhitektuuribüroo: Array Architects

Brutopind: 12 900 m^2

Array Architects on kasutanud salutogeneesi printsiipe Zucker Hillside haigla projekteerimisel. Zucker Hillside haigla ei sarnane tüüpilisele institutsionaalsele raviasutusele, mis on omane paljudele psühhiaatriahaiglatele. Hoone esikülje klaasfassaadile on kinnitatud tross-süsteem ronitaimede kasvatamiseks, mis loob hoonele roheseina. Personalile on loodud taastumisalad parkide näol. Patsientide kasutada on sisehoovid, kus on võimalik tegeleda erinevate spordialadega ja sotsialiseeruda teiste patsientidega. Hoone fassaadis on kasutatud erinevat värvi kiudtsement kassett-süsteemi, mis annab hoonele silmatorkava ilme. (Sell, 2019)

Array Architects kasutas hoone projekteerimisel Disneyland „laval-lava taga“ mudelit, kus abi- ja majandusruumid paiknevad teeninduslifti ja vestibüüli kõrval. Sel moel saab personal abistada erinevaid osakondasi nö lava tagant ilma, et arstid läbiksid üksusi patsientide silme all. Haigla keskkonnas toetatakse kodust keskkonda, seetõttu on loodud kolme koridori süsteem, kus patsiendid, külalised ja personal on eraldatud. Personalil on võimalik puhkamiseks lahkuda külaliste ja patsientide tsoonist. (Sell, 2019)



Joonis 28. Zucker Hillside haigla (The Zucker Hillside Hospital) (Sell, 2013)

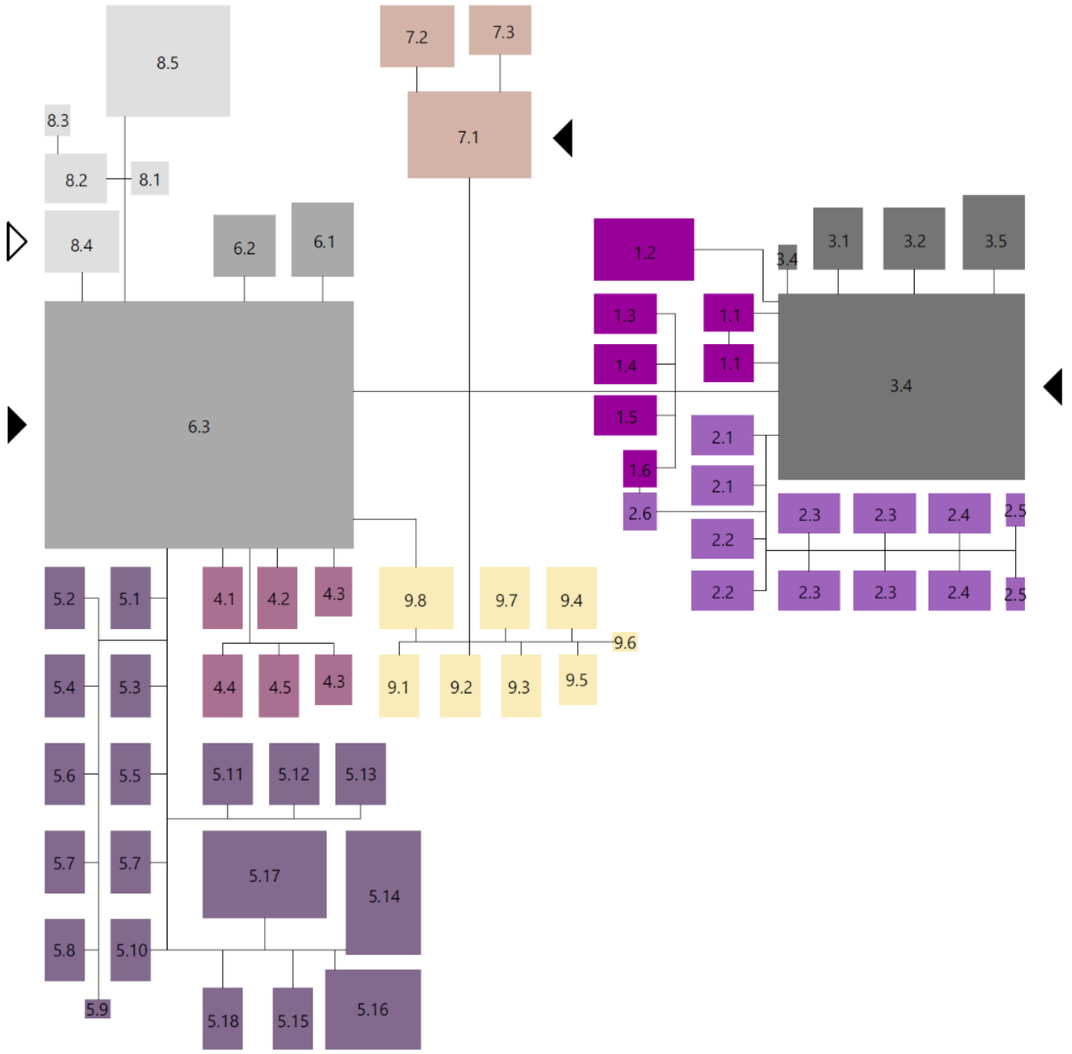
Fuajee on valgustatud avalik ala, mis on läbi kahe korruse ning funktsioneerib ootealana ja kohtumispaigana. Fuajees on mugav mööbel, kus külalised saavad lõõgastuda ning nautida vaateid loodusele. (Sell, 2019)

Sisemised avalikud koridorid on kaetud maast laeni klaasiga, millele on loodud võimalused ronitaimede kasvuks, et vähendada päikesevalgusest tingitud ülekütmist. Hoone on viimistletud kohalike materjalidega ning interjööris on kasutatud rahulikke värve, et patsiendis tekiks äratundmisrõõm. (Sell, 2019)

Rõhku on pandud ka roheala vaadetele ja loomulikule valgusele. Esimese korruse palatitest on võimalik liikuda välitegevusaladele. Teise korruse palatitel on lodžad. Patsientide koridorides on suured kunstiteosed, mis kujutavad maastiku ning samuti aitavad haigetel end positsioneerida. (Sell, 2019)

Antud haiglat peab autor salutogeneetilise arhitektuuri musternäidiseks. Vaielda võib arhitektuurse väli- ja siseilme üle, kuid arhitektid on silmnähtavalt järginud salutogeneesi põhimõtteid, mis rikastavad haigla keskkonda. Hoone fuajee mõjub pigem haridusasutuse vestibüülina või hotelli *lobby*-na, mis on taotluslik ning maandab patsientide pingeid juba asutusse sisenedes. Salutogeneetilise lähenemise tõttu on hoone mahtu loodud kolmekordsed koridori pinnad – külalistele, patsientidele ja personalile. Teooria põhiselt on antud võtete kasutamine õigustatud, kuid reaalsuses tekitab mitmekordse üldpinna projekteerimine küsimusi, rääkimata suuremast energiavajadusest. Sellise kolme-koridor-süsteemi loomisel peab hoonesisene logistika olema rangelt reguleeritud, et salutogeenne keskkond toimiks eesmärgipäraselt. Lodžade kasutamine palatites on hea lahendus, see tekitab võimaluse suhelda välise keskkonnaga privaatsemal moel. Rohelust ja sportimisvõimalusi on rakendatud rahuldavalt. Autor nõustub enamusega, kuid peab pikkade koridoride olemasolu ja roheluse puudumist interjööris selle projekti nõrgaks küljeks.

Nr	Ruumi grupp Ruumi nimetus	Ruumide arv tk	Ruumi suurus m^2	SNP kokku m^2
	Uimastihulluse ravihoone			**2 158**
	Uimastitarvitajate toimetuleku üksus			**674**
1	**Kahjude vähendamise osakonna põhiruumid**			**120**
1.1	Kahjude vähendaja/ konsultandi vastuvõturuum	2	12	24
1.2	Päevakeskus (kogemusnõustaja töökoht) koos riideabi, toiduabi ja pesemisruumiga	1	40	40
1.3	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
1.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
1.5	Välitöö spetsialisti ruum	1	16	16
1.6	Tarvikute hoiustamine	1	8	8
2	**Madala lävega esmatasandi tervishoiu osakonna põhiruumid**			**176**
2.1	Üldarsti vastuvõturuum	2	16	32
2.2	Eriarsti vastuvõturuum (sh infektsionist, psühhiaater)	2	16	32
2.3	Õe vastuvõturuum	4	16	64
2.4	Protseduuriruum	2	16	32
2.5	Abiruum	2	4	8
2.6	Tarvikute hoiustamine	1	8	8
3	**Üldruumid**			**378**
3.1	Registratuur ja garderoob			20
3.2	WC plokk, sh inva WC			25
3.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
3.4	Ootealad ja ühendusteed			300
3.5	Apteek koos abiruumidega	1	30	30
	Uimastivaba elu üksus			**1 078**
4	**Võõrutusravi osakonna põhiruumid**			**88**
4.1	Psühhiaatri vastuvõturuum	1	16	16
4.2	Üldarsti vastuvõturuum	1	16	16
4.3	Õe vastuvõturuum	2	12	24
4.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
4.5	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
5	**Rehabilitatsiooni osakonna põhiruumid**			**435**
5.1	Psühhiaatri vastuvõturuum	1	16	16
5.2	Õe vastuvõturuum	1	16	16
5.3	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
5.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
5.5	Psühhoterapeudi vastuvõturuum	1	16	16
5.6	Tegevusterapeudi vastuvõturuum	1	16	16
5.7	Füsioterapeudi vastuvõturuum	2	16	32
5.8	Kogemusnõustaja vastuvõturuum	1	16	16
5.9	Abiruum	1	3	3
5.10	Tegevusjuhendajate ruum	1	16	16
5.11	Loengute ruum	1	20	20
5.12	Muusikateraapia ruum	1	20	20
5.13	Kunstriteraapia ruum	1	20	20
5.14	Tegevusteraapia saal	1	60	60
5.15	Vesiravi ruum	1	16	16
5.16	Individuaalteraapia saal	1	50	50
5.17	Liikumisravi saal	1	70	70
5.18	Patsientide riietusruum ja pesemisruum			16
6	**Üldruumid**			**555**
6.1	Registratuur ja garderoob			30
6.2	WC plokk, sh inva WC			25
6.3	Ootealad ja ühendusteed			500
	Üksuste ühisruumid			**406**
7	**Arstikeskus**			**120**
7.1	Personali puhke- ja söögiala (eraldi sissepääs personalile)	1	70	70
7.2	Riietus- ja pesemisruumid, WC-d	1	30	30
7.3	Koosolekuruum	1	20	20
8	**Majandusruumid**			**153**
8.1	Koristuskeskus	1	8	8
8.2	Jäätmeruum	1	20	20
8.3	Kinnistu välishooldusruum	1	5	5
8.4	Valitöö mobiilse üksuse garaaž koos laadimisala sissepääsuga	1	30	30
8.5	Tehnoruumid			90
9	**Juhtimise ja tugiteenuste ruumid**			**133**
9.1	Keskuse juhataja kabinet	1	16	16
9.2	Juhiabi kabinet	1	16	16
9.3	Keskuse haldusjuhi kabinet	1	16	16
9.4	Infotehnoloogiateenistuse ruumid (koos serveriruumiga)	1	20	20
9.5	Personali töötaja	1	12	12
9.6	Abiruum	1	3	3
9.7	Koosolekuruum	1	20	20
9.8	Haigla arhiiv	1	30	30



Joonis 29. Autori koostatud uimastihulluse ravihoone ruumiprogramm (autori joonis), ruumiprogrammi tabel suuremalt Lisas 1.

4 UIMASTIHULLUSE RAVIKOMPLEKSI PROJEKTI TINGIMUSED

Peatükk annab lähteandmed ja tehnilised tingimused uimastihulluse ravikompleksi projekteerimiseks. Autor on toonud välja tema hinnangul olulised alateemad, mis moodustavad ühtse terviku arhitektuurse kontseptsiooniga.

4.1 ARHITEKTUURNE ÜLDKONTSEPTSIOON

Uimastihulluse ravikompleks peab lähtuma projekteerimise hetkel kõige värskemast narkomaania vähendamise tegevuste planeerimise alusdokumentidest Eestis (magistritöö kirjutamise ajal rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 dokumendist) ja uimastitarvitamise vähendamise poliitika valgest raamatust ning selle lisadest. Vajalikud on põhjalikud monitooringud, mis määraksid ravikohtade arvud ja keskuste asukohad. Raviprogrammid peavad vastama kaasaegsetele teadus- ja tõenduspõhistele võtetele ja kohalikele vajadustele. Narkomaania ravikompleksi projekteerimise eelduseks on piisava kvalifikatsiooniga personali olemasolu, kelle erialane väljaõpe põhi- või kõrvalsuund hõlmab kokkupuudet uimastisõltlastega, mis tagab usaldusväärsema suhte patsiendi ja personali vahel.

Terviklik narkomaania probleemide lahendamise süsteem koosneb ennetusest, kahjude vähendamisest, madala lävega esmatasandi tervishoiust, sõltuvusravist, rehabilitatsioonist ja tugisüsteemist. Oluline on pakkuda uimastisõltlasele tema vajadustele vastavat teenuste komplekti, mistõttu on mõistlik koondada teenused elukohajärgseks, mis väldiks liigset suunamist eluaseme piirkonnast väljapoole. Ühe võimalusena, mis lähtub eelnevast teooriast, saavutatakse paremad ravitulemused ja eri osakondade vaheline tõhusam koostöö nii, et sõltlasele suunatud teenused liidetakse ühte hoonete kompleksi, mis tagab patsientide sujuvama lülitamise ühest teenusest teise.

Arhitektuurne kontseptsioon peab lähtuma salutogeneesi teooriast, kus keskkond on turvaline ja kodune, et uimastisõltlane tunneks end oodatult antud keskuses. Hoone ei tohi mõjuda institutsionaalselt ega diskrimineerivalt. Oluline on avatus, loomuliku valguse ja roheluse rohkus (nii sise- kui ka väliruumides). Salutogeneesi teooriast ja selle rakendamisest on täpsemalt kirjutatud peatükis 2.6. Uimastihulluse ravikompleksi projekteerimisel peab arhitekt panema end sõltlase rolli ja uurima kuidas mõjuvad erinevad ruumilised otsused sihtrühmale.

4.2 PERSONAL JA NÕUDED RUUMIDELE

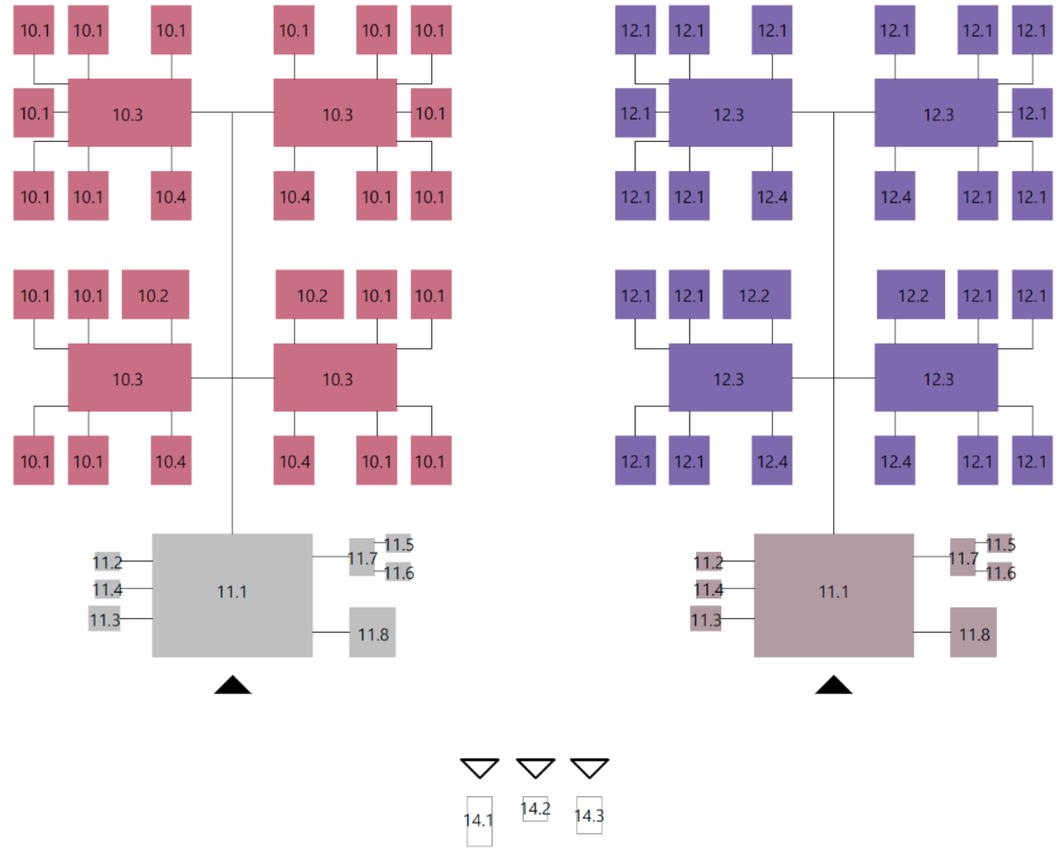
Autor on koostanud uimastihulluse ravikompleksi ruumiprogrammi näidise, mis on kujutatud joonistel 29 ja 30.

4.2.1 KAHJUDE VÄHENDAMISE OSAKOND

Kahjude vähendamise keskuse meeskonda kuulub:

- teenuse juht, kes vastutab igapäevased administratiivsete ja halduslike ülesannete korraldamise eest;
- kahjude vähendaja, kes ennetab sõltlase tervise probleeme, nõustab neid ja tegeleb süstimistarvikute jagamisega;
- sotsiaaltöötaja, kes viib läbi sotsiaalnõustamist, juhtumikorraldust, toimetulekuoskuste õpet ja tegevusjuhendamist;
- psühholoog, kes viib läbi i psühholoogilist nõustamist ja sotsiaalsete oskuste õpet;
- kogemusnõustaja, kes jagab oma teadmisi ja kogemusi olles endine sõltlane, kes on läbinud uimastisõltuvuse ravi ja/või rehabilitatsiooni. (Tervise Arengu Instituut, 2017a, lk 17-19)

Nr	Ruumi grupp Ruumi nimetus	Ruumide arv tk	Ruumi suurus m^2	SNP kokku m^2
	Ööpäevaringsed hoolekandemajad			**1 416**
	Võõrutusravi hoolekandemaja			**694**
10	**Võõrutusravi palatiploki põhiruumid**			**536**
10.1	Palat (1 voodikoht, WC, dušš)	16	13	208
10.2	Invanõuetele vastav palat (1 voodikoht, WC, dušš)	2	22	44
10.3	Patsientide ühisruum (5-6 palati peale 1, sh köök, puhkeala)	4	55	220
10.4	Järelevalvaja (õe) ruum (1 voodikoht, WC, dušš, abiruum)	4	16	64
11	**Üldruumid**			**158**
11.1	Talveaed/ sotsialiseerumisala			120
11.2	Külaliste WC	1	3	3
11.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	5	5
11.4	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
11.5	Puhta pesu ladustamisruum	1	3	3
11.6	Musta pesu ladustamisruum	1	3	3
11.7	Pesu pesemis- ja kuivatamisruum	1	6	6
11.8	Tehnoruum			15
	Rehabilitatsiooni hoolekandemaja			**704**
12	**Rehabilitatsiooni palatiploki põhiruumid**			**536**
12.1	Palat (1 voodikoht, WC, dušš)	16	13	208
12.2	Invanõuetele vastav palat (1 voodikoht, WC, dušš)	2	22	44
12.3	Patsientide ühisruum (5-6 palati peale 1, sh köök, puhkeala)	4	55	220
12.4	Järelevalvaja (õe) ruum (1 voodikoht, WC, dušš, abiruum)	4	16	64
13	**Üldruumid**			**168**
13.1	Talveaed/ sotsialiseerumisala			130
13.2	Külaliste WC	1	3	3
13.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	5	5
13.4	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
13.5	Puhta pesu ladustamisruum	1	3	3
13.6	Musta pesu ladustamisruum	1	3	3
13.7	Pesu pesemis- ja kuivatamisruum	1	6	6
13.8	Tehnoruum			15
	Hoolekandemajade ühisruumid välialal			**18**
14	**Väliala ruumid**			**18**
14.1	Jäätmeruum	1	8	8
14.2	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	4	4
14.3	Suitsunurk	1	6	6



Joonis 30. Autori koostatud ööpäevaringsete sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni hoolekandemajade ruumiprogramm (autori joonis), ruumiprogrammi tabel suuremalt Lisas 1.

Teenuse osutamise kohas peavad olema vähemalt järgmised ruumid: 2 nõustamise ruumi (pindalaga 2 x 12 m2); oote- ja/või vabaajaruum; tualettruum; lukustatav laoruum/või kapp meditsiinitarvikute hoidmiseks (sama ruumi võib kasutada tarvitatud süstalde ja nõelte hoiustamiseks). (Tervise Arengu Instituut, 2017a, lk 15)

Kahjude vähendamise teenus peab asuma kergesti ligipääsetavas kohas ja uksel on nähtaval kohal silt teenuse lahtiolekuaegadega. Vastuvõturuum ei peaks paiknema ehitise keldrikorrusel, ruumi kõrgus peab olema vähemalt 2,5 meetrit. Ruumides on lubatud kasutada neid ehitus- ja viimistlusmaterjale, mille terviseohutus on tõendatud ja mis vastavad tootja poolt ette nähtud kasutusotstarbele. Nõustamise ruum peab olema tegevusele vastava funktsionaalse lahendusega ning võimaldama privaatsust ja konfidentsiaalsust. Ruumide planeerimisel peab arvestama, et meeskonnal oleks võimalik jälgida sissepääsu ning ruumides toimuvat, va need ruumid, milles toimub individuaalne nõustamine. Kohustuslik on turvameetmete rakendamine sh valvesignalisatsiooni ja paanikanupu ning turvakaamerate olemasolu. Turvalisuse kaalutlusel peab ruumides kohal olema alati vähemalt kaks töötajat. Kõikides ruumides on nõutav tehisvalgustus. Nõustamise ruumis peab olema ka loomulik valgustus. (Tervise Arengu Instituut, 2017a, lk 15-16)

4.2.2 MADALA LÄVEGA TERVISEHOIU OSAKOND

Madala lävega esmatasandi tervishoiule kehtivad samad nõuded, mis perekeskusele, ainult selle vahega, et haigekassa kindlustus ja eelnev registreerimine pole vajalik ning kliente võetakse vastu anonüümselt. Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile on kirjeldatud sotsiaalministri määruses 29.11.2001 nr 116 (Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile, 2001).

Madala lävega esmatasandi tervishoiu tegevuskohas peavad olema vähemalt järgmised vajalikud ruumid: üldarsti vastuvõturuum pindalaga 12x2 või 16 m^2; protseduuriruum pindalaga 16 m^2; ooteruum; WC ja abiruumid. Vähemalt üks protseduuriruum peab olema kolme üldarsti kohta. Lisaks on oluline projekteerida ka ruumid eriarstidele, näiteks infektsionistile ja psühhiaatrile, kelle teenused on olulised uimastisõltlastele. Vastuvõtu- ja protseduuriruumid ei tohi paikneda keldrikorrusel, see tähendab korrusel, kus põrand on madalamal maapinnast rohkem kui pool ruumi kõrgusest ja ruumides, mille kõrgus on alla 2,5 m. Ruumides on lubatud kasutada neid ehitus- ja viimistlusmaterjale, mille tootja sertifikaadi on aktsepteerinud Terviseamet. Kõikides ruumides on nõutav tehisvalgustus. Vastuvõtu- ja protseduuriruumides peab olema ka loomulik valgustus. (Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile, 2001)

4.2.3 SÕLTUVUSRAVI OSAKOND

Vastavalt sotsiaalministri määrusele 08.11.2011 nr 48 (määrus on aegunud, kuid uut ei ole kehtestatud, mistõttu autor lähtub viidatud määrusest) moodustab sõltuvusraviplaani koostamiseks sõltuvusravi kohaldav tervishoiuteenuse osutaja vähemalt neljaliikmelise sõltuvusravi meeskonna, kuhu peavad kuuluma järgmised spetsialistid: tervishoiutöötajana registreeritud psühhiaater; tervishoiutöötajana registreeritud õde; psühholoogilise nõustamise pädevust omav, soovitavalt kliinilise psühholoogia kutsestandardile vastav isik ja sotsiaaltöö alal pädevust omav isik. Psühhiaater ja psühholoogilise nõustamise pädevust omav isik peavad olema läbinud psühhoteraapia väljaõppe. (Sõltuvusravi kohaldamise ravi- ja rehabilitatsiooninõuded, 2011)

Sõltuvusravi tervishoiu teenuste ruumidele ei ole kohaldatud nõudeid Riigi Teatajas ega Tervise Arengu Instituudi lepingute teenuste kirjelduses, mistõttu autor määrab antud ruumidele samad nõuded, mis kehtivad madala lävega esmatasandi tervishoiule. Soovitatav on projekteerida vastuvõturuumid vähemalt 16 m^2 suurused, et vajadusel saaks nõustada sõltlast koos lähedastega.

4.2.4 REHABILITATSIOONI OSAKOND

Rehabilitatsioonimeeskonda peavad kuuluma minimaalselt järgmised spetsialistid:

Joonis 31. Ravikompleksi tervishoiutöötajad (autori joonis)

- tervishoiutöötaja, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus psühhiaatrias ning kes on registreeritud tervishoiutöötajate riiklikus registris ja kes soovitatavalt omab eelnevat kogemust töös sõltuvusprobleemidega isikutega;
- psühholoog, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus psühholoogias ning soovitatavalt vastavus kliinilise psühholoogia kutsestandardile või sellele vastav kvalifikatsioon ning kes soovitatavalt omab eelnevat kogemust töös sõltuvusprobleemidega isikutega;
- sotsiaaltöötaja, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös ning kes soovitatavalt omab eelnevat kogemust töös sõltuvusprobleemidega isikutega;
- vähemalt ühel rehabilitatsioonimeeskonna liikmel peab olema psühhoteraapia väljaõpe ning soovitatavalt väljaõpe mõnes tunnustatud mitteverbaalse teraapia meetodis;
- lisaks eelnevalt loetletud spetsialistidele võivad rehabilitatsioonimeeskonda kuuluda veel teisi spetsialiste. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 7)

Rehabilitatsioonialaste tegevuste läbiviimiseks peab olema tagatud ruumide kooslus, mis on vajalik individuaalse ja grupinõustamise läbiviimiseks. Individuaalseks tööks kasutatav ruum peab olema minimaalselt 12 m^2 ning grupitööks kasutatav pindala peab olema minimaalselt 16 m^2. Samuti peavad olema tagatud tingimused, sealhulgas vahendid erinevate teraapiate läbiviimiseks. Teenuse osutaja peab tagama vajaliku ruumide mööbli ja inventari, mis võimaldab ruumide sihipärast kasutamist. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 7-8)

Lisaks nõustamisruumidele peab projekteerima ka ruumid, kus on võimalik läbi viia järgmiseid teenuseid: mitteverbaalsed teraapiavormid (sealhulgas kunsti- ja muusikateraapia), kehalise tegevuse arendamine (sealhulgas füsioteraapia), tööharjutused ja sotsiaalsete toimetulekuoskuste arendamine. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 4-5)

4.2.5 ÖÖPÄEVARINGSED SÕLTUVUSRAVI JA REHABILITATSIOONI HOOLEKANDERUUMID

Statsionaarses ravis viibivatel sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni patsientidele osutatakse samu teenuseid, mis ambulatoorsetele haigetele, mistõttu peavad hoolekanderuumid asetsema vastavalt sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni osakondade läheduses.

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab kindlustama piisava personali tagamaks ööpäevaringse järelevalve rehabilitatsiooniteenust saavate isikute üle. Järelevalve teostamiseks ning rehabilitatsioonil viibivate isikute tegevuste juhendamiseks peab olema ööpäevaringselt vähemalt kaks töötajat, kelleks võivad olla pedagoogilise, sotsiaal-, õendus-, hooldus- või tegevusjuhendamise alase ettevalmistusega spetsialistid. (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 7)

Ööpäevaringse rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks peab rehabilitatsiooniteenuse osutaja omama majutusettevõtte luba ning ruumide tingimused peavad vastama turismiseaduse § 19 lõike 4 alusel majutusettevõttele kehtestatud nõuetele vähemalt puhkemajale kehtestatud nõuete ulatuses (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 8). Juhul, kui rehabilitatsiooniteenuse osutajal on tegevusluba statsionaarse psühhiaatrilise abi osutamiseks, ei ole majutusettevõtte luba nõutav (Tervise Arengu Instituut, 2019, lk 8). Salutogeneetilisest aspektist lähtudes majutatakse patsiendid privaatsetesse palatitesse, kus igal palatil on oma vannituba. Ühisruum puhkeala ja köögiga luuakse maksimaalselt 5-6 inimesele. Oluline on projekteerida ka pesu pesemise, kuivatamise ja hoiustamise ruumid. Ühekohalise majutusruumi suurus on vähemalt 6 m^2 (Nõuded majutusettevõttele, 2012).

Ööpäevaringse sõltuvusraviteenuse ruumide kohta ei ole esitatud nõudeid Riigi Teatajas ega Tervise Arengu Instituudi lepingute teenuste kirjelduses, mistõttu autor kohaldab antud ruumidele samad nõuded, mis kehtivad ööpäevaringse rehabilitatsiooni hoolekanderuumidele.

	ENERGIATÕHUSUSARVU PIIRVÄÄRTUS	VENTILATSIOONI VÄLISÕHU VOOLUHULK
RAVIHOONE	100 kWh/(m^2a)	2 l/(sm^2)
HOOLEKANDEMAJAD	145 kWh/(m^2a)	1 l/(sm^2)

Joonis 32. Ravihoone ja hoolekandemajade energiatõhususe ja sisekliima normid (autori joonis)

4.3 ENERGIATÕHUSUS JA SISEKLIIMA

Vastavalt ettevõtlus- ja infotehnoloogiaministri määrusele 11.12.2018 nr 63 peavad hooned vastama energiatõhususe miinimumnõuetele. Magistritöö kirjutamise hetkel kehtis riigi, kohaliku omavalitsuse üksuse või avalik-õigusliku juriidilise isiku kasutuses või omandis oleva sisekliima tagamisega hoonele liginullenergiahoonele esitatud nõuded. Seejuures ravihoone energiatõhususarvu piirväärtuseks on 100 kWh/(m^2·a) ja majutushoone (hoolekandeasutus) energiatõhususarvu piirväärtuseks on 145 kWh/(m^2·a). (Hoone energiatõhususe miinimumnõuded, 2018)

Energiatõhususe miinimumnõuetele vastav hoone peab päikesekiirgusest tuleneva ülekuumenemise vältimiseks vastama suvise ruumitemperatuuri nõuetele. Hoone välispiire peab olema piisavalt soojustatud, et tagada energiatõhususe ja ruumi soojusliku mugavuse nõuete täitmine. Kui välispiirde soojusläbivus ületab 0,65 vatti ruutmeetri ja kraadi kohta, siis tagatakse projekteerimisel ruumi soojuslik mugavus täiendava vastava otstarbega küttelahenduse või muu tehnilise lahendusega. (Hoone energiatõhususe miinimumnõuded, 2018)

Siseõhu kvaliteet tagatakse soojustagastusega sissepuhke- ja väljatõmbeventilatsiooniga. Ravihoone ventilatsiooni välisõhu vooluhulk peab olema 2 l/(s·m^2) ning majutushoonel (hoolekandeasutusel) on see 1 l/(s·m^2). Liginullenergiahoone energiatõhususarvu saavutamiseks vajalik päikeseenergiast lokaalselt taastuvenergiat tootva süsteemi osa paigaldatakse juhul, kui see on majanduslikult põhjendatud ja tehniliselt teostatav. (Hoone energiatõhususe miinimumnõuded, 2018)

Sisekliima tagamiseks järgitakse standardi EVS-EN 15251:2007 soovituslikke nõudeid sisekliimale.

4.4 LIIKUMIS-, NÄGEMIS- JA KUULMISPUUETEGA INIMESTE LIIKUMISVÕIMALUSED JA RUUMID

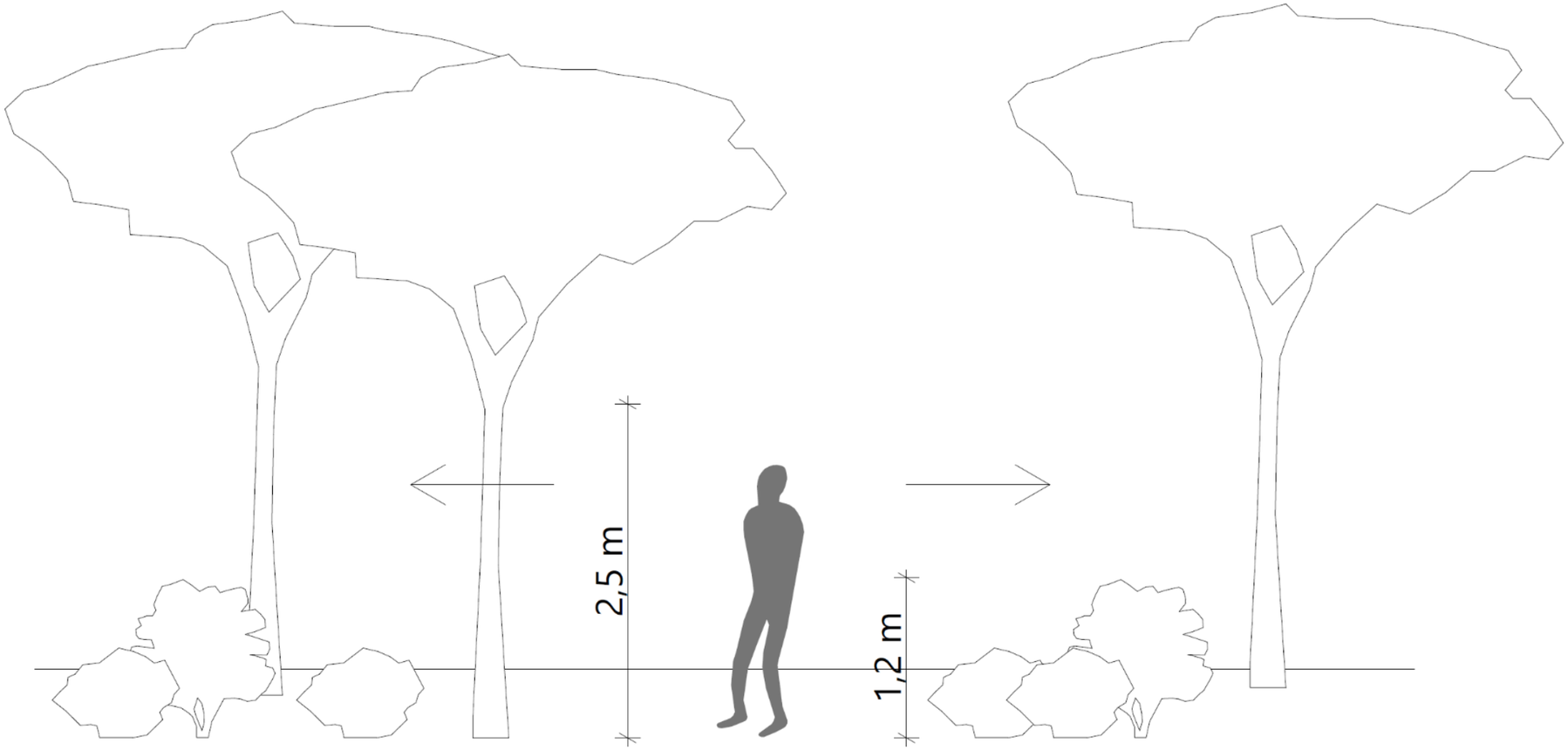
Ravihoone ja hooldekandeasutuse üldkasutatavad ruumid ja majutushoone puudega inimesele kohandatud ruumid peavad olema projekteeritud vastavalt ettevõtlus- ja infotehnoloogiaministri 29.05.2018 määrusele nr 28 „Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele“. (Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele, 2018)

Kõigile üldkasutatavatele pindadele, liikumisteedele ümber hoonete ja hoonete põhilistele sissepääsudele peab olema tagatud ehituslike takistusteta juurdepääs. Siseruumide kõigile üldkasutatavate ruumide tasapindadele peab olema tagatud juurdepääs invatõstuki või liftiga, mis vastab invanõuetele. Kõik sissepääsud hoonetesse ja sealt invatõstukile või lifti on astmeteta ligipääsetavad. Hoonetes ei tohi esineda kõrgeid lävepakke, mis takistaksid ratastoolis liiklemist. (Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele, 2018)

Ravihoones peab vähemalt üks tualettruum vastama puudega inimese erivajadusele (Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele, 2018). Ööpäevaringsesse sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni hoolekandehoonesse tuleb projekteerida vähemalt üks puudega inimese erivajadusele vastav palat, soovitavalt esimesele korrusele. Palat peab vastama määrusest tulenevatele nõuetele, mis on kohaldatud puudega inimesele kohandatud ruumile majutushoones (Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele, 2018).

4.5 HALJASTUS JA HEAKORRASTUS

Sellise asutuse nagu uimastihulluse ravikompleksi projekteerimisel kaasnevad näilised ja reaalsed turvalisuse riskid nii patsientidele, personalile kui ka piirkonna elanikele. Turvalisema keskkonna kavandamiseks tuleb planeerida ümbritsevat keskkonda nii, et see ei soosiks vandalismi ja kuritegevust.



Joonis 33. Uimastihulluse ravikompleksi puud tuleks pügada 2,5 meetri kõrguseni ja põõsad 1-1,2 meetri kõrguseks, et väliala oleks jälgitav ja pärsiks peidupaikade teket (autori joonis)

Turvalisuse suurendamisel tuleb maastikku kujundada nii, et nähtavus oleks tagatud. Kasutada ei soovitata suuri nähtavust takistavaid taimi või objekte, mis takistavad tänaval olevate inimeste või hoonetest välja vaatajate nähtavust. Avatud vaade, mille ees ei ole takistusi, sobib ideaalselt jälgimiseks. (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 27)

Projekti koostamisel peavad olema lahti kirjutatud kavandatava kõrg- ja madalhaljastuse pügamise ning korrashoiu nõuded. Puud tuleks pügada maapinnast vähemalt 2,5 meetri kõrguseni. See tagab hea nähtavuse ning vähendab võimalusi kurjategijatel enese peitmiseks. Põõsad soovitatakse pügada madalaks (umbes 1–1,2 meetri kõrguseks maapinnast). See ei võimalda kurjategijal end põõsaste taha peita. Kõrgete põõsaste või lopsaka lehestikuga puude istutamine hoone välisuste kõrvale ei ole turvaline, kuna see on võimalik peidupaik potentsiaalsetele kurjategijatele. (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 27)

Kõnniteed on esteetilisemad kui nende kujundamisel on kasutatud haljastust. Turvalisuse tagamiseks on kõnniteede äärde sobilik kavandada madalaid dekoratiivpõõsaid (kuni 1,2 meetri kõrgused). Kõrgemad põõsad tuleks kujundada teeradadest eemale. (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 27)

Välialadele tuleb kujundada piisavalt valgustust, et tagada hea nähtavus ka pimedas. Elamupiirkondadesse ei ole turvaline kujundada kõrvalisi valgustamata kõnniteid ega väikeseid teeradasid. Samuti tuleb meeles pidada, et tänavavalgustusposte ei ole sobiv kavandada puude lähedusse, kuna puuvõrad võivad valgust varjata. Oluline on kujundada valgustust piisavalt, et võimalikud probleemsed piirkonnad oleksid korralikult valgustatud. Nendeks aladeks on maja sissekäik, teed, nurgad ja trepid. Tuled peavad alasse sisenemisel automaatselt süttima. (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 27)

Piirkondades, kus piirded on lubatud, soovitatakse kasutada õlakõrgust läbipaistvat piiret, mis eraldaks privaatsemat tagaaeda ja hoone ees asuvat poolavalikku ja avalikku tänavaruumi. Soovimatute inimeste sisenemise takistamiseks on võimalik kasutada läbimatuid dekoratiivpõõsaid (näiteks okastega põõsaliike) kas omaette või koos aiaga. Takistamaks sissetungijate juurdepääsu akendele on võimalik alumise korruse akende all kasutada madalaid okkalisi dekoratiivpõõsaid. Turvalisuse tagamiseks ei ole soovitav vahetult hoone kõrval kasutada kujunduselemente, mis võimaldavad juurdepääsu rõdule, teisele korrusele või üle aia (nt ronitaimed, pingid, suuremahulised skulptuurid jne). (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 27)

Joonis 34. Projekti asukoht Paldiski maantee poolt (autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 35. Projekti asukoht Merimetsa poolt (autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 36. Hinnanguline narkootikume süstivate inimeste arv Tallinna erinevates piirkondades. Kontsentratsioon kõige kõrgem Kopli, Sitsi, Karjamaa ja Pelguranna asumis – 23% kõigist uimastite süstijatest Tallinnas (autori joonis, andmed (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 33)

Joonis 38. Kõrghaljastusega rohealad Põhja-Tallinna linnaosas (autori joonis)

Joonis 37. Ühiskondlike ja puhkeehitiste ala Tallinna üldplaneeringu järgi, musta kontuuriga kinnistutel tervishoiu ehitised (autori joonis)

Joonis 39. Projekti asukoht Tallinnas (autori joonis)

5 PROJEKTI ASUKOHT

Uimastihulluse ravikompleksi rajamisel on asukoha valimine üks kõige kriitilisemaid tegureid. Autor lähtus nii teaduspõhistest faktoritest kui ka linnaplaneeringulistest aspektidest. Vastupidiselt arvamusele, et uimastisõltlastele mõeldud asutused tuleb isoleerida teistest inimgruppidest, on teaduslikult on tõestatud, et kahjude vähendamise eesmärgil peab teenused tooma võimalikult lähedale narkosõltuvuses olevatele inimestele. Ravikompleksi kasutavad nii statsionaaris viibivad inimesed kui ka ambulatoorset ravi vajajad ja süstlavahetuspunkti külastajad, seetõttu on oluline, et teenused oleksid lihtsasti kättesaadavad arvestades vahemaa pikkusega võimaliku patsiendi kodust ravikompleksini (Mennis, Stahler, & Mason, 2016). Seda toetab ka fakt, et kuigi uimastisõltlasel on suure tõenäosusega nakkushaigus (sugulisel või vere teel leviv haigus) ning ohustab sellega oma ligimesi, siis on ta ükskõikne oma tervise suhtes (vt 2.3 Haigla distsipliin ja uimastisõltuvus), mistõttu tuleb ligipääsetavus teenustele teha võimalikult kergeks. Teiseks, on tõestatud, et teraapilist ravi soodustab looduse kohalolu ja rahulik keskkond, mis aitab korrastada mõtteid (Maikov, 2011). Keskkonnas, mis on eraldatud mürast ja häirivatest teguritest, saab kogeda päikest, temperatuuri, tuult, lõhnu ja loodushelisid ning see tõstab patsiendi heaolu. Arvestada tuleb ka sellega, et piirkonna elanike toetuse tagamiseks on parim kahjude vähendamise keskuse (osa ravikompleksist) rajamise asukoht selline, mis häiriks piirkonna elanikke kõige vähem, st keskus ei asuks alaealiste haridusasutuste ja meelelahutusasutuste vahetus läheduses (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 8).

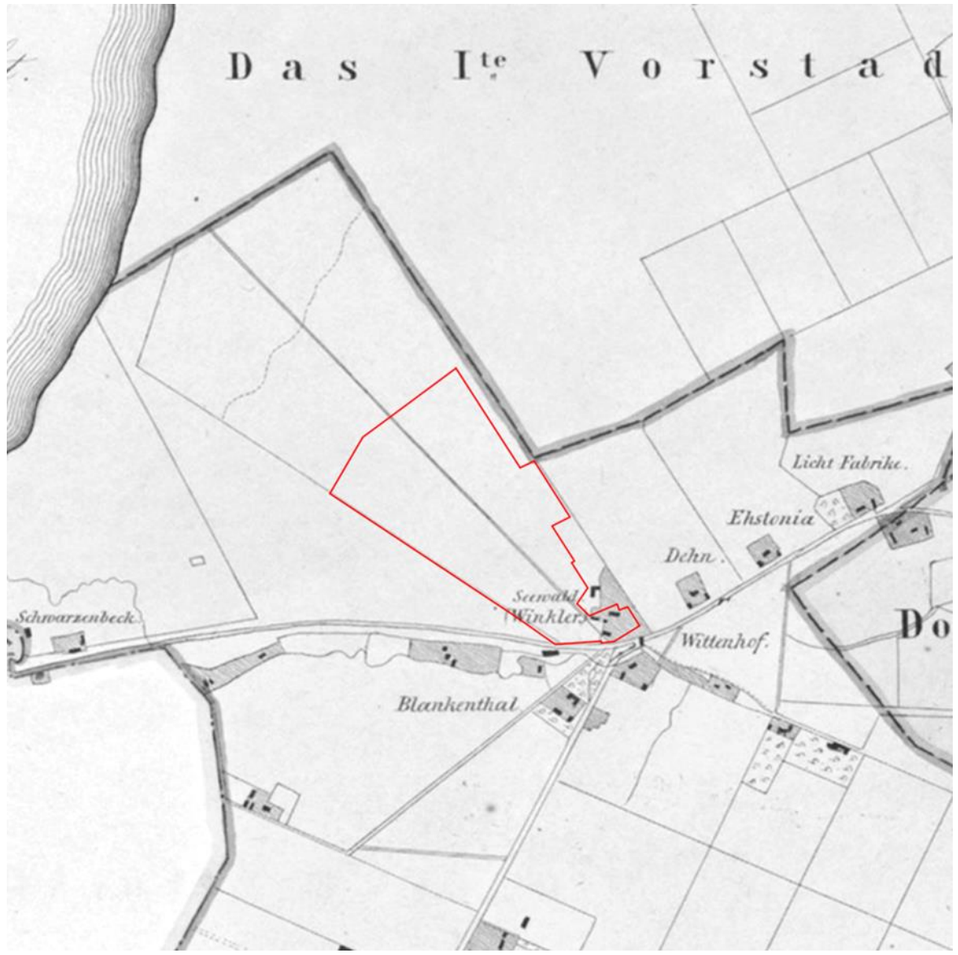
Lähtuvalt eelnevast ja tõsiasjast, et Eesti 2/3 süstivatest narkomaanidest elab pealinnas, otsis autor kinnistut, mis asuks Tallinnas ning mida ümbritseks rohke rohelus. Lisaparameetriks oli ka maa-ala sihtotstarve, mille järgi võib krundile ehitada tervishoiuehitisi. Tervise Arengu Instituudi riskianalüüsi kohaselt elavad narkootikume süstivad inimesed peamiselt Lasnamäel ja Põhja-Tallinnas, mõlemas linnaosas 33% kõigist Tallinnas süstivatest uimastisõltlastest (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 31). Kõige suurem kontsentratsioon narkootikume süstijatest inimestest asub Kopli, Sitsi, Karjamaa ja Pelguranna asumis, see on 23% kõigist uimastite süstijatest Tallinnas (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 31). Põhja-Tallinnas on üldistatult kaks piirkonda, mille maa-ala sihtotstarve lubab ehitada tervishoiu ehitisi – Pelgulinna Sünnitusmaja asukoht (koos PERH verekeskuse ja Põhja-Eesti Taastusravikeskusega) ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Seewaldi kompleks. Autori järeldusel on Paldiski maantee 52 kinnistu optimaalseim asukoht Tallinnas , mille sümbioos poolprivaatsest parkmetsast ja lähedus piirkonnas elavatest uimastisõltlastest loovad soodsad tingimused ravikompleksi rajamiseks. Paldiski maantee 52 maa-ala ehk Seewaldi kinnistu valikut toetab ka asjaolu, et tegemist on ajalooliselt väljakujunenud raviasutuse piirkonnaga, kus ühe ravimeetodina on samuti kasutatud looduslikku keskkonda.

Magistritöö projekti asukohaks valitud Tallinnas asuval SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Seewaldi kompleksil paikneb Eesti suurim psühhiaatrilist abi andev raviasutus. Psühhiaatriakliiniku kolimisest on räägitud ammu, uuteks asupaikadeks on pakutud Keila haiglat, Hiiu onkoloogiakeskust kui ka Mustamäe meditsiinilinnakut. PERH sõlmis 31. oktoobril 2018. aastal psühhiaatriakliiniku uue hoone projekteerimistööde lepingu Novarc Group AS-iga (Seewald jääb minevikku: psühhiaatriakliinik kolib Mustamäele). Tänapäevane hoone ehitatakse Mustamäe meditsiinilinnakusse ning see valmib 2023. aastal (Seewald jääb minevikku: psühhiaatriakliinik kolib Mustamäele). Antud olukorras tekib võimalus pakkuda Paldiski maantee 52 krundile uus funktsioon.

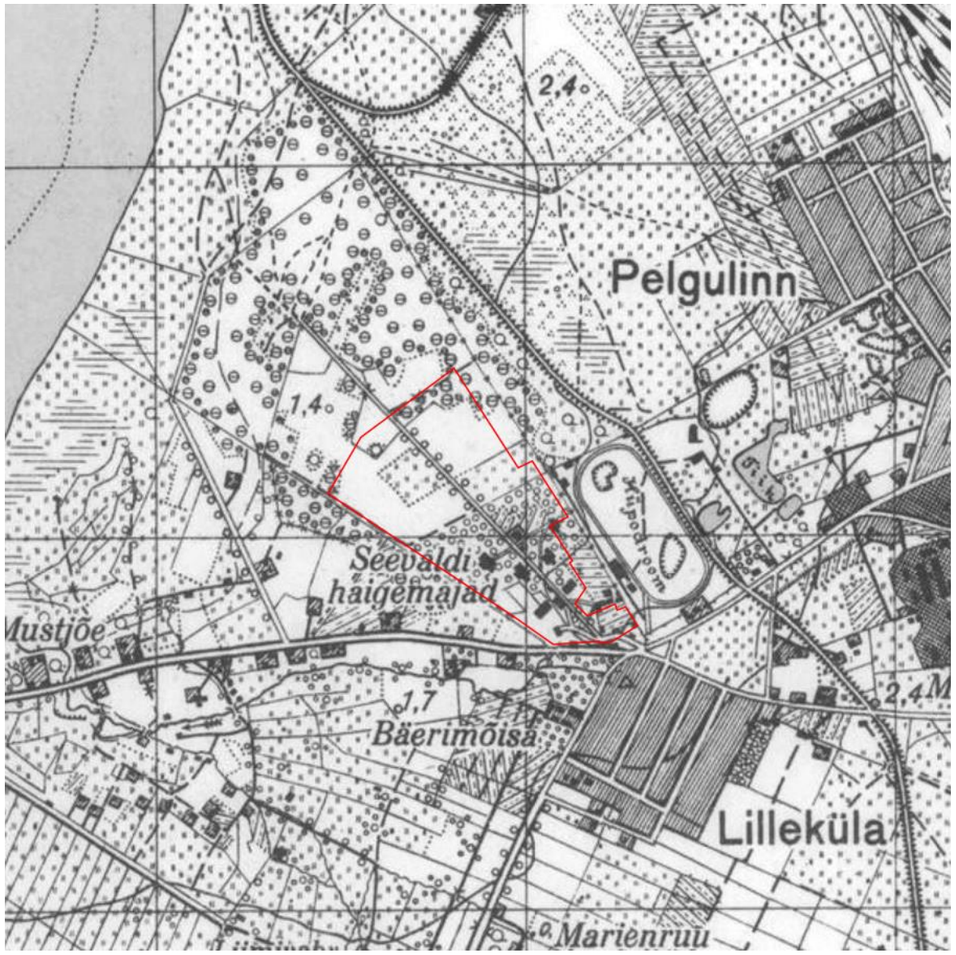
5.1 AJALOOLINE ÜLEVAADE

Seewaldi haiglakompleksi ehitas 1897. aastal loodud Eestimaa Vaimuhaigete Hooldamise Selts. Algul kavatseti see ehitada Paldiskisse, siis aga saadi paruness Marie Girard de Soucantonilt kingiks ligi 11 000 ruutmeetrit suur krunt Paldiski maantee äärde endise suvemõisa maa-alale Seewaldisse (Merimetsa). (Hallas-Murula, 2010, lk 51)

Seewaldi vaimuhaigla avati 1903. aasta sügisel. Seewald oli tsaaririigi edumeelsemaid haiglaid, kus rakendati moodsa psühhiaatria uus suundi. Vaimuhaigeid ei peetud sel ajal enam lootusetuteks hulludeks, neisse hakati suhtuma kui haigetesse, kes vajavad abi ja individuaalset lähenemist. Rahutuid ja rahulikumaid vaimuhaigeid hakati üksteisest eraldama, kasutusele võeti tööteraapia. Arhitektuuris peegeldus uus suund haiglate



Joonis 41. Fragment Tallinna linna kaardist aastal 1865 (Schmidt & von Ulrich, 1865), Seewaldi alal S. R. Winkleri suvemõisa kompleks, mis hiljem kuulus G. de Soucantonile (Hallas, 1990, lk 45), punase joonega märgitud tänane krundipiir



Joonis 40. Fragment Harjumaa topograafilisest kaardist aastal 1926, kaardil Seewaldi haigemajad (Rosenberg, 1926), punase joonega märgitud tänane krundipiir

vanglalikkuse vähendamises, moodsa arhitektuurikeele ja muude tehnoloogiliste uuenduste kasutamises. (Hallas-Murula, 2010, lk 52)

Esimesteks kapitaalseteks haiglahooneteks olid neli suurt paekiviehitist: kaks ravikorpust (meestele ja naistele, kummaski 35 kohta), majandushoone köögi, pesula ja teenistujate ruumidega ning katlamaja-elektrijaam. Majades oli toidu- ja pesuliftid, kanalisatsioon, auruküte, ventilatsioon ja elekter (Hallas-Murula, 2010). Need hooned projekteeris 1901. aastal Tallinna arsti Karl von Howeni insenerist poeg Axel von Howen. Seewaldi haigla hooned olid krohvita peafassaadiga ning sisemise tellisvooderdusega ehitised. Sellega püüti vältida kasarmu või haigla ilmet. (Hallas, 1990, lk 45-46)

Lisaks kapitaalsetele peahoonetele projekteeris A. v. Howen 1903. aastal ka väikese puidust kabeli, mis ehitati sissepääsu lähedale. Sealsamas on ka suvemõisa kompleksi kuulunud peahoone koos kõrvalhoonetega, mis kohandati ümber vaimuhaigla ansamblisse. (Hallas, 1990, lk 47)

Axel von Howeni poolt koostatud hoonete paigutuse üldplaan nägi ette tulevikus veel kolme ravikorpuse ehitamise. Need olid mõeldud paigutada paekivihoonetest ettepoole, kogu kompleksi avaakordiks aga pidi saama uus kontorihoone, mille ehitamiseni jõuti tegelikult alles Nõukogude ajal. Kui uute haiglahoonete ehitamine 1907. aastal päevakorda tuli (seoses kõigi Eestimaa kubermangu vaimuhaigete koondamisega Seewaldisse), siis otsustati hooned paigutada siiski krundi sügavusse. (Hallas, 1990, lk 48)

Jacques Rosenbaumi projekti järgi ehitatud neli uut vahverkviiludega heimatstiilis haiglahoonet olid Axel von Howeni loominguga võrreldes veel üks samm edasi. Haiglakorpused oli hajutatud parkmetsa sügavusse ning arhitektuurilt meenutasid need rahumeelseid villasid. Trellid olid osavalt peidetud juugendstiilile omastesse tihedasti raamistatud aknajaotustesse (need kavandas Rosenbaum ise) ning palatite seintel olid koguni maalid. Hullusärke Seewaldis ei lubatud kasutada ja paljud haiged tohtisid haigla territooriumil vabalt liikuda. Ulatuslikult rakendati tööteraapiat: naised tegelesid käsitöö ja aiandusega, mehed osalesid väikeehitustöödel, rajasid kanalisatsioonikraave ning valmistasid haigla töökojas lihtsamat mööblit. (Hallas-Murula, 2010, lk 52)

Rosenbaumi nelja haiglakorpuse ehitust juhatas insener Ernst Boustedt, osales ka Edgar Jacoby. Kõigi nelja hoone ehitamist alustati 1908. aasta juunis ning esimene, meeshaigete maja peateest esimene paremal, valmis 1909. aasta detsembriks. Viimane maja – priviligeeritud naispatsientide korpus – lõpetati juunis 1910 ning kõik hooned võeti komisjoni poolt vastu 12. augustil 1910. Igasse majja mahtus umbes 60 haiget. (Hallas-Murula, 2010, lk 52-54)

Kaks suuremat, keerulisema W-kujulise põhiplaaniga ravihoonet paigutati territooriumil ettepoole, kuid nende suhteliselt suur maht ei ole peateljelt kuigi hoomatav, mis oli taotluslik. Juugendstiilile iseloomulik sopiline planeering andis võimaluse palateid üksteisest piisavalt eraldada ning tuua ruumidesse rohkem valgust. Siseplaneeringus välditi kitsaid koridore ja väikeseid palateid – konge. Suuremates hoonetes olid raskemad haiged, kelle ruumid paigutati alumistele korrustele. Oli ka suuremaid tube rahulikumate haigete jaoks ning ühisruum. Järelvaatajate korterid asusid suuremates korpustes teisel korrusel. (Hallas-Murula, 2010, lk 54)

Kaks tagumist maja kummalgi pool pargi sügavuses olid väiksemad ja veelgi villalikumad. Naiste ravihoone L-kujulise hoone keskmes oli kaminasaal palmipuu ja maalidega. Kesksest ruumist viis uks otse välja väikesele päikesepoolsele terrassile. (Hallas-Murula, 2010, lk 55)

Heimatstiilis haiglakorpuse läheduses on veidi hilisemast ajast veel üks maja – doktoraat, mille Rosenbaum projekteeris 1910. aastal. See on lihtsam palkehitis, mida praegu moonutavad kohatud juurdeehitused mõlemal pool maja otstes. (Hallas-Murula, 2010, lk 55)

1912. aastal annetas E. Girard de Soucanton Seewadile suure summa, et ehitada seltskondlik maja. Haigla territooriumi vasakus osas asuv seltskondlik maja valmis 1912. aastal Soome arhitekt Bertel Liljequisti projekti järgi. See oli ühekorruseline kõrge kivikatusega maja, mille fassaad oli tähelepanuväärsete kaarportaal klaasustega. (Hallas, 1990, lk 53)

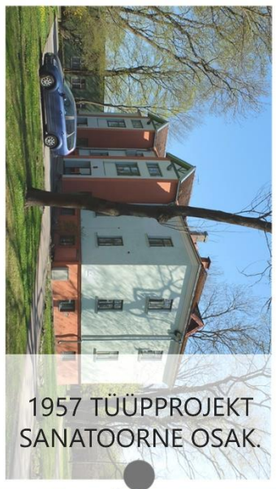
NÕUKOGUDE AEG
EI OLE KAITSE ALL

1912 - 1913
B. LILJEQUIST

1909 - 1910
J. ROSENBAUM

1903
A. V. HOWEN

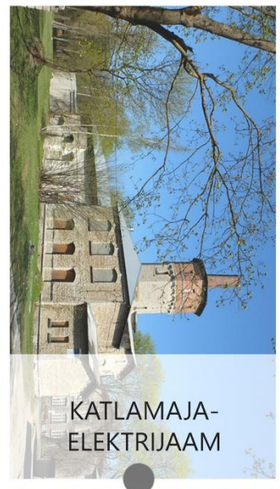
19. SAJAND



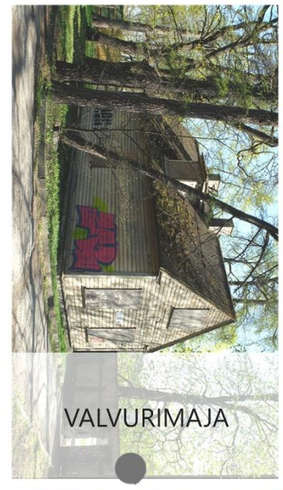
1957 TÜÜPPROJEKT
SANATOORNE OSAK.

ARSTIMAJA

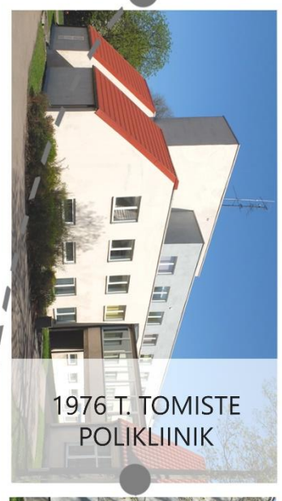
RAVIKORPUS



KATLAMAJA-
ELEKTRIJAAM

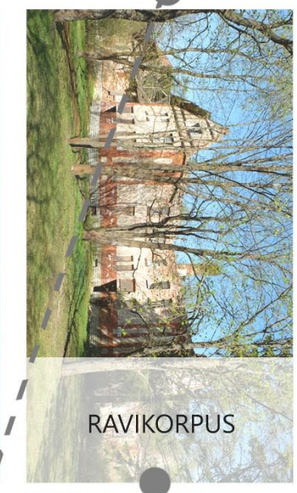


VALVURIMAJA



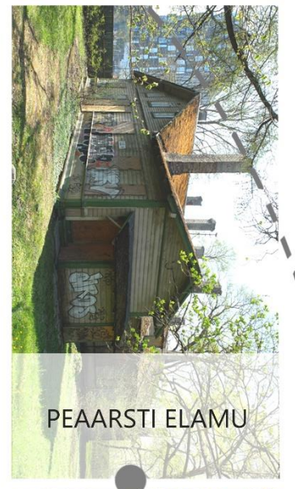
1976 T. TOMISTE
POLIKLIINIK

SELTSIMAJA



RAVIKORPUS

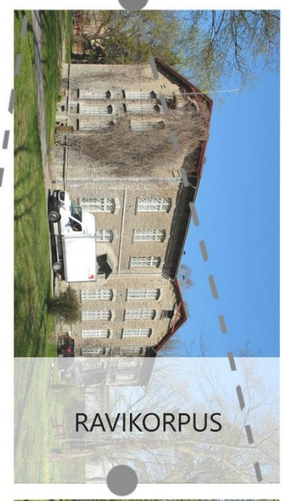
MAJANDUSMAJA



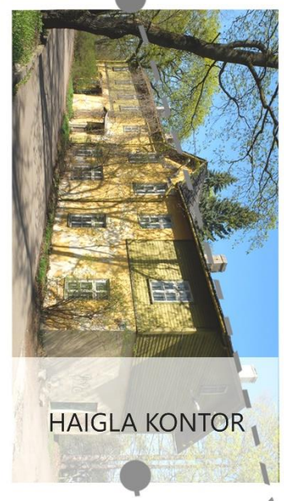
PEAARSTI ELAMU

1985 H. KARRO
RAVIKOMPLEKS

RAVIKORPUS

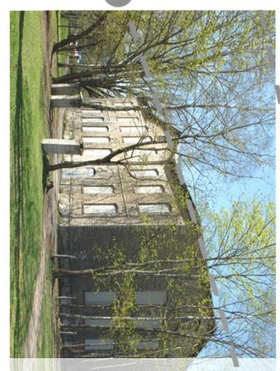


RAVIKORPUS



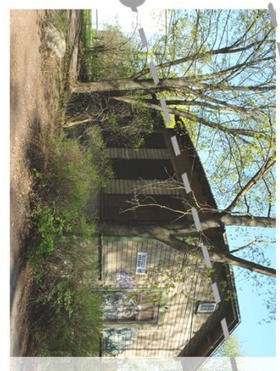
HAIGLA KONTOR

RAVIKORPUS



RAVIKORPUS

ARSTIMAJA



SURNUKUUR - KABEL

Joonis 42. Seewaldi kompleksi hoonete arhitektid, ehitusaastad ja esialgsed funktsioonid. Kõik hooned on arhitektuurimälestised va nõukogudeaegsed hooned (autori joonis, fotod, drooni foto autor Lisanna Remmelkoor)

Joonis 43. Lokomotiiv OÜ võidutöö (Seewald. Planeeringu ettepanekud, 2011)

1913. aastal projekteeris Liljequist Seewaldisse teise doktoraadi, mis ehitati hävinud puidust arstimaja asemele sissepääsu lähedal. Seegi on kõrge kivikatusega ühekorruseline mansardiga maja. Maja on nüüdseks osaliselt ümberehitatud ja ühendatud uue polikliinikukorpusega (projekt 1976, T. Tomiste), mis on ühtlasi kompleksi avaehituseks. (Hallas, 1990, lk 55)

I maailmasõda pani 350-kohaliseks paisunud haigla arengule piiri. Kodanlikul ajal jätkas asutus tegutsemist riigilaenude abil, kuid ehitustegevus piirdus vaid ümberehituste ja väiksemate laiendustega (1923 projekteeris F. De Vries uue sissesõiduvärava, 1925 majandushoone ja 1927 kontori ümberehitused). (Hallas, 1990, lk 55)

Nõukogude ajal lisandus kahekorruseline tüüpne kivimaja sanatoorseks osakonnaks (1957), 1976. aastal projekteeris T. Tomiste uue peahoone dispanseri polikliinikuga, 1984-1985. aastal H. Karro uue 250-kohalise ravikorpuse. (Hallas, 1990, lk 56)

Kultuuriministri 1997. aasta määrusega on arhitektuurimälestisteks tunnistatud kõik Seewaldi haiglakompleksi hooned, mis on ehitatud enne Nõukogude aega, kokku 16 hoonet, millest 15 asuvad PERH-ile kuuluval Paldiski maantee 52 kinnistul 78408:804:0130 (Kultuurimälestiseks tunnistamine, 1997). Tänaseks päevaks on põlenud kaks kaitse all olevat ravikorpust, enamus hoonetest pole kasutusel ning on halvas seisukorras.

2005. aastal kuulutas PERH välja Seewaldi ala planeerimiskonkurssi, mille korraldajaks oli Rein Murula AB. Võtjaks valiti arhitektuuribüroo Lokomotiiv OÜ (autorid Jüri Martson, Rasmus Reinolt ja Ivo-Martin Veelma) võistlustööga „Alleaa“. Alale olid kavandatud ajaloolist struktuuri arvestavad korterelamute grupid koos maa-aluse parklaga ning liigirikas parkmets säilitati avaliku ruumina. Antud eskiislahendust ei ole vormistatud detailplaneeringuks. (Seewaldi ala planeerimiskonkurss, 2019)

5.2 KOHA ANALÜÜS

Koha analüüsimisel on autor kasutanud Kevin Lynchi 1960. aasta raamatus „The Image of the City“ (Lynch, 1960) kirjeldatud meetodit, mis kujutab visandina inimese mentaalset pilti külastatud kohast koos sinna juurde kuuluva kirjeldusega. Visualiseerimiseks kasutatakse viite erinevat objekti, milleks on teed, piirid, piirkonnad, maamärgid ja sõlmpunktid. Joonisel 44 on kujutatud autori mentaalset linnapilti, mis on koostatud 11. veebruaril 2019. aastal.

Autor on teedena märkinud peamised sõiduteed – Paldiski maantee, Mustamäe tee, Endla tänava, Sõle tänava ja Kolde puiestee. Samuti on jämeda musta joonega märgitud Merimetsa tee rõhutades selle intensiivset kasutamist kergliiklejate poolt hoolimata puuduvast jalgteest. Peenemate joontega on märgitud terviserajad ja teed, mis on antud ümbruskonnas vähemtähtsad. Oluline on ära märkida tee, mis kulgeb piki Seewaldi kompleksi, see on väheselt kasutatav jalutajate poolt, kuigi sihilt Merimetsa teega sarnane ning palju vaiksem.

Põhilised piirid antud ümbruses on meri, mis asub põhjapool, Seewaldi roheline plankaed, Tallinna Hipodroomi ja trollidepoo piirdeaed, ja tihe kõrghaljastus võsaga, mida esineb Merimetsa tee ning psühhiaatriakompleksi vahel ning Paldiski maantee ja mere vahel. Seewaldi kõrge plankaed sõidutee ristmikul mõjub tõrjuvalt, tekitades küsimusi aia taga toimuvast. Samuti on plankaed ka piiriks olles Seewaldi kompleksi ala sees – see juhib jalutajat ning ei luba teelt kõrvale astuda. Ristmiku juures on siiski üks sissepääs/väljapääs läbi avatud jalgvärava, julgemad kasutavad seda. Sisenedes alale tankla poolt, mõjuvad piirina polikliinik, VI osakond ja nende ees paiknev silt tekstiga „ERAMAA“, jättes arutlema, kas sisenemine on lubatud tavainimesele või mitte.

Autor on välja toonud neli piirkonda – elamud, ärialad (ja muu funktsiooniga alad), rohealad ja „kahtlase mainega“ alad. Elamualadest on kriipsjoonega eristatud uusarenduse piirkonnad. Ärialad ja muu funktsiooniga (trollidepoo ja Lääne-Tallinna Keskhaigla) piirkonnad on visualiseeritud halliga. Rohealadena on märgitud Merimetsa mets ja Stroomi ranna äärne ala ning Paldiski maantee ning mere vaheline võsastunud metsaala. Lisaks on

Joonis 44. Autori koha analüüs Seewaldi alast Kevin Lynchi meetodil (autori joonis)

välja toodud Seewaldi puude allee, mis kulgeb mööda psühhiaatriakompleksi peatänavat ning mõjub ürgselt ja mõisalikult, tekitades rahustava tunde. „Kahtlase mainega" alad hõlmavad psühhiaatrihaigla kompleksi hooneid. Mahajäetud, põlenud hooned vahelduvad kasutusel olevate majadega. Kombinatsioon ürgsest parkmetsas ja räämas hoonestikust tekitab vastuolulisi tundeid – kas peaks olema valvel või saab nautida loodust?

Ala olulisemad maamärgid on Sõle tänava sünnitusmaja, kiirtoidurestoran McDonalds, turvalahendusi pakkuva firma G4Si hoone, Hipodroom, tornmajad „Telia" ja „WoHo" ning psühhiaatriakliiniku merepoolseim hoone, kus asuvad osakonnad II, IV ja VII-IX. Autor pidas oluliseks märkida maamärgiks just kinnistule viimasena ehitatud maja, sest vastupidiselt teistele hoonetele antud alal, tekitab see eelarvamusi ja kujundab filmidest tuttava pildi hullumajast. Hoone rahutud liigendused ja halb seisukord tekitavad kujutluse millestki hirmuäratavast. Hoiakut kinnitab nõukogudeaegne võrkaed, mille taga on samast kümnendist pärit, kasutusena seisev metallist atraktsioonidega mänguväljak. Kuigi antud maamärk pole üldsuse poolt tihedalt külastatav, siis inimesele, kes on juhtunud hoonet nägema, võib mõjuda see tugevalt.

Tiheda liikuvusega sõlmpunktideks võib lugeda McDonaldsi ümbrust, Mustmäe tee, Endla tänava ja Paldiski maantee sõiduteede ristmikku, kuid samuti Stroomi ranna terviserada ja Merimetsa teed. Kiirtoidurestoran on pidevalt kasutuses, sest on avatud ööpäevaringselt. Merimetsa tee on paljude tervisesportlaste poolt kasutatav ka talvel. Merimetsa tee on ühenduses Merimetsa terviseradadega ja Stroomi rannaga, mis põhjendab ka selle tihedat külastatavust.

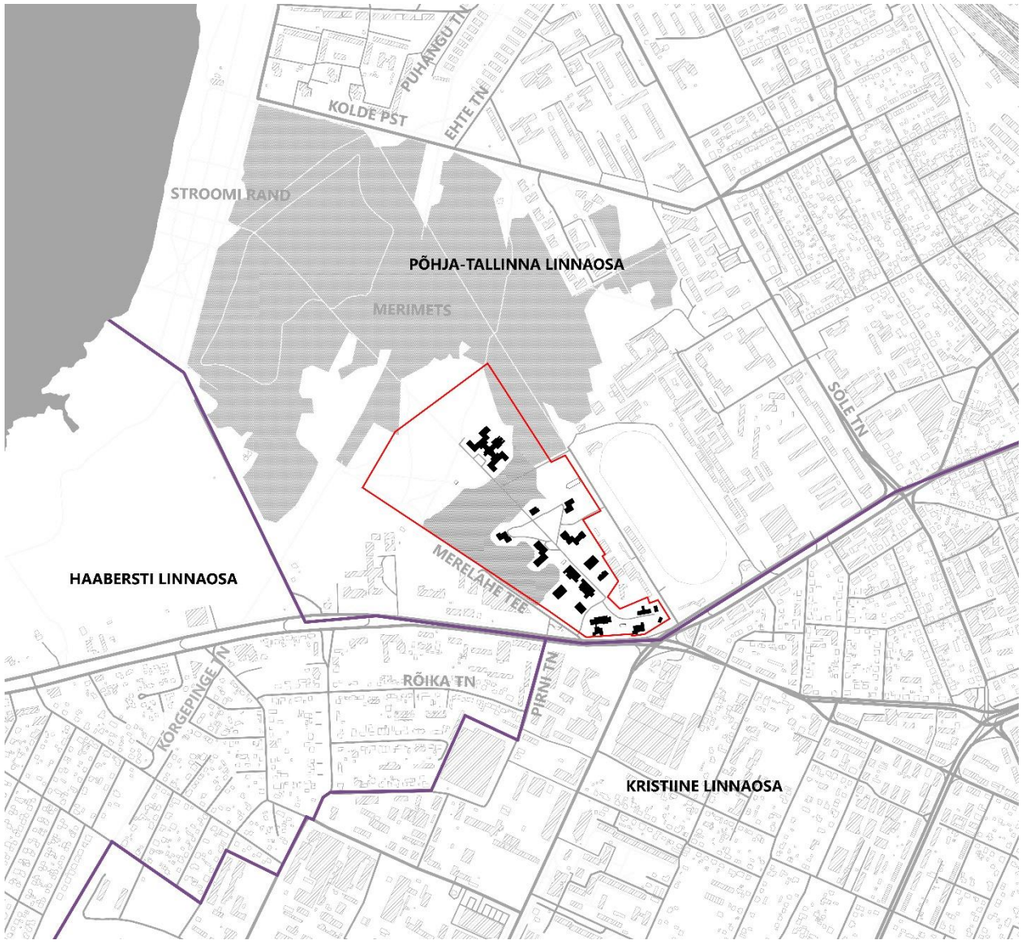
5.3 LINNAEHITUSLIK SITUATSIOON JA ANALÜÜS

Paldiski maantee 52 kinnistu 78408:804:0130 asub Põhja-Tallinnas Paldiski maantee, Merimetsa tee ja Merelahe tee vahelisel maa-alal. Kinnistu piirneb loodest ja põhjast Kolde pst 79 krundiga, idast Merimetsa teega ja Merimetsa tee 1, 1a ja 5 kruntidega, lõunast Paldiski maanteega ning läänest Merelahe teega. Maa-ala sihtotstarve on 100% ühiskondlike ehitiste maa, suurus on 24,3 hektarit.

Paldiski maantee 52 kinnistul asub SA Põhja-Tallinna Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku kompleks, tuntud ka kui Seewaldi haiglakompleks, kus on 18 hoonet, millest 15 on arhitektuurimälestised ning 9 ei ole kasutusel. Psühhiaatriakliiniku kompleksi kuuluvad järgmised osakonnad: 1) depressiivsete ja neurootiliste häirete osakond; 2) mittepsühhootiliste kriiside osakond; 3) meeste subakuutosakond; 4) naiste subakuutosakond; 5) akuutosakond; 6) kaksikdiagnoosiga patsientide päevaravi osakond; 7) laste- ja noorukite psühhiaatria osakond; 8) üldpsühhiaatria osakond ja 9) esmaste psühhooside integratiivravi osakond.

Kinnistu kontaktvöönd hõlmab osaliselt kolme linnaosa – Põhja-Tallinna, Haabersti ja Kristiine – territooriumi. Põhja-Tallinna Valitsuse haldusalas on Paldiski maantee 52 kinnistust põhja, itta ja läände jäävad maa-alad. Põhjapool asub üldkasutatav Merimetsa parkmets, mis omakorda piirneb loodest Stroomi rannaga. Vastavalt Põhja-Tallinn üldplaneeringule YP000060 (koostamisel) on Merimetsa roheala kohaliku kaitse all, seda iseloomustab maastikuline mitmekesisus ja liigirikkus. Antud ala on selle piirkonna väärtuslik rekreatsiooniala. Paldiski maantee 52 kinnistu on ühendatud parkmetsaga terviseradade näol.

Idasuunal, Sõle tänava, Paldiski maantee ja Merimetsa tee vahelisel alal on erineva funktsiooniga kvartalid. Sõle tänava äärses osas asuvad 5-korruselised hruštšovka tüüpi kortermajad. Nendest edelapool asub trollidepoo ja Tallinna Vesi peakontor. Merimetsa tee ääres, Paldiski maantee 50 maa-alal on sotsiaal- ja ärimaa sihtotstarbega krunt, kus asub Tallinna Hipodroom. Krundi suuruseks 15,7 hektarit ja seal paiknevad 7 hobusetalli, kaalumaja, sepikoda, totalisaatorpaviljon koos tribüüniga ja sõnnikuhoidla. Paldiski maantee 52 krundiga piirnevad Merimetsa tee 1, 1a ja 5 kinnistud. Merimetsa tee 1 kinnistu on ühiskondlike ehitiste maa ning seal paikneb 4 hoonet, millest üks on 1-kordne muinsuskaitse all olev Seewaldi suvemõisa ait, Merimetsa tee äärne hoone on 2-kordne



Joonis 46. Paldiski maantee 52 kontaktvööndi kuuluvate linnaosade haldusterritooriumid (autori joonis)

Joonis 45. Linna- (tumelilla) ja maakonnaliinid (helelilla) tagavad Seewaldi kompleksiga hea ühenduse (autori joonis)

ning pakub sotsiaalabi teenuseid. Merimetsa tee 1a on ärimaa, kus tegutseb ettevõte Vooder & Co OÜ, mis tegeleb plastikust ehitustarvete müügiga. Merimetsa tee 5 krunt on sihtotstarbeta maa.

Samuti on Paldiski maantee 52 läänesuunal paiknev kontaktvöönd eriilmeline. Paldiski maantee 54 krundil paikneb Neste automaattankla. Paldiski maantee 56 kinnistul on parklaga 1-korruseline Merimetsa Selver. Paldiski maantee 56 maa-alalt läände jäävad ärimaad ning 2-korruseline sotsiaalmaja. Merelahe tee 8/ Paldiski maantee 66/ 68 kinnistul asub Lääne-Tallinna Keskhaigla kompleks koos nakkuskliinikuga. Paldiski maantee 52 krunt on ühenduses antud alaga Merelahe tee ja Paldiski maantee kaudu, samuti Merimetsa terviseradade abil.

Paldiski maantee 52 krundi kagu- ja lõunaosas ehk Paldiski maantee vastaspoolel on Kristiine linnaosa haldusterritoorium. Kaguosas on peamiselt elamumaa sihtotstarbega kinnistud. Paldiski maantee äärde jäävad kuni 4-korruselised hooned. Endla tänav 77 kinnistul on 2-korruseline puidust elamu. Mustamäe tee 3/ 3a krundile on hiljuti ehitatud kaks tornmaja, kus ühes tegutseb telekommunikatsiooniettevõte Telia ning teine on äri- ja elamufunktsiooniga hoone „WoHo“. Lõunaosas, Paldiski maantee ja Mustamäe tee vaheline kvartal on kuni Pirni tänavani Kristiine linnaosa haldusterritoorium. Kruntide maakasutus on seal peamiselt äri- ja tootmisfunktsiooniga. See on endine Talleksi territoorium, kus praegu asub mitu sõiduautode müügiga tegelevat ettevõtet.

Pirni tänava läänepoolne külg ja Paldiski maantee äärne hoonestus jääb Haabersti linnaosa territooriumile. Paldiski maantee 75, 77a ja 79 kruntidel on vastavalt 5-korruseline, 9-korruseline ja 2-korruseline korterelamu. Paldiski maantee 77 krundil on 1-korruseline Mustjõe kauplus. Paldiski maantee 81 krundil asub 5-kordses hoones Terviseamet. Tallinna Mustjõe Gümnaasium koos staadioniga asub Paldiski maantee 83 aadressil. Rõika tänava ääres on üksikelamute kvartal, kus on 2-korruselised hooned.

5.3.1 KEHTESTATUD JA MENETLUSES OLEVAD DETAILPLANEERINGUD

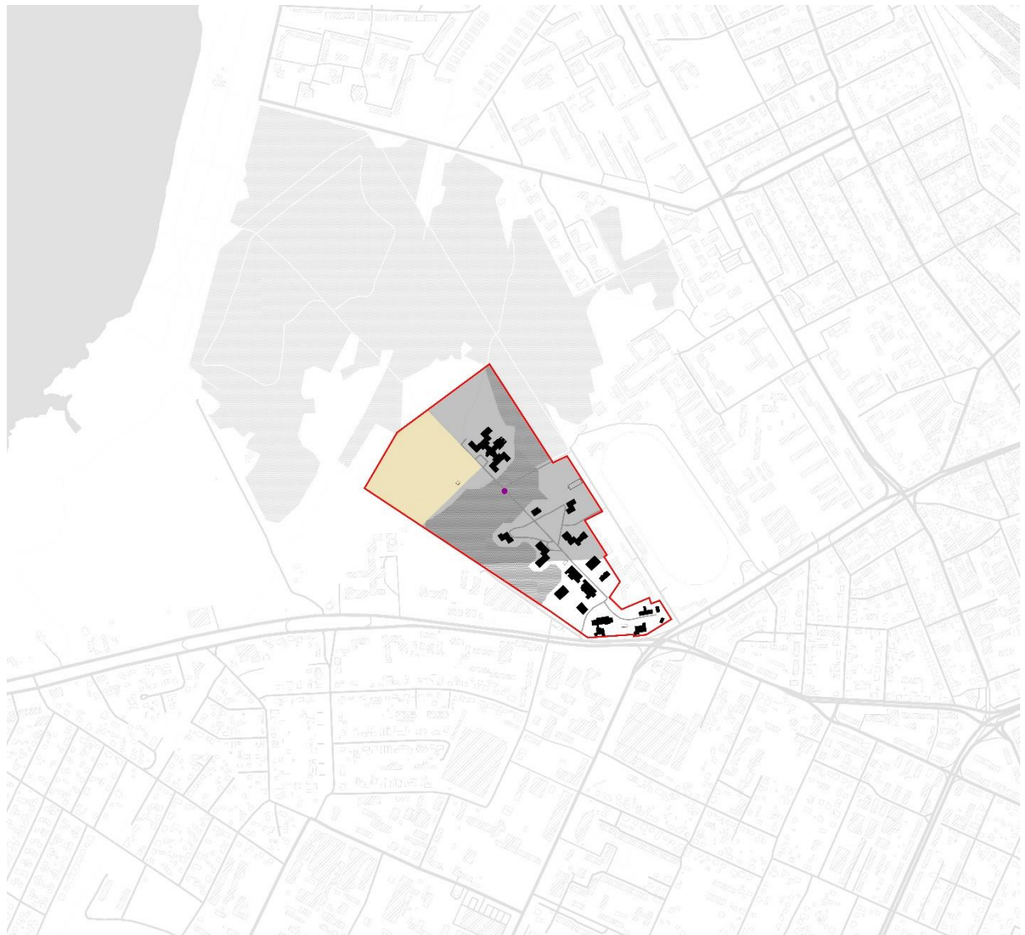
Seewaldi haiglakompleksi kontaktvööndis on kehtestatud järgmised detailplaneeringud:

- Paldiski maantee 50 kinnistul üldplaneeringut muutev detailplaneering DP028900. Planeeritud kuni 8-korruselised äri- ja elamukvartalid (erandina üks 13-kordne hoone Paldiski maantee poolses osas) koos hoonestust teenindavate funktsioonidega.
- Merimetsa 1 detailplaneering DP0406070. Kinnistu jagatakse kolmeks, kus Seewaldi poolne maa-ala muutub üldkasutatavaks maaks, ülejäänud kinnistud säilitavad praeguse sihtotstarbe - 100% ühiskondlike ehitiste maa. Projekteeritud on kaks 2-korruselist hoonet, laiendatakse olemasolevat hoonet 3-korruseliseks ning rekonstrueeritakse 1-korruselist muinsuskaitse all olevat Seewaldi suvemõisa aita.
- Mustamäe tee 3/ 3a detailplaneering DP035160.
- Mustamäe tee 4-12 detailplaneering DP002480.
- Paldiski maantee 56 detailplaneering DP002050.
- Paldiski maantee 62, 68, 68a ja 68c detailplaneering DP019170.
- Paldiski maantee 81 detailplaneering DP031520.

Seewaldi haiglakompleksi kontaktvööndis on menetluses järgmised detailplaneeringud:

- Paldiski maantee 52 detailplaneering DP006310. Lähteülesandeks on projekteerida territooriumile Eesti Kohtuarstliku Ekspertiisi Büroo Põhja-Eesti Osakonna uus hoone. Hoone asukohaks on valitud krundi loode nurk, millele toimub juurdesõit Lääne-Tallinna Keskhaiglast läände rajatavast sõiduteest.
- Kolde pst 75 detailplaneering DP030740. Sinna on projekteeritud uus ratsaspordikeskus.

Joonis 47. Rohealad Seewaldi piirkonna ümbruses (autori joonis)



Joonis 48. Seewaldi kinnistu kitsendused (autori joonis)

- Merimetsa tee 1a detailplaneering DP041520. Kinnistu muudetakse elamu- ja ärimaaks.
- Mustamäe tee 5f-l detailplaneering DP037690.
- Mustamäe tee 4, 6, 6b, Pirni tänava 1, 1b, 3, 5 detailplaneering DP043790.
- Paldiski maantee 77 detailplaneering DP030470.
- Riigimaa 104 kinnistu detailplaneering DP042700.
- Stroomi rannaala detailplaneering DP038450.

5.3.2 ÜHISTRANSPORT

Kontaktvööndisse jäävad Paldiski maantee, Mustamäe tee, Endla ja Sõle tänav on ööpäevaringselt tiheda liikluskoormusega, kus liigub 19 maakonnaliini ja 14 linnaliini (bussid ja trollid), mis tagavad hea ühenduse Harjumaaga ja Tallinna linnaosadega. Lähimad ühistranspordipeatused on Paldiski maantee - Mustamäe tee - Endla tänava ristmikul. Ühistranspordi liine ja peatusi kirjeldab joonis 45.

5.3.3 KERGLIIKLUSTEED

Kergliiklusteed asuvad kontaktvööndis olevate sõiduteede ääres. Peamine kergliiklustee on Merimetsa tee, mis on ühenduses Merimetsa metsa ja Stroomi rannaala terviseradadega. Merimetsa parkmetsas on rohkesti terviseradasid, mis moodustavad suurima rekreatsiooniala antud piirkonnas. Seewaldi kinnistul on minimaalselt jalgteid, peateljel toimub inimeste liikumine sõiduteel. Pealtelje äärde on paigutatud puhkamiseks mõeldud pargipingid.

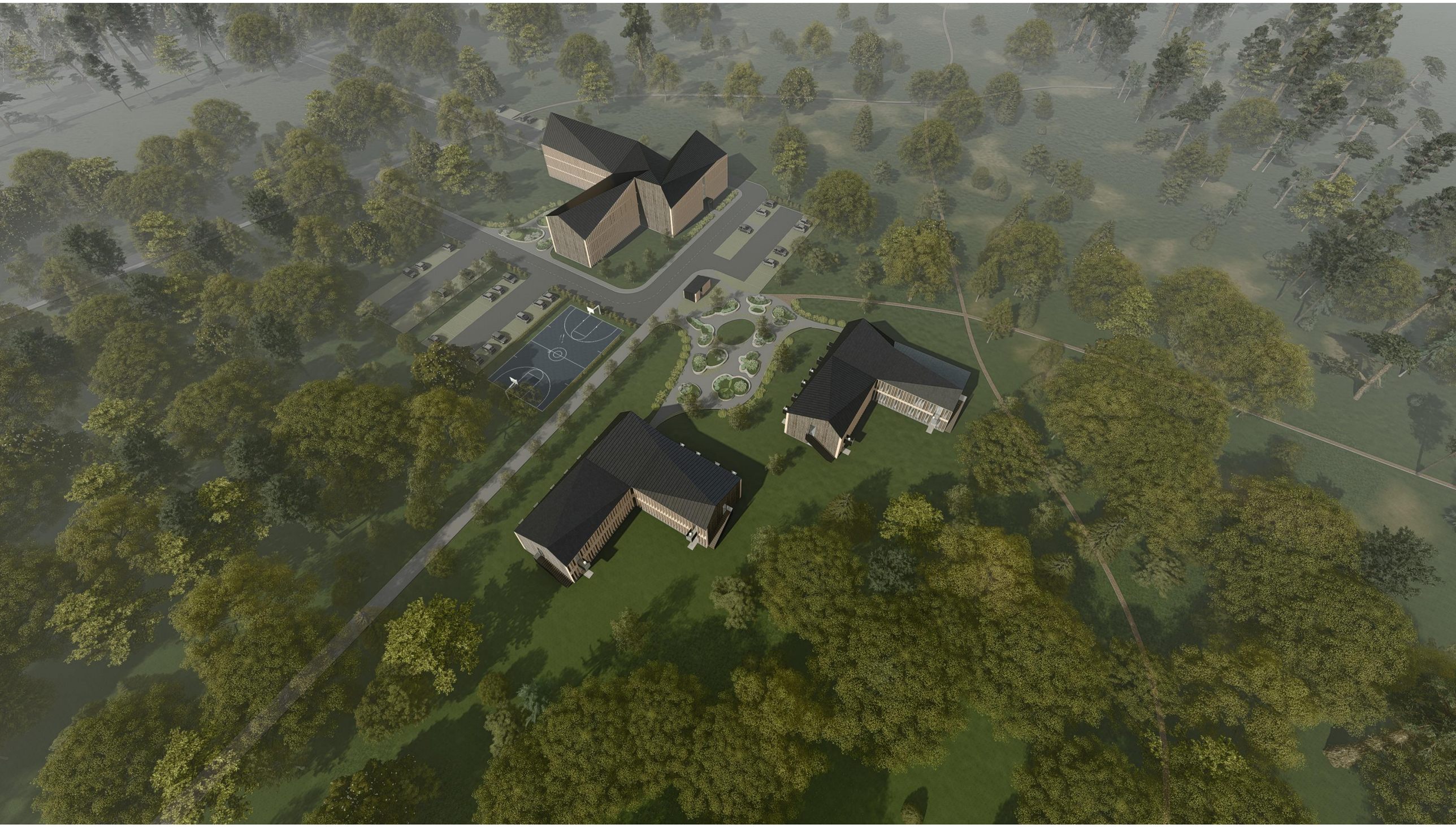
5.3.4 ROHEALAD JA HALJASTUS

Vastavalt Tallinna 2007. aasta Rohealade Teemaplaneeringu Väärtuste kaardile kuulub Merimetsa mets ja Stroomi ranna-ala rohealade piirkonda. Rohekoridoride hulka kuuluvad Kõrgepinge tänav, Puhangu ja Ehte tänava vaheline ala ja Sõle tänava äärne ala. Seewaldi kinnistu on tihedalt kaetud kõrghaljastusega, peatelge ilmestab puude allee. Alal esineb nii leht- kui ka okaspuid. Seewaldi hoonete ümbrus on nähtavuse tagamiseks haljastatud murulappidega ja lillepeenardega. Rohealade rohkust kirjeldab joonis 47.

5.3.5 PIIRANGUD

Lisaks ehitismälestiste kitsendustele kehtivad Paldiski maantee 52 kinnistule ka teised piiravad tingimused. Vastavalt Tallinna üldplaneeringule asub kinnistu põhjapoolne osa Tallinna vanalinna vaatesektoris. Võttes aluseks Paldiski maantee 50 detailplaneeringu DP028900 analüüsi tulemused, siis maksimaalne hoonete kõrgus maapinnast võib olla kuni 25 meetrit, et vaatesektor vanalinnale säiliks. Antud alal paikneb geodeetiline märk nr 1093. Kinnistu loodepoolses osas on keskkonnakaitseliste objektide vöönd, kuhu on määratud III kategooria kaitsealused liigid ja kivistised. Sellel alal ei või ilma kaitstava loodusobjekti valitseja nõusolekuta anda ehitusluba ega püstitada ehitist ning teha teisi toiminguid, mis on sätestatud looduskaitseseaduse paragrahvis 14 (Looduskaitseseadus, 2004). Kitsenduste andmed on saadud maa-ameti kitsenduste kaardilt (Kaardirakendused, kitsendused, 2019). Seewaldi kinnistul paiknevaid kitsendusi kirjeldab joonis 48.

Kokkuvõtteks, Seewaldi ansambel vastandub ümbruses oleva olemasoleva ja planeeritava hoonestusega. Hooned on madalad, paiknevad krundil hajusalt ja on ümbritsetud rohke kõrghaljastusega. Linnaplaneeringulises võtmes on loomulik jätkata Seewaldi piirkonna struktuuri ning pakkuda välja ravikompleksi mahud punkthoonestuse näol, mis säilitab pargiala ja tekitab privaatsemad välialad üksuste vahel.



Joonis 49. Ilupilt uimastihulluse ravikompleksist (autori joonis)

Joonis 50. Seewaldi kesktelje lõpetab sümboolselt uimastihulluse ravihoone (autori joonis)

Joonis 51. Asendiplaan 1:800 (autori joonis)

6 ARHITEKTUURNE ETTEPANEK

Asendiplaan ja olemasolev olukord

Autor teeb ettepaneku luua Paldiski maantee 52 kinnistule (Seewald) uimastihulluse ravikompleks, mis hõlmaks *housing first*, kahjude vähendamise keskuse, madala lävega tervisekeskuse, sõltuvusravi, rehabilitatsiooni, ööpäevaringse hoolekande, „poolel teel maja", tugikeskuste ja tööteraapia teenuseid. Magistritöö projekt tegeleb kahjude vähendamise keskuse, madala lävega esmatasandi tervishoiu, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni osakonna ning ööpäevaringse hoolekandemajade loomisega. Olemasolevatele Seewaldi ala hoonetele pakutakse *housing first*, „poolel teel maja", tugikeskuste ja tööteraapia funktsioonid.

Käesolev magistritöö projekt on kavandatud Harju maakonda, Tallinna linna, Paldiski maantee 52 kinnistule. Kinnistu on katastritunnusega 78408:804:0130, suurusega 24,3 hektarit ja 100% ühiskondlike ehitiste maa sihtotstarbega. Planeeritava maa-ala suuruseks on 1,6 hektarit.

Enamus Seewaldi ala hoonestusest asub keskteljest kagus, seejuures loode osas on vaid 1980ndatel ehitatud 250-kohaline ravikompleksi hoone. Loode nurgas on ehitustegevus piirangute tõttu keelatud. Uimastihulluse ravikompleks sisaldab küll erinevaid funktsioone, kuid loetletud teenuste ruumivajadus ei ole suur, mistõttu näeb autor, et H. Karro poolt projekteeritud 7 270 m^2 brutopinnaga (andmed ehitisregistrist) psühhiaatriakompleksi hoone ei leia kasutust. Ka ei pea autor põhjendatuks anda sopilise planeeringuga hoonele mõnda teist funktsiooni, mida saaksid kasutada uimastisõltuvusega mitteseotud isikud. Hoone asub ala kõige merepoolsemas osas, mistõttu tuleb hooneni jõudes läbida Seewaldi peatelg ja mööduda uimastihulluse ravikompleksi hoonetest. Autori hinnangul häirib suur liikuvus ravil viibivate uimastisõltlaste rahulikku keskkonda. Lisaks on raske leida hoonele sellist funktsiooni, mis vajaks suurt mahtu ja leiaks pidevat kasutust ülejäänud ühiskonnaliikmete poolt ning ei peletaks eemale faktiga, et ümbritsevate hoonete sihtrühmaks on uimastisõltlased.

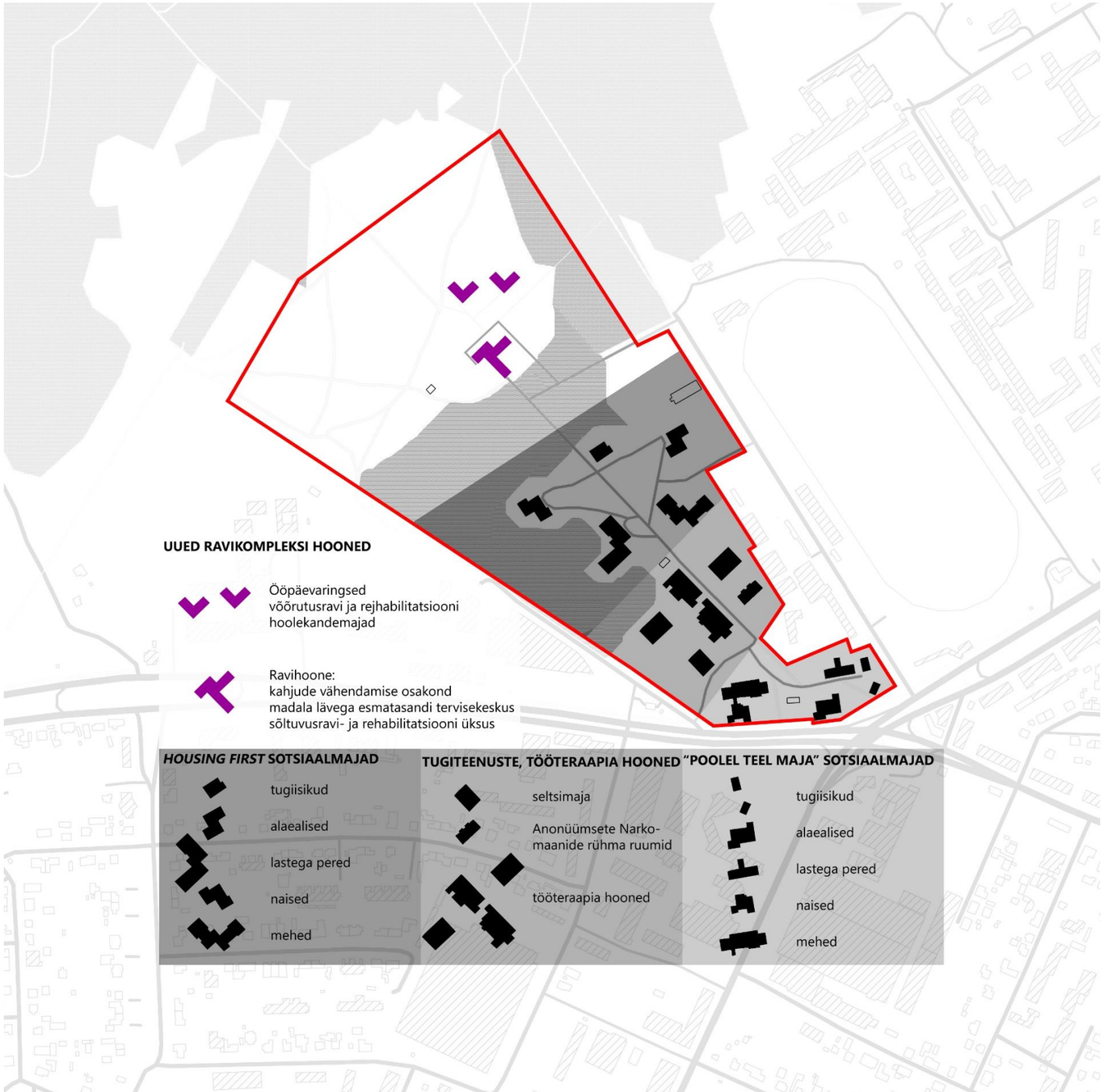
Autor teeb ettepaneku merepoolseima psühhiaatriakompleksi hoone, 1984-1985. aastal H. Karro projekteeritud 250-kohalise ravikorpuse, lammutamiseks. Hoone on amortiseerunud ning ei vasta tänapäeva nõuetele. Mahulisus ja keerukas ülesehitus ei ole kooskõlas uimastihulluse ravikompleksi vajadustega, mistõttu ei näe autor võimalust rajada hoonesse tänapäeva raviasutust. 2005. aastal PERHi poolt väljakuulutatud Seewaldi planeerimiskonkursi žürii märkis hindamisprotokollis, et nõukogudeaegse ravikorpuse säilitamine ei ole otstarbekas (Seewaldi ala planeerimiskonkurss, 2019).

Tuleb kaaluda, kas lammutatava hoone ehk materjalipotentsiaali kasutamine on võimalik uue keskkonna loomiseks. Samuti peab võrdlema taaskasutamisele kuluva energia ja saadava kasu vahekorda. Lisaks sellele tuleb arvestada, et ehitusmaterjalidele esitatavad nõuded on karmid ning uuskasutusse toomiseks on vaja eraldi kokkulepet uue hoone projekteerija, ehitaja ja järelevalve vahel. Levinud on näiteks hoonete mineraalse mahu kasutamine pinnasetäitena. Antud magistritöös kasutatakse lammutatava hoone materjali pinnasetäiteks ning järele jäänud materjal viiakse ringlusesse. (Pihu, 2016)

Järgides hajusat linnaehituslikku paigutust krundil, teeb autor ettepaneku luua uus ravihoone ja ööpäevaringsed hoolekandemajad lammutatava hoone asukohale. See tagab ööpäevaringsetele hoolekandemajadele piisava eraldatuse teistest hoonetest ja teedest ning vaated metsale. Ravihoone peab paiknema mõistlikul kaugusel hoolekandemajadest, sest haiged peavad vastavalt raviplaanile antud hoonet külastama.

Projekti koostamisel on lähtutud kehtivatest projekteerimisnormidest ja standarditest. Hoonete projekteerimisel on arvestatud magistritöö teooriaga (sh projekti tingimused peatükis 4), väljakujunenud miljööga ja kõrghaljastusega. Hoonete eluiga, hoonesiseste tehnovõrkude, välitrasside, teede ja terrasside eluiga on planeeritud vähemalt 50 aastat.

Planeeritava maa-ala reljeef on tasane, läbivaks kõrguseks on 5,0 meetrit. Planeeritav ala on kaetud lehtpuudega, esineb ka okaspuid. Ala läbivad pinnaseteed, mis on ühendatud Seewaldi kompleksi peateljega, Merimetsa teega ja Merimetsa terviseradadega. Planeeritaval alast lõunas paiknevad olemasolevad sõiduteed – Seewaldi kesktelg ning Merimetsa teed ja Seewaldi kesktelge ühendav tee. Alal on ka edelast kirdesse suunduv



Joonis 52. Olemasolevate hoonete funktsioonid ja uue ravikompleksi hoonete asukoht (autori joonis)

kergliiklustee, mis ühendab Merimetsa teed ja alal paiknevaid sõiduteid. Planeeritav ala ja olemasolev tänavatevõrk on kirjeldatud joonisel 51. Planeeritava ala piirded lammutatakse.

6.1 SOTSIAALMAJAD JA TUGIFUNKTSIOONIDEGA HOONED

Autor teeb ettepaneku võtta kasutusele kõik hooned Paldiski maantee 52 krundil. Suurem osa hoonetest ei ole hetkel kasutuses ja on halvas seisus, mistõttu tuleb hooned korrastada ja viia vastavusse elu- või tööruumi nõuetega. Samuti tuleb arvestada muinsuskaitse piirangutega, sest enamus hooneid on arhitektuurimälestised. Miljöö ja parkmets säilitatakse, eemaldatakse olemasolevad piirded ja aiad nii hoonetelt kui ka metsa alalt, sh Paldiski maantee tänavapoolne plankaed, plankaiad seniste psühhiaatria osakondade hoonete kõrvalt, amortiseerunud võrkaiad metsa alalt jms. Ala muudetakse avalikuks osaks linnaruumist, mida seni on piiranud kõrged aiad. Kinnistu peamise sõidutee kõrvale projekteeritakse 1,7 meetri laiune kergliiklustee.

„Poolel teel maja" sotsiaalmajade funktsioon rajatakse hoonetesse, mis asuvad Paldiski maantee 52 kinnistu kagu osas ning on eraldatud Seewaldi ala peateljest. Meestele, naistele, lastega peredele ja alaealistele pakutakse majutusvõimalusi eraldi hoonetes. Kabeli ja valvurimaja funktsioonideks on tugiisikute tööruumid. Järelravi patsientide paigutamine hoonetesse, mis asuvad tavapärasele linnaruumile kõige lähemal, on ratsionaalne, see aitab neil suhestuda ja harjuda igapäeva eluga.

Housing first programmi rakendatakse J. Rosenbaumi hoonetes, mis asuvad kinnistu keskel. Meestele, naistele, lastega peredele ja alaealistele pakutakse majutusvõimalust eraldi hoonetes. Tugiisikute tööruumid asuvad J. Rosenbaumi projekteeritud arstimajas. Lisaks kodututele on oodatud nendesse hoonetesse ka inimesed, kellel puuduvad elukoha andmed rahvastikuregistrist. Hooned asuvad projekteeritava ravihoone läheduses, mis tagab hea ühenduse kahjude vähendamise keskuse ja uimastisõltlaste majutuskohtade vahel.

Järelravi ja *housing first* patsientide hoonete vahele luuakse nö puhverala tööteraapia teenuste näol. B. Liljequisti hoone säilib seltsimajana. Praeguse psühhiaatriahaigla sanatoorse osakonna ruumidesse luuakse Anonüümsete Narkomaanide tegutsemisruumid. A. V. Howeni hoonetesse on planeeritud tööteraapia ruumid, kus viiakse läbi lihtsamaid tööülesandeid nagu näiteks toodete pakendamine, komplekteerimine, käsitööga tegelemine, keraamiliste esemete valmistamine, välialade koristamine, igapäevaste olmetoimingutega tegelemine jpm.

6.2 RAVIHOONE

Hoone paigutus kinnistul

Ravihoone paikneb Paldiski maantee 52 kinnistu peatelje loodepoolses osas. Ravihoone on sümboolseks lõpetuseks Seewaldi peateljele.

Arhitektuurne üldlahendus

Ravihoones pakutakse kahjude vähendamise, madala lävega esmatasandi tervishoiu, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenuseid. Kahjude vähendamise ja esmatasandi tervishoiu teenused on koondatud ühte hoone üksusesse, mille sissepääs avaneb Seewaldi peatänavale. Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenuste plokk asub teises hoone osas, sissepääs hoonesse asub hoone loode osas. Erinevad sissepääsud on loodud, et kained sõltlased ja süstlaid vahetama tulnud inimesed ei häiriks üksteist ning tunneksid end hoones turvaliselt. Lisaks, vastavalt salotogeneetilisele lähenemisele, on loodud eraldi sissepääs personalile, mis toimub hoone põhjapoolsest tiivast. Majandussissepääs asub sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni üksuse edelatiivas. Hoone mõlemas üksuses on evakuatsioonitrepikoda, mille väljapääsud avanevad kirdesse.

Joonis 53. Seewaldi kesktelg on inspiratsiooniks uimastihulluse ravihoone asukohale (autori joonis, foto autor Lisanna Remmelkoor)

Ravihoone vorm ja põhiplaan on inspireeritud J. Rosenbaumi Seewaldi hoonetest. Hoone põhiplaan koosneb riskülikutest ning seejuures eraldab hästi ühte osakonda teisest. Inspiratsiooni allikana on kasutatud J. Rosenbaumi projekteeritud Seewaldi ravihoonet priviligeeritud naispatsientidele ning kaasajastatud selle vormi tänapäevasel moel. Hoone ilmestamiseks on kasutatud erinevate kalletega viilkatuse maastikut. Hoone akendega fassaadid on kaetud vertikaalse ja horisontaalse puitribistikuga, mis loob tugeva jaotuse ja rütmi, kuid samas rahuliku ilme fassaadis. Sama ribistik käitub varjestava elemendina. Hoone fassaadis on kasutatud impregneeritud kuuselaudist (hall toon), ribistik on impregneeritud höövelmaterjalist (valge toon) ja katuse viimistlusmaterjaliks on titaantsink (toon tumehall).

Hoone gabariidid on 46,0 x 46,0 meetrit, maksimaalne kõrgus maapinnast on 16,5 meetrit. Hoone on kolme korruseline.

Kahjude vähendamise ja madala lävega esmatasandi tervishoiu üksuse esimesel korrusel paiknevad ooteala (sisaldub üldpinnas), apteek (renditav äripind) koos abiruumiga, anonüümne registratuur, garderoob, koristajaruum, WC plokk (sh inva WC koos mähkimisruumiga), kaks kahjude vähendajate vastuvõturuumi, päevakeskus koos pesemisvõimalusega, pesu pesemisvõimalusega, riide- ja toiduabi ruumidega. Üksuses keskosas paikneb trepp ja invanõuetele vastav lift. Trepihallist on võimalik evakueeruda õue.

Päevakeskus on loodud uimastisõltlastele, et hoida neid eemal tänavatelt ja riskikäitumisest. Päevakeskuses asub kogemusnõustaja töökoht. Sinna on projekteeritud lõõgastumisala, võimalus arvuti kasutamiseks, toidu tegemiseks ja söömiseks. Lisaks on võimalik saada ka riide- ja toiduabi. Keskuses on võimalus pesemiseks ja riiete pesemiseks.

Teisel korrusel on lisaks WC plokile ja ootealale erinevate spetsialistide vastuvõturuumid teenindamaks nii kahjude vähendamise kui ka esmatasandi tervishoiu patsiente. Teisel korrusel asuvad psühholoog, sotsiaaltöötaja, üldarst, eriarst, kaks õde, protseduuriruum ja abiruum. Kolmandal korrusel on analoogsed ruumid: ooteala, WC plokk, välitöö spetsialisti tööruum (ei võta vastu kliente), sotsiaaltöötaja, üldarsti, eriarsti ja kahe õe vastuvõturuumid ning protseduuriruum, abiruum ja ruum tarvikute ladustamiseks.

Kõik korrused on ühendatud sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni osakonnaga, kuid ligipääsud on tagatud vaid personalile või uimastisõltlasele koos tugiisikuga, kes suunab haigeid võõrutusravile.

Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni üksuse esimesel korrusel paiknevad ooteala (sisaldub üldpinnas), registratuur, garderoob, WC plokk (sh inva WC koos mähkimisruumiga), evakuatsiooni trepikoda, psühholoogi, sotsiaaltöötaja, üldarsti, psühhiaatri ja kahe õe vastuvõturuumid. Esimese korruse vastuvõturuumid on suunatud peamiselt sõltuvusravi patsientide teenindamiseks. Lisaks asuvad majandusplokis ruumid välihooldusele, koristuskeskusele, jäätmetele, välitöö mobiilse üksuse garaažile, tehnoruumile ja neid ühendavale koridorile. Hoone põhjatiiba on loodud arstikeskus, kus personalil on võimalik lõõgastuda ning suhelda teiste töötajatega. Arstikeskuses on naiste ja meeste riietumisruumid koos pesemisvõimalusega, WC-d, koosolekuruum, köök, söögi- ja puhkeala. Kõige põhjapoolsemas ruumis asub tehnoruum. Üksuse keskosas asub puitkonstruktsioonis keerdtrepp, mis tagab ligipääsu erinevate korruste ootealadele. Korruseid ühendab lift, mille suurus võimaldab transportida ka kanderaamil inimesi.

Teisel korrusel on ruumid ambulatoorsete ja statsionaarsete rehabilitatsiooni patsientide vastuvõtmiseks. Sinna kuuluvad psühhiaatri, õe, sotsiaaltöötaja, psühholoogi, psühhoterapeudi, tegevusterapeudi, kaks füsioterapeudi, kogemusnõustaja vastuvõturuumid. Põhjapoolses tiivas on rehabilitatsiooni ruumid (rehabilitatsiooni päevakeskus), kus toimuvad loengud, kunstiteraapia, tegevusteraapia ja muusikateraapia. Teraapiaid juhendavad tegevusjuhendajad, kellele on loodud omaette tööruum. Mõlemas tiivas ootealad. Keskmises tsoonis asuvad WC-d.

Kolmanda korruse lõunatiivas asuvad ruumid administratsioonile. Autor eeldab, et uimastihulluse ravikompleks on osa suuremast haigla sihtasutusest, mistõttu on administratsiooni meeskond minimaalne ja suunatud vaid selle keskuse juhtimiseks. Plokis asuvad ruumid keskuse juhatajale, juhiabile, haldusjuhile, personali töötajale, IT-

VÄLITÖÖ MOBIILSE ÜKSUSE GARAAŽ
RAVIHOONEST OSUTATAKSE KAHJUDE VÄHENDAMISE TEENUSEID KA VÄLITÖÖ RAAMES, ET JÕUDA SÕLTLASTENI, KES EI SOOVI VÕI EI SAA KESKUST KÜLASTADA

PÄEVAKESKUS UIMASTISÕLTLASTELE
PÄEVAKESKUS HOIAB SÕLTLASI EEMAL TÄNAVATELT JA RISKIKÄITUMISEST. PÄEVAKESKUSES ON VÕIMALIK END PESTA, SAADA TOIDU- JA RIIDEABI. SEAL ON LIGIPÄÄS INTERNETILE JA VÕIMALUSELE PESU PESTA

PUIT, LUBIKROHV, ROHESEIN
NATURAALSED VIIMISTLUSMATERJALID EI VARJA OMA OLEMUST EGA TEKITA PATSIENDIS SEGADUST. NAD AITAVAD ARENDADA KOGNITIIVSET TAJU

SEINAD, LAED JA PÕRANDAD ON ERISTATAVAD
SEINTE, LAGEDE JA PÕRANDATE VIIMISTLEMINE ERINEVATE VIIMISTLUSMATERJALIDEGA JA TOONIDEGA MUUDAB RUUMI LOETAVAMAKS JA MÕISTETAVAMAKS PATSIENDI JAOKS

LIIGUTATAV, KUID TURVALINE MÖÖBEL
PATSIENT TUNNEB, ET OMAB KONTROLLI KESKKONNA ÜLE, MILLES VIIBIB - SEE ARENDAB SALUTOGENEESI TEOSTATAVUSE PRINTSIIPI

VAATED VÄLIALALE

PATSIENT OSKAB END RUUMIS POSITSIONEERIDA NING SEEJUURES MÕISTAB HOONE STRUKTUURI PAREMINI

ROHELUS SISERUUMIS
ROHELUS SISERUUMIS EI MÕJU INSTITUTSIONAALSELT, SEEJUURES AITAB PATSIENDIL LÕÕGASTUDA NING TAASTUDA TEKITADES TURVALISE JA KODUSE TUNDE

APTEEK
APTEEGIST SAAB SÕLTLANE OSTA KOHESELT ARSTI POOLT MÄÄRATUD RAVIMIT

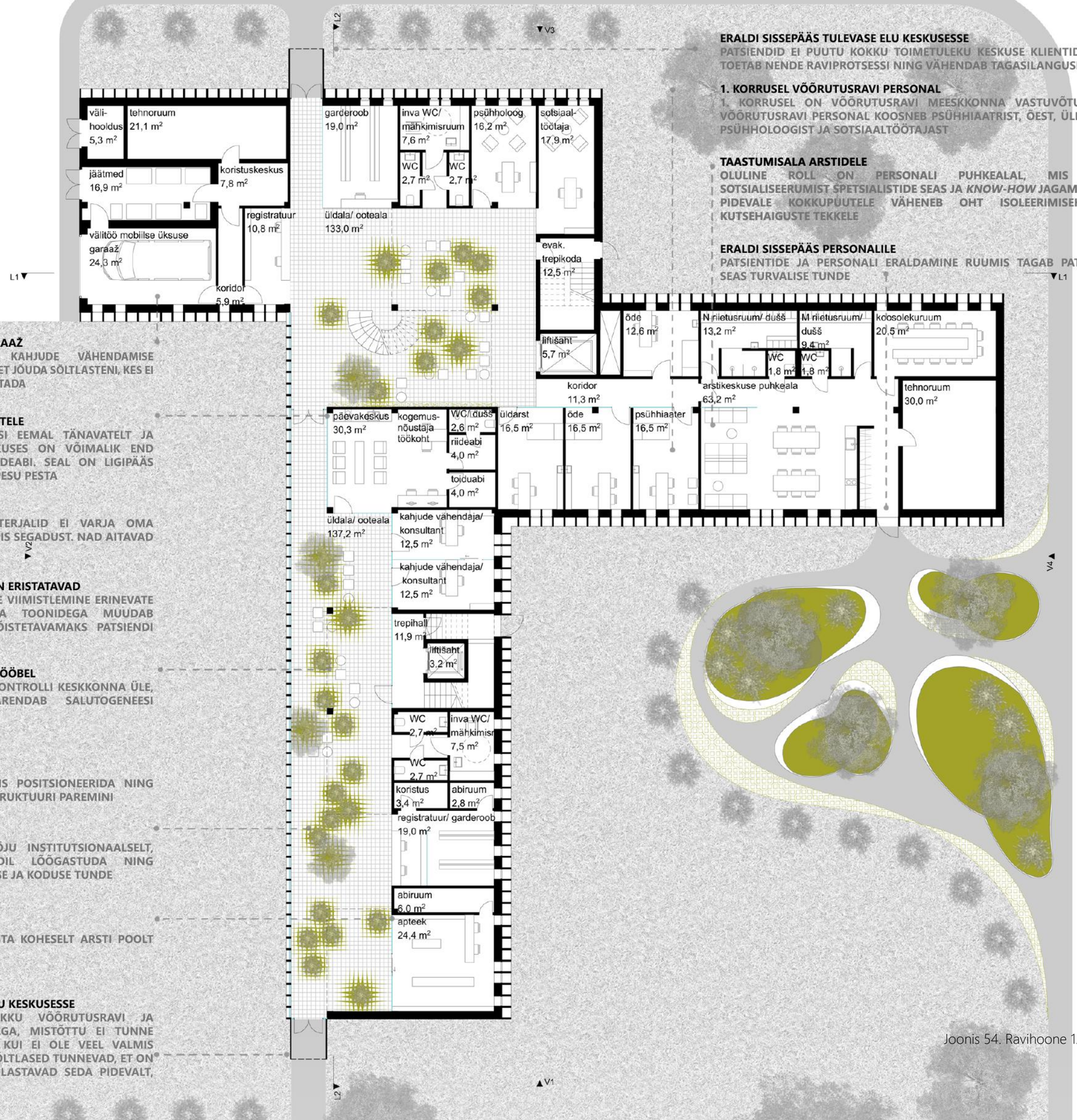
ERALDI SISSEPÄÄS TOIMETULEKU KESKUSESSE
PATSIENDID EI PUUTU KOKKU VÕÕRUTUSRAVI JA REHABILITATSIOONI KLIENTIDEGA, MISTÕTTU EI TUNNE NAD EBAMEELDIVAT SURVET, KUI EI OLE VEEL VALMIS RAVIPROTSESSI ETTE VÕTMA. SÕLTLASED TUNNEVAD, ET ON OODATUD KESKUSSE NING KÜLASTAVAD SEDA PIDEVALT,

ERALDI SISSEPÄÄS TULEVASE ELU KESKUSESSE
PATSIENDID EI PUUTU KOKKU TOIMETULEKU KESKUSE KLIENTIDEGA, SEE TOETAB NENDE RAVIPROTSESSI NING VÄHENDAB TAGASILANGUSE OHTU

1. KORRUSEL VÕÕRUTUSRAVI PERSONAL
1. KORRUSEL ON VÕÕRUTUSRAVI MEESKKONNA VASTUVÕTURUUMID. VÕÕRUTUSRAVI PERSONAL KOOSNEB PSÜHHIAATRIST, ÕEST, ÜLDARSTIST, PSÜHHOLOOGIST JA SOTSIAALTÖÖTAJAST

TAASTUMISALA ARSTIDELE
OLULINE ROLL ON PERSONALI PUHKEALAL, MIS SOOSIB SOTSIALISEERUMIST SPETSIALISTIDE SEAS JA *KNOW-HOW* JAGAMIST. TÄNU PIDEVALE KOKKUPUUTELE VÄHENEB OHT ISOLEERIMISEKS NNG KUTSEHAIGUSTE TEKKELE

ERALDI SISSEPÄÄS PERSONALILE
PATSIENTIDE JA PERSONALI ERALDAMINE RUUMIS TAGAB PATSIENTIDE SEAS TURVALISE TUNDE



Joonis 54. Ravihoone 1. korrus 1:200 (autori joonis)

spetsialistile, serverile, abiruumile, koosolekuruumile ja raviasutuse arhiivile. Põhjatiivas on rehabilitatsiooni alad (rehabilitatsiooni päevakeskuse osa), kus tegeletakse füüsilise treeninguga – liikumisravi saal (rühmateraapia) ja individuaalteraapia saal (individuaalne teraapia spetsialisti juhendamisel). Lõõgastumisega tegeletakse vesiravi ruumis. Lisaks on loodud ruumid patsientide riietumiseks ja pesemiseks. Keskses osas on ooteala rehabilitatsiooni klientidele ja WC plokk. Põhjatiivas on ventilatsiooni kamber.

Hoones on kasutatud salutogeneetilist lähenemist, integreeritud on „mõistmise", „hakkamasaamise" ja „tähenduslikkuse" elemente (vt joonis 54). Hoone esimese korruse tasapinda on istutatud puud ja põõsad arvestades nende kasvusuurusi ja keskkondlikke iseärasusi. Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni osakonnas on üldala sein läbi kolme korruse projekteeritud roheseinaks, mis parandab sisekliimat. Haljastus peab olema vähese hooldamisvajadusega. Hoone kagupoolne fassaad on klaasist, mis tagab piisava valguse hoones paiknevale rohelusele. Klaasfassaadis on kasutatud nii vertikaalseid kui ka horisontaalseid lamelle ülekuumenemise vältimiseks. Hoones on kasutatud looduslikke viimistlusmaterjale nagu puit ja lubikrohv. Tummseintega varieeruvad karastatud klaasseinad, mis on vajadusel matistatud (näiteks vastuvõturuumide seinad), et lasta läbi valgust, kuid samal ajal takistada läbipaistvust. Patsientidele suunatud läbipääsude uksed on rõhutatud, st nende viimistlus erineb seinast, kus ukseava paikneb. Eksponeeritud on konstruktiivseid elemente nagu puitpostid ja -talad. Katuslaes on kasutatud puitribistikku, millel on dekoratiivne ja akustiline eesmärk. Hoone mõlemate osakondade esimese korruste üldalad on avatud läbi kolme korruse, mis tagab ülemiste korruste ühendusteedele õhulisuse ja avatuse.

Tehnilised näitajad

- kinnistu pindala	24,3 ha
- planeeritav maa-ala pindala	1,6 ha
- kinnistu sihtotstarve	ühiskondlike ehitiste maa 100%
- hoone ehitisealune pind	987,5 m²
- hoone suletud brutopind	2 447,3 m²
- hoone suletud netopind	2 150,3 m²
-mitteeluruumide pind	2 060,9 m²
-tehnopind	89,4 m²
- hoone köetav pind	2 133,4 m²
- hoone maht (maapealse osa maht)	11 900 m³
- hoone korruselisus	3
- hoone kõrgus (maapinnast)	16,5 m
- hoone absoluutne kõrgus	21,5 m
- hoone tulepüsivusklass	TP1
- hoone laius	46,0 m
- hoone pikkus	46,0 m
- hoone kasutusiga	ca 50 aastat

Joonis 55. Ilupilt ööpäevaringse hoolekandemaja talveaiast (autori joonis)

Joonis 56. Ööpäevaringsete hoolekandemajade ja teraapiaaia ilupilt (autori joonis)

Joonis 57. Ööpäevaringse hoolekandemaja 1. korrus 1:150 (autori joonis)

6.3 ÖÖPÄEVARINGSED SÕLTUVUSRAVI JA REHABILITATSIOONI HOOLEKANDEMAJAD

Hoonete paigutus krundil

Hoolekandemajad paiknevad Paldiski maantee 52 kinnistu põhjapoolses osas, ravihoone läheduses (vt joonis 51). Hoolekandemajadele on loodud eraldi soojustamata ehitis, kus asub jäätmete ruum, aiatarvikute ruum ja suitsunurk. Ehitis asub sõidutee ääres, teraapiaaia lõuna osas.

Arhitektuurne üldlahendus

Planeeritaval maa-alal paiknevad kaks identset hoolekandemaja, mille funktsioonid on erinevad. Üks hoone majutab sõltuvusravi patsiente statsionaarselt ja teine ööpäevaringset rehabilitatsiooni vajavaid patsiente. Sissepääs hoonetesse toimub kagu suunast, läbi teraapia aia. Mõlemas hoones on 4 palatiplokki.

Hoolekandemaja kontseptsioon on analoogne ravihoonele. Hoolekandemaja vorm ja põhiplaan on inspireeritud J. Rosenbaumi Seewaldi hoonetest. Hoone põhiplaan koosneb riskülikutest. Hoone ilmestamiseks on kasutatud erinevate kalletega viilkatuse maastikut. Hoone akendega fassaadid on kaetud vertikaalse ja horisontaalse puitribistikuga, mis loob tugeva jaotuse ja rütmi, kuid samas rahuliku ilme fassaadis. Sama ribistik käitub varjestava elemendina. Hoone fassaadis on kasutatud impregneeritud kuuselaudist (hall toon), ribistik on impregneeritud höövelmaterjalist (valge toon) ja katuse viimistlusmaterjaliks on titaantsink (toon tumehall).

Hoone gabariidid on 28,6 x 27,4 meetrit, maksimaalne kõrgus maapinnast on 9,8 meetrit. Hoone on kahe korruseline.

Hoone koosneb neljast palatiplokist, kus igas plokis on 4-5 palatit ja järelevalveks üks õe ruum. Kaks palatiplokki on loodud meeste majutamiseks, üks naistele ja üks alaealistele. Esimese korruse palatiplokkides on loodud võimalus majutada puudega inimesi. Kõik palatid on privaatsed ning omavad privaatset vannituba ja terrassi või rõdu. Õe ruumis on privaatne vannituba ja abiruum tarvikute hoiustamiseks. Palatiplokis on ühisruum köögiga, söögialaga ja puhkealaga. Lisaks on loodud võimalus arvuti kasutamiseks.

Hoone kesksel alal, esimesel korrusel, paikneb pesu pesemise ruum koos määrdunud ja puhta pesu ladustamisruumidega. Teisel korrusel on tehnoruum. Hoones on läbi kahe korruse paiknev talveaed, mis toimib ka sotsialiseerumisalana. Sotsialiseerumisalasse, nii esimesel kui ka teisel korrusel, on paigutatud mattklaasseintega eraldatud puhkenurgad külaliste vastuvõtmiseks. Esimesel korrusel on koristustarvikute ruum, abiruum talveaia korrastamise vahendite hoidmiseks ja külaliste WC. Teisele korrusele pääseb kasutades betoonkeerdtreppi või inva nõutele vastavat lifti.

Hoones on kasutatud salutogeneetilist lähenemist, integreeritud on „mõistmise“, „hakkamasaamise“ ja „tähenduslikkuse“ elemente (vt joonis 57 ja 58). Talveaeda on haljastuskastidesse istutatud puud ja põõsad arvestades nende kasvusuurusi ja keskkondlikke iseärasusi. Üks talveaia sein on läbi kahe korruse projekteeritud roheseinaks, mis parandab sisekliimat. Talveaed on oluline osa hoonest, sest see võimaldab patsientidel tegeleda aiandusteraapiaga ka külmal perioodil. Arvestada tuleb, et patsient elab hoolekandeasutuses ühest kuust kuni mõne kuuni, mistõttu ta ei pruugi viibida raviasutuses suvisel ajal, mil saaks kasutada välist teraapiaaeda. Haljastuskastide laiematel äärtel on võimalik istuda. Hoone lõunapoolne fassaad on klaasist, mis tagab piisava valguse hoones paiknevale rohelusele. Klaasfassaadis on kasutatud nii vertikaalseid kui ka horisontaalseid lamelle ülekuumenemise vältimiseks. Hoones on kasutatud looduslikke viimistlusmaterjale nagu puit ja lubikrohv. Privaatsed puhkenurgad on karastatud mattklaasseinad, et lasta läbi valgust, kuid samal ajal takistada läbipaistvust. Patsientidele suunatud läbipääsude uksed on rõhutatud, st nende viimistlus erineb seinast, kus ukseava paikneb. Eksponeeritud on konstruktiivseid elemente nagu puitpostid ja -talad. Talveaed on avatud läbi kahe korruse, mis tagab ülemiste korruste ühendusteedele õhulisuse ja avatuse.

Palatiplokkides on rõhutatud kodust keskkonda. Paljud uimastisõltlased on hakanud narkootikume tarvitama varajases eas, mistõttu puudub nende elust omaenda kodu kontseptsioon. Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni patsientidele tuleb õpetada kodu loomist ja

KODU IMITEERIMINE
ÖÖPÄEVARINGSETES HOOLEKANDEMAJADES ON KODUNE ÕHKKOND, MIS SISENDAB TURVALISUSE TUNNET PATSIENDILE. TIHTI ON UIMASTISÕLTLASED ALUSTANUD TARVITAMIST NOORES EAS, MISTÕTTU NEIL PUUDUB ISEENDA KODU KONTSEPTSIOON. KODU LOOMIST TULEB ÕPETADA

PUIT, LUBIKROHV
NATURAALSED VIIMISTLUSMATERJALID EI VARJA OMA OLEMUST EGA TEKITA PATSIENDIS SEGADUST, NAD AITAVAD ARENDADA KOGNITIIVSET TAJU

SEINAD, LAED JA PÕRANDAD ON ERISTATAVAD
SEINTE, LAGEDE JA PÕRANDATE VIIMISTLEMINE ERINEVATE VIIMISTLUSMATERJALIDEGA JA TOONIDEGA MUUDAB RUUMI LOETAVAMAKS JA MÕISTETAVAMAKS PATSIENDI JAOKS

UKSED ON "UKSELIKUD"
KASUTATUD ON TRADITSIOONILISI EHITUSELEMENTE, MIS EI TEKITA PATSIENDIS SEGADUST. NÄITEKS KESKKONNAS, KUS PATSIENDID VIIBIVAD, ON KASUTATUD TAVAPÄRASEL VIISIL AVATAVAID UKSI, MITTE LÜKANDUKSI

TUGIISIK
IGAS PALATIPLOKIS ON ÕDE, KES VASTUTAB PALATIPLOKI PATSIENTIDE EEST NING JÄLGIB NENDE RAVIPLAANE

VAATED ROHELUSELE
ON TÕESTATUD, ET VAATED PATSIENTIDE PALATITEST JA ÜHISRUUMIDEST ROHELUSELE AITAVAD PATSIENDIL KIIREMINI PARANEDA

PUHKEALAD SOTSIALISEERUMISEKS
PRIVAATSED PUHKEALAD VÕIMALDAVAD SOTSIALISEERUDA KAASPATSIENTIDEGA VÕI PEREKONNA JA LÄHEDASTEGA. KAINETE SOTSIAALSETE SUHETE LOOMINE JA TAASTAMINE ON ÜKS PARANEMISETAPI OSA

Joonis 58. Ööpäevaringse hoolekandemaja 2. korrus 1:150 (autori joonis)

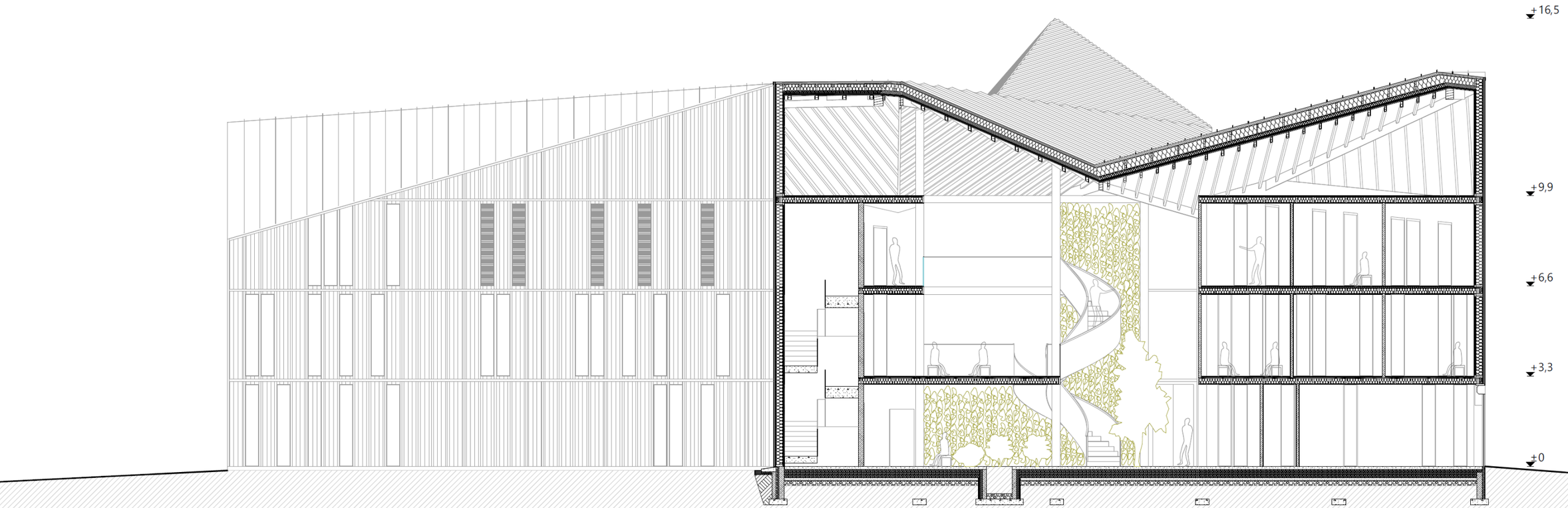
igapäevaste olmetegevustega toimetulekut. Patsientidele on lubatud palatitesse kaasa võtta fotosid ja esemeid, mis muudavad tema olustiku mugavamaks. On arvestatud, et sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni patsientide rakendamine tööteraapiasse erineb. Sõltuvusravi protsess on patsiendile raske ning detoksi perioodi võib ta olla jõuetu, et osaleda igapäevaste kohustuste täitmisel. See on individuaalne. Seetõttu vastutab vajadusel söögi valmistamise eest sõltuvusravi hoolekandemajas õde. Rehabilitatsiooni majas on see tegevus üks tööteraapia osa, mistõttu patsiendid ja õde valmistavad igapäevased toidukorrad koos (ka käiakse koos toidupoes). Sama kehtib pesu pesemise kohta – sõltuvusravi hoolekandemajas vastutab selle eest koristaja, rehabilitatsiooni protsessis tegelevad pesu pesemisega patsiendid.

Salutogeneetilise lähenemise laiendamiseks on ühisruumidesse paigutatud raamaturiiulid. Lisaks on välialale loodud korvpalliväljak sotsialiseerumise suurendamiseks. Hipodroomi lähedusest tingituna on võimalik rakendada ka hobuteraapiat. Hipodroomi likvideerimisel on hobuteraapiat võimalik jätkata Kolde pst 75 (Hipodroomist põhjapool) aadressile planeeritavas ratsaspordikeskuses. Ööpäevaringsetele ja ambulatoorsetele patsientide aiandusteraapiaks on loodud teraapiaaed, mis asub hoolekandemajade kõrval. Teraapiaaeda on loodud muruplats treeninguteks, näiteks hommikuvõimlemiseks või joogaks.

Tehnilised näitajad

Hoonete pinnad ja mahud kahe hoone peale kokku on toodud sulgudes.

- kinnistu pindala	24,3 ha	
- planeeritav maa-ala pindala	1,6 ha	
- kinnistu sihtotstarve	ühiskondlike ehitiste maa 100%	
- hoone ehitisealune pind	484,7 m²	(969,4)
- hoone suletud brutopind	809,6 m²	(1 619,2)
- hoone suletud netopind	683,6 m²	(1 367,2)
-mitteeluruumide pind	668,9 m²	(1 337,8)
-tehnopind	14,7 m²	(29,4)
- hoone köetav pind	683,6 m²	(1 367,2)
- hoone terrassi pind	21,3 m²	(42,6)
- hoone rõdu pind	25,6 m²	(51,2)
- hoone maht (maapealse osa maht)	4 270 m³	(8 540)
- hoone korruselisus	2	
- hoone kõrgus (maapinnast)	9,8 m	
- hoone absoluutne kõrgus	14,8 m	
- hoone tulepüsivusklass	TP1	
- hoone laius	28,6 m	
- hoone pikkus	27,4 m	
- hoone kasutusiga	ca 50 aastat	



Joonis 59. Ravihoone lõige L1 1:150 (autori joonis)

6.4 MAASTIKUKUJUNDUS

Olemasolev, säilitatav haljastus

Projekteeritavate hoonete kohale jäävad üksikud puud kõrvaldatakse. Hoonete ehitamiseks kaevetööde tegemisel kasvavate puude piirkonnas, kus on kergesti varisev pinnas, samuti kaevamisel puudele lähemal kui nende võra projektsioon maapinnal, rajatakse tõkendid, mis väldivad juurestiku kahjustumist pinnase nihkumise tagajärjel. Kaevetööde tsoonis paigaldatakse puudele tüvekaitsed. Kuivaperioodil kastetakse puid, mille võra tsoonis kaevati, pärast kaevetrassi sulgemist. Kui puude alumised oksad segavad kaevetöid, kooskõlastatakse nende kärpimine linnaosa valitsusega ning tellitakse töö haljastusettevõttelt. Kõrghaljastuse likvideerimiseks peab olema raieluba.

Piirded ja väravad

Olemasolevad piirdeaiad lammutatakse koos psühhiaatriakompleksi hoonega. Käesoleva projektiga uusi piirdeaedasid planeeritud ei ole.

Projekteeritav haljastus

Planeeritavale alale, lisaks hoonete sisestele aedadele, rajatakse kaks väliaeda – üks ravihoone personali sissepääsu ette, teine hoolekandemajade kõrvale. Ravihoone aed on personali väline puhke- ja taastumisala. Hoolekandemajade kõrval olevat aeda kasutatakse aiandusteraapia eesmärgil. Seda kasutavad nii statsionaarsed kui ka ambulatoorsed patsiendid, keda vajadusel juhendab spetsialist. Teraapiaaia keskel on muruplats, mida kasutatakse võimlemisalana (nt jooga). Teraapiaaeda on võimalik kasutada ka sensoorse integratsiooni teraapiaks, kus treenitakse viite meelt.

Kui ravikompleksi hooned on tugeva struktuuriga, siis aedadesse rajatud haljastuskastid on orgaanilise kujuga, mis suhestuvad ümbruskonna metsaga. Kastide laiematel äärtel on võimalik istuda ja puhata ning jälgida ümbrust. Haljastuskastidesse istutatakse lisaks puudele veel ka söödavaid taimi kui ka ilutaimi. Sensoorse integratsiooni teraapia puhul on oluline taime välimus, aroom, tekstuur, maitse ja tuule või putukate poolt tekitatav heli. Teraapiaaia kui õppeaia taimed on kergesti kasvatatavad, vastupidavad ja kiirekasvulised. Aedadesse ei tohi istutada mürgiseid taimi. Aiandusteraapia eesmärgiks on tekitada patsiendis saavutustunnet, mis kaasneb aias töötamisega. Kui patsient ei soovi aias töötada, võib aias viibimine piirduda ka vaid vaatlemisega, mis mõjub iseenesest rahustavana. Hoonete sisesed talveaiad töötavad samal eesmärgil.

Planeeritava ala sõidu- ja kõnnitee äärsed alad, samuti parkimisäärsed alad ja korvpalli väljakuga külgnevad alad haljastatakse madalate põõsastega ja kaskedega. Ravihoone sissepääsude ette istutatakse madalad põõsad.

Haljastamisel tuleb tagada hea jälgitavus planeeritaval alal. Haljastamisel arvestada projekti tingimuste peatükis kirjeldatud aspektidega.

6.5 PROJEKTI MUUD ANDMED

VERTIKAALPLANEERING

Hoone paiknemiskõrgus

Projekteeritavate hoonete nullkõrgus ±0.00 = abs. +5.00. Hoone nullkõrgus on arvestatud põrandaviimistluse ülapinnast.

Sademevee käitlemine

Sadevesi kogutakse maa-alustesse sademeveemahutitesse. Sadevett kasutatakse tualettide loputuskastides ja aedade kastmisel.

Joonis 60. Ravihoone lõige L2 1:150 (autori joonis)

TEED JA PLATSID

Juurdesõidutee

Juurdesõiduteena kasutatakse olemasolevaid teid ja nähakse ette uus projekteeritav sõidu- ja kergliiklustee, mis ühendab olemasolevat sõiduteed olemasoleva kergliiklusteega ja kulgeb loode-kagu suunaliselt (vt joonis 51). Sõidutee pikeneb majandussissepääsuni.

Krundisisesed teed, platsid

Ravihoone teenindamiseks nähakse ette patsientide parkimisala kahjude vähendamise keskuse ja madala lävega esmatasandi tervisekeskuse juurde ning sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni osakonna juurde. Parkimiskohti on vastavalt 11 ja 21, kusjuures mõlemas parkimisalas on üks koht puuetega inimese sõiduki parkimiseks. Parkimiskohtade arvu täpsemaks määramiseks tuleb teha monitooring uimastisõltlaste seas, sh uimastisõltlaste suurusjärk ja statistika selle kohta, kui suur osa sihtrühmast omab sõidukeid. Personalile on loodud eraldi parkla planeeritava maa-ala ida osas. Parkimiskohti on 40, sh kaks parkimiskohta puuetega inimeste sõidukitele. Hoolekandemajadeni viivad kõnniteed läbi teraapiaaia.

Katendid

Planeeritava ala sõidutee on asfaltkattega, parkimisalal on kasutatud murukivi. Murukivi on kasutatud ka aedades. Kõnniteedele on paigaldatud betoonsillutiskivi. Teedele paigaldatakse äärekivid.

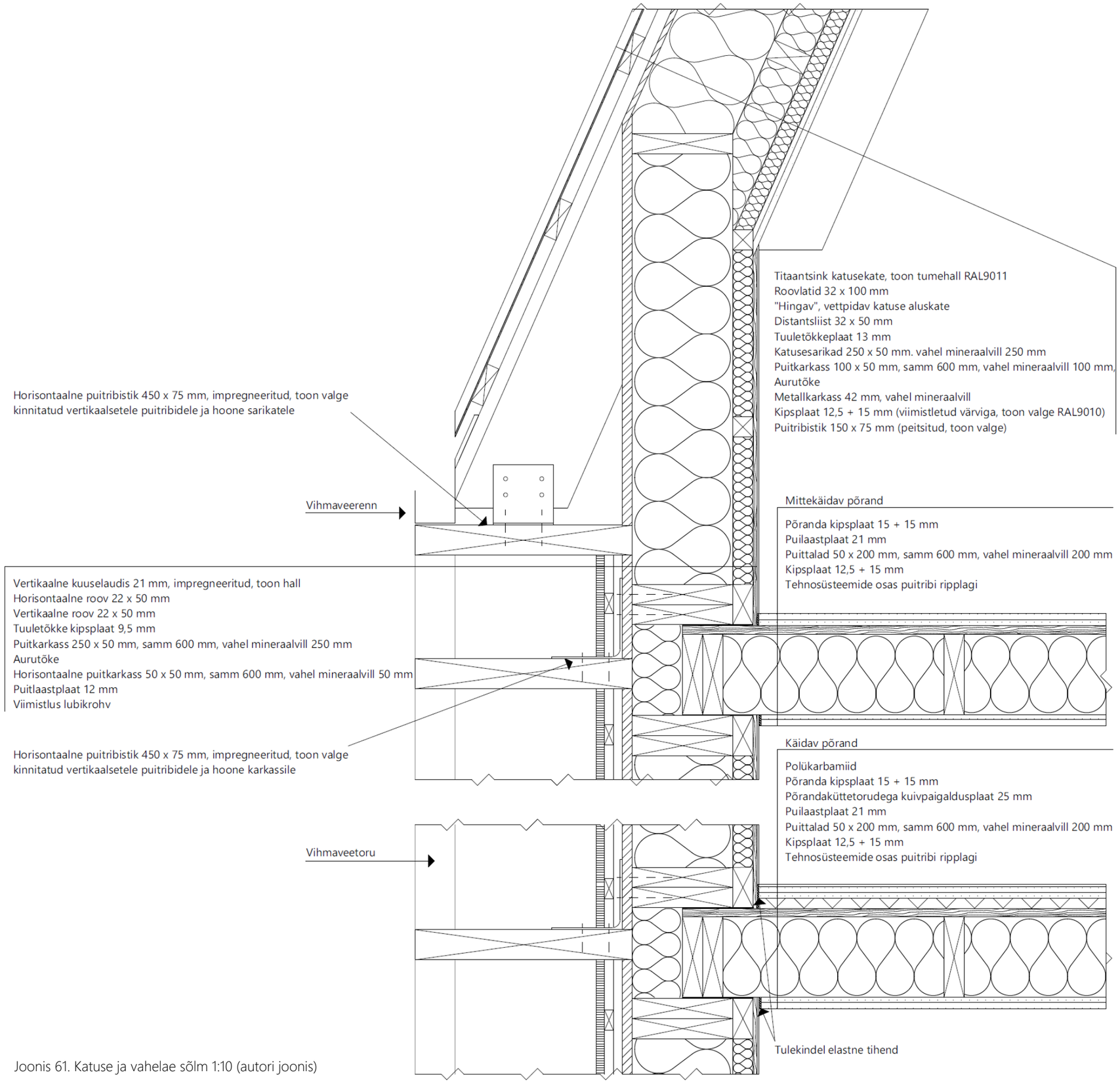
JÄÄTMEKÄITLUS

Jäätme- ja prügikonteinerite valikul lähtuda Jäätme- ja Pakendiseadusest ning Tallinna jäätmekavast. Ravihoone prügikonteinerid paiknevad tuulduvas jäätmeteruumis, mis asub majandussissepääsu juures. Hoolekandemajade prügikonteinerid paiknevad eraldi mitteköetavas ehitises, mis asub sõidutee ääres ja teraapiaaiast lõunapool. Konteinerite alune pind on sarnaselt kõnniteele kaetud betoonkivisillutisega.

Jäätmekogumine ja käitlus toimub vastavalt kehtivale Eesti jäätmeseadusele ja kemikaaliseadusele. Prügikonteineritele või mahutitele on tagatud prügiveoauto ligipääs. Jäätmete sorteeritud kogumise jaoks on konteinerid tähistatud vastavalt jäätmete liigile. Jäätmemahutid ja jäätme käitluse korraldamine peab lähtuma Jäätmeseadusest ning vastama Tallinna jäätmekavale.

Vastavalt jäätmeseadusele ning selle alusel kehtestatud õigusaktidele (sh Vabariigi Valitsuse 6. aprilli 2004. a määrus nr 102 „Jäätmete, sealhulgas ohtlike jäätmete nimistu“) kuuluvad kasutatud süstlad ohtlike jäätmete hulka. Nakkuste leviku vältimiseks peab neid koguma ja kõrvaldama vastavalt erinõuetele.

Ohtlike jäätmete kogumiseks tuleb järgida kehtestatud nõudeid. Ohtlikud jäätmed tuleb koguda liigiti, muudest jäätmetest eraldi. Kasutatud süstlad, kui teravad ja torkivad jäätmed, tuleb asetada raskesti läbitorgatavast materjalist valmistatud suletavasse kanistrisse, millel on punane markeering “Teravad ja torkivad jäätmed”. Pakendi kaal ei tohi ületada 15 kg. Pakendile tuleb märkida peale jäätmete tekitaja (kahjude vähendamise keskus) ja pakkimiskuupäev. Kanistreid kasutatud süstaldega tuleb hoida jäätmehoidlas eraldi lukustatavas ruumis, kus need pakitakse punasesse või kollasesse jäätmekotti, millel on markeering “Teravad ja torkivad jäätmed”. Vajadusel võib jäätmekanistrid asetada mõnda teisse pakendisse, millel on punane silt “Teravad ja torkivad jäätmed”. Ohtlikud jäätmed tuleb üle anda vastavat litsentsi ja jäätmeluba omavatele jäätmekäitlusettevõtetele. Ohtlike jäätmete valdaja (kahjude vähendamise keskus) vastutab nende turvalise hoidmise eest kuni jäätmete vastuvõtmiseni jäätmekäitlusettevõtte poolt. Organisatsioon, mis tegeleb ohtlike jäätmetega, on kohustatud andma järelevalveametnikule informatsiooni ohtlike jäätmete hoidmise ja käitlemise kohta. Ohtlike jäätmete kogumist reguleerivad juhised peavad olema keskuses nähtavas kohas, juhises peab olema fikseeritud ohtlike jäätmete äraveo kord. (Tervise Arengu Instituut, 2017a)



Joonis 61. Katuse ja vahelae sõlm 1:10 (autori joonis)

Lammutus- ja ehitusjäätmete käitlemisel pidada silmas jäätmehoolduseeskirjas ettenähtud nõudeid lammutus- ja ehitusprahi käitlemisele. Kõik lammutus- ja ehitusjäätmed kogutakse kokku liikide kaupa ning võimaluste piires rakendatakse ehitusjäätmete taaskasutamiseks. Kohapeal taaskasutust mitteleidvad jäätmed antakse taaskasutamiseks üle vastavale jäätmeluba omavale jäätmekäitlusettevõttele. Eraldi sorteeritakse ja kogutakse kokku puit, kiletamata papp ja paber, metall (eraldi must ja värviline metall), mineraalsed jäätmed, r/b ja betoondetailid, kiled. Tolmu tekke vältimiseks kogutakse ehitusjäätmed ettevalmistatud pinnale paigaldatud konteineritesse. Kasvupinnas kooritakse eraldi ja kasutatakse samal ehitusel haljastamiseks.

HOONETE KONSTRUKTSIOONID JA PINNAKATTED

Vundamendid

Hoone rajatakse raudbetoon lintvundamendile toetuva betoonõõnesplokk müüritisena. Hoonel on raudbetoonplaadist sokkel.

Trepid

Ravihoone ja hoolekandemajade evakuatsioonitrepid on betoontrepid. Ravihoone keerdtrepp on lahendatud puitkonstruktsioonis. Hoolekandemajade keerdtrepp on betoonkonstruktsioonis, viimistletud lubikrohviga.

Põrandad pinnasel

Põrandad pinnasel lahendatakse ujuvpõrandatena. Põrandad valatakse monoliitsest raudbetoonist 100mm põrandaplaadina ning sinna paigaldatakse põrandaküttetorustik. Raudbetoonplaat jäetakse ümbritsevatest seintest lahti, seinte ja plaadi vaheline vuuk täidetakse mineraalvillakiust isolatsioonilindiga. Raudbetoonplaadi alla on ette nähtud 300 mm vahtpolüstüreen soojustus, mis toetub killustikust pinnasetäitele. Soojustus on kolmes kihis, omavahel nihkes vuukidega. Põranda viimistluses kasutatakse keraamilist plaati, parketti (hoolekanderuumid) või polükarbamiidi.

Vahelaed

Vahelae kandvateks elementideks on puidust laetalad ja puitpostid. Täpne talade ja postide dimensioneerimine lahendatakse eraldi konstruktiivse projektiga. Talade vahel kasutatakse heliisolatsiooniks villa. Vahelaed on kaetud ravihoones polükarbamiidiga ja hooldekanderuumides parketiga, niisketes ruumides keraamilise plaadiga. Kõikide korruste põrandates on kavandatud põrandküte.

Katus, katuslagi

Katused on rajatud puitkonstruktsioonis. Lamavsarikad toetuvad pärlinitele ja pärlinid hoone puitpostidele ja välisseina karkassile. Täpne dimensioneerimine ja konstruktiivne lahendus esitatakse eraldi konstruktiivse projektiga. Katuse viimistlusena kasutatakse titaantsinki, toon tumehall. Katustel, mille kalle on väiksem kui 25 kraadi, kasutatakse titaantsingi all veekindlat aluskihti. Lumetõkkeks kasutatakse lumetõkkekonksusid vastavalt tootja lahendusele. Lumetõkkekonksude toon on tumehall.

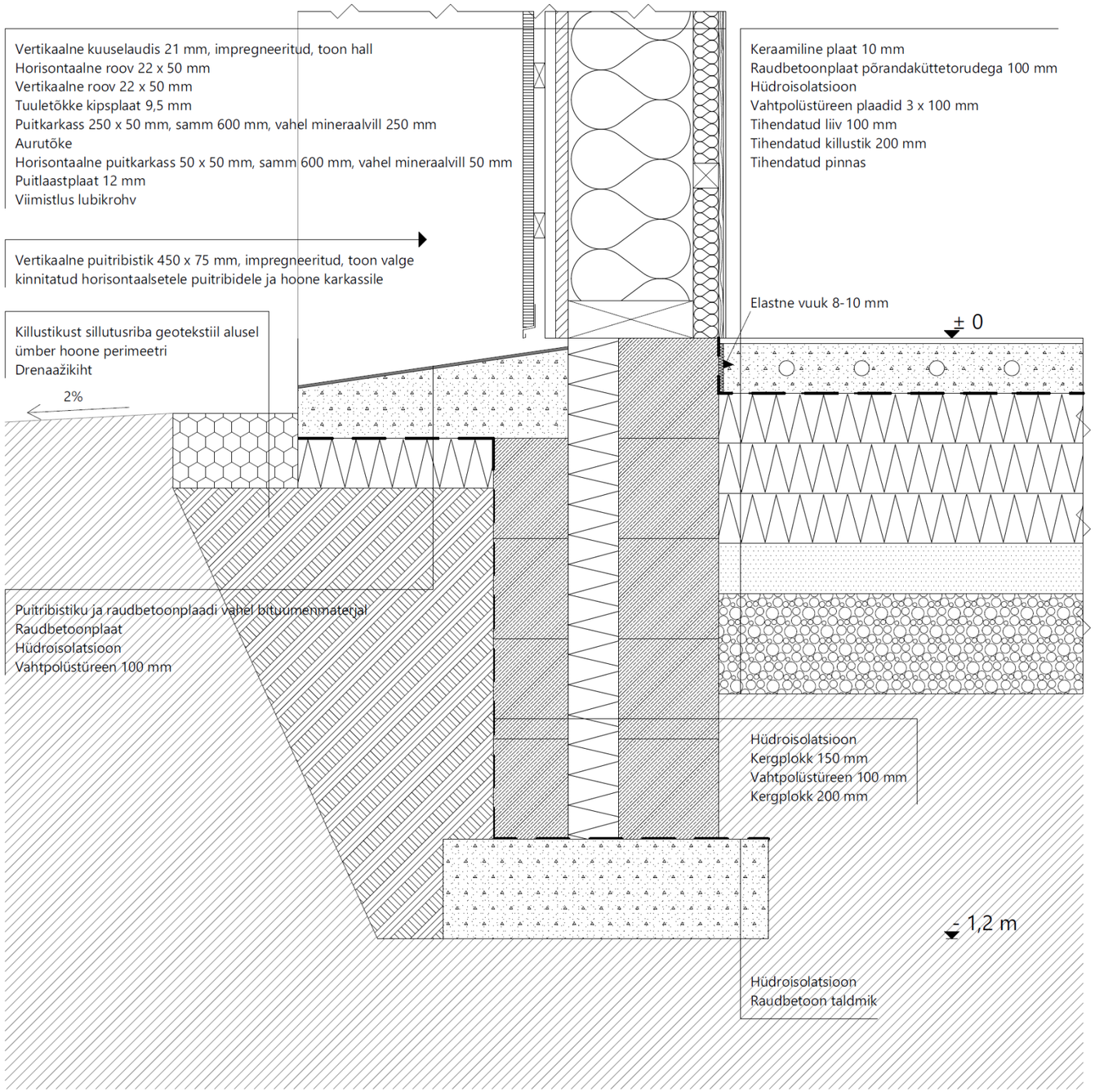
Vihmaveerennid ja -torud on titaantsingist, toon tumehall.

Välisseinad

Välisseinte kandeelementidena kasutatakse 50 x 250 mm puitkarkassi, mille vahel on 250 mm mineraalvill.

Välisseinte viimistlusena kasutatakse impregneeritud kuuselaudist (hall toon), puitribistik on impregneeritud höövelmaterjalist (valge toon). Puitribistiku samm on 600 mm.

Klaasfassaadis kasutatakse ilmastikukindlat puitkonstruktsiooni (valge toon).



Joonis 62. Vundamendi ja sokli sõlm 1:10 (autori joonis)

Siseseinad

Siseseintes kasutatakse kergbetooni, mis viimistletakse valdavalt lubikrohviga. Niisketes ruumides kasutatakse keraamilist plaati. Siseseintena kasutatakse ka kirgast ja matistatud klaasi.

Avatäited

Avatäidete puhul kasutatakse puitalumiinium raame. Väline raami ja lengi toon on tumehall.

KÜTE, VENTILATSIOON, VEEVARUSTUS, KANALISATSIOON JA ELEKTER

Küte

Hooneid köetakse maasoojuspumba abil. Selleks rajatakse kinnistule maaküte. Soojuspumba max helivõimsustase vastavalt standardile on EN-12102 on 57 Lw(A). Max helirõhutase (müratase) 2 m kaugusel 43 dB(A). Täpsem lahendus antakse eraldi kütte osa projektiga.

Ventilatsioon

Määruse kohaselt energiatõhususarvu piirväärtus ravihoonele ja hoolekandemajadele on vastavalt 100 ja 145 kWh ruutmeetri kohta aastas, mille saavutamiseks on vajalik ette näha soojustagastusega sissepuhke ja väljatõmbega ventilatsiooniseade. Ventilatsiooniseade paikneb ravihoone kolmanda korruse ventilatsiooni kambris ja hoolekandemajade teise korruse tehnoruumis. Ravihoone ventilatsiooni välisõhu vooluhulk peab olema 2 l/(s·m^2) ning majutushoonel (hoolekandeasutusel) on see 1 l/(s·m^2).

Veevarustus

Veega liitumine toimub olemasolevasse veetrassi vastavalt AS Tallinna Vesi tingimustele. Veemõõdusõlm veemõõtjale paigaldatakse hoonete tehnoruumi.

Kanalisatsioon

Kanalisatsiooniga liitumine toimub olemasolevasse veetrassi vastavalt AS Tallinna Vesi tingimustele.

Sademevesi

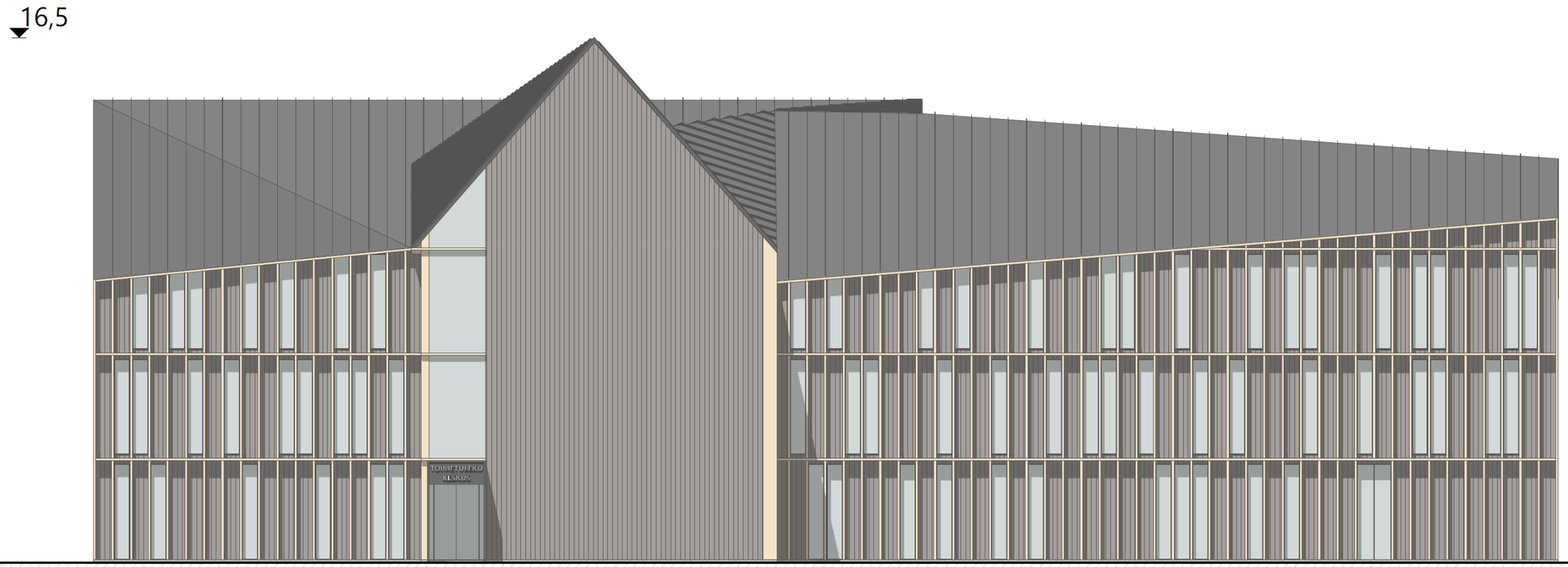
Sadevesi korjatakse vihmaveerennidega, -torudega ja kaevudega maa-alustesse sademeveemahutitesse. Sadevett kasutatakse tualettide loputuskastides ja aedade kastmisel.

Välivalgustus

Planeeritava ala sõidutee äärde paigaldatakse LED tänavavalgustid (h = 2,8 m). Parkimiskohtade servadesse, kõnnitee äärde (kus ei ole sõiduteed), aedadesse ja hoonete sissepääsude juurde paigaldatakse postvalgustid (h = 1 m). Hoolekandemajade terrassid ja rõdud on valgustatud fassaadi süvistatud LED valgustitega. Fassaadides on kasutatud vertikaalseid LED valgusteid, mis on paigaldatud puitribistiku äärtesse ja freesitud puitlaudisesse. Fassaadivalgustid toovad esile hoone fassaadirütmi pimedal ajal. Hoonete sildid valgustatakse sildi tähtede tagaosadele paigaldatavate LED-valguspunktidega. Kogu välivalgustus lülitub sisse hämaruse anduritega ning seda on võimalik sisse/välja lülitada ka manuaalselt.

Elektripaigaldis

Kinnistul paikneb olemasolev madalpinge maakaabel, mis on ühendatud alajaamaga nr 1226. Madalpinge kaabel ühendatakse projekteeritavate liitumiskilpidega, millest üks paigaldatakse ravihoone majandussissepääsu fassaadi ja teised kaks hoolekandemajade lühema külje fassaadi osasse. Kilbid paigaldatakse nii, et kilbi välimine osa oleks puitlaudisega samal tasandil. Ravihoone projekteeritud peakaitse suurus on 3 x 120A ja hoolekandemajade peakaitsmete suurused on 3 x 80A. Liitumine toimub vastavalt Elektrilevi OÜ tingimustele. Ehituse käigus järgitakse kõiki Eestis kehtivaid seadusi ja määrusi (EEI, EEE). Juhul kui teatud üksikosade kohta puuduvad vastavad eesti normid, teostatakse



Joonis 63. Ravihoone vaade V1 1:150 (autori joonis)

need osad kokkuleppel tellijaga vastavalt rahvusvahelistele (IEC), Euroopa normidele (CEN/TC 169, EN 1838, EN 50171, EN 50172) või Soome (SFS) normidele.

Ravihoone arstikeskuse poolsel katusel paiknevad ehitisintegreeritud päikesepaneelid (nt Roofit.solar), mis on suunatud kagusse. Hoolekandemajade katustel paiknevad ehitisintegreeritud päikesepaneelid (nt Roofit.solar) on suunatud edelasse. Viilkatustele paigaldatakse päikesepaneelid tootjapoolse kinnituslahendusega.

TULEOHUTUS

Projekti tuleohutuse osa koostamisel on lähtutud kehtivatest projekteerimisnormidest ja standarditest.

Tuletõrjepääsud

Tuletõrjeautod pääsevad alale olemasolevate ja projekteeritavate sõiduteede kaudu.

Planeeritaval maa-alal või selle läheduses on 3 veevõtukohta, hüdrandid nr 1475, 1476 ja 1477. Hüdrandid asuvad projekteeritavate hoonetega samal kinnistul. Hüdrant nr 1477 asub ravihoonest ca 100 m kaugusel, teised hüdrandid 10-20 m kaugusel hoolekandemajadest (70-80 m kaugusel ravihoonest).

Ehitiste tulepüsivusklassid

Kavandatud hoonete tuleohutusklass on TP1. Eripõlemiskoormus jääb alla 600 MJ/m^2.

Tuleohutuskujad

Naaberkinnistute suhtes on tagatud tuleohutuskujad üle 8 meetri.

Arvestuslik inimeste arv hoones ja tõenäoliselt võimalik maksimaalne hoones viibivate inimeste arv

Ravihoones on arvestuslikult 80 inimest. Hoolekandemajas on arvestuslikult 22 inimest.

Hoone kasutusviis

Ravihoone ja hooldekandemajad on III kasutusviisiga (hoolekandehooned, kinnipidamishooned).

Kandekonstruktsioonide tulepüsivused

TP1 klassi hoonete puhul kandetarinditele tulepüsivusnõue on R 60** (** Kandetarindid peavad olema vähemalt A2 tuletundlikkusega).

Korruste arv

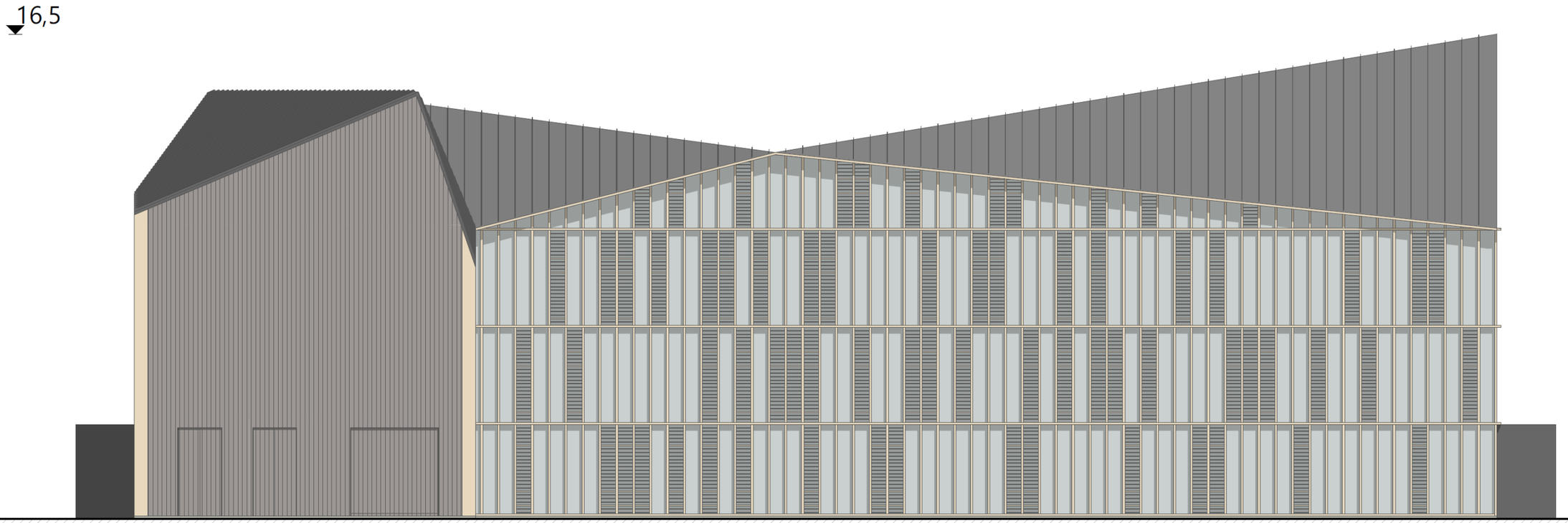
Ravihoone korruste arv on 3, hoolekandemajade korruste arv on 2.

Põrandate tuletundlikkus

Põranda kattematerjalidele pinnakihi tuletundlikkus on DFL-s1. Terrassi ja rõdu põrandate kattematerjalide pinnakihi tuletundlikkus on Dfl-s2. Evakuatsioonitee põranda kattematerjalidele pinnakihi tuletundlikkus on DFL-s1[1] ([1] Kõrgema kui kahekorruselise hoone trepikäigud ja mademed vähemalt A2fl).

Siseseinte ja lagede pinnakihi tuletundlikkus

Seinte ja lagede kattematerjalidele pinnakihi tuletundlikkus on B-s1,d0. Evakuatsioonitee seinte ja lagede kattematerjalidele pinnakihi tuletundlikkus on A2-s1,d0.



Joonis 64. Ravihoone vaade V2 1:150 (autori joonis)

Välisseinte pinnakihi tuletundlikkus

Kogu hoone ulatuses on soovitav kasutada mittepõlevaid isolatsioonimaterjale.

Ehitise konstruktsiooniosade pinna tuletundlikkus:

- välisseina välipind B,d0

- õhutuspilu välipind B,d0

- õhutuspilu sisepind B-s1,d0

Terrasside ja rõdude tuletundlikkus

Terrasside ja rõdudele konstruktsioonide tuletundlikkus on D-s2.

Katusekatte tuletundlikkus

Katusekatte väline tuletundlikkus peab olema Broof(t2-t4).

Hoone jaotus tuletõkke sektsioonideks.

Hooned jaotatakse tuletõkkesektsioonideks vastavalt tuleohutuse projektile. III kasutusviisiga TP1 hoonete tuletõkkesektsiooni piirpindala on 800 m^2.

Evakuatsiooniteede ja pääsude kirjeldus

III kasutusviisiga hoones määratakse evakuatsioonitee piisav laius alati analüütiliselt või arvutuslikult, lähtudes hoone kasutusotstarbest, selles viibivate isikute arvust ja kasutatavate liikumise abivahendite või evakuatsioonivahendite mõõtmetest.

Ravihoone:

- evakueeruvate inimeste arv – alla 120

- evakuatsioonitee pikkus ei ületa 30 m

- hädaväljapääsud – kõik avatavad aknad ja uksed, mille valgusava kõrgus vähemalt 600 mm ja laius 500 mm ning kõrguse ja laiuse summa vähemalt 1500 mm

- hoone esimeselt korruselt on otse õue võimalik evakueeruda sissepääsudest ja evakuatsioonitrepikodade kaudu

- hoones on kaks evakuatsioonitrepikoda, kus on trepid laiusega 1200 mm, väljapääsu uste laius vähemalt 850 mm ja kõrgus 2000 mm

Hoolekandemaja:

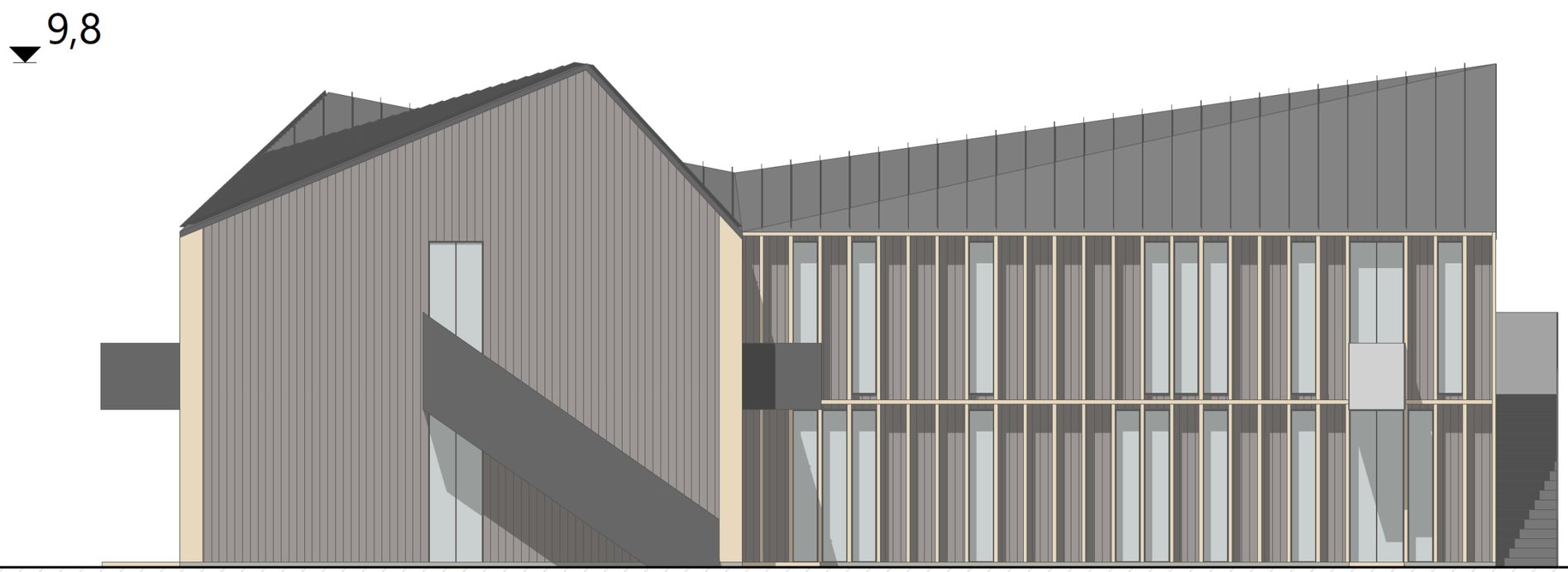
- evakueeruvate inimeste arv – alla 30

- evakuatsioonitee pikkus ei ületa 30 m

- hädaväljapääsud – kõik avatavad aknad ja uksed, mille valgusava kõrgus vähemalt 600mm ja laius 500mm ning kõrguse ja laiuse summa vähemalt 1500 millimeetrit

- hoone esimeselt korruselt on otse õue võimalik evakueeruda sissepääsust ja palatiplokkide ühisruumist

- hoone mõlema palatiploki otstes on välised evakuatsioonitrepid laiusega 1200 mm, väljapääsu uste laius vähemalt 850 mm ja kõrgus 2000 mm



Joonis 65. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V5 1:100 (autori joonis)

Suitsuärastus

Suitsuärastus hoone ruumidest toimub avatavate akende ja uste kaudu. Kasutatakse kaugjuhtimisega avanevaid suitsu ja kuumuse eemaldamise katuseluuke. Lisaks kasutatakse väljatõmbeventilaatorit või tekitatakse ülerõhku ruumides, kuhu ei soovita suitsu levimist.

Tuleohutusabinõud hoones

Ravihoonesse paigaldatakse automaatne tulekustutussüsteem. Hoolekandemajadesse paigaldatakse vähemalt 6 autonoomset tulekahjusignalisatsiooniandurit (suitsuandur). Ravihoonetesse paigaldatakse esmasteks tulekustutusvahenditeks 6kg pulberkustutid iga korruse evakuatsioonitrepikodade lähedusse ja arstikeskuse sissepääsu lähedusse. Hoolekandemajadesse paigaldatakse esmasteks tulekustutusvahenditeks 6kg pulberkustutid iga palatiploki õe ruumi lähedusse. Tulekustuti paigaldatakse vertikaalselt kinnituskonksule, klambrisse, spetsiaalsele alusele või kappi. Tulekustuti kinnituskonks, klamber, spetsiaalne alus või kapp paigaldatakse seinale nii, et tulekustuti ei takistaks ukse täielikku avanemist ja tulekustuti põhi ei oleks põrandast kõrgemal kui 1,5 m.

SISEARHITEKTUUR

Hoonete sisekujunduses kasutatakse looduslähedasi materjale nagu puit ja lubikrohv. Ravihoone esimese korruse üldala põrandaid katab keraamiline plaat, teistel aladel valdavalt polükarbamiid. Hoolekandemajade sotsialiseerumisala esimesel korrusel põrandatel on keraamiline plaat, ülejäänud põrandatel valdavalt parkett. Hoonete niisketes ruumides on kasutatud põranda ja seinaviimistlusena keraamilisi plaate.

PROJEKTI TEHNILISED NÄITAJAD KOKKU

- kinnistu pindala	24,3 ha
- planeeritav maa-ala pindala	1,6 ha
- kinnistu sihtotstarve	ühiskondlike ehitiste maa 100%
- hoonete ehitisealune pind	1 956,9 m²
- hoonete suletud brutopind	4 066,5 m²
- hoonete suletud netopind	3 517,5 m²
-mitteeluruumide pind	3 398,7 m²
-tehnopind	118,8 m²
- hoonete köetav pind	3 500,6 m²
- hoonete terrassi pind	21,3 m²
- hoonete rõdu pind	25,6 m²
- hoonete maht (maapealse osa maht)	20 440 m^3
- hoonete tulepüsivusklass	TP1
- hoonete kasutusiga	ca 50 aastat

Joonis 66. Toimetuleku keskuse 1. korruse iluspilt (autori joonis)

KOKKUVÕTE

Eestis pakutavad narkomaania probleemiga tegelevad teenused on asukohaliselt eraldatud ning seetõttu raskendavad kättesaadavust sõltlaste seas. Kui 2/3 kõikidest Eestis süstivates narkomaanidest resideeruvad Tallinnas ja 18% Ida-Virumaal, siis uimastisõltlastele integreeritud teenuste komplekt ei ole saadaval kummaski piirkonnas. Puudub elukohajärgne kättesaadavus kahjude vähendamise, madala lävega esmatasandi tervishoiu, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenustele. Süsteemi puudulikkust kajastab ka Eesti narkomaania strateegia dokument ning kinnitavad autorit konsulteerinud spetsialistid.

Traditsioonilise haigla struktuur ja toimimine baseeruvad võimu suhetel ja distsipliinil. Uimastisõltlaste ravimisel tuleb aga arvestada nende staatusega ning paratamatult ka nende enda motivatsiooni puudusega. Seetõttu oli oluline minna süvitsi ning uurida, kuidas saab muuta raviasutuste traditsioonilisi lähenemisi, et vähendada riskikäitumist narkomaanide seas. Eraldatud, eelnevat registreerimist mittenõudev esmatasandi tervishoid, mille eesmärk on teeninda sõltlasi, tagab parema kaasatuse sihtrühmas ning seetõttu vähendab ka erakorralise meditsiini kulusid. Personal, kes tegeleb sõltlastega, on koolitatud ning ei stigmatiseeri patsiente. Sõltlane pöördub keskusesse tagasi, kui teda koheldakse kui võrdset, mitte eluheidikut. Paremaid ravitulemusi on andnud need keskused, kuhu on integreeritud lisaks süstlavahetuspunktile ka asendusravi võimalus ja teised vajalikud teenused. Sellest tulenevalt järeldas autor, et teenuste komplekteerimine ühte kohta ning hübriidfunktsionaalse ravikompleksi loomine – elimineerib pideva suunamise ühest asutusest teise niigi alamotiveeritud patsientide seas ning tekitab võimaluse ravimäära suurendamiseks ja tulemuste parandamiseks.

Arhitekti roll raviasutuse projekteerimisel ei ole tagada vaid funktsionaalne ja ruumiline ülesehitus – see on vähim, mida arhitekt saab teha. Uimastisõltlaste poolt kasutatavad ruumid peavad tekitama patsiendis lootust paremale elule ning motiveerima neid ravile. Salutogeneesi teooria käsitleb vastupanuressursse, mis analüüsivad, kuidas muuta raviasutuse keskkond haigele arusaadavamaks, kuidas anda suurem kontroll patsiendile oma heaolu parandamiseks ning kuidas taastada elujaatav maailmavaade – mida kõike saab juba projekteerimisel arvestada. Patsiendikeskne lähenemine prevaleerib tänapäeva haigla arhitektuuris ning sellest lähtub ka siinne projekt.

Uimastite ravimeetodid põhinevad peamiselt psühhoteraapial ja käitumisteraapial. Neid meetodeid saab rakendada kõikide tarbijate seas vastavalt raviplaanile. Fentanüüli tarbijate võõrutusnähud on peamiselt füüsilised, mistõttu tuleb lisaks teraapiatele kasutada ka metadoonvõõrutusravi, mis alandab himu fentanüüli järele. Hiljem võõrutatakse patsient ka metadoonist. Täiendavate ravimeetoditena võib kasutada aiandusteraapiat ja hobuteraapiat, mis aitavad mõtestada patsiendi elu. Rehabilitatsiooni käigus õpetatakse patsiente toime tulema igapäevaste olmetegevustega, mille eesmärgiks on taasühiskonnastamine. Eel- ja järelravi meetoditena kasutatakse sotsiaalmajade programme nagu *housing first* ja „poolel teel maja".

Peamiselt on uimastisõltuvuse ravikompleksi ruumid suletud või poolsuletud iseloomuga. Avatud ruumid on raviasutuse ootealad ja kompleksi välialad, mida võivad kasutada ka teised ühiskonnaliikmed. Suletud ja poolsuletud ruumid tagavad Foucault' distsipliini teooriast lähtuvalt pideva järelevalve. Kuigi patsiendikeskne lähenemine võib näiliselt ähmastada võimumehhanismi olemasolu, siis pole see kuhugi kadunud, ta on osavalt presenteeritud kontrollitud vaba valikuga.

Projekti loomisel on autor arvestanud teoorias käsitletud salutogeensete eesmärkidega ning tõenduspõhise projekteerimise meetodiga. Projekti asukoha valikul lähtuti sellest, et ravikompleks asuks uimastisõltlaste poolest ühes kõige kontsentreeritumas piirkonnas ning omaks tihedat sidet loodusega kui ravi soodustava faktoriga. Seewald on ajalooliselt olnud haigemajade piirkond, kuid uue psühhiaatriakliiniku projekteerimisega kolib asutus Mustamäe meditsiinilinnakusse. Antud juhul tekib võimalus pakkuda piirkonda uus funktsioon uimastihulluse ravikompleksi näol.

Autor pakub Seewaldi ala olemasolevatele hoonetele sotsiaalmaja, tugikeskuste ja tööteraapia funktsioone. Uue ravikompleksi projekteerib autor nõukogudeaegse amortiseerunud hoone asemele, mis ei vasta tänapäevastele tingimustele ei ehituskvaliteedi ega ka suuruse poolest. Autor on eraldanud ööpäevaringsed sõltuvusravi

Joonis 67. Tulevase elu keskuse avatud õhuruumiga ooteala (autori joonis)

ja rehabilitatsiooni hoolekandemajad suuremast ravihoonest, et tagada statsionaarsete patsientide privaatsus ja kodune meeleolu. Ravihoone ühes üksuses on kahjude vähendamise keskus ja madala lävega esmatasandi tervisehoid ning teises osakonnas sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenused. Mõlematele üksustele on tagatud eraldi sissepääsud, et kained patsiendid ei kohtuks süstlaid vahetama tulnud sõltlastega. Personalil on eraldi sissepääs koos eraldatud taastumisaiaga.

Hoonete interjöörides on kasutatud salutogeneesi põhimõtteid nagu koduse keskkonna loomine, roheluse olemasolu interjööris, looduslike materjalide kasutus, vaadete tagamine välialadele, pikkade akendeta koridoride puudumine, avatus, õhulisus jpm. Lisaks on loodud võimalused aiandusteraapiaks nii suve kui ka talve perioodil, puhkealad sotsialiseerumiseks lähedaste kui ka kaaspatsientidega. Hoonete välisarhitektuuri vorm ja põhiplaanid on inspireeritud J. Rosenbaumi Seewaldi hoonetest ning kaasajastatud põneva katusemaastikuga ning rahulikku ja kindlat jaotust omava puitribistikuga fassaadis.

Magistritöö eesmärk oli luua tänapäeva ravi vajadustel ja teenustel põhinev narkomaania ravikompleks, mis oleks uimastisõltlaste sihtrühmale lihtsasti kättesaadav. Uimastiprobleeme ja nende ravi käsitlev tõenduspõhine uurimistöö näitas võimalusi, kuidas lisaks traditsioonilistele medikamentoossetele ja teraapilistele võtetele on võimalik rakendada salutogeneetilist lähenemist raviasutuse arhitektuuris. Autori hinnangul annab selline teoreetiline lähenemine hea lähtekoha narkomaania ravikompleksi ja selle ruumiprogrammi detailiseerimiseks. Uimastihulluse ravikompleksi realiseerimiseks tuleb esmalt tegeleda teavitustööga ühiskonnas, koolitada personali ning mõista, et uimastisõltuvus on ajuhaigus, mille levik hedonistlikul ajastul suureneb ja tingib tänapäevastele nõuetele vastavate ravikohtade vajaduse.

KASUTATUD KIRJANDUSE LOETELU

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Washington: Jossey-Bass.

Bromley, E. (2012). Building patient-centeredness: Hospital design as a interpretive act. *Social Science & Medicine, 75*, 1057-1066. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.037

Bruce, R. D. (2012). One stop shopping - Bringig services to drug users. *International Journal of Drug Policy, 23*, 104. doi:10.1016/j.drugpo.2011.09.008

Cody, P., Steiker, L. H., & Szymandera, M. L. (2011). Equine Therapy: Substance Abusers' "Healing Through Horses". *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 11*, 198-204. doi:10.1080/1533256X.2011.571189

Duff, C. (2014). The place and time of drugs. *International Journal of Drug Policy, 25*, 633-639. doi:10.1016/j.drugpo.2013.10.014

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. (2018). *Euroopa uimastiprobleemide aruanne. Suundumused ja arengud, 2018*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ETN_PDF.pdf (23.05.2019)

Foucault, M. (2007). The Incorporation of the Hospital into Modern Technology. In J. W. Crampton, & S. Elden (Eds.), *Space, Knowledge and Power. Foucault and Geography* (pp. 141-152). Ashgate Publishing Limited. doi:10.1017/UPO9780748626281.001

Gerada, C. (2016). Healing doctors through groups: creating time to reflect together. *British Journal of General Practice, 66*(651), 776-778. doi:10.3399/bjgp16X687469

Golembiewski, J. A. (2010). Start making sense: Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care. *Facilities, 28*(3/4), 100-117. doi:10.1108/02632771011023096

Golembiewski, J. A. (2017). Salutogenic Architecture in Healthcare Settings. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 267-276). Springer. doi:10.1007/978-3-319-04600-6_26

Hallas, K. (1990). Seewaldi haiglakompleksi kujunemisest. *Ehitusalased uurimused. Linnaehitus ja arhitektuur.* O. Kotšenovski (Toim.), Tallinn: Ehituse Teadusliku Uurimise Instituut, lk 45–56.

Hallas-Murula, K. (2010). Heimatstiil ja vahverkarhitektuur. Seewaldi haigla ehitised. rmt: K. Hallas-Murula, *Tallinna juugendarhitektuur. Jacques Rosenbaum (1878-1944)*. Tallinn: Eesti Arhitektuurimuuseum, lk 47-60.

Harro, J. (2017). *Uimastite ajastu.* (teine trükk). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Hoone energiatõhususe miinimumnõuded. (2018). RT I, 13.12.2018, 14. https://www.riigiteataja.ee/akt/113122018014 (23.05.2019)

Housing First. (2019). *Canadian Observatory on Homelessness*. https://www.homelesshub.ca/solutions/housing-accommodation-and-supports/housing-first (23.05.2019)

Hsieh, M.-L., & Hamilton, Z. K. (2016). Predicting Success in Residential Substance Abuse Interventions: New Jersey's Pre-Release Incarceration Alternatives. *Criminal Justice Policy Review, 27*(2), 182-202. doi:10.1177/0887403414556148

Islam, M. M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A., & Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, *23*, 94-102. doi:10.1016/j.drugpo.2011.08.005

Kaardirakendused, kitsendused. (2019). *Maa-amet 2019*. https://geoportaal.maaamet.ee/est/Teenused/Kaardirakendused/Kitsendused-p131.html (23.05.2019)

Kasmel, A. (2009). Salutogenees – uus paradigma rahvatervises. *Eesti Arst*, *88*(5), 367-369. https://eestiarst.ee/salutogenees-uus-paradigma-rahvatervises/ (23.05.2019)

Kaur, A., & Vabrit, S. (2000). *Aiandusteraapia ja taimede osa teraapilise ümbruse kujundamisel.* http://agrt.emu.ee/pdf/proceedings/toim_2000_11_kaur.pdf (23.05.2019)

Kultuurimälestiseks tunnistamine. (1997). RTL 1997, 88, 518. https://www.riigiteataja.ee/akt/25317 (23.05.2019)

Looduskaitseseadus. (2004). RT I 2004, 38, 258. https://www.riigiteataja.ee/akt/114112018008 (23.05.2019)

Lynch, K. (1960). *The Image of the City*. Massachusetts: The M.I.T. Press.

Maikov, K. (2011). *Tervendavad aiad.* Tallinn: Pegasus.

Mennis, J., Stahler, G. J., & Mason, M. J. (2016). Risky Substance Use Environments and Addiction: A New Frontier for Environmental Justice Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(6), 607. doi:10.3390/ijerph13060607

Narkoloogia (2000). Toim. V. Vasar. Tallinn: Medicina

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad. (2005). RTL 2005, 57, 807. https://www.riigiteataja.ee/akt/113072018012 (23.05.2019)

Nasiri, B. (2012). Windows of opportunity: Adapting services to the needs of people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, *23*, 107. doi:10.1016/j.drugpo.2011.09.012

Nõuded majutusettevõttele. (2012). RT I, 31.05.2012, 2. https://www.riigiteataja.ee/akt/119062015013 (23.05.2019)

Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile. (2001). RTL 2001, 130, 1886. https://www.riigiteataja.ee/akt/116032018004 (23.05.2019)

Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*, *16*(1), 74-83. doi:10.1177/1049731505282593

Parkin, S. (2016). Salutogenesis: Contextualising place and space in the policies and politics of recovery from drug dependence. *International Journal of Drug Policy*, *33*, 21-26. doi:10.1016/j.drugpo.2015.10.002

Pihu, L.-L. (2016). *Lammutada või mitte?* (Magistritöö). Eesti Kunstiakadeemia. Tallinn: Eesti Kunstiakadeemia. https://eka.entu.ee/public-thesis/entity-428507/pihu-liina-liis-lammutada-voi-mitte (23.05.2019)

Puudega inimeste erivajadustest tulenevad nõuded ehitisele. (2018). RT I, 31.05.2018, 55. https://www.riigiteataja.ee/akt/131052018055 (23.05.2019)

Redbridge Welcome Centre by Peter Barber Architects. (2019). *Dezeen Limited*. https://www.dezeen.com/2012/02/27/redbridge-welcome-centre-by-peter-barber-architects/#disqus_thread (23.05.2019)

Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal / Koen van Velsen. (2019). *ArchDaily 2008-2019*. https://www.archdaily.com/126290/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-koen-van-velsen (23.05.2019)

Reile, R., Lutsar, K., Zilmer, K., & Lehtmets, A. (2017). *Opioidsõltuvuse asendusravi ja antiretroviirusraviga integreeritud asendusravi Eestis.* Tartu: Tartu Ülikooli Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut.

Rosenberg, V. (1926). *Eesti topograafiline kaart 1:25000, III-28, Harjumaa*. http://www.ra.ee/kaardid/index.php/et/map/view?id=100457 (23.05.2019)

Schmidt, J. H., & von Ulrich, W. (1865). *Generalkarte der Stadt Reval mit der Umgebung*. https://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:113197 (23.05.2019)

Seewald jääb minevikku: psühhiaatriakliinik kolib Mustamäele. (2019). *Postimees, 11.11.2018*. https://www.postimees.ee/6448610/seewald-jaab-minevikku-psuhhiaatriakliinik-kolib-mustamaele (23.05.2019)

Seewald. Planeeringu ettepanekud. (2011). *Telliskivi Selts*. https://www.telliskiviselts.info/sites/default/files/Seewald_08-01_madal_res.pdf (23.05.2019)

Seewaldi ala planeerimiskonkurss. (2019). *Eesti Arhitektide Liit*. http://www.arhliit.ee/arhitektuurivoistlused/sise/3381/ (23.05.2019)

Sell, J. (2013). *Behavioral Healthcare Design: Building Organization (Installment 1 of 4).* https://www.youtube.com/watch?v=tr9viL6JXLc (23.05.2019)

Sell, J. (2019). *A Salutogenic Approach to Designing Behavioral Health Facilities. Array Architects.* https://blog.array-architects.com/kc/a-salutogenic-approach-to-designing-behavioral-health-facilities-2 (23.05.2019)

Siseministeerium. (2014). *Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat*. https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/valge_raamat.pdf (23.05.2019)

Siseministeerium. (2018). *Lühiülevaade uimastipoliitika valge raamatu elluviimisest 2014.–2018. aastal.* https://www.siseministeerium.ee/et/eesmark-tegevused/ennetustegevus/uimastiennetus (23.05.2019)

Sotsiaalministeerium. (2017). *Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025.* https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/hiv_riiklik_tegevuskava_2017_2025.pdf (23.05.2019)

Sotsiaalministeerium. (2019). *Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030.* https://www.sm.ee/sites/default/files/rta_2020-2030_22.01_visioonidokument.pdf (23.05.2019)

Szott, K. (2014). Remaking hospital space: The health care practices of injection drug users in New York City. *International Journal of Drug Policy, 25*, 650-652. doi:10.1016/j.drugpo.2013.12.010

Strike, C., Guta, A., de Prinse, K., Switzer, S., & Carusone, S. C. (2014). Living with addiction: The perspectives of drug using and non-using individuals about sharing space in hospital setting. *International Journal of Drug Policy, 25*, 640-649. doi:10.1016/j.drugpo.2014.02.012

Sõltuvusravi kohaldamise ravi- ja rehabilitatsiooninõuded. (2011). RT I, 11.11.2011, 3. https://www.riigiteataja.ee/akt/111112011003 (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2016). *Riskianalüüs. Kahjude vähendamise keskustega kaasnevad riskid Tallinna näitel.* https://intra.tai.ee/images/prints/documents/147729248826_Kahjude_vahendamise_keskustega_kaasnevad_riskid_Tallinna_naitel.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2017a). *Lisa 1. Kahjude vähendamise teenuse kirjeldus.* https://www.tai.ee/images/PDF/Lepingud/Lepingud_2019/Lisa_1_Kahjude_vahendamise_teenuse_kirjeldus.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2017b). *Narkomaania olukord Eestis 2017.* https://intra.tai.ee//images/prints/documents/154651194996_Olukord%202017.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2018a). *Kahjude vähendamine 2018.* https://intra.tai.ee//images/prints/documents/154333028787_KahjudeVahendamine.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2018b). *Narkomaania ravi ja rehabilitatsioon.* https://intra.tai.ee//images/prints/documents/15465119932_NarkomaaniaRavijaRehabilitatsioon.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2018c). *Uimastiennetus Eestis.* https://intra.tai.ee//images/prints/documents/15422884779_uimastinnetus__.pdf (23.05.2019)

Tervise Arengu Instituut. (2019). *Statsionaarne rehabilitatsiooniteenus täiskasvanud uimastisõltlastele. Lepingu lisa 4: teenusekirjeldus. Statsionaarse rehabilitatsiooniteenuse kirjeldus.* https://www.tai.ee/images/Lepingu_lisa_4._Stats_rehab_teenusekirjeldus.pdf (23.05.2019)

The Zucker Hillside Hospital. (2019). *Hanley Wood Media, Inc.* https://www.architectmagazine.com/project-gallery/the-zucker-hillside-hospital (23.05.2019)

Umbricht-Schneiter, A., Ginn, D. H., Pabst, K. M., & Bigelow, G. E. (1994). Providing Medical Care to Methadone Clinic Patients: Referral vs On-Site Care. *American Journal of Public Health*, *84*(2), 207-210. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615007/ (23.05.2019)

Uusküla, A., Rajaleid, K., Talu, A., Abel, K., Rüütel, K., & Hay, G. (2007). Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addiction Research & Theory*, *15*(4), 411-424. doi:10.1080/16066350701417533

Vorobjov, S. (2012). *Drug use, related risk behaviour and harm reduction interventions utilization among injecting drug users in Estonia: implications of drug policy.* Tartu: Tartu University Press.

Øiseth, O. V. (1990). *Narkootikumid ning doping- ja muud tervistkahjustavad ained.* Tallinn: Eesti Politseiamet.

Intervjuud, käsikirjalised allikad

K. Viira e-kiri autorile, 06.05.2019. Materjal autori valduses.

Süvaintervjuu A. Kurbatovaga, 30.04.2019. Materjal autori valduses

Süvaintervjuu I. Farberi ja G. Oruga, 22.04.2019. Materjal autori valduses.

LISAD

LISA 1

Siia on lisatud suurendatud kujul autori koostatud uimastihulluse ravihoone ja ööpäevaringsete võõrutusravi ja rehabilitatsiooni hoolekandemajade ruumiprogrammi tabelid.

Nr	Ruumi grupp Ruumi nimetus	Ruumide arv tk	Ruumi suurus m^2	SNP kokku m^2
	Uimastihulluse ravihoone			**2 158**
	Uimastitarvitajate toimetuleku üksus			**674**
1	**Kahjude vähendamise osakonna põhiruumid**			**120**
1.1	Kahjude vähendaja/ konsultandi vastuvõturuum	2	12	24
1.2	Päevakeskus (kogemusnõustaja töökoht) koos riideabi, toiduabi ja pesemisruumiga	1	40	40
1.3	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
1.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
1.5	Välitöö spetsialisti ruum	1	16	16
1.6	Tarvikute hoiustamine	1	8	8
2	**Madala lävega esmatasandi tervishoiu osakonna põhiruumid**			**176**
2.1	Üldarsti vastuvõturuum	2	16	32
2.2	Eriarsti vastuvõturuum (sh infektsionist, psühhiaater)	2	16	32
2.3	Õe vastuvõturuum	4	16	64
2.4	Protseduuriruum	2	16	32
2.5	Abiruum	2	4	8
2.6	Tarvikute hoiustamine	1	8	8
3	**Üldruumid**			**378**
3.1	Registratuur ja garderoob			20
3.2	WC plokk, sh inva WC			25
3.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
3.4	Ootealad ja ühendusteed			300
3.5	Apteek koos abiruumidega	1	30	30
	Uimastivaba elu üksus			**1 078**
4	**Võõrutusravi osakonna põhiruumid**			**88**
4.1	Psühhiaatri vastuvõturuum	1	16	16
4.2	Üldarsti vastuvõturuum	1	16	16
4.3	Õe vastuvõturuum	2	12	24
4.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
4.5	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
5	**Rehabilitatsiooni osakonna põhiruumid**			**435**
5.1	Psühhiaatri vastuvõturuum	1	16	16
5.2	Õe vastuvõturuum	1	16	16
5.3	Sotsiaaltöötaja vastuvõturuum	1	16	16
5.4	Psühholoogi vastuvõturuum	1	16	16
5.5	Psühhoterapeudi vastuvõturuum	1	16	16
5.6	Tegevusterapeudi vastuvõturuum	1	16	16
5.7	Füsioterapeudi vastuvõturuum	2	16	32
5.8	Kogemusnõustaja vastuvõturuum	1	16	16
5.9	Abiruum	1	3	3
5.10	Tegevusjuhendajate ruum	1	16	16
5.11	Loengute ruum	1	20	20
5.12	Muusikateraapia ruum	1	20	20
5.13	Kunstriteraapia ruum	1	20	20
5.14	Tegevusteraapia saal	1	60	60
5.15	Vesiravi ruum	1	16	16
5.16	Individuaalteraapia saal	1	50	50
5.17	Liikumisravi saal	1	70	70
5.18	Patsientide riietusruum ja pesemisruum			16
6	**Üldruumid**			**555**
6.1	Registratuur ja garderoob			30
6.2	WC plokk, sh inva WC			25
6.3	Ootealad ja ühendusteed			500
	Üksuste ühisruumid			**406**
7	**Arstikeskus**			**120**
7.1	Personali puhke- ja söögiala (eraldi sissepääs personalile)	1	70	70
7.2	Riietus- ja pesemisruumid, WC-d	1	30	30
7.3	Koosolekuruum	1	20	20
8	**Majandusruumid**			**153**
8.1	Koristuskeskus	1	8	8
8.2	Jäätmeruum	1	20	20
8.3	Kinnistu välishooldusruum	1	5	5
8.4	Valitöö mobiilse üksuse garaaž koos laadimisala sissepääsuga	1	30	30
8.5	Tehnoruumid			90
9	**Juhtimise ja tugiteenuste ruumid**			**133**
9.1	Keskuse juhataja kabinet	1	16	16
9.2	Juhiabi kabinet	1	16	16
9.3	Keskuse haldusjuhi kabinet	1	16	16
9.4	Infotehnoloogiateenistuse ruumid (koos serveriruumiga)	1	20	20
9.5	Personali töötaja	1	12	12
9.6	Abiruum	1	3	3
9.7	Koosolekuruum	1	20	20
9.8	Haigla arhiiv	1	30	30

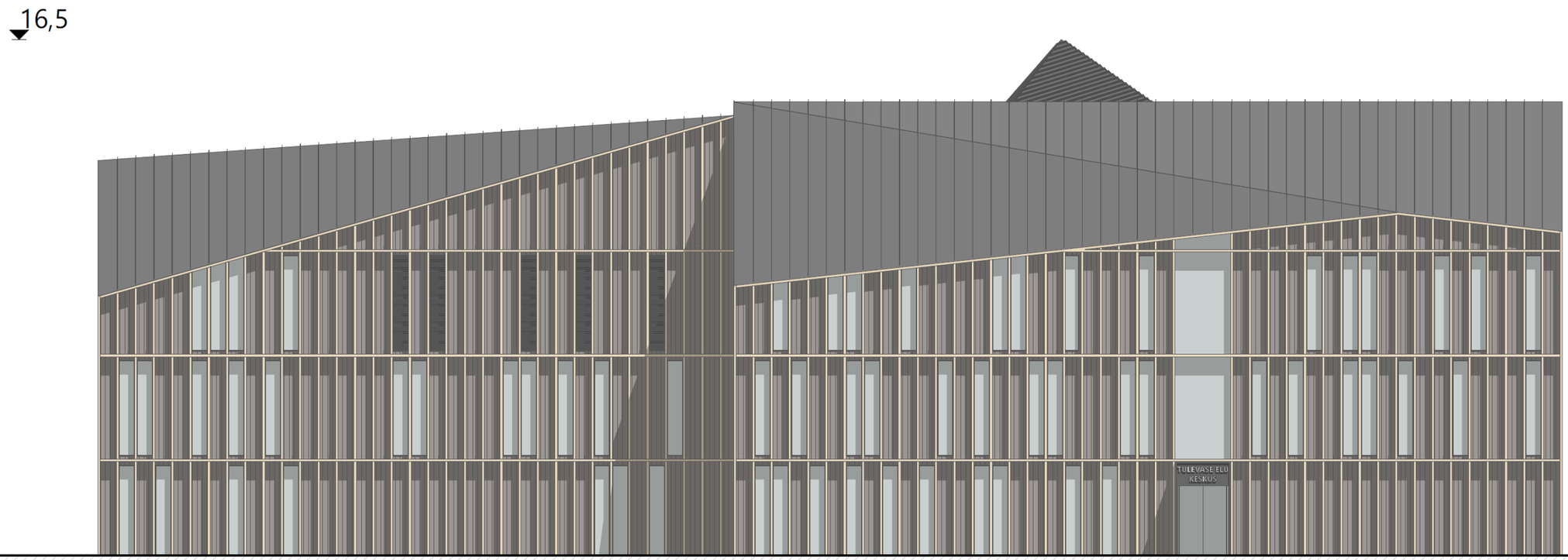
Joonis 68. Uimastihulluse ravihoone ruumiprogramm (autori joonis)

Joonis 69. Ööpäevaringsete hoolekandemajade ruumiprogramm (autori joonis)

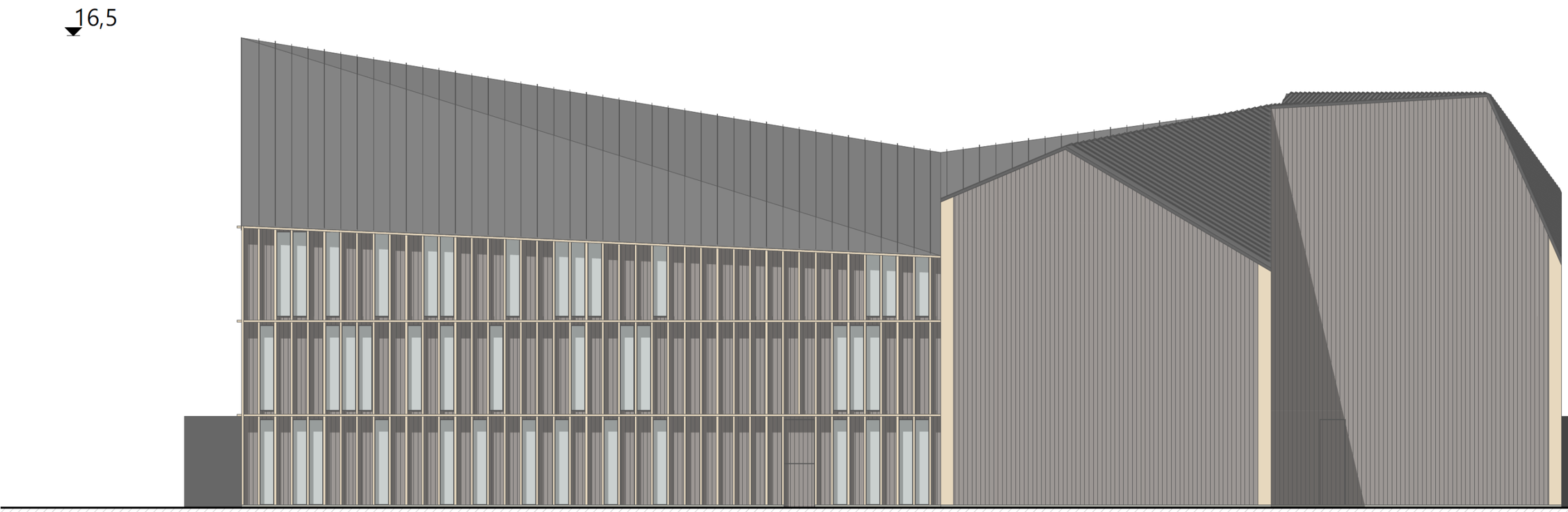
Nr	Ruumi grupp Ruumi nimetus	Ruumide arv tk	Ruumi suurus m^2	SNP kokku m^2
	Ööpäevaringsed hoolekandemajad			**1 416**
	Võõrutusravi hoolekandemaja			**694**
10	**Võõrutusravi palatiploki põhiruumid**			**536**
10.1	Palat (1 voodikoht, WC, dušš)	16	13	208
10.2	Invanõuetele vastav palat (1 voodikoht, WC, dušš)	2	22	44
10.3	Patsientide ühisruum (5-6 palati peale 1, sh köök, puhkeala)	4	55	220
10.4	Järelevalvaja (õe) ruum (1 voodikoht, WC, dušš, abiruum)	4	16	64
11	**Üldruumid**			**158**
11.1	Talveaed/ sotsialiseerumisala			120
11.2	Külaliste WC	1	3	3
11.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	5	5
11.4	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
11.5	Puhta pesu ladustamisruum	1	3	3
11.6	Musta pesu ladustamisruum	1	3	3
11.7	Pesu pesemis- ja kuivatamisruum	1	6	6
11.8	Tehnoruum			15
	Rehabilitatsiooni hoolekandemaja			**704**
12	**Rehabilitatsiooni palatiploki põhiruumid**			**536**
12.1	Palat (1 voodikoht, WC, dušš)	16	13	208
12.2	Invanõuetele vastav palat (1 voodikoht, WC, dušš)	2	22	44
12.3	Patsientide ühisruum (5-6 palati peale 1, sh köök, puhkeala)	4	55	220
12.4	Järelevalvaja (õe) ruum (1 voodikoht, WC, dušš, abiruum)	4	16	64
13	**Üldruumid**			**168**
13.1	Talveaed/ sotsialiseerumisala			130
13.2	Külaliste WC	1	3	3
13.3	Koristustarvikute hoiustamisruum	1	5	5
13.4	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	3	3
13.5	Puhta pesu ladustamisruum	1	3	3
13.6	Musta pesu ladustamisruum	1	3	3
13.7	Pesu pesemis- ja kuivatamisruum	1	6	6
13.8	Tehnoruum			15
	Hoolekandemajade ühisruumid välialal			**18**
14	**Väliala ruumid**			**18**
14.1	Jäätmeruum	1	8	8
14.2	Aiandustarvikute hoiustamisruum	1	4	4
14.3	Suitsunurk	1	6	6

GRAAFILINE OSA

Graafilises osas on toodud projekti joonised, mida ei ole kajastatud magistritöö põhiosas.

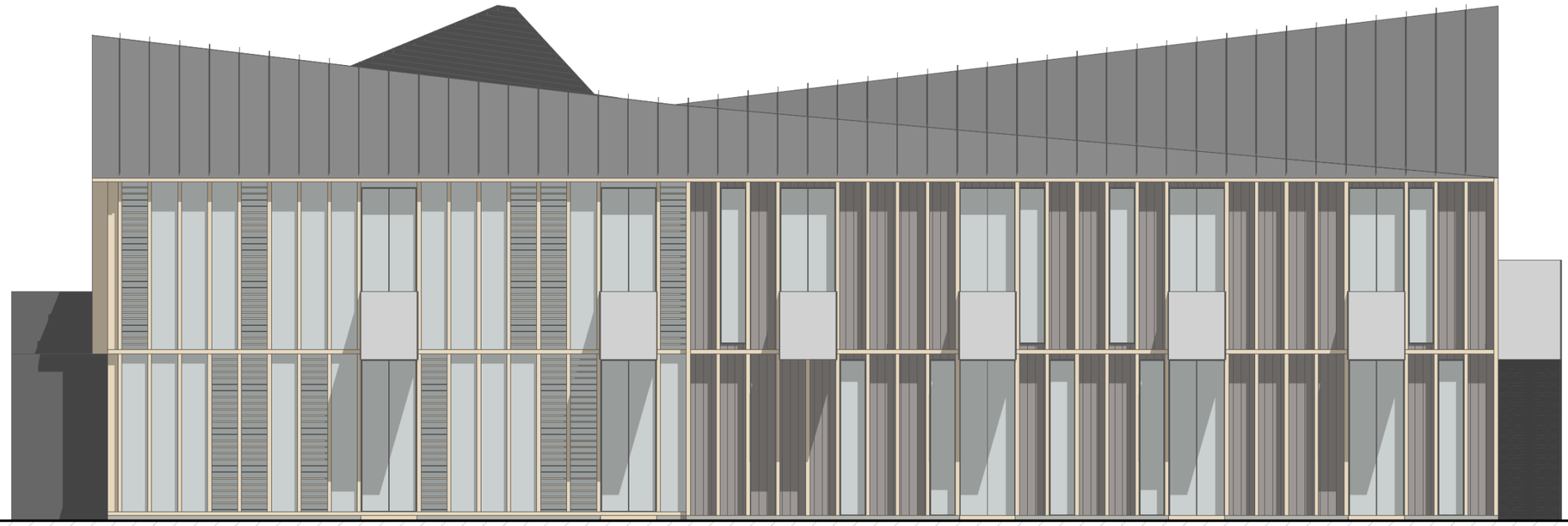


Joonis 70. Ravihoone vaade V3 1:150 (autori joonis)

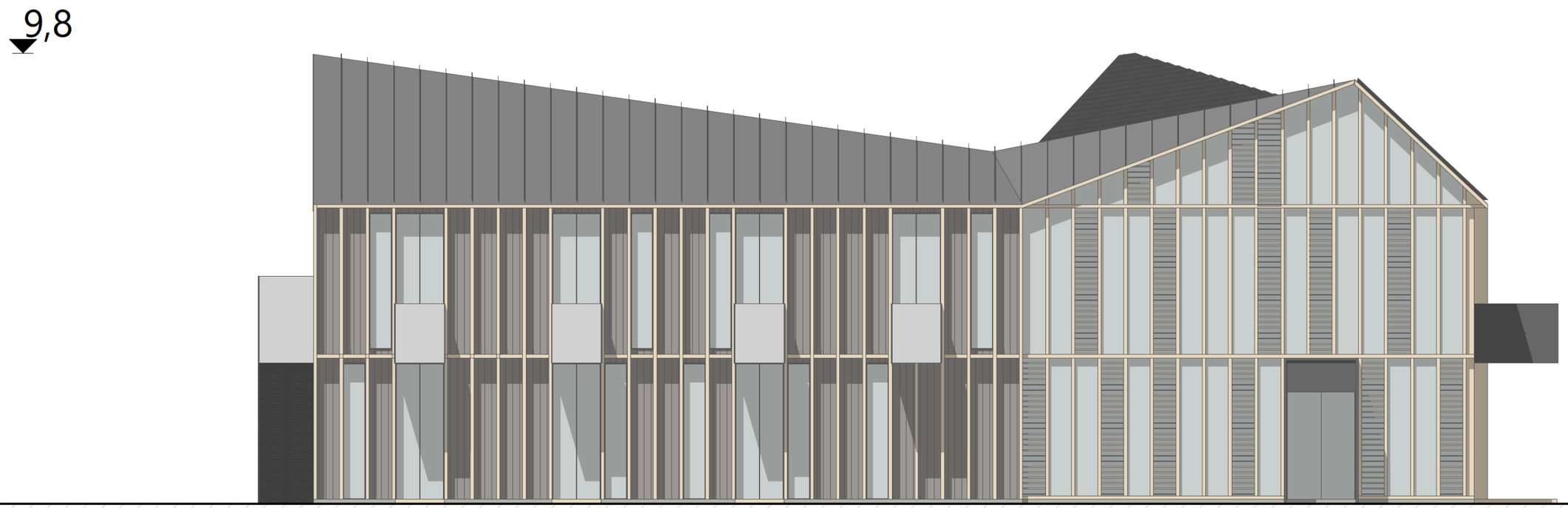


Joonis 71. Ravihoone vaade V4 1:150 (autori joonis)

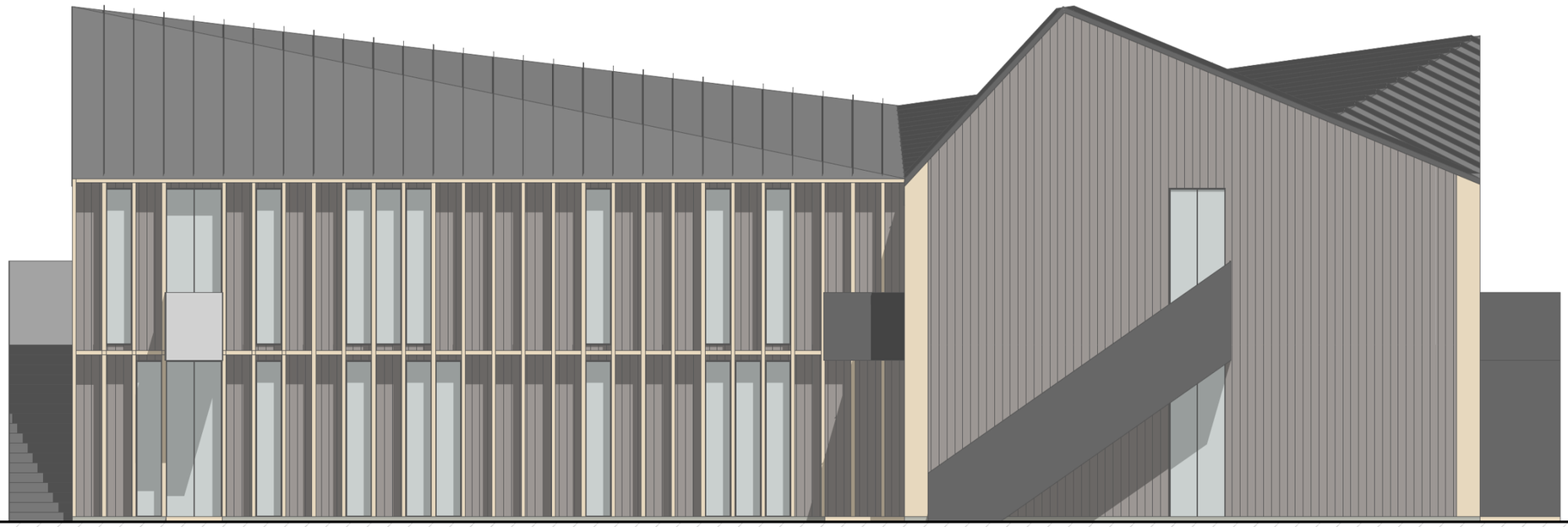
9,8



Joonis 72. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V6 1:100 (autori joonis



Joonis 73. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V7 1:100 (autori joonis)



Joonis 74. Ööpäevaringse hoolekandemaja vaade V8 1:100 (autori joonis)

Joonis 75. Ravihoone 2. korrus 1:200 (autori joonis)

Joonis 76. Ravihoone 3. korrus 1:200 (autori joonis)

Joonis 77. Toimetuleku keskuse ilupilt (autori joonis)