



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 178

Tallinn, Toompea

Esmaspäev, 8. jaanuar 2018

Algus 11.10, lõpp 13.00

Juhataja: Helmen Kütt

Protokollija: Terle Kask

Võtsid osa: Monika Haukanõmm, Igor Kravtšenko, Jüri Jaanson, Liina Kersna, Marika Tuus-Laul, Maris Lauri, Viktor Vassiljev, Aimi Kaldre (nõunik-sekretariaadijuhataja), Heidi Barot (nõunik), Helgi Kundla (nõunik)

Puudus: Tiina Kangro

Kutsutud: Sotsiaalministeeriumi sotsiaalkindlustuse osakonna peaspetsialist Tiia Sihver, Riigi Kinnisvara AS juhatuse liige Piia Kallas, Eesti Puuetega Inimeste Koja välissuhete valdkonna peaspetsialist Meelis Joost, Eesti Liikumispuuetega Inimeste Liidu tegevjuht Jaanika Klopets, MTÜ Ligipääsetavuse foorumi juhatuse liikmed Jüri Järve ja Kristo Priks (2. päevakorrapunkti juures), Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler Maris Jesse, Tervise Arengu Instituudi direktor Annika Veimer, mittenakkushaiguste ennetamise osakonna juhataja Anneli Sammel ning nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja Aljona Kurbatova, MTÜ Eesti AA Teeninduse esindaja, SA Viljandi Haigla juhatuse esimees Priit Tampere ning haigla sõltuvusravi- ja rehabilitatsioonikeskuse juht Rita Kerdmann (3. päevakorrapunkti juures)

Päevakord:

1. Nädala töökava kinnitamine
2. Ministeeriumide ühishoone ligipääsetavusest
3. Sõltuvushäirete võõrutusravist
4. Kollektiivne pöördumine „Hoolduskindlustuse loomine“
5. Muud küsimused

1. Nädala töökava kinnitamine

Otsustati:

1.1 Kinnitada nädala töökava (konsensus – Helmen Kütt, Monika Haukanõmm, Marika Tuus-Laul, Igor Kravtšenko, Jüri Jaanson, Liina Kersna, Maris Lauri, Viktor Vassiljev).

2. Ministeeriumide ühishoone ligipääsetavusest

Tiia Sihver märkis, et esmalt ministeeriumide ühishoonesse tööle minnes ei olnud maja ligipääsetav liikumispuudega inimestele, rääkimata nägemis- ja kuulmispuudega inimestest. Tänapäevaks on liikumispuude koha pealt olukord oluliselt paranenud ja hoones saab igapäevaselt iseseisvalt hakkama. Siinjuures tuleb tänada ka kantslerit, kellela olukord oleks võinud olla veel hullem, kui ta tänapäevaks on. Näiteks taheti algselt teha kogu hoone peale ainult üks invatualett, kuid nüüd on need olemas üle korruste. Tegemist ootavad veel nägemis- ja kuulmispuudega inimestele vajalikud asjad ja samuti vajab lahendamist külaliste autode parkimisega seonduv.

Jüri Järve arvas, et hoone ei ole ligipääsmatu. Ta selgitas, et ligipääsetavust saab hinnata mitme erineva kategooria järgi (füüsiline ligipääs, ligipääs infole vaegkuulmise ja –nägemise osas) ning füüsilise ligipääsu osas ei ole praeguseks võrreldes projektiga midagi oluliselt muutunud. Külaliste seisukohast ei ole hoonesse pääsemisega peasissekäigust Suur-Ameerika tänava poolt probleeme. Erinevused tulevad sisse töötaja seisukohalt ja teatavasti lahendatakse need asjad töökoha kohandamise ja muude meetmetega. Füüsilist ligipääsu silmas pidades ei erine ministeeriumide ühishoone kümnetest teistest büroohoonetest. Järve sõnul ei saa tema linnaametnikuna koostada invalahenduste täisprojekti. Pigem tuleb tellijal olla nii teadlik, et neid kõiki asju ette näha ja need läbi vaadata. Ta lisas, et enamasti on kooskõlastamist palju. Kooskõlastamiselt käib läbi eelprojekt ja tööprojektid ning muud tööprojekti staadiumid näevad ette väga palju detailsemad lahendusi ning võib juhtuda, et aasta või poolteist hiljem tehakse muudatusprojekt, mis võib varasema peapeale pöörata. Läbivaatusel antakse ehitusprojekt, kuid sisekujundusprojekt on selline projekti osa, milles lahendatakse sisekujunduse elemendid ja muud nüansid, mida ehitusprojekti ei ole. Sisekujundusprojekti üldjuhul kooskõlastusringile ei saadeta.

Piia Kallas märkis, et maja sai üle antud eelmise aasta augustis ning siis oli kasutusluba olemas ja põhiasjad oleksid pidanud olema arvesse võetud, kuid kahetsusväärset olid mingid nüansid jäänud kas tähelepanuta või olid mitteteadlikud inimesed teinud mingi muu lahenduse. Näiteks olid nägemispuudega inimestele mõeldud juhtsiinid esmalt varjutatud porimattide alla. Ta lisas, et projekte tehes võetakse nendes arvesse nõudeid liikumis-, nägemis- ja kuulmispuudega inimeste liikumisvõimaluste tagamiseks üldkasutatavates ehitistes. Riigi Kinnisvara kaasas spetsialiste ja hinnang saadi ka MTÜ Ligipääsetavuse foorumilt, kes hindas maja puudusi, mille tulemusel on mõningad asjad juba ka lahendatud. Aasta lõpus peale hinnangu saamist plaaniti koheselt teha ka ümarlaud ja kaasata laiem kasutajate grupp. Kuna kõigile sobivat aega aasta lõpus ei leitud, siis käesoleva nädala reedel saadakse kokku ning vaadatakse üle asjad, mis peaksid saama esimesel võimalusel lahendatud. Riigi Kinnisvara esindaja pidas oluliseks arutada ka kommunikatsiooni küsimusi.

Meelis Joost märkis, et Eesti Puuetega Inimeste Koda (EPIKoda) on korraldanud iga paari aasta tagant üritusi, konverentse ja arutelusid, kuhu on kutsutud kõiki osapooli, kes ühiskonnas ligipääsetavuse teemaga tegelevad. See, et olulise tähtsusega riigihoone ei kukkunud välja võib-olla nii hästi, kui oleks pidanud, on kõikidele osapooltele heaks õppetunniks. Jõuda tuleb aga nii kaugele, et kõik arendajad mõtleksid sellised asjad juba eelnevalt läbi, kaasates seejuures tulevasi kasutajaid. Ka Riigi Kinnisvaral võiks olla näiteks üks eraldi üksus, mis tegeleks kogu ligipääsetavuse ja universaalse disaini paketi. EPIKoja esindaja tõi probleemina välja selle, et kui projektis leitakse muutmist vajavaid asju, siis n-ö lõplikus projekti versioonis on neid väga raske muuta. Ka olukord, kus meil on vastu võetud ehitusseadustik, kuid selle ligipääsetavust reguleeriv määrus ei ole siiani vastu võetud, ei ole kindlasti hea. See ei tohiks aga takistada projektide läbi arutamist enne, kui need lõpliku heakskiidu saavad. EPIKoja soov on, et tulevikus oleksid ka kõik kortermajade ühiskasutuses olevad koridorid ligipääsetavad, kuigi kooskõlastusringi läbinud määrus seda otseselt ei nõua.

Viktor Vassiljev arvas, et asutustes peaks olema töötaja, kes erivajadusega inimest abistab.

Kristo Priks leidis, et printsip peaks ikkagi olema see, et igaüks saab võimalikult iseseisvalt hakkama. Ta märkis ka, et kindlasti võiks koostööd olla rohkem ning tõi näite sellest, et esmalt oli MTÜ Ligipääsetavuse foorumi lähteülesanne parkimise osas see, et liikumispuudega inimesel oleks võimalik parkida hoonele võimalikult lähedale ja oli kokkulepe, et parkida on võimalik eelneval kokkuleppel ministeeriumiga. Kuid nüüd, kaks nädalat tagasi, minnes koosolekule, väitis ministeeriumi infotöötaja, et seal parkida ei saa ja parkimine ei olegi mõeldud külalistele. Sellised asjad peaksid olema kokku lepitud ja kajastatud ka ministeeriumi kodulehel.

Helmen Kütt nõustus, et info parkimise korralduse kohta peaks olema kajastatud ministeeriumi kodulehel.

Monika Haukanõmm märkis, et endiselt teeb muret ehitusseadustik, mis alates 1. juulist 2017 kehtib. Eelnevalt, kui veel ehitusseadus kehtis, oli ka konkreetne määrus, mis kehtestas nõuded liikumis-, nägemis- ja kuulmispuuetega inimestele avalikes hoonetes liikumiseks. Võib ju arvata, et seda määrust saab veel arvesse võtta, kuid see ei ole enam sellisel moel õige. Ta lisas, et mõelda tuleks ka nii arhitektide, sisekujundajate kui tellijate teadlikkuse tõstmisele ning neile vajalike koolituste korraldamisele. Jõuda tuleks selleni, et spetsialistide koolituses on ligipääsetavuse moodul iseenesest mõistetavalt väljaõppe üks osa. Kurib on see, et kuigi juba pikka aega kehtivad avalike veebide ligipääsetavuseks WCAG 2.0 nõuded, siis neid kahjuks siiski ei täideta.

Jüri Jaanson arvas samuti, et hooned peavad olema ligipääsetavad ilma abistajateta. Ta juhtis tähelepanu, et ligipääsetavus ei tähenda ainult füüsilist ligipääsu, vaid selle all mõistetakse igasugust inimese vajaduse realiseerimist, sh ka avaliku teabe kätte saamist. Ideaalis peaks ka kurt inimene saama hoones üksi hakkama. Selleks on vajalik kõikvõimalik visuaalne info ja ka kohtumiste ruumid peaksid olema kaetud silmusvõimendiga. Ministeeriumide ühishoone peaks tegelikult olema ligipääsetavuse etalon ehk kõige parem näide, mille järgi ka teised saaksid joonduda, kuid selle näitena on see läbi kukkunud.

Jüri Järve ei nõustunud väitega, et ministeeriumide hoone on läbikukkumine. Ta märkis, et hoone on täna selline nagu projekteerimise ajal kehtivad ehitusnormid olid ja invanormid ette nägid.

Kristo Priks lisas, et ministeeriumide hoones olevad lahendused on välja töötanud iga puude liigi esindajad. Positiivse näitena tõi ta välja ka selle, et kõik koosolekute ruumid hoones on toodud nulltasandile ja kõik praegused puudujäägid on lahendatavad.

Piia Kallas märkis, et Riigi Kinnisvaral on plaanis oma ehitus- ja arendusvaldkonna inimestega luua nn Riigi Kinnisvara enda standard ligipääsetavuse osas ehk kui minnakse projekteerimise hankeid tegema, siis lisatakse tehnilisse kirjeldusse omad nõuded, mis on testitud ja hinnatud.

3. Sõltuvushäirete võõrutusravist

Maris Jesse sõnas, et paraku ei saa öelda, et abi saamise võimalused nii alkoholitarvitamise häire ravis kui ka muude uimastite sõltuvuse varajases märkamises ja ravis on piisavad. Kuna sõltuvustega tegelemine jäi nõukogude ajal ainult ühe kitsa grupi psühhiaatrite eriala juurde, millega isegi mitte kõik psühhiaatrid ei tahtnud tegemist teha, siis seetõttu võrdus väga pikka aega sõltuvuse ravi kuvand Wismari Haiglaga. Selle kuvandi muutmisega on Tervise Arengu Instituut (TAI) ja mitmed teised osapooled viimased peaaegu et 10 aastat vaeva näinud. Küll aga on abi andvate kohtade arv järjest suurenenud ning TAI on olnud nii narkomaania kui ka alkoholi ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste arenduse vedaja.

Anneli Sammel selgitas, et sõltuvus on krooniline ajuhaigus ja tagasilangus on osa paranemise protsessist. Universaalseid lahendusi ei ole olemas, sest iga inimene vajab eraldi lähenemist ning just talle sobivat teenuste kombinatsiooni. Kasutades tõenduspõhiseid meetodeid on võimalik saavutada häid tulemusi, aga kõik algab meie väärtustest ja hoiakutest. TAI esindaja sõnul täpsem statistika alkoholitarvitamise häire all kannatavate inimeste kohta Eestis puudub. Teada on see, et 90% Eesti inimestest tarvitab alkoholi ning umbes üks kolmandik neist on alkoholi liigtarvitajad, kellest hinnanguliselt ligikaudu 10 000 naist ja 50 000 meest on alkoholisõltlased. Igapäevasuitsetajaid on 2016. aasta andmetel 21% elanikkonnast.

Aljona Kurbatova lisas, et narkootikume on oma elu jooksul proovinud kolmandik kõikidest noortest ja viiendik kõikidest täiskasvanutest. Narkootikume süstivaid inimesi on Eestis hinnanguliselt 9000 ning see on kõige kõrgem näitaja Euroopa Liidus täiskasvanud elanikkonna kohta. Samuti on suur narkootikumide üledoosidest tingitud suremus, kuna Eesti on jätkuvalt n-õ katselabor uute narkootiliste ainete osas, siia jõuavad need kiiremini ja neid katsetatakse rohkem, kui paljudes teistes riikides.

Anneli Sammel märkis, et programmi „Kainem ja tervem Eesti“ eesmärgiks on parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust alkoholitarvitamise häirega inimeste puhul. Peamisteks tegevusteks on alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine üldarstiabis, alkoholitarvitamise häire ravi eriarstiabis ja liigtarvitajatega kokku puutuvate spetsialistide ja avalikkuse teadlikkuse tõstmine alkoholikahjustest ja abi saamise võimalustest. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine üldarstiabis tähendab, et perearst või pereõde sõelub patsiente AUDIT testiga, et selgitada välja alkoholitarvitamise riskitase. Patsiendile antakse tagasiside ning ohustavate ja kuritarvitavate patsientidega viiakse läbi lühike motiveeriv vestlus tarvitamise vähendamiseks. Juhul, kui kuritarvitaja ei vähenda tarvitavaid koguseid, siis suunatakse ta edasi eriarstisüsteemi saama ravi alkoholitarvitamise häire osas ja sõltuvusega inimesed suunatakse kohe eriarstiabi süsteemi. TAI esindaja sõnul on pooleteise aasta jooksul varajase avastamise teenust perearsti/pereõe vastuvõtul osutatud 3291 patsiendile. Koolitatud on 567 tervishoiutöötajat ning eesmärgiks on viia see teenus läbi koolituste suurema osa perearstide/õdedeni, et see saaks nende igapäevase töö osaks. Perearst2 infosüsteemis on selleks tehtud arendus, et lihtsustada testi läbiviimist.

Alkoholitarvitamise häirega patsientide ravi programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames on hankega valitud 5 raviteenuse osutajat (kuni 28.02.2018), kelleks on Tartu Ülikooli Kliinikum, Lõuna-Eesti Haigla, Viljandi Haigla, Pärnu Haigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Teenuste osutamisel lähtutakse TAI-ga sõlmitud lepingust, kus on teenuse kirjeldus, mis tugineb ravijuhendile. Teenuseid osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt ja päevaravis. Rõhk on võimalikult varasel sekkumisel patsiendi alkoholi liigtarvitamisse. Ravi on peamiselt ambulatoorne, sest patsient peab õppima oma häire/sõltuvusega ühiskonnas hakkama saama. Ravi koosneb hindamisest ja erinevatest psühhosotsiaalsetest sekkumistest (nõustamisest kuni kognitiivse teraapiani grupis ja individuaalselt). Psühhosotsiaalseid sekkumisi võib pakkuda koos ravimitega, kuid ainult ravimite kasutamine ilma psühhosotsiaalse sekkumiseta ei ole tulemuslik. Ravi on pikaajaline ja tagasilangused on selle häire normaalne osa. Ravi osutamisel on oluline roll ravimeeskonnal, erinevate spetsialistide koostööl, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog, sotsiaaltöötaja ja psühhiaater. Ravi tulemuslikkuse seisukohalt on väga oluline patsiendi enda motivatsioon. Perioodil juuli 2016 kuni november 2017 on alkoholitarvitamise häire raviteenust eriarstiabis osutatud 1590 patsiendile.

Anneli Sammel lisas, et TAI on aastaid vedanud ka tubakast loobumise nõustamise kabinettide tööd, tasudes seda läbi riigieelarve. Üle Eesti on 17 kabinetti, kes osutavad intensiivset meditsiinilist nõustamist ja keskeltläbi 1400-1500 patsienti saab igal aastal tubakast loobumise nõustamist just nendes kabinettides. Perearstidele/pereõdedele ja ämmaemandatele on välja

töötatud juhend ja viiakse läbi koolitusi tubakast loobumise nõustamise läbiviimiseks tavapärase vastuvõtu käigus.

Aljona Kurbatova märkis, et kahjude vähendamise teenused (süstlavahetus ja nõustamine) on kättesaadavad Tallinnas, Maardus, Narvas, Kohtla-Järvel, Jõhvis, Sillamäel, Tapal ja Paides. Ta selgitas, et naloksooni programmi eesmärk on üledoosist tingitud surmade ennetamine. Naloksooni programmi raames saab elupäästva ravimi ligi 800 inimest aastas. Statsionaarset võõrutusravi teenust täiskasvanutele osutab kaks asutust – AS Wismari Haigla ja SA Viljandi Haigla (kokku 15 voodikohta). Statsionaarset võõrutusravi teenust alaealistele osutab SA Tallinna Lastehaigla (4 voodikohta). Ambulatoorne opioidsõltuvuse asendusravi teenus on kättesaadav Tallinnas, Tartus, Jõhvis, Sillamäel, Narvas ja Kiviõlis. Kokku saab aastas teenust ligi 1000 inimest. Statsionaarset pikaajalist sõltuvusravi täiskasvanutele osutab SA Viljandi Haigla Viljandis ja Sillamäel (kokku 55 voodikohta). Statsionaarne pikaajaline sõltuvusravi on suunatud mitmekülgsete tervise ja sotsiaalsete probleemidega pikaajastele sõitlastele. Eesmärgiks on nii tervise kui sotsiaalse toimetuleku taastamine. Statsionaarset ravi-rehabilitatsiooni teenust alaealistele osutab hetkel riigieelarve vahenditest OÜ Corrigo (Jõhvi, 16 kohta). Koostöös SA Ida-Viru Kesksaiglaga valmistab TAI ette uue ravikeskuse avamist (alates jaanuar 2019). Päevaravi teenust kaksikdiagnoosiga patsientidele osutab SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Järelteenuseid ja nõustamisteenuseid osutab SA Viljandi Haigla Tallinnas, Jõhvis ja Narvas. Järelteenuste eesmärk on tagasilanguse ennetamine ning nõustamisteenuse eesmärk psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemide lahendamine, toimetuleku taastamine ja tagasilanguse ennetamine.

Monika Haukanõmm küsis, mis saab pärast programmi „Kainem ja tervem Eesti“ lepinguperioodi lõppu?

Anneli Sammel vastas, et uus hange kuulutatakse välja ning lisa loodetakse saada viiele keskusele, kes praegu raviteenust osutavad. Hankega valitud viis raviteenuse osutajat jätkavad oma teenustega, kuid vaja on laiendada ka Ida-Virumaale, saartele ja mujale, et teenus oleks geograafiliselt kättesaadavam.

Liina Kersna küsis, kui alkoholitartvitamise häire raviteenust on osutatud ligikaudu 1600 patsiendile, siis kui paljud neist patsientidest on terveks saanud ja kui palju on neid, kes on ravi katkestanud?

Anneli Sammel vastas, et statistika on kokkuvõtmisel ja hetkel selle kohta täpsed andmed puuduvad.

Maris Jesse lisas, et programmi „Kainem ja tervem Eesti“ rahastatakse Euroopa Struktuurifondi vahenditest ja juba algselt oli selle juurde planeeritud ka hindamiskomponent. Praegu on esimesed tulemused esimestest aastatest kokkuvõtmisel.

Maris Lauri küsis, kas ka sotsiaaltöötajaid on selles osas kuidagi õpetatud või kuidas nemad sellesse süsteemi paigutuvad?

Anneli Sammel vastas, et nendega tehakse pidevalt koostööd ja neid koolitatakse läbi infopäevade.

Aljona Kurbatova lisas, et täiendkoolituse võimalusi on loodud nii alkoholi kui narkootikumide valdkonnas, aga vajaka jääb sellest, kuidas need teemad on käsitletud põhiõppes. Täna kompenseeritakse puudujääke läbi selle, et tehakse täiendkoolitusi, kuid jätkusuutlikum oleks see, kui õppekavades pöörataks nendele teemadele rohkem tähelepanu. Töö selles suunas käib, kuid täna on probleem lahendamata ehk kui sotsiaaltöötaja lõpetab kooli, siis ei ole tal tegelikult selliseid teadmisi, mis on vajalikud tööks sõltuvusega.

Priit Tampere märkis, et 2012. aastal võeti koos TAI-ga vastu otsus sellist keerulist teenust osutama hakata. Põhikriteeriumiteks, mille tõttu sellise teenusega juleti alustada oli see, et Viljandis sellise teenuse jaoks vajaminevad kompetentsid tundusid olemas olevat ehk nii psühholoogide, sotsiaalvaldkonna, kui ka somaatilise poole kompetents oli olemas. Tampere tõdes, et tee on olnud päris keeruline ja toona ei teatud kõiki kaasnevaid raskusi. Ta märkis, et mõlema teenuse puhul on hästi oluline see, kuidas kliendi vaates teenus tervikuks siduda.

Rita Kerdmann sõnas, et SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus tegutseb alates 2012. aasta aprillist ning erinevaid teenuseid pakutakse viies linnas – Viljandis, Tallinnas, Jõhvis, Sillamäel ja Narvas. Kahjude vähendamise teenust pakutakse Narvas ja alatest 2018. aastast ka Sillamäel. Viljandis pakutakse võõrutusraviteenust nii meestele kui ka naistele. Statsionaarset rehabilitatsiooniteenust pakutakse samuti Viljandis nii meestele kui naistele ja Sillamäel meestele. Ambulatoorset rehabilitatsiooniteenust ehk järelteenust pakutakse Tallinnas, Jõhvis ja Narvas. Statsionaarse rehabilitatsiooniteenuse kestvus on 6-9 kuud (55 kohta) ja võõrutusraviteenuse kestvus on kuni 30 päeva (10 kohta).

Ta lisas, et järgmine kuu saab keskuse tööst kuus aastat ja tulemused on tegelikult päris head. Keskuses on 80 töötajat, kellest 16 on kogemusnõustajad ja 13 neist on läbinud programmi Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses. Lisaks töötab 5 keskuse programmi läbinud klienti teistes sama sihtrühmaga töötavates asutustes. Viljandis on kogu programmi lõpetanud alates 2012 aastast 97 inimest, Sillamäel 2017ndal aastal 24 inimest. Viljandi osakonnas on peaaegu 6 aasta jooksul alustatud 489 haiguslugu (nt 2012. aastal 19 haiguslugu ja 2017. aastal 175 haiguslugu) ning järelteenusel osaleb 4.01.2018 seisuga 100 inimest.

Maris Lauri juhtis tähelepanu sellele, et kahjuks ka väga paljud meditsiinitöötajad suitsetavad ja küsis, kas selles osas on mingeid tegevusi planeeritud?

Anneli Sammel vastas, et on olemas selline võrgustik nagu tubakavabad tervishoiuteenuse osutajad. Selliseid silte võib leida ka haiglate seintelt ja tegelikult on strateegia nende jaoks välja töötatud.

Otsustati:

3.1 Jätkata arutelu komisjonis (konsensus – Helmen Kütt, Monika Haukanõmm, Igor Kravtšenko, Jüri Jaanson, Liina Kersna, Marika Tuus-Laul, Maris Lauri, Viktor Vassiljev).

4. Kollektiivne pöördumine „Hoolduskindlustuse loomine“

Aja puudusel päevakorrapunkti ei arutatud ning arutelu lükkus edasi 9. jaanuari komisjoni istungile.

5. Muud küsimused

Aja puudusel päevakorrapunkti ei arutatud ning arutelu lükkus edasi 9. jaanuari komisjoni istungile.


Helmen Kütt
Juhataja


Terle Kask
Protokollija