



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2010. a RIIKLIK RAPORT
(2009. a andmed) EMCDDAle REITOXi
riiklikult narkoteabekeskuselt**

**EESTI
Uus areng, suundumused ja
süvainformatsioon valitud teemadel**

REITOX

RAPORT NARKOOLUKORRAST EESTIS 2010. AASTAL (2009. aasta andmetel)

AVE TALU¹

KATRI ABEL-OLLO¹

KAIRE VALS¹

SIGRID VOROBJOV¹

GLEB DENISSOV²

ANDRI AHVEN³

¹ Tervise Arengu Instituut, Eesti Uimastiseire Keskus/REITOXi Eesti narkoteabe keskus

² Tervise Arengu Instituut, Surma põhjuste register

³ Justiitsministeerium

2010

Copyright © Tervise Arengu Instituut

Tervise Arengu Instituut

Eesti Uimastiseire Keskus

Hiiu 42, Tallinn 11619, Eesti

Telefon +372 6593 997

Faks +372 6593 998

e-post ave.talu@tai.ee; katri.abel-ollo@tai.ee

koduleht <http://eusk.tai.ee>

<http://www.tai.ee>

Raporti sisu ei pruugi tingimata kajastada Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse seisukohti (EMCDDA).

Eri peatükkides avaldatud arvamuse eest vastutab peatüki autor. Raporti koostamist kaasfinantseeris Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (grandileping nr GA.2010.RTX.007.1.0).

Tänuavaldus

Täname häid kolleege Aljona Kurbatovat, Margit Kuusi, Kristi Rüütli, Aire Trummalit ja Piret Viikleppa Tervise Arengu Instituudist. Nende kiired vastused andmepäringutele ning väärtuslikud nõuanded ja kommentaarid aitasid oluliselt kaasa raporti koostamisele. Täname ka Maris Salekešinit Sotsiaalministeeriumist asjatundlike kommentaaride eest. Meie siiras tänu kuulub Tervisekaitseameti epidemioloogia nõunik dr Kuulo Kutsarile ja dr Jevgenia Epšteinile, kellelt saadud andmed (EMCDDA standardtabel nr 9 osa 4) ning selgitused ja kommentaarid olid abiks peatüki 6.1 koostamisel.

Täname Risto Kasemäed Politseiametist ja Peep Rausbergi Eesti Kohtuekspertiisi Instituudist, kellelt saadud andmete (vastavalt EMCDDA standardtabel nr 15 ning nr 13 ja 14) põhjal koostasime peatüki 10.

Lühendid

AIDS – HIV-tõbi

EEMAS – Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi

EKEI – Eesti Kohtuekspertiisi Instituut

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

GBL – Gamma-Butyrolactone

GHB – Gammahydroxybutyrate

HIV – Inimese immuunpuudulikkuse viirus

NERS – Narkomaania Ennetamise Riiklik Strateegia

RASI – Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut

STLH – sugulisel teel levivate nakkushaiguste

TB – Tuberkuloos

UNODC – United Nation Office on Drugs and Crime

UV – usaldusvahemik

WHO – World Health Organization

Sisukord

Kokkuvõte.....	7
Osa A: Uued arengud ja trendid	12
Peatükk 1. Narkopoliitika, seadusandlus, strateegiad ja majanduslikud analüüsid.....	12
1.1 Juriidiline raamistik	12
1.2 Riiklik tegevuskava, strateegia, hindamine ja koordineerimine.....	14
1.3 Majanduslik analüüs	15
Peatükk 2. Narkootikumide tarvitamine rahvastikus ja spetsiifilistes gruppides.....	17
2.1 Narkootikumide tarvitamine rahvastikus	17
2.2. Narkootikumide tarvitamine kooliõpilaste ja noorte hulgas.....	17
2.3. Narkootikumide tarvitamine sihtrühmades ja paikades riiklikul ja kohalikul tasandil .	18
Peatükk 3. Ennetus	19
3.1 Universaalne ennetustegevus.....	20
3.2 Selektiivne ennetus riskigruppides- ja kohtades	22
3.3 Indikatiivne ennetustöö	22
3.4 Riiklikud ja kohalikud meediakampaaniad	23
Peatükk 4. Probleemne narkootikumide tarvitamine	23
Peatükk 5. Narkomaaniaravi: ravinõudlus ja selle kättesaadavus	23
5.1 Strateegia, poliitika	24
5.2 Ravisüsteem.....	24
5.2.1 Asendusravi	25
5.2.2 Võõrutusravi.....	26
5.2.3 Rehabilitatsioon.....	26
5.3 Ravile pöördunud klientide taustainformatsioon.....	28
Peatükk 6. Tervisenäitajad ja narkootikumide tarvitamise tagajärjed	36
6.1 Narkootikumide tarvitamisega seotud nakkushaigused.....	36
6.2 Tuberkuloosi nakatumine.....	39
6.3 Teised narkootikumidega seotud tervisenäitajad ja tagajärjed	39
6.4 Teised narkootikumidega seotud tervisenäitajad ja tagajärjed	40
6.5 Narkootikumidega seotud surmad ja suremus	40
Peatükk 7. Narkootikumide tarvitamisest tingitud tervisenäitajate ja tagajärgedega tegelemine.....	43
7.1 Narkootikumidega seotud õnnetusjuhtumite ennetamine ja narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähendamine.....	43
7.2 Narkootikumidega seotud nakkushaiguste ennetus ja ravi.....	44
7.3 Süstivatele narkomaanidele suunatud kahjude vähendamise teenused	44
7.4 Teised tugiteenused süstivatele narkomaanidele.....	47

Peatükk 8. Sotsiaalsed näitajad ja sotsiaalne reintegratsioon	48
Peatükk 9. Narkootikumidega seotud kuritegevus, narkootikumidega seotud kuritegevuse ennetamine ja vangla.....	48
9.1. Sissejuhatus	48
9.2 Narkootikumidega seotud kuritegevus	49
9.3 Narkootikumide tarvitamine vanglas	51
9.4 Narkootikumide tarvitamisest tingitud terviseprobleemidega tegelemine vanglas	51
9.5 Vanglast vabanenud narkomaanide reintegratsioon	52
Peatükk 10. Narkoturg	53
10.1 Narkootikumide kättesaadavus ja pakkumine	53
10.2 Narkootikumide konfiskeerimine	54
10.3 Hind ja puhtus	56
B-osa: Valitud teemad	58
Peatükk 11. Riiklike ravijuhendite ajalugu, meetoodika ja rakendamine.....	58
11.1 Ajalugu ja üldine raamistik	58
11.2 Olemasolevad narkomaaniaravi juhendid	59
11.3 Juhendi rakendamise protsess	60
11.4 Eesti opiaatsõltuvuse ravijuhendi võrdlemine WHO juhendiga.....	61
Peatükk 12. Narkootikumidega seotud ravi maksumus: võrdlev analüüs	63
12.1 Ravi rahastamise allikad	63
12.2 Sõltuvusravi maksumuse uuringud	64
12.3 Majanduslik sõltuvusravi hindamine.....	64
Osa C: Lisad.....	65
Kasutatud kirjandus	65
Internetiaadresside nimekiri.....	67
Viidatud seaduste nimekiri.....	68
EMCDDA standardtabelite nimekiri, 2010.....	70
Tabelite ja jooniste loetelu	71

Kokkuvõte

Narkopoliitika, seadusandlus ja majanduslik analüüs

Narkomaaniavastase tegevuse alusdokumendiks Eestis on Narkomaania Ennetamise Riiklik Strateegia aastani 2012 (NERS). 2009. aastal alustati NERSi kaasajastamist ja valmistati ette NERSi rakendusplaan aastateks 2009–2012.

Narkomaania valdkonnaga seotud institutsionaalses raamistikus põhimõttelisi erinevusi võrreldes 2008. aastaga ei toimunud. Ainukeste muutustena võib märkida kahe uue ametiasutuse loomist mitme eelneva institutsiooni ühendamisel. Terviseamet sündis Tervishoiuameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja Kemikaalide Teabekeskuse ühendamise teel ning Politsei-, ja Piirivalveamet loodi Politseiameti, Keskkriminaalpolitsei, Julgestuspolitsei, Piirivalveameti ning Kodakondsus- ja Migratsiooniameti ühendamisel. Mõlemad loodud asutused töötavad alates 1. jaanuarist 2010.

Narkootikumidega seotud seadusandluse poole pealt lisati 2009. aastal narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja kokku kaheksa ainet: mefedroon, JWH-073, JWH-018, CP 47497, CP 47497-C6-homoloog, CP 47497-C8-homoloog, CP 47497-C9-homoloog, HU-210. Narkokuritegevuse seadusandliku poole pealt tegeles Justiitsministeerium 2009. aastal narkomaanidele alternatiivkaristuse kohaldamise eelnõuga ja saatis selle kooskõlastusringile. Alternatiivkaristus plaaniti rakendada narkomaanidele, kellel on reaalselt määratud kuue kuu kuni kahe aasta pikkune karistus ja kes nõustuvad ravile minemise tingimustega. Narkootikumidega seotud nakkushaiguste seadusandluses loodi 2009. aastal raamistik HIV-tõve (AIDS) ja HIV- nakkuse esinemise ja nakatumise ohutegurite kohta käiva teabe edastamiseks, mis annab tulevikus võimaluse saada informatsiooni riskirühmade lõikes.

Seoses majanduskriisiga vähenes 2009. aastal NERSi eelarve võrreldes eelmise aastaga 44% võrra (2008. aasta 39 228 416 krooni ja 2009. aastal 22 044 076 krooni). Kõige drastilisemalt vähenesid eelarvekärpe tulemusel ressursid esmasele ennetusele, mis tingis ühiskonnale suunatud teavituskampaaniate ja paikkondliku ennetustegevuse ärajätmise. NERSi eelarve vähendamine ei võimaldanud ka laiendada narkosõltlastele suunatud ravi- ja rehabilitatsiooniteenust. Narkomaanidele suunatud kahjude vähendamise teenustest kahte olulisemat – süstlavahetust ja metadoonasendusravi – rahastati HIVi/AIDSi ennetamise riiklikust strateegiast. HIVi ennetamiseks kasutati 2009. aastal riikliku HIVi ja AIDSi strateegia eelarvevahendeid kokku 185 539 919 krooni.

Narkootikumide tarvitamine rahvastikus ja spetsiifilistes gruppides

Uuemaid andmeid narkootikumide tarvitamisest rahvastikus ja kooliõpilaste seas selles raportis ei esitleta. 2008. aastal läbiviidud Eesti elanikkonnaküsitlust esitleti põhjalikult eelmises raportis, kus tekitas muret, et narkootikume elu jooksul tarbinute osakaal on rahvastikus kasvanud ning enim tarvitatakse narkootikume just vanusegrupis 25–34. Narkootikumidest olid endiselt elanikkonnas kõige laiemalt levinud kanepiproduktide, *ecstasy* ja amfetamiini tarvitamine. Eraldi toodi välja stimulantide tarvitamise tõus naiste seas.

Ennetus

2009. aastal tehtud eelarvekärbete tõttu ei toimunud ennetuskampaaniaid ega viidud ellu paikkondlikku ennetustegevust. 2009. aasta universaalsest ennetustegevusest põhines enamik infomaterjalide, juhiste väljatöötamisel, õpetajate koolitamisel ja narkootikumidealase teabe edastamisel infoportaalis www.narko.ee.

Endiselt ei saa me aruandluse perioodil rääkida üldharidussüsteemis ühtsetel alustel ja õppematerjalidel edasiantavatest uimastiennetustundidest. Positiivse tendentsina võib aga näha Haridus- ja Teadusministeeriumi 2009. aastal valminud ja 2010. aastal kinnitatud inimõpetuse ainekava, mis põhineb varasematel aastatel väljatöötatud sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetuse õppematerjalidel. Kutsestandardist lähtudes omandavad aineõpetajad selle õppematerjali õpetajate riikliku täiendkoolituse raames. Inimeseõpetuse tundides käsitletakse uimastiennetusteemat ja riskikäitumise ennetamist teisest klassist kuni 12. klassini.

Probleemne narkootikumide tarvitamine

Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituut teevad 2010. aastal uuringu, mille eesmärk on hinnata püügi-taaspüügi (ingl k *capture-recapture*) meetodil süstivate narkomaanide rahvastikurühma suurust ja levimust rahvastikus perioodil 2005–2009. Tulemused avaldatakse 2011. aastal.

Narkomaaniaravi

Narkomaaniaravi teenustest oli 2009. aastal kättesaadav metadoonasendusravi ning vähesel määral ka võõrutusravi ja rehabilitatsiooniteenus. Erinevate narkomaaniaravi teenuste rahastamine käib läbi HIVi ja AIDSi riikliku strateegia, NERSi ja Tallinna Sotsiaal-

ja Tervishoiuameti. 2009. aasta lõpu seisuga viibis riikliku HIVi ja AIDSi strateegia vahenditest asendusravil kokku 660 täiskasvanud narkosõltlast. Lisaks asendusravile rahastati 2009. aastal narkomaania ennetamise strateegiast 32 isiku võõrutusravi ja NERSi ning Tallinna linna rahastusel ka 181 isiku rehabilitatsiooniteenust. Lisaks täiskasvanud sõltlaste ravile rahastas Tallinna linn ka 117 alaealise sõltuvusravi.

Narkomaaniaravi andmekogu andmetel pöördus 2009. aastal narkomaaniaravile kokku 687 isikut, kellest enamik olid meessoost ja kuulusid vanusegruppi 20–34. Kokku 97% narkomaaniaravile pöördunudest oli diagnoositud opioidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired ja enamasti oli peamiseks ravimiks määratud metadoon (70%). Suurem osa narkomaaniaravile pöördujatest oli ambulatoorsel ravil, kus 70% sai asendusravil ja 13% võõrutusravi. Kokku 71% ravile pöördunud opiaatsõltlastest tarvitas enne ravile pöördumist peamise narkootikumina fentanüüli analooge (fentanüül ja 3-metüülfentanüül) ja 21% heroini. 76% 2009. aastal ravile pöördunudest omasid varasemat kokkupuudet narkomaaniaraviga. Pooled narkomaaniaravile pöördunudest elasid Tallinnas ja 39% elas Ida-Virumaal. Võrreldes 2008. aastaga oli jõudsalt kasvanud töötute osakaal narkomaaniaravile pöördunute hulgas.

Tervisenäitajad ja narkootikumide tarvitamise tagajärjed

2009. aastal registreeriti kokku 411 uut HIVi juhtu, nakatunust 69% oli meessoost. Võrreldes 2008. aastaga oli 2009. aastal 134 HIVi nakatunud isikut vähem. 2009. aastal langes järsult ka ägedasse B-viirushepatiiti nakatunud isikute arv (53-lt juhult 2008. aastal 29 juhuni 2009. aastal). C-viirushepatiiti nakatus 2009. aastal 67 isikut. Kõigi kolme narkootikumidega seotud infektsioonhaiguste puhul tekitab muret, et ainult ligi kolmandiku nakkusjuhtude puhul on teada nakkuse ülekande levikutee.

Kõigist 2009. aastal tuberkuloosi haigestunud isikutest (n=378) 9,5% ehk 36 isikut olid HIV-positiivsed. 36-st (neist 33 olidesmajuhud ja 3 retsidiivi) tuberkuloosi nakatunud HIV-positiivsest inimesest 24 (66,7%) kasutas või oli kasutanud narkootikume.

Tervise Arengu Instituudi Surma põhjuste registri andmetel suri 2009. aastal narkootikumide tervitamise tagajärjel kokku 133 inimest, kellest enamik olid meessoost. Narkootikumide tarvitamise tagajärjel surnud inimeste keskmine vanus oli 29 aastat. Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi andmete kohaselt oli 2009. aastal ja ka eelnevatel aastatel enamik narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tarvitamisega seotud mürgistussurmades seotud just 3-metüülfentanüüli juhusliku mürgistusega.

Narkootikumide tarvitamisest tingitud tervisenäitajate ja tagajärgedega tegelemine

Eesti süstivate narkomaanide rahvastikurühma suurust ja nende seas narkootikumidega seotud nakkushaiguste levikut vaadates on tulevikus kahjude vähendamise teenuste jätkusuutlikkuse tagamine olulise tähtsusega (sh teenuste mahu suurendamine ja kättesaadavuse parandamine, uute teenuste integreerimine). Aruandluse perioodil tegeleti antud valdkonnas enamasti nakkushaiguste ennetamise ja raviga. Kokku tegutses 2009. aastal 36 süstlavahetuspunkti 17 linnas/asulas, 13 neist olid statsionaarsed süstlavahetuspunktid ja 23 põhines väljatööl. Kokku jagati süstivatele narkomaanidele 2009. aastal 2 277 509 miljonit süstalt.

Narkootikumidega seotud kuritegevus, narkootikumidega seotud kuritegevuse ennetamine ja vangla

2009. aastal moodustasid narkokuriteod kogu registreeritud kuritegevusest 2%. Kokku registreeriti 2009. aastal 1042 narkootikumidega seotud kuritegu (karistusseadustiku ehk KarS §-d 183–190), mis on ligi kolmandiku võrra (31%) vähem kui 2008. aastal. Kõigest 2009. aastal registreeritud narkootikumidega seotud kuritegudest moodustasid 76% (n=789) narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine ja suure koguse narkootikumide vahendamisega seotud kuriteod (§ 184).

Justiitsministeeriumi hinnangul oli 2009. aasta lõpul vanglates 870 narkomaani (neljandik kinnipeetavate koguarvust), kellest hinnanguliselt 430 olid opiaadisõltlased. 2009. aastal oli võõrutusravil mitteopiaatsete narkootikumide tarvitamise tõttu 147 kinnipeetavat, mis on 47 isikut rohkem kui esialgu plaaniti. Opiaatasendusravi võimalused vanglates on endiselt väga piiratud. 2009. aastal sai asendusravi vanglates ainult 12 kinnipeetavat.

Narkootikumidevabad osakonnad on kolmes Eesti vanglas, milles on kokku 96 kohta.

Narkoturg

2009. aastal konfiskeeritud narkootiliste ainete kogused olid enamasti suuremad kui 2008. aastal. Oluliselt kasvasid amfetamiini (56 kg), kokaiini (5 kg), heroini (4 kg) ja GHB (25 kg) kogused. 2009. aastal oligi murettekitav just GHB konfiskeeritud koguste tõus ja GBLi järjest suurenev avastamine postisaadetistes. Ka Eesti süstivate narkomaanide seas levinud fentanüüli analoogide konfiskeeritud kogused 2009. aastal peaaegu kahekordistusid. Fentanüüli ühe grammi hind jäi aruandluse perioodil 64 ja 69 euro vahele. Amfetamiini grammi hind tõusis vaatamata amfetamiini puhtuse mõningasele langusele üle kolme euro. Kokaiini veidike langenud hind 2009. aastal oli vastavuses aine puhtuse

langusega. Kanepitoodete hind jäi eelmise aastaga samale tasemele (19 eurot), kanepitoodete konfiskeeritud kogused vähenesid aruandluse perioodil oluliselt.

Osa A: Uued arengud ja trendid

Peatükk 1. Narkopoliitika, seadusandlus, strateegiad ja majanduslikud analüüsid

Peatüki informatsioon põhineb NERS 2012 aruandlusel ja Elektroonilises Riigi Teataja andmebaasis avaldatud narkootikumidega seotud õigusaktide läbivaatamisest. NERSi elluviimist koordineerib Sotsiaalministeerium ning selle elluviimisega on seotud lisaks Sotsiaalministeeriumile veel Tervise Arengu Instituut, Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Siseministeerium ja Rahandusministeeriumi haldusalas paiknev Maksu- ja Tolliamet. Nõudluse ja pakkumise vähendamist rahastab igal aastal sotsiaalministri kinnitatud „Narkomaania ennetamise riikliku strateegia rakendusplaan“.

2009. aastal vähenesid narkomaania ennetamise strateegia ressursid, sest majanduskriisi tõttu kärbiti riiklikke kulusi. Kui 2008. aastal eraldati narkomaania ennetamise strateegia elluviimiseks 39 228 416 krooni, siis 2009. aastal üksnes 22 044 076 krooni (NERSi ja selle rakendusplaani täitmise aruanne, 2010).

1.1 Juriidiline raamistik

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja lisati 8 uut ainet

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjade koostamist ja kinnitamist reguleerib Eestis Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ja nende lähteainete seadus ([RT I 1997, 52, 834](#)). 2009. aastal lisati narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja kokku kaheksa ainet. Sotsiaalministri 18.mai 2005.a määrust nr 73 „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad“ (RTL 2005, 57, 807; 2008, 61, 875) muudeti sotsiaalministri 27. novembri 2009. a määrusega nr 87 (RTL, 08.12.2009, 89, 1308), millega lisati narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja 4-metüülmetkatinoon (mefedroon, 4-MMC) ja JWH-073 Naftaleen-1-üül-(1-butüülindool-3-üül)metanoon). Sotsiaalministri 10. juuli 2009. a määrusega nr 71 (RTL, 21.07.2009, 59, 872) muudeti sotsiaalministri 18. mai 2005. a määrust nr 73, mille alusel lisati narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja JWH-018 Naftaleen-1-üül-(1-pentüülindool-3-üül), CP 47497 5-(1,1-dimetüülheptüül)-2-[(1R,3S)-3-hüdrosütsükloheksüül]fenool, CP 47497-C6-homoloog 5-(1,1-dimetüülheksüül)-2-[(1R,3S)-3-hüdrosütsükloheksüül]fenool, CP 47497-C8-homoloog 5-(1,1-dimetüül-oktüül)-2-[(1R,3S)-3-hüdrosütsükloheksüül]fenool,

hüdrosütsükloheksüül]fenool, HU-210 (6aR,10aR)-9-(hüdrosümetüül)-6,6-dimetüül-3-(2-metüülöktaan-2-üül)-6a,7,10,10a-tetrahüdrobenso[c]kromeen-1-ool.

HIVi nakatunute riskirühmapõhiste andmete kogumine

1. oktoobril 2009. aastal jõustus Vabariigi Valitsuse 23. juuli 2009 määrus nr. 134 (RTI, 27.07.2009, 41, 279) „Nakkushaiguste ja nakkushaiguskahtluse esinemise ning haigestumise ohutegurite kohta teabe edastamise kord ja edastatavate andmete koosseis koos andmesubjekti identifitseerivate isikuandmetega”. Määrusega kehtestati nakkushaiguste ja nakkushaiguskahtluse esinemise ning haigestumise ohutegurite kohta käiva teabe edastamise uus kord ning sätestati edastatavate andmete koosseis. Lisaks määratleti nakkushaiguste loetelu, mille kahtluse või diagnoosimise korral on vajalik andmete edastamine koos andmesubjekti identifitseerivate isikuandmetega. Seega alates 1 oktoobrist 2009.a lasub nakkushaiguse diagnoosinud arstidel kohustus 24 tunni jooksul pärast HIV-tõve (AIDS) ja HIV-nakkuse lõppdiagnoosi selgumist edastada digitaalne HIV-teatis läbi nakkushaiguste infosüsteemi (NAKIS) Tervisekaitseinspeksioonile¹. Määruse jõustumisel „HIV teatist” AIDSi kabinetides anonüümselt registreeritud HIVi esmajuhtude kohta ei täideta.

Vabariigi Valitsuse 23. juuli 2009. a määrusega nr 133 (RTI, 27.07.2009,41, 278) kinnitati „Nakkushaiguste riikliku registri põhimäärus”. Nakkushaiguste registri põhimääruse kohaselt on registri vastutavaks töötlejaks Sotsiaalministeerium ja volitatud töötlejaks Tervisekaitseinspeksioon (alates 1.01.2010 Terviseamet). Tänu eespool mainitud uuele elektroonilisele „HIV teatisele“ on registrisse võimalik koguda usaldusväärseid andmeid HIVi nakatunute riskirühma kuuluvusest ja nakkuse levikuteedest.

Õiguslike aluste loomine alternatiivkaristusena sõltuvusravi kohaldamiseks

Justiitsministeerium saatis kooskõlastusringile arvamuse avaldamiseks karistusseadustiku, kriminaalmenetluse seadustiku, karistusregistri seaduse ja kriminaalhooldusseaduse muutmise seaduse eelnõu, millega sooviti kohaldada narkomaanidele sõltuvusravi alternatiivkaristusena. Eelnõu eesmärk on võimaldada narkootiliste ainete tarbimise sõltuvuses olevatele kuritegusid toimepannud isikutele riigieelarve vahenditest rahastatavat sõltuvusravi. Ühtlasi sooviti luua võimalusi lõpetada kriminaalmenetlus otstarbekusest, kui isik nõustub ise sõltuvusravile suunamisega.

Narkomaani sõltuvusravi planeeriti kohaldada alternatiivkaristusena vaid neil juhtudel, kui isikule on karistuseks mõistetud realselt kuue kuu kuni kahe aasta pikkune vangistus ning süüdimõistetud on nõus vangistuse asendamisega. Eelnõu järgi on plaanitava

¹ Alates 1.01.2010 kogub neid andmeid Terviseamet, mis moodustati Tervisekaitseinspeksioon, Tervishoiuameti ja Kemikaalide Teabekeskus ühendamisel.

alternatiivkaristuse st sõltuvusravi pikkuseks minimaalselt 18 kuud ja maksimaalselt kolm aastat. Ravi ajal peab süüdimõistetud järgima kontrollnõudeid ja täitma talle pandud kohustusi kriminaalhooldaja jälgimise all. Seega võib alternatiivkaristus kesta kauemgi kui reaalne vanglakaristus. Sellisel juhul tagatakse isikule väiksem vabaduse piirang ja kohaldatakse riigi kulul ravi (Justiitsministeeriumi seletuskiri, 2010).

Varajase hoiatuse süsteem (EWS)

Varajase hoiatuse süsteemi arendamiseks tegeleti 2009. aastal konfidentsiaalse infovahetuse õiguslike aluste loomisega. Teema tõstatati Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjonis, kus leiti, et varajase hoiatuse süsteemi paremaks toimimiseks on otstarbekas välja töötada õiguslik alus ametkondade vahelise infovahetuse reguleerimiseks. Seadusandluse väljatöötamine lükkus aastasse 2010.

1.2 Riiklik tegevuskava, strateegia, hindamine ja koordineerimine

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia elluviimist ja Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjoni tegevust koordineerib Sotsiaalministeerium. Narkomaania ennetamise strateegia elluviimisega on lisaks Sotsiaalministeeriumile seotud veel Tervise Arengu Instituut, Haridus- ja Teadusministeerium, Justiitsministeerium, Siseministeerium ja Rahandusministeeriumi haldusalas paiknev Maksu- ja Tolliamet.

2009. aastal valmistas Sotsiaalministeerium ette narkomaania ennetamise strateegia rakenduskava aastateks 2009–2012. Uut rakenduskava 2009. aastal valitsusse heakskiitmiseks siiski ei esitatud. Rakenduskava väljatöötamisega tegeles kuus SoMi töögrupp: ennetus, kahjude vähendamine, narkomaaniaravi ja rehabilitatsioon, pakkumise vähendamine, seire ja hindamine ning uimastid vanglas. Vastavalt töögruppide valdkondadele koosneb väljatöötatud rakendusplaani kuuest osast. Ainuke erinevus eelnevate aastate rakendusplaanide osadega oli seire ja hindamise peatüki ümbernimetamine „Seire, hindamine ja teadusuuringud“. Lisaks rakenduskava koostamisele alustati 2009. aastal narkomaania ennetamise riikliku strateegia kaasajastamisega.

Terviseameti ning Politsei- ja Piirivalveameti loomine

2009. a suurimateks muudatusteks institutsionaalses raamistikus oli Terviseameti ning Politsei- ja Piirivalveameti loomine. Mõlemad asutused loodi erinevate institutsioonide liitmise teel. Terviseamet loodi Tervishoiuameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja Kemikaalide Teabekeskuse ühendamise teel (RTI, 21.10.2009, 49, 331). Uus asutus alustas tööd 1.

jaanuaril 2010. Terviseamet on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, mille tegevusvaldkondadeks on tervishoid, nakkushaiguste seire, ennetus ja tõrje, keskkonnatervis, kemikaaliohutus ja meditsiiniseadmete ohutus (RTL, 12.11.2009, 84, 1235). Politsei- ja Piirivalveamet loodi Politseiameti, Keskkriminaalpolitsei, Julgestuspolitsei, Piirivalveameti ning Kodakondsus- ja Migratsiooniameti ühendamisel (RTL, 29.12.2009, 99, 1476). Samaselt Terviseametiga alustas ka PPA tööd 2010. aasta 1. jaanuarist.

1.3 Majanduslik analüüs

2009. aastal eraldati NERSi rakendusplaani elluviimiseks kokku 22 044 076 krooni (NERSi ja selle rakendusplaani täitmise aruanne, 2010). Võrreldes 2008. aastaga vähenesid 2009. aastal NERSi kogukulud 44% (2008. a 39 228 417 krooni). Selline eelarvekärbe oli tingitud majanduskriisist. Valdkonniti vähenesid NERSi tegelikud kulutused nii pakkumise kui ka nõudluse valdkonnas (Tabel 1). Kokkuvõtvalt võib öelda, et 2009. aastal vähenesid Siseministeeriumi haldusala ressursid üle nelja korra ning Maksu- ja Tolliameti ressursid kaks korda. Võrreldes 2008. aastaga kahanesid Justiitsministeeriumi kulutused narkomaania ennetamisele vanglas ligi kaheksa korda.

Tabel 1. Narkomaania ennetamise riikliku strateegia ressursside kasutamine aastatel 2007–2009 (EEK).

	2007	2008	2009
Nõudluse vähendamine			
Sotsiaalministeerium (TAI, EUSK, SoM hoolekand osakond)	18 293 628	24 052 390	17 793 858
Haridus- ja Teadusministeerium	*	*	382 643
Pakkumise vähendamine			
Justiitsministeerium	1 934 350	2 881 830	365 075
Siseministeerium (sh Politseiamet)	431 000	10 000 000	2 375 000
Rahandusministeerium (Maksu- ja Tolliamet)	15 495 000	2 294 197	1 127 500
Nõudlus ja pakkumine KOKKU	36 153 977	39 228 416,50	22 044 076

Allikas: Narkomaania ennetamise riikliku strateegia 2009. a tegevuskava aruanne.

* Haridus- ja Teadusministeeriumi tegevuste kulu ei ole võimalik eraldi välja tuua aastate 2007 ja 2008. kohta.

2009. ei toimunud üldelanikkonnale suunatud teavitustegevusi ja paikkondlikku ennetustegevust (vt. peatükk 3), sest nõudluse vähendamise valdkonnas jäid napimaks ressursid esmase ennetuse tarbeks. Eelarve vähendamise tõttu ei suurenenud ka ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste maht. Suurem osa, kokku 81% 2009. aastal NERSi raames kasutatud rahast, läks Sotsiaalministeeriumi haldusalas nõudluse vähendamise valdkonna

tegevustele (ennetus, ravi ja rehabilitatsioon, kahjude vähendamine, seire ja hindamine) (Tabel 1).

Kahjude vähendamise valdkonda (süstlavahetus, asendusravi metadooniga ja kondoomide jaotamine) rahastati HIVi/AIDSi riikliku strateegia vahenditest. 2009. aastal rahastati riiklikku HIVi ja AIDSi strateegiat kokku 185 539 919 krooniga, millest enamik kulus antiretroviirusravimite ostmiseks. Majanduskriisi tõttu tehtud riigieelarvekärbete tulemusel vähenes 2009. aastal ka oluliselt Tervise Arengu Instituudi HIVi/AIDSi ennetamistegevuste eelarve. Kui 2008. aastal kasutati HIVi ennetamiseks erinevates riskirühmades (sh süstivad narkomaanid) 48 188 868 krooni, siis 2009. aastal vähenes see summa 37 919 191 kroonini (Tabel 2).

Tabel 2. HIVi/AIDSi ennetustegevuse rahastamine 2007–2009 (EEK)

	2007	2008	2009
HIVi/AIDSi ennetustegevus	38 043 284	48 188 868	37 919 191
ARV ravi	19 867 928	81 000 007	80 400 007

Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2009. a aruanne.

*Aastatel 2004–2007 rahastati ARV ravimite ostmist GFATM vahenditest.

2008. ja 2009. aastal rahastati ARV ravimite ostmist Sotsiaalministeeriumi eelarvest.

Pakkumise vähendamiseks (Siseministeerium ja Rahandusministeerium) kasutati NERSi vahenditest 16% (3 502 500 krooni). Pakkumise vähendamise valdkonna eest on Eestis vastutav nii Siseministeerium kui ka selle allasutused. Piiriülese narkokuritegevuse avastamise, tõkestamise ja ennetusega tegeleb Eestis Rahandusministeeriumi allasutus, Maksu- ja Tolliamet (MTA). 2009. aastal kasutas MTA narkovastaseks tegevuseks kokku 1 127 500 krooni. Kokkuvõtvalt võib öelda, et pakkumise vähendamine on valdkonnaga seotud asutuste rutiinne tegevus, kus tegevuskulude eristamine just narkovaldkonna tegevusteks on raske, mistõttu ei ole kõik vastavad kulud kajastatud ka NERSi aruandes. Narkootikumide vastaste tegevuste poolt oli 2009. aastal eesmärgiks tabada suure käibega tänavadiilereid, nende varustajaid ning narkokuritegevusega tegelevaid kuritegelikke grupeeringuid. Samuti oli olulisel kohal narkootikumidega seotud kuritegevusega kaasneva tulu väljaselgitamine ja konfiskeerimine.

Peatükk 2. Narkootikumide tarvitamine rahvastikus ja spetsiifilistes gruppides

Uuemaid uuringuid narkootikumide tarvitamisest rahvastikus ja kooliõpilaste hulgas ei ole aruandluse perioodil läbi viidud. Järgmine ESPAD² uuring viiakse Eesti 15–16-aastaste kooliõpilaste hulgas läbi 2011. aastal. Elanikkonnaküsitlus, milles uuritakse muuhulgas ka rahvastiku narkootikumide, alkoholi ja tubaka tarvitamist, viiakse Eestis läbi aastal 2013. Mõlemat uuringut on aastaid läbi viinud Tallinna Ülikooli rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut.

2009. aastal viis Tallinna Ülikooli rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut (RASI) läbi kvalitatiivse uuringu „Uimastite tarvitamine ja sellega seotud riskikäitumine Tallinna ööklubisid külastavate noorte hulgas”. Uuringu eesmärk oli välja selgitada narkootikumide tarvitamise praktikad ööklubides ja sellega seonduv riskikäitumine. Uuringu raames küsitleti kokku 26. vastajat, kellest 19 olid Tallinna meelelahutuskohti külastavad narkootikume tarvitavad noored vanuses 18–30 ja seitse meelelahutuskohtades töötavad võtmeisikud (sh turvatöötajad, klubide juhatajad, DJ-d).

2.1 Narkootikumide tarvitamine rahvastikus

Eelmises raportis kajastasime põhjalikult 2008. aastal läbi viidud elanikkonnauuringu „Eesti 2008” narkootikumide tarvitamisega seotud tulemusi (vanusevahemik 15–69). Järgmine elanikkonnaküsitlus viiakse läbi 2013. aastal. Sarnaselt varasemate aastatega viikase see uuring läbi posti teel ja esinduslik valim moodustatakse rahvastikuregistri baasil.

2.2. Narkootikumide tarvitamine kooliõpilaste ja noorte hulgas

Uuemaid andmeid kooliõpilaste narkootikumide tarvitamisest selles raportis ei kajastata. 2007. aastal läbi viidud ESPAD uuringu tulemusi kajastasime 2008. aasta raportis. Järgmine ESPAD kooliõpilaste küsitluse viikase läbi 2011. aastal. Selle uuringu ettevalmistamist 2010. aastal ja läbiviimist 2011. aastal toetatakse narkomaania ennetamise riikliku strateegia rakendusplaani ressursidest.

² European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD).

2.3. Narkootikumide tarvitamine sihtrühmades ja paikades riiklikul ja kohalikul tasandil

2009. aastal viis RASI läbi kvalitatiivse uuringu eesmärgiga välja selgitada narkootikumide tarvitamise praktikad ja sellega seotud riskikäitumise ööklubides ja peopaikades. Uuringu „Uimastite tarvitamine ja sellega seotud riskikäitumine Tallinna ööklubisid külastavate noorte hulgas” tulemused avaldati 2010. aastal. Töö käigus viidi läbi 26 poolstruktureeritud üksikintervjuud, neist 19 narkootikumide tarvitajate (N=4, M=15) (16 kõneles eesti ja 3 vene keelt) ja seitse võtmeisikutega (sh turvatöötajad, klubide juhatajad, DJ-d). Intervjueeritavate valikul oli eeltingimuseks vanus alates 18. eluaastast, mõne stimulandi (amfetamiin, *exctasy* jne) tarvitamine viimase kolme kuu jooksul ja Tallinna ööklubide külastamine. Lisaks viis uurimisrühm kolme kuu jooksul läbi kirjeldavaid vaatlusi üheksas Tallinna klubis (Prive, Parlament, Spider, Seduction, Venus, Hollywood, From Dusk Till Dawn, EKKM, Korter) eesmärgiga saada ülevaade uuringu keskkonnast.

Uuringu tulemusi ei saa üldistada kogu Tallinna meelelahutuslike narkootikumide tarvitajate sihtrühmale. Samas annavad uuringu tulemused väärtuslikku infot ennetustöök, sest annavad ülevaate sihtrühma narkootikumide tarvitamisest ja sellega seonduvast riskikäitumisest ja muust variatiivsusest meelelahutuskohtades.

Uuring näitas, et Tallinna klubides tarvitatakse stimulantere ja väga levinud on mitme narkootikumi koostarvitamine. Tüüpjuhul tarvitatakse koos ühte liiki stimulantere, neist levinum on kokaiini ja *ecstasy* ning amfetamiini ja alkoholi koostarvitamine. *Ecstasy* ja amfetamiini koostarvitamine on kaasa toonud negatiivseid kogemusi ning vastajate hinnangul sellest pigem hoidutakse. Amfetamiini peetakse alkoholi neutraliseerijaks, mis aitab „kainena” püsida ning oma käitumise üle paremini kontrolli säilitada. Vastajate hinnangul ei tarvitata narkootikume klubis avalikult, sest klubid ise püüavad teadlikult nn narkoklubi mainet vältida. Uuringu tulemuste järgi on tavaks, et mida elitaarsem klubi, seda vähem seal narkootikume tarvitatakse. Klubides turvalisuse tagamiseks koolitatakse turvamehi tuvastama narkojoobes isikuid ja klubide tualettruumid on suurema järelevalve all. Politsei kutsumist ei peeta otstarbekaks, kuna leitakse, et politsei kohaleilmumine ööklubidesse vähendaks klubi mainet.

Stimulantide tarvitajad nimetavad riskikäitumiseks narkootikumide tarvitamise väljumist klubikeskkonnast ja tungimist tavaellu. Narkootikumide halba kvaliteeti peetakse oluliseks terviseriskiks (mürgistuste ja üledooside esinemine) ja seda peetakse ka „raha raiskamiseks” kuna „kaup ei vasta nõuetele ega tekita soovitud efekti”. Narkootikumide halba mõju tervisele põhjendatakse „halva kvaliteediga narkootikumidega” või teatavat tüüpi narkootikumiga (näiteks GHB, millega seostatakse „ärakukkumist“), mitte

narkootikumide üldise kahjuliku toimega. Üledoosidega seostatakse enamasti *ecstasy*'t ja GHB-d, mida vastajate hinnangul ka ettevaatlikumalt tarvitatakse.

Uuringus toodi välja, et meelelahutuskohtades narkootikumide tarvitajad ei ole teadlikud üleannustamisest ega selle ennetamise võimalustest. Uute narkootikumidega eksperimenteerimisel tarvitatakse algul ainet väikestes kogustes.

Kuigi uuringus osalenud noored olid narkootikumidega seonduvatest riskidest ja nende ennetamisest mõneti teadlikud, pidasid mitmed vastajad narkootikumide tarvitamist ohutumaks kui alkoholi tarvitamist. Lühiajalist terviseriski käsitletakse stimulantide ja alkoholi tarvitamise paratamatu tagajärjena.

Narkootikumide tarvitamisega seostatakse üldjuhul ka riskeerivat seksuaalkäitumist ja soovimatuid seksuaalvahekordi. Uuring näitas, et meelelahutuskohtades stimulantide tarvitajad ei seosta narkootikumide tarvitamist riskeeriva seksuaalkäitumisega (sh soovimatud seksuaalvahekorrad). Riskeerivat seksuaalkäitumist seostatakse pigem alkoholi liigtarbimisega.

Meelelahutuslikud narkootikumide tarvitajad ei seosta vägivaldset ja agressiivset käitumist stimulantide tarvitamisega. Vägivaldseks ja ärritavaks muudab inimesi nende hinnangul pigem alkohol. Uuritud isikud leidsid, stimulantidest võivad ebaadekvaatset käitumist mingil määral esile kutsuda amfetamiin ja GHB. Uuring näitas, et kõige suuremaks ohuks üldsusele on stimulantide tarvitajate riskeeriv liikluskäitumine. Nimelt on meelelahutuslike tarvitajate seas levinud arusaam, et stimulandid suurendavad autojuhi tähelepanuvõimet ja kuna politsei ei tuvasta narkojoovet, on narkootikumide mõju all sõitmine normaalne.

Peatükk 3. Ennetus

Narkomaania esmase ennetuse tegevusi koordineerivad ja viivad ellu sarnaselt eelnevate aastatega Haridus- ja Teadusministeerium ja Sotsiaalministeeriumi haldusalas olev Tervise Arengu Instituut. HTMi põhiline vastutusvaldkond on ennetustegevus haridussüsteemis ja õpilastele vaba aja veetmise võimaluste loomine ning Tervise Arengu Instituudi ülesandeks ennetusvaldkonna metoodilised materjalid ja juhendmaterjalid, spetsialistide koolitamine ning vajalik teavitustöö elanikkonnas. Eelnevatel aastatel oli Tervise Arengu Instituudi tegevuseks ka narkomaania esmane ennetustöö paikkondlikul tasandil, kuid seoses eelarve vähendustega 2009. aastast narkomaania ja HIV-ennetuse tegevuskavasid maakondades ei rahastata. Raha vähenduse tõttu jäid toimumata ka narkomaania ennetamisele suunatud teavituskampaaniad ja konverentsid/infoüritused.

Antud peatükk põhineb just riikliku narkomaania ennetamise strateegia 2009. aasta tegevuste aruandel. Maakondlikul tasandil omafinantseerimisest tehtud võimalikke narkomaania valdkonna ennetusüritusi antud peatükk ei käsitle.

3.1 Universaalne ennetustegevus

Ennetustegevus koolis

2009. aastal uuendas Haridus- ja Teadusministeerium intensiivselt „Põhikooli ja gümnaasiumi riiklikku õppekava“, mille Vabariigi Valitsus 2010. aasta jaanuaris ka kinnitas. Uuendatud riiklikus õppekavas sisaldub uimastiennetusala (nii legaalsed kui ka illegaalsed uimastid) teave inimeseõpetuse ainekavades, kus on teemat käsitletud kõigis kolmes kooliastmes 2–12 klassini, arvestades õppija vanust ja vajadusi. Õppekava lõplik rakendustähtaeg on seatud 2013/2014 õppeaasta alguseks. Seoses õppekavade uuendamisega kaasajastatakse selleks ajaks ka õppetöös vajalikud ainerahastatud ja muud abimaterjalid.

Vaba aja sisustamine

Vaba aja sisustamise võimaluste pakkumisega noortele on võimalik ennetada uimastite esimest tarbimist, kuna noortele pakutakse arenemis- ja osalemisvõimalusi. Riiklikud vahendid on seega suunatud huvitegevusse, avatud noortekeskustesse, laagritegevusse ja noorte infoteenuste arengusse. Läbi aastate on toetatud ka vähemkindlustatud laste osalemist huvitegevuses. Kokku tegutseb Eestis 2010. aasta seisuga 318 huvikooli, mille tegevuses osaleb üle 40 000 noore. Omavalitsustes on tegutsemas enam kui 240 avatud noortekeskust ning suveperioodil pakuvad noorte- ja projektilaagrid osalemisvõimalust ligi 34 000 noorele.

Metoodilised materjalid ja juhendmaterjalid

Aruandlusperioodil tegeleti Tervise Arengu Instituudis noorsootöötajate uimastiennetusala töö korraldamiseks juhendmaterjali väljatöötamisega. 2009. aastal antud projektiga alustati ja käsiraamat peaks valmima 2010. aasta lõpuks. Oma olemuselt on tegemist materjaliga, mis mõeldud noorte vaba aja sisustamisega tegelevatele spetsialistidele. Noorsootöötajad peaksid sellest käsiraamatust saama tervisealaseid teadmisi ning juhiseid, kuidas kujundada hoiakuid, väärtushinnanguid, oskuseid ning edastada teadmisi noortele läbi aktiivõppe, grupitöö ning individuaalse lähenemise.

Lisaks käsiraamatule alustati 2009. aastal ka uimastite ennetamise alase nõustamise teenusekirjelduse väljatöötamisega. Teenusekirjelduse esialgne versioon keskendub just

nõuannetele noortega suhtlemises, riskigruppide määratlemisele, nõustamise erinevatele eesmärkidele vastavalt klientuurist ja sihtgruppidest. Samuti on teenusekirjelduses kirjutatud lahti nõustamisteenuse juurde kuuluvad komponendid ja selgitatud nõustamise sisu. Teenusekirjeldus on mõeldud noortega töötavatele sotsiaaltöötajatele, noorsootöötajatele, psühholoogidele, haridustöötajatele, nõustajatele ja tervishoiutöötajatele. Teenusekirjeldus valmib lõplikult samuti 2010. aastal. Plaanis on teenusekirjelduse tõlkimine ka vene keelde.

Koolitused

Haridus- ja Teadusministeeriumi tegevuste raames korraldati 2009. aastal noortega töötavatele spetsialistidele Euroopa Sotsiaalfondi programmi „Noorsootöö kvaliteedi arendamine“ raames järgnevad koolitused: „Noorte kõrvalejäämise ennetamine“, „Kuidas märgata noorte hulgas sõltuvusainete tarvitamist“ ja „Noorsootöö tähelepanu vajavate lastega“. Samuti tutvustas Eesti Noorsootöö Keskus alaealiste komisjoni töötajatele/sekretäridele sõltuvusainete rehabilitatsiooniteenuste erinevaid võimalusi noortele.

Tervise Arengu Instituuti viis 2009. aastal läbi kolm sotsiaalsete toimetulekuoskuste koolitust õpetajatele, kes õpetavad lapsi lihtsustatud õppekava järgi. Koolitustel osales kokku 68 õpetajat ja koolitused olid nii eesti kui ka vene keeles (Tartu, Valga, Tallinn). Koolitus põhines 2007. aastal väljatöötatud I kooliastme (1–5 klass) sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetuse õpetajaraamatul, mis on mõeldud lihtsustatud õppekava järgi õpetamiseks. Õpetajaraamat on saadaval nii eesti kui ka vene keeles. Õpetajaraamat lihtsustatud õppekava järgi annab esmalt ülevaate uimastite tarvitamisest Eesti noorte seas, seletab uimastitarbimise põhjuseid, uimastikasutuse ennetamist koolis ja kirjeldab, kuidas selle probleemiga toime tulla ning annab ülevaate erinevatest uimastitest ja nende mõjust inimesele. Raamat annab õpetajale erinevaid aktiivtöö võimalusi, mis peaks suurendama õpilaste sotsiaalsete toimetuleku oskusi.

Lisaks erialaspetsialistide koolitamisele tegeles Haridus- ja Teadusministeeriumi 2009. aastal ka noortelt-noortele koolitajate võrgustikuga. Aastatel 2007–2009 on koolitatud 200 noortelt-noortele koolitajat ning 2010. aasta seisuga osaleb võrgustiku töös 60 koolitajat. Läbi ennetusürituste on aastatel 2007–2009 jõutud ligi 1200 nooreni.

Informatsioone jagamine

Peamine narkoinfo allikas 2009. aastal oli endiselt veebileht www.narko.ee, mida uuendatakse iga-aastaselt ja kus vastatakse külastajate küsimustele ja infopäringutele. 2009. aastal kulus veebilehe haldamiseks kokku 66 047 krooni. Informatsiooni ja

infomaterjale jagati ka erinevates noortekeskustes ja noorteüritustel („Teeviit“, „Terve elu kompass“ jne).

2009. aastal koostati ka uusi infomaterjale nagu lapsevanematele mõeldud brošüür „Mis on uimastid ja kuidas need meie elu mõjutavad“. Antud infomaterjal sisaldab peamisi fakte uimastite ja nende tarvitamise põhjustest, soovitusi, kuidas lapsega uimastitest rääkida ning milliseid nõuandeid anda. Samuti on välja toodud levinud uimastid, nende kirjeldused ja tarvitamise mõjud ning tagajärjed. Materjal koostati, kujundati ja tõlgiti vene keelde 2009. aastal ning trükiti 2010 aasta alguses.

Lisaks Tervise Arengu Instituudi infomaterjalidele ja teabelevitamise võimalustele vahendavad noortele vajalikku teavet ka 18 noorte teavitamise ja nõustamise keskust. Teavitamisteenus on igas maakonnas ja keskus. Koostöös erinevate partneritega antakse noortele informatsiooni ennetusest, nõustamisest, erinevatest programmidest ja projektidest ning testimist ja nõustamist pakkuvatest asutustest, vastuvõtuaegadest jms.

3.2 Selektiivne ennetus riskigruppides- ja kohtades

Koolidest suunati aastatel 2007–2009 alaealiste komisjoni keskmiselt 250 noort aastas, kelle õigusrikkumine on seotud seadusega alaealistele keelatud ainete tarvitamisega. Keelatud aine all on selles kontekstis nii tubakas, alkohol kui ka narkootilised ained. 2009. aastal suunati noortele keelatud ainete tarvitamisega seotult alaealiste komisjoni kokku 278 alaealist. Sõltuvusprobleemidega noored suunatakse komisjonist vastavalt vajadusele nõustamise, ravile (psühhiaater) või rehabilitatsiooniteenusesse.

2009. aasta seisuga on Eestis alles kaks erikooli, mille õpilaskond omab enamikus kokkupuudet erinevate sõltuvusainetega. Raskematel juhtudel on mõne erikoolide õpilase puhul tegemist ka juba väljakujunenud uimastisõltlasega. Mõlemas, nii Kaagvere kui ka Tapa erikoolis on õpilastele kooliprogrammis ettenähtud sõltuvusainetealased ennetustegevused. Lisaks õppetööle toetatakse ka tervisekäitumise ja toimetulekuoskuste omandamist. Erikoolide puhul on oluline, et keelatud ained ei jõuaks kooli territooriumile. Sõltuvusainete sisseviimise piiramiseks kavandatakse sätteid alaealiste mõjutusvahendite seaduse eelnõusse, mis annaks kasvatusraskustega õpilaste koolidele selgemad õigused alaealise valduses olevaid sõltuvusainete konfiskeerimiseks.

3.3 Indikatiivne ennetustöö

Aruandluse perioodil uuemad andmed puuduvad.

3.4 Riiklikud ja kohalikud meediakampaaniad

Seoses eelarvete vähendamisega ei toimunud 2009. aastal ühtegi riiklikku ega kohalikku narkomaania ennetamise kampaaniat.

Peatükk 4. Probleemne narkootikumide tarvitamine

Viimane süstivate narkomaanide rahvastikurühma suuruse ja nende rahvastikus levimuse hindamise uuring tehti 2005. aastal püügi-taaspüügi (*capture-recapture*) meetodil. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi ja Tervise Arengu Instituudi koostöös valminud uuringu hinnangul oli 2004. aasta Eestis seisuga 13 886 (95% usaldusvahemik UV=8132–34443) süstivat narkomaani vanuses 15–44 aastat. Süstivate narkomaanide levimusmäär rahvastikus antud vanusevahemikus oli 2,4% (95% UV=1,9–5,9%). Uuring näitas, et SNI levimusmäär on kõrgem Harjumaal (sh Tallinnas) (4,3%) ja Ida-Virumaal (3,5%) ning ülejäänud piirkondades tunduvalt väiksem (0,5%) (Uusküla et al., 2007). Selle uuringu tulemusi on kasutatud nii süstivatele narkomaanidel suunatud teenuste (ravi, rehabilitatsioon, süstlavahetus jms) planeerimiseks kui ka teenustega kaetuse hindamiseks.

Uus süstivate narkomaanide rahvastikurühma ja nende rahvastikus levimuse uuring viiakse läbi 2010. aastal. Uuringu viivad ellu Tartu Ülikooli tervishoiu instituut ja Tervise Arengu Instituudis paiknev Eesti Uimasiseire Keskus. Uue uuringu puhul on oluline märkida, et püügi-taaspüügi (*capture-recapture*) meetodit kasutades hinnatakse nii rahvastikurühma suuruse kui ka süstivate narkomaanide levimuse dünaamikat Eesti rahvastikus perioodil 2005–2009. Uuringu tulemused avaldatakse 2011. aastal.

Peatükk 5. Narkomaaniaravi: ravinõudlus ja selle kättesaadavus

Peatüki andmed põhinevad narkomaania ennetamise riikliku strateegia ja HIVi/AIDSi riikliku strateegia 2009. aasta tegevuskavade aruannetel ja narkomaaniaravi andmekogu andmete analüüsil.

Andmed narkomaaniaravi nõudluse indikaatori kohta pärinevad Tervise Arengu Instituudis paiknevast Narkomaaniaravi andmekogust. EMCDDA narkomaaniaravi nõudluse indikaator näitab ravile pöördujate arvu 2009. aasta jooksul (1. jaanuar kuni 31. detsember) ega

kajasta juba ravil olevate isikute arvu sellel perioodil. Narkomaania andmekogu vastutav töötleja on Sotsiaalministeerium ja volitatud töötleja on Tervise Arengu Instituut. Narkomaaniaravi andmekogusse kantakse isikud, kes on pöördunud psühhiaatria tegevusluba omava tervishoiuteenuse osutaja poole ja kellele on raviarsti poolt pandud F11–F16.9, F18-F19.9 diagnoos ja nad saavad ravi sõltuvusest vabanemiseks. Oma olemuselt on narkomaaniaravi andmekogu veebipõhine andmekogu (andmete sisestamine toimub interneti teel). Andmete sisestamiseks on andmeesitajal vajalik omada kehtivat ID-kaarti ja ID-lugejat. Selgituseks tuleb ka mainida, et narkomaaniaravi andmekogus registreeritud ravile pöördujate arv erineb riiklike strateegiate aruandlusest tulenevate ravi saanute arvust, kuna narkomaania andmekogu ei ole oma esimeste tööaastatega saavutanud kõikehõlmavat ulatust kõikides narkomaaniaravi pakkuvates raviasutustes.

5.1 Strateegia, poliitika

Narkomaaniaravi läbiviimises ei toimunud 2009. aastal seadusandlikke muudatusi. Suuremaid muutusi on oodata alles 2011. aastal, mil Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel töötatakse välja narkomaaniaravi ja rehabilitatsiooniteenuste nõudeid seadusandlikul tasandil. Töödega tehti algust 2010. aastal ning sama aasta lõpuks peaks ka valmima esimene määruse eelnõu, mis annab ravile ja rehabilitatsioonile selgepiirilise seadusandliku raamistiku.

Aruandeperioodil tõusis ravi valdkonnas oluliseks prioriteediks metadoonasendusravi teenuste töö tõhustamine läbi parema töökorralduse ravikeskuses ning ravi kvaliteedi parandamine. Ravikeskuste töökorralduse ja ravi kvaliteedi parandamiseks koostati detailsemad teenusekirjeldused ning korraldati koolitusi ravikeskuste töötajatele.

Narkomaaniaravi valdkond oli üks vähestest valdkondadest, mille rahastamine 2009. aastal ei vähenenud. Rahastuse jäämine samale tasemel aga piiras teenuste mahu suurendamist ja uute vajalike teenuste loomist.

5.2 Ravisüsteem

Narkomaanide raviga tegelevad Eestis psühhiaatria tegevusluba omavad tervishoiuteenuse osutajad. Täpset ülevaadet narkomaanide suunatud raviteenusest pole, kuna kõik teenusepakkujad ei kajastu riiklikus aruandluses ja samuti pole kõik ravijuhu teatised kantud narkomaaniaravi andmekogusse. 2009. aastal sõlmis Tervise Arengu Instituut metadoon-asendusravi ravilepingud viie teenusepakkujaga, kes kokku osutasid

teenust seitsmes erinevas ravikeskuses. Lisaks riiklikele rahastamisele sõlmis ka Tallinna linn lepingu kahe teenusepakkujaga. Enamik sõltuvusraviga tegelevaid tervishoiuasutusi Eestis osutab vaid ambulatoorset ravi (kuuest riiklikust teenusepakkujast viis). Statsionaarsed raviteenust osutab ainult Wismari Haigla ja selle eest maksab patsient ise. Tallinna finantseeringuga raviasutustest pakub üks vaid ambulatoorset ravi, teine, lastele suunatud keskus, nii ambulatoorset kui ka statsionaarset ravi.

Eestis rahastatakse narkomaaniaravi erinevatest allikatest – 2009. aastal kasutati selleks „Riiklikku HIVi ja AIDSi strateegiat aastateks 2006–2015“ ja „Narkomaania ennetamise riiklikku strateegiat aastani 2012“ ning kohalike omavalitsuste raha. Samuti võis klient ravile pöörduda oma kulul. Eesti Haigekassa narkomaaniaravi ei rahasta.

5.2.1 Asendusravi

Nii nagu 2008. aastal, rahastati ka 2009. aastal metadoonasendusravi põhiliselt riikliku HIVi/AIDSi strateegia eelarvest. Raviteenuse osutamiseks kasutati 7 277 181 krooni, millest 1 270 971 krooni läks metadooni ja teiste vajalike meditsiinitarvikute hankimiseks.

2009. aastal tõusis HIVi/AIDSi ennetamise strateegia vahenditest rahastatud metadoonasendusravi saavate klientide arv vähesel määral. Kui 2008 oli HIVi/AIDSi strateegia eelarvest ravi saavaid narkomaane 1008, siis 2009. aastal sai asendusravi kokku 1012 inimest. Aasta lõpu seisuga oli metadoonasendusravil viibivate klientide arvuks 660 (2008. aasta lõpus ravil 649 narkomaani) (Tabel 3). Asendusravi katkestas rohkem kui kolmandik asendusravil olnud opiaatsõltlastest (kokku 352 narkomaani). Kliendile päevas antav keskmine metadooni kogus varieerus suuresti erinevate ravikeskuste lõikes. Aastate lõikes võib näha, et keskmine antav metadoonikogus on aasta-aastalt suurenenud: kui 2005. aastal oli keskmine kogus kõigi keskuste peale kokku 37 mg, siis 2009. aastaks oli see tõusnud 59,4 g-ni. 2009. aastal varieerus metadooni keskmine kogus 23 ml kuni 84 ml-ni (Tabel 3). Kõigis keskustes on tõusnud ka psühhiaatri vastuvõtude arv.

Lisaks riiklikele vahenditele rahastas 2009. aastal metadoonasendusravi ka Tallinna linn. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet rahastas 2,8 miljoni krooniga Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskuse sõltuvusravi üksuse tööd, mis pakub ambulatoorset asendusravi täiskasvanud narkosõltlastele. 2009. aastal sai ravi 103 isikut (Lääne-Tallinna Keskhaigla 2009, personaalne suhtlus).

Tabel 3 . Riiklikult rahastatud metadoonasendusravi süstivatele narkomaanidele 2009. a

Tervishoiuasutuse nimi	Klientide arv 2009 aasta lõpus	Programmi katkestanute arv	Metadooni keskmine kogus kliendi kohta (mg)*	Psühhiaatri vastuvõttude arv kliendi kohta kuus
OÜ Aasa Kliinik	59	29	84	2,0
OÜ Corrigo	259	137	75	1,3
OÜ Narva Sõltuvusravi Keskus	133	81	55	1,3
OÜ Elulootus	129	59	23	1,7
Wismari Haigla AS*	80	46	60	2,2
Kokku	660	352	59,4	1,7

Allikas: Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2009. a aruanne.

* Wismari Haiglaga on TAI-I 2009. aastal sõlmitud riiklik leping kindla arvu klientidele asendusravi osutamiseks.

5.2.2 Võõrutusravi

NERSi riigieelarvelistest rahalistest vahenditest rahastati 2009. aastal OÜ Hospitalis Kohtla-Järvel 32 narkomaani võõrutusravi 1 139 400 krooniga. Raha vähesuse tõttu kestis leping OÜ Hospitaliga 15. maini 2009.

2009. aastal tehti võõrutusravi ka Wismari Haiglas ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas. Riiklikus aruandluses pole võõrutusravi saanud sõltlaste arvu võimalik täpselt välja tuua (ei eristata asendus ja võõrutusravi), küll on aga erinevate raviliikide klientide arv võimalik välja tuua narkomaaniaravi andmekogus (vt tabel 8).

Lisaks täiskasvanute ravile rahastas Tallinna linn 2009. aastal ka laste ja noorukite sõltuvusravi. Tallinna Lastehaigla Sõltuvushäirete osakonnale eraldati selleks kokku 1 200 000 krooni. Statsionaarsel ravil viibis 01.01.2009–31.12.2009 117 patsienti ning ambulatoorseid psühhiaatri vastuvõtte oli aasta jooksul 613. Tallinna linn eraldas veel 200 000 krooni kuni 18. aastaste käitumis- ja sõltuvushäiretega patsientide ambulatoorseks psühhoterapiaks (grupi- ja pereteraapia). Tallinna Lastehaigla eraldati NERSi eelarvest 720 000 krooni, millega rahastati Tallinna Lastehaigla laste ja noorukite üksuse psühholoogilist kasvatustööd, mis jääb välja Eesti Haigekassa hinnakirjast, kuid mis on vajalik eduka ravi läbiviimiseks.

5.2.3 Rehabilitatsioon

2009. aasta lõpu seisuga sai NERSi rahalistest vahenditest rehabilitatsiooniteenust 83 klienti ning NERSi ja Tallinna linna ühisrahastusest veel 98 klienti. Rehabilitatsiooniteenuse pakkumiseks kulus NERSi rahalistest vahenditest kokku üle kümne miljoni krooni (koos laste ja noorukite rehabilitatsiooniga Jõhvi Laste ja Noorukite Rehabilitatsioonikeskuses) (Tabel 4). Enamik rehabilitatsiooniteenustest olid suunatud täiskasvanud meestele, kuid rahastati ka mõlemasoolistele alaealistele suunatud rehabilitatsiooniteenust (OÜ Corrigo

Jõhvi Laste ja Noorukite Rehabilitatsioonikeskus). Olenemata rehabilitatsiooni teenuse liigist oli eesmärgiks klientidele psühhosotsiaalse toe ja nõustamise pakkumine ning nende tavaellu integreerimiseks vajalike oskuste õpetamine (distsipliin, õppimis- ja tööharjumused). Rehabilitatsiooniteenus algab pärast sõltlase võõrutamist nii narkootikumidest kui ka asendusravimitest.

Tabel 4. Narkomaanide rehabilitatsiooniteenused 2009. a

	Eraldatud rahalised vahendid (EEK)	Klientide arv 2009. aasta lõpu seisuga	2009. a programmi alustanud klientide arv	2009. a. programmi katkestanute arv	2009. a programmi lõpetanute arv
MTÜ AIDSi Tugikeskus*(päevakeskus)	333 080	89	284	140	114
MTÜ AIDSi Tugikeskus (kommuun)*	413 882	9	13	8	0
MTÜ Narva Narkomaanide ja Alkohoolikute Rehabilitatsiooni Keskus „Sind ei jäeta üksi”(kommuun)	1 167 708	12	22	4	16
SA Sillamäe Narkorehabilitatsiooni-keskus (statsioonaar)	3 908 671	26	35	12	26
OÜ Corrigo (alaealiste statsioonaar)	3 373 674	15	22	13	21
MTÜ Eesti Abikeskused Kaksikdiagnoosiga sõltlaste päevakeskus	1 425 098	11	5	13	1
Kokku	10 622 113	181	381	190	178

Allikas: NERSi 2009. a tegevuskava aruanne.

* Rahastati pool aastat. Teise poole aastast rahastas Tallinna Linn.

Rehabilitatsiooniteenuste kaardistamise uuring Eestis

2009. aastal viis Tervise Arengu Instituut läbi uuringu „Riiklikult rahastatavate narkomaanidele suunatud rehabilitatsioonikeskuste kaardistamine ja klientide rahulolu teenusega“ (TAI, 2009). Uuringu eesmärk oli anda võimalikult konkreetne ülevaade Eesti narkomaanidele suunatud riiklikult rahastavatest rehabilitatsiooniteenustest ning lisada juurde klientide arusaam ja ootused antud teenusest. Kaardistamise vajadus ilmnis tänu tõsiasjale, et narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooni mõistetakse riigisiselt ja rahvusvaheliselt väga erinevalt. Uuringu andmetele ja taustadokumentidele tuginedes osutatakse Eestis narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooniteenust nii ravikommunis kui ka päevakeskustes. Kokkuvõtvalt võib öelda, et Eestis on kaks spetsiifilisema suunitlusega rehabilitatsioonipakkujat, millest üks on suunatud alaealistele ja teine psühhiaatrilise

diagnoosiga narkosõitlastele. Ülejäänud neli teenusepakkujat võib jagada järgnevalt: kaks ravikommuni, üks päevane nn rehabilitatsiooni tugipunkt ja üks statsionaarne ravi/rehabilitatsiooni asutus. Kõik neli viimatimainitud rehabilitatsiooniteenust põhinesid 12 sammu metoodikal.

Uuringust selgunud põhilised probleemid ja soovitused narkosõitlaste rehabilitatsiooniteenuse juures olid järgmised:

- Rehabilitatsiooniteenusel Eestis puudub konkreetne seadusandlik alus;
- Rehabilitatsiooniteenuseid reguleerivad peamised dokumendid ehk teenuse osutamise lepingulisad on keskustes nii sisult kui ka ülesehituselt erinevad, kuigi osutatav teenus on põhimõtteliselt sama;
- Kriitilise pilguga peaks üle vaatama rehabilitatsioonikeskustes pakutavad teenused, nende mahud ja vastavat teenuseliiki osutavate spetsialistide töökoormused;
- Konkreetset järelravi põhimõtet on rehabilitatsioonikeskustes raske välja tuua (ravitüüpidest erinev arusaam ja segu mitmest lähenemisest);
- Klientide puudub konkreetne arusaam neile pakutavast teenusest ja nende ravi/rehabilitatsiooniteenuse ülesehitusest;
- Klientide sõnul on rehabilitatsiooni juures liiga vähe professionaalseid teenuseid ja liigne rõhk on töötamisel;
- Rehabilitatsioonikeskuste juurde oleks vajalik teha kutsehariduslikke programme (puutöö, keevitamine, toiduvalmistamine, haljastus jne). Sõitlastel on väike haridustase ja töökogemus, mis raskendab neil pärast rehabilitatsiooni ühiskonnas hakkamasaamist;
- Paljud kliendid vajaksid nn postrehabilitatsiooniteenust, mis hõlmaks edaspidist psühholoogilist ja sotsiaalset abi.

Kokkuvõtvalt võib uuringu põhjal positiivseks pidada, et NERSi vahenditest on sõitlastele loodud narkomaania ravi/rehabilitatsiooni võimalused. Suuresti on statsionaarsete ja päevakeskuste kliendid rahul neile pakutavate teenustega ja nende hinnangul on teenusest nende tervislikule ning psühholoogilisele seisundile abi olnud.

5.3 Ravile pöördunud klientide taustainformatsioon

Perioodil 1 jaanuar kuni 31 detsember 2009 sisestas 11 raviasutust (sh kaks vanglat) narkomaaniaravi andmekogusse raviteatise. Kokku sisestati 962 raviteatist, 696 neist oli ravi alustamise kohta ja 266 ravi lõpetamise kohta. Pärast andmebaasi puhastamist jäi raviteatise andmebaasi kokku 838, millest 687 oli ravi alustamise teatised ja 151 ravi lõpetamise teatised.

Enamik ravile pöördujaid Eestis on noored mehed. Keskmine ravilepöörduja vanus oli 2008. aastal 27,2 ja 2009. aastal 28,5. 2008. ja 2009. aastal oli kaks kolmandikku (vastavalt 66% ja 65%) kõigist ravile pöördujatest 25–34 aastat vanad. Mõlemal vaadeldud aastal olid ligi pooled (49%) esmakordselt narkomaaniravile pöördunud isikutest 25–34-aastased (Tabel 5). Andmekogule tuginedes võib öelda, et naised pöörduvad ravile nooremas eas kui mehed. 2009. aastal oli nii kõigist kui ka esmakordselt ravile pöördunud naistest üle poolte alla 25-aastased (vastavalt 52% ja 61%). Meeste puhul oli alla 25-aastaseid ravile pöördujaid samal ajal vastavalt 21% ja 39%. Võrreldes eelneva aastaga vähenes 2009. aastal alla 25-aastaste naissoost narkomaanide osakaal. Kokkuvõtvalt on ravile pöördujate vanus mõnevõrra tõusnud.

Tabel 5. Kõikide ja esimest korda ravile pöördujate jaotus soo ja vanuse lõikes 2008–2009.

	Kõik ravile pöördujad						Esimest korda ravil					
			2008						2008			
	Mees		Naine		Kokku		Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<25	100	21,0	74	52,1	174	28,2	50	39,4	30	61,2	80	45,5
25-34	341	71,6	67	47,2	408	66,0	68	53,5	19	38,8	87	49,4
34<	35	7,4	1	0,7	36	5,8	9	7,1	0	0,0	9	5,1
kokku	476	100	142	100	618	100	127	100	49	100	176	100
keskmise vanus	27.9		24.6		27.2		25.8		23.1		25.0	
	2009						2009					
	Mees		Naine		Kokku		Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<25	104	19,7	58	36,3	162	23,6	36	31,0	24	54,5	60	37,5
25-34	355	67,4	93	58,1	448	65,2	60	51,7	19	43,2	79	49,4
34<	68	12,9	9	5,6	77	11,2	20	17,2	1	2,3	21	13,1
kokku	527	100	160	100	687	100	116	100	44	100	160	100
keskmise vanus	29.0		26.6		28.5		27.9		23.4		26.7	

Allikas: Narkomaaniravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

Narkomaaniravi andmekogu andmetel elas enamik ravile pöördunudest Eesti kahes piirkonnas – Tallinnas ja Ida-Virumaal (Tabel 6). Need on ühtlasi ka piirkonnad, kus süstivate narkomaanide arv on kõige suurem ja levimus rahvastikus kõrgem (Uusküla et al, 2007) (vt. peatükk 4). Lisaks registreeritakse enamik uutest HIV-nakkuse juhtudest just seal (vt. alapeatükk 6.1). Võrreldes 2008. aastaga on kasvanud ravile pöördujate osakaal Tallinnas (2008. aastal 39% ja 2009. aastal 50%).

Tabel 6. Ravile pöördunute elukoht 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Tallinn	168	35,5	70	49,3	238	38,7
Harjumaa	17	3,6	16	11,3	33	5,4
Ida-Virumaa	284	60,0	54	38,0	338	55,0
muu	4	0,8	2	1,4	6	1,0
vahe­summa	473	100	142	100	615	100
ei ole teada/puudu	3		0		3	
kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Tallinn	261	49,8	79	49,7	340	49,8
Harjumaa	28	5,3	16	10,1	44	6,4
Ida-Virumaa	208	39,7	60	37,7	268	39,2
muu	27	5,2	4	2,5	31	4,5
vahe­summa	524	100	159	100	683	100
ei ole teada/puudu	3		1		4	
kokku	527		160		687	

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

Illegaalsetes narkolaborites toodetud fentanüül on aastaid olnud enamlevinud süstitav narkootikum Eesti narkoturul (Talu et al., 2010). Nii 2008. kui 2009. aastal tarvitas enamik kõigist ravile pöördujatest esmase narkootikumina fentanüüli või 3-metüülfentanüüli (TMF), kuid siiski tõusis 2009. a veel oluliselt nende ravile pöördunud narkosõitlaste osakaal, kes tarvitasid esmase narkootikumina fentanüüli/3-metüülfentanüüli (70% kõigist ravile pöördujatest ja 83% esmakordsetest) (Tabel 7). Vaatamata heroini puudumisele Eesti narkoturul (vt. peatükk 10), tarvitas 2008. aastal seda ainet 24% ja 2009. aastal 21% narkomaaniaravile pöördunutest. Peamise narkootikumina kasutati vähem amfetamiini, kanepit ja kokaiini. Samas on 2009. aastal esimest korda ravile pöördujate hulgas esmase narkootikumina amfetamiini kasutajate osakaal veidike suurem kui 2008. aastal. Võrreldes 2008. aastaga tõusis 2009. aastal hüppeliselt asendusravil olevate narkosõitlaste osakaal (Tabel 8). 2009. aastal ravile pöördunutest määrati enamikule ravimiks metadoon (70%) (2008. aastal 74%-le).

Tabel 7. Peamine tarvitatav narkootikum 2008–2009.

	2008				
	Kõik ravile pöördujad		Esmakordselt ravile pöördujad		Ei ole teada
	n	%	n	%	n
Heroiin	148	23,9	13	7,4	22
Metadoon	11	1,8	2	1,1	0
Fentanüül/TMF	349	56,5	106	60,2	1
Kokaiin			0		0
Amfetamiin	10	1,6	7	4,0	0
Kanep	8	1,3	6	3,4	0
Muu	92	14,9	42	23,9	5
Kokku	618		176		28
	2009				
	Kõik ravile pöördujad		Esmakordselt ravile pöördujad		Ei ole teada
	n	%	n	%	n
Heroiin	146	21,3	5	3,1	17
Metadoon	3	0,4			
Fentanüül/TMF	485	70,6	132	82,5	11
Kokaiin	1	0,1			
Amfetamiin	15	2,2	10	6,3	
Kanep	6	0,9	6	3,8	
Muu	31	4,5	7	4,4	1
Kokku	687		160		29

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr.

34.

Tabel 8. Narkomaaniaravile pöördunutele määratud ravi liik 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Asendusravi*	256	53,8	64	45,1	320	51,8
Võõrutusravi	103	21,6	53	37,3	156	25,2
Muu**	117	24,6	25	17,6	142	23,0
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Asendusravi*	366	69,4	111	69,4	477	69,4
Võõrutusravi	67	12,7	20	12,5	87	12,7
Muu**	94	17,8	29	18,1	123	17,9
Kokku	527		160		687	

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr

34.

* toetava säilitusravi tunnust ei kasutatud 2008. aastal ja see lisati narkomaaniaravi registri tunnuseks 2009. aastal. Andmete analüüsimisel lisati see tunnus asendusravi hulka.

** Sümptomite leevendamine ja mittemedikamentoosne ravi

Enamik ravile pöördujast said ambulatoorset ravi (Tabel 9).

Tabel 9. Narkomaaniravi tüüp soo ja vanuse lõikes 2008– 2009

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Ambulatoorne ravi	462	97,1	135	95,1	597	96,6
Statsionaarne ravi	14	2,9	7	4,9	21	3,4
Vahesumma	476	100	142	100	618	100
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Ambulatoorne ravi	517	98,1	152	95,0	669	97,4
Statsionaarne ravi	10	1,9	8	5,0	18	2,6
Vahesumma	527	100	160	100	687	100
Kokku	527	76,7	160	23,3	687	100

Allikas: Narkomaaniravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

Enamik narkomaaniravile pöördunud isikutest on olnud varem narkomaaniravil. Võrreldes varasema aastaga tõusis 2009. aastal mõnevõrra nende osakaal, kes olid eelnevalt narkomaaniravi saanud (70%-lt 2008. aastal 76%-ni 2009. aastal) (Tabel 10). 2009. aastal oli esmakordselt narkomaaniravil ligi neljandik (24%) ja 2008. aastal 29% ravile pöördujatest.

Tabel 10. Esmakordselt ravile pöördunud ja varem narkomaaniravil olnud isikute jaotus soo lõikes 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Esmakordselt ravil	127	28,1	49	35,5	176	29,8
Varem ravitud	325	71,9	89	64,5	414	70,2
Vahesumma	452	100	138	100	590	100
Ei ole teada/puudu	24		4		28	
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Esmakordselt ravil	116	23,1	44	28,2	160	24,3
Varem ravitud	386	76,9	112	71,8	498	75,7
Vahesumma	502	100	156	100	658	100
Ei ole teada/puudu	25		4		29	
Kokku	527	76,7	160	23,3	687	100

Allikas: Narkomaaniravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr

Võrreldes 2008. aastaga on töötute osakaal ravile pöördunute hulgas tõusnud. Kui 2008 aastal olid töötud 43% narkomaaniaravi saajatest, siis 2009. aastal 61% (Tabel 11).

Tabel 11. Narkomaaniaravile pöördujate hõivatus tööturul 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Töötav	226	47,8	36	25,4	262	42,6
Õpilane/üliõpilane	14	3,0	8	5,6	22	3,6
Töötu	180	38,1	85	59,9	265	43,1
Ülalpeetav	48	10,1	6	4,2	54	8,8
Muu	5	1,1	7	4,9	12	2,0
Vahesumma	473	100	142	100	615	100
Ei ole teada/puudu	3		0		3	
Kokku	476	77,0	142	23,0	618	100
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Töötav	129	24,5	36	22,5	165	24,0
Õpilane/üliõpilane	15	2,8	9	5,6	24	3,5
Töötu	329	62,4	92	57,5	421	61,3
Ülalpeetav	45	8,5	19	11,9	64	9,3
Muu	9	1,7	4	2,5	13	1,9
Vahesumma	527	100	160	100	687	100
Ei ole teada/puudu						
Kokku	527	76,7	160	23,3	687	100

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

* Ülalpeetava all liigitatud kodune, pensionär, töövõimetuspensionär

** „muu“ alla liigitatud kinnipeetavad ja ajateenijad

Mõlemal vaadeldud aastal oli üle poole ravil viibijatest narkosõitlastest põhiharidusega ja veidi üle 40%-i oli keskharidusega (Tabel 12).

Sarnaselt 2008. aastaga oli enamik ravile pöördunud isikutest ka 2009. aastal vene rahvusest (2008. aastal 84% ja 2009. aastal 82%) (Tabel 13). Eesti rahvusest patsiente on narkomaaniaravile pöördujate hulgas veidi üle kümnendiku.

Võrreldes 2008. aastaga on langenud oluliselt nende osakaal, kes süstisid ennast viimase 30 päeva jooksul (st olid aktiivsed süstivad narkomaanid) (2008. aastal 85% ja 2009. aastal 68%) (Tabel 14).

Tabel 12. Narkomaaniaravile pöördujate haridus 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Algharidus	10	2,1	7	4,9	17	2,8
Põhiharidus	239	50,3	84	59,2	323	52,4
Keskharidus	219	46,1	48	33,8	267	43,3
Kõrgharidus	7	1,5	3	2,1	10	1,6
Vahesumma	475	100	142	100	617	100
Ei ole teda/puudu	1				1	
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Algharidus	9	1,7	6	3,8	15	2,2
Põhiharidus	275	52,2	89	56,0	364	53,1
Keskharidus	240	45,5	62	39,0	302	44,0
Kõrgharidus	3	0,6	2	1,3	5	0,7
Vahesumma	527	100	159	100	686	100
Ei ole teda/puudu			1		1	
Kokku	527		160		687	

Tabel 13. Narkomaaniaravile pöördujate rahvus soo lõikes 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Eestlane	52	10,9	21	14,8	73	11,8
Venelane	398	83,6	119	83,8	517	83,7
Muu	26	5,5	2	1,4	28	4,5
Vahesumma	476	100	142	100	618	100
Ei ole teada/puudu	0		0		0	
Kokku	476	77,0	142	23,0	618	100
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Eestlane	60	11,4	19	11,9	79	11,5
Venelane	430	81,6	132	82,5	562	81,8
Muu	37	7,0	9	5,6	46	6,7
Vahesumma	527	100	160	100	687	100
Ei ole teada/puudu	0		0		0	
Kokku	527		160		687	

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

Tabel 14. Kõigi narkomaaniaravile pöördujate süstimise staatus soo lõikes 2008–2009.

	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Kunagi süstinud, kuid mitte praegu	43	9,6	20	14,7	63	10,8
Süstinud viimase 30 päeva jooksul	383	85,3	113	83,1	496	84,8
Ei ole kunagi süstinud	23	5,1	3	2,2	26	4,4
Vahesumma	449	100	136	100	585	100
Ei ole teda/puudu	27		6		33	
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Kunagi süstinud, kuid mitte praegu	131	26,0	50	32,1	181	27,5
Süstinud viimase 30 päeva jooksul	348	69,2	99	63,5	447	67,8
Ei ole kunagi süstinud	24	4,8	7	4,5	31	4,7
Vahesumma	503	100	156	100	659	100
Ei ole teda/puudu	24		4		28	
Kokku	527		160		687	

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut; EMCDDA standardtabel nr 34.

Rääkides ravile pöördunud narkosõitlaste riskeerivast süstimiskäitumisest, siis umbes 60% neist oli süstalt kellegi teisega jaganud (Tabel 15). Väärib märkimist, et süstla jagamine on levinud rohkem naiste hulgas. See viitab vajadusele planeerida sekkumisi antud sihtgruppidele.

Tabel 15. Narkomaaniaravile pöördujate süstla jagamine soo ja vanuse lõikes 2008–2009.

	2008					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Jaganud süstalt, kuid mitte viimase 30 päeva jooksul	249	57,1	88	66,2	337	59,2
Jaganud süstalt, viimase 30 päeva jooksul	11	2,5	6	4,5	17	3,0
Ei ole kunagi jaganud süstalt	176	40,4	39	29,3	215	37,8
Vahesumma	436	100	133	100	569	100
Ei ole teada	40		9		49	
Kokku	476		142		618	
	2009					
	Mees		Naine		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Jaganud süstalt, kuid mitte viimase 30 päeva jooksul	274	56,7	91	61,5	365	57,8
Jaganud süstalt, viimase 30 päeva jooksul	29	6,0	13	8,8	42	6,7
Ei ole kunagi jaganud süstalt	180	37,3	44	29,7	224	35,5
Vahesumma	483	100	148	100	631	100
Ei ole teada	44		12		56	
Kokku	527	76,7	160	23,3	687	100

Allikas: Narkomaaniaravi andmekogu, Tervise Arengu Instituut, 2010.

Peatükk 6. Tervisenäitajad ja narkootikumide tarvitamise tagajärjed

Andmed HIV-tõve (AIDS) ja HIV-nakkuse esinemise ja nakatumise ohutegurite kohta on saadud Terviseametilt. Esitleme B- ja C-viirushepatiiti haigestumise ja uute registreeritud HIVi juhtude esinemist ning nakatumise ohutegureid tuginedes Terviseametilt 2010. aastal saadud andmetele. B- ja C-viirushepatiiti haigestumise andmete kogumisel kasutati EMCDDA standardtabeli nr üheksa osa neli. Andmed HIVi nakatunud süstivate narkomaanide kohta pärinevad samuti Terviseametilt. Terviseametile esitavad andmed HIV-nakkuse juhtude ja levikuteede kohta arstid, kes isikul HIV-nakkuse esmajahu ja HIV-tõve diagnoosivad.

Narkootikumide tarvitamisega seotud surmajuhtude definitsioon Eestis ühtib EMCDDA omaga (valik B). Surma põhjuste register, mis paikneb Tervise Arengu Instituudis, on isikupõhine. Andmete ja juhtude topeltesinemise kontrollimine on registri igapäevase töö osa. Kaetud on kõik Eestis ja Eesti välisesindustes registreeritud Eesti elanike surmad. Surmaandmete kodeerimisel kasutab Surma põhjuste register Rahvusvaheliste Haiguste Klassifikatsiooni (RHK-10, ICD-10).

Andmed tuberkuloosi esinemise kohta pärinevad Tervise Arengu Instituudis paiknevast tuberkuloosiandmekogust. Andmeid HIV+/tuberkuloosi (TB) kaksikdiagnoosiga isikute kohta on saadud Tuberkuloosiregistrist personaalse suhtluse tulemusel.

6.1 Narkootikumide tarvitamisega seotud nakkushaigused

HIV ja AIDS

Eestis on HIV-nakkus diagnoositud kokku 7320-l ja HIV-tõbi (AIDS) 290-l isikul (seisuga 31.12.2010) (Terviseamet, 2010). 2009. aastal registreeris Terviseamet 134 HIVi nakatunud isikut vähem kui eelneval aastal (2008. a 545 juhtu ja 2009. a 411 juhtu) (Tabel 16). 2009. aastal oli 69% HIVi nakatunud isikutest meessoost (M=242, N=168). Enamik 2009. aastal Eestis diagnoositud uutest HIV-juhtudest diagnoositi Harjumaal (n=193) (neist Tallinnas 150 juhtu) ja Ida-Virumaal (n= 189).

Muret tekitab, et kõigest uutest HIV-nakkuse juhtudest on vähem kui kolmandiku (27,3%) puhul teada, kuidas nakkus levis. HIVi nakatunud isikutest, kelle puhul HIV-nakkuse levikutee on teada, on valdav osa (75%) süstivad narkomaanid (Tabel 16).

Tabel 16. Eestis diagnoositud HIVi nakatunud isikute arv 1998–2009 (sh süstivate narkomaanide arv ja nende osakaal kõigist juhtudest, mille puhul nakatumise levikutee on teada.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HIVi nakatunud isikute arv kokku	10	9	390	1474	899	840	743	621	668	633	545	411
sh HIVi nakatunud isikute arv, kelle puhul HIVi nakatumise levikutee on teada	10	9	390	1474	899	359	261	204	195	117	47	112
HIVi nakatunud süstivate narkomaanide arv kõigist HIVi nakatunud isikutest, kelle puhul HIVi nakatumise levikutee on teada	0	0	354	1340	702	356	254	200	191	115	36	84
Süstivate narkomaanide osakaal kõigist juhtudest, mille puhul nakatumise levikutee on teada (%)	0,0	0,0	90,8	90,9	78,1	99,2	97,3	98,0	97,9	98,3	76,6	75,0

Allikas: Terviseamet, 2010.

B- ja C-viirushepatiiti haigestumine

Terviseametilt saadud andmete järgi langes ägedasse B-viirushepatiiti nakatunute arv 2002. aastast kuni 2008. aastani oluliselt. Võrreldes 2001. aastaga, mil äge B-viirushepatiit registreeriti kokku 449-l isikul, registreeriti 2007. aastal 10 korda vähem B-viirushepatiiti nakatunud isikuid (n=44). 2008. aastal tõusis ägedasse B-viirushepatiidi nakatunud inimeste arv märkimisväärselt, aga 2009. aastal langes jälle hüppeliselt (53-lt juhult 2008. aastal 29 juhuni 2009.aastal) (Tabel 17). On alust arvata, et B-viirushepatiiti nakatumise drastilisele vähenemisele on oluliselt kaasa aidanud laialdane B-viirushepatiidi vastane vaksineerimine riikliku immuniseerimiskava alusel (peatükk 7).

Ka 2009. aastal oli probleemiks, et B-viirushepatiidi haigestumise registreerimisel oli nakatumise viis teada ainult ligi neljandiku juhtude puhul – 29st ägedast B-viirushepatiiti haigestunust seitse olid teadlikud nakatumise teest, neist 57% (n=4) olid süstivad narkomaanid (Terviseamet, 2010).

Tabel 17. Ägedasse B-viirushepatiiti nakatumine 1999–2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ägedasse B-viirushepatiiti nakatunud isikute arv kokku	280	437	449	244	173	127	78	45	44	53	29
Ägedasse B-viirushepatiiti nakatunud isikute arv, kelle puhul nakatumise levikutee on teada	175	247	300	150	97	68	34	21	19	17	7
Ägedasse B-viirushepatiiti nakatunud süstivate narkomaanide arv, kelle puhul nakatumise levikutee on teada	141	219	257	106	68	48	21	9	10	10	4
Ägedasse B-viirushepatiiti nakatunud süstivate narkomaanide osakaal kõigist juhtudest, mille puhul nakatumise levikutee on teada (%)	80.6	88.7	85.7	70.7	70.1	70.6	61.8	42.9	52.6	58.8	57.1

Allikas: Terviseamet, 2010, Standardtabel 9, osa 4.

Terviseameti andmetel nakatus 2009. aastal C-viirushepatiiti kokku 67 isikut, mis on kolm juhtu rohkem kui 2008. aastal (Tabel 18). Oletatav nakatumise viis oli teada 24-l juhul. C-viirushepatiiti nakatunutest, kelle puhul nakatumise levikutee oli teada, moodustasid 67% süstivad narkomaanid (TKI 2010). B- ja C-viirushepatiiti haigestumise andmeid interpreteerides tuleb silmas pidada, et suhteliselt suur on nende juhtude osakaal, kus teavet oletatava nakkuse ohuteguri kohta ei ole (Tabel 18).

Tabel 18. Ägedasse C-viirushepatiiti nakatumine 1999-2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C-viirushepatiiti nakatunud isikute arv kokku	244	365	306	199	154	124	81	57	36	64	67
sh C-viirushepatiiti nakatunud isikute arv, kelle puhul nakatumise levikutee on teada (kokku)	146	198	193	131	96	76	44	29	16	30	24
C-viirushepatiiti nakatunud süstivate narkomaanide arv, kelle puhul nakatumise levikutee on teada	134	178	162	98	75	54	36	16	10	15	16
C-viirushepatiiti nakatunud süstivate narkomaanide osakaal kõigist juhtudest, mille puhul nakatumise levikutee on teada (%)	91.8	89.9	83.9	74.8	78.1	71	81.8	55.1	62.5	50	66.7

Allikas: Terviseamet, 2010, Standardtabel 9, osa 4.

6.2 Tuberkuloosi nakatumine

Tervise Arengu Instituudis paikneva Tuberkuloosiandmekogu andmetel registreeriti 2009. aastal tuberkuloos kokku 378-l isikul (329 esmajuhtu ja 49 retsidiivjuhtu). Multiravimresistentset tuberkuloosi diagnoositi 63 patsiendil ning kõigist esmastest tuberkuloosi haigestumise esmajuhtudest olid 16,4% multiravimresistentsed (Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 2008–2012 2009. a aruanne, 2010). Tuberkuloosi haigestunud HIV-positiivseid patsiente oli 2009. aastal 36 (neist 33 olid esmajuhud ja kolm retsidiivi), mis moodustab 9,5% kõigist diagnoositud tuberkuloosi juhtudest (Tabel 19) (Tuberkuloosiandmekogu, 2010). 36st HIV-positiivsest tuberkuloosi nakatunud inimesest 24 (67%) olid narkootiliste ainete tarvitajad. (Viiklepp, personaalne suhtlus 2010). Tabelis 19 esitletud andmed HIV+/TB koinfektsiooniga isikutest pärinevad HIV+/TB ühiskonsiiliiumidest, kus vastavaid juhtumeid arutavad läbi kopsuarstid ja infektsionistid (Viiklepp, personaalne suhtlus 2010).

Tabel 19. Tuberkuloosi ja /HIV+ koinfektsiooniga juhud 2002–2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TB/HIV+(esmased ja retsidiivid)	17	15	22	33	39	47	37	36
TB/HIV+ esmajuhud	17	12	20	30	34	40	33	33
Profülaktiliselt avastatud	1	1	4	9	9	9	2	5
Profülaktiliselt avastatud (%)	5.9	6.7	18.2	27.3	23.1	19.1	5.4	13.9
Multiresistentne TB	3	2	2	6	4	11	9	4
Multiresistentne TB (%)	23.1	15.4	10.0	18.2	13.8	26.2	30.0	17.4
Narkootikumide kasutus*	-	-	-	-	-	16	24	24
Narkootikumide kasutus (%)	-	-	-	-	-	34.0	64.9	66.7

Allikas: Tuberkuloosiandmekogu, TAI 2010. * Narkootikumide kasutamist hakati registreerima 2007. aastast.

2009. a suurenes võrreldes 2008. aastaga profülaktiliselt avastatud tuberkuloosi juhtude osakaal HIVi ja TB koinfektsiooniga isikute hulgas (Tabel 19). Kõik juhud diagnoositi Vanglate Keskhaiglas.

6.3 Teised narkootikumidega seotud tervisenäitajad ja tagajärjed

Andmed süstivatele narkomaanidel esineva haavabotulismi, teetanuse ja muude nakkushaiguste kohta puuduvad. Samuti ei ole seda teemat uuritud süstivate

narkomaanide hulgas läbiviidud uuringute raames, mistõttu pole võimalik ka välja tuua, kui suurel hulgal uuritavatest esineb teisi nakkushaigusi.

6.4 Teised narkootikumidega seotud tervisenäitajad ja tagajärjed

Andmed üledooside korral erakorralise meditsiiniabi osutamise juhtude kohta on Eestis kättesaadavad ainult Tallinna kohta. Võrreldes 2007. ja 2008. aastaga on 2009. aastal suurenenud juhtude arv, mil Tallinna kiirabi osutas narkomaanidele üledoosi korral erakorralist meditsiiniabi, vastavalt 1308, 1225 ja 1399 juhtu (Tallinna kiirabi, 2010).

6.5 Narkootikumidega seotud surmad ja suremus

2009. aastal registreeriti ligi kaks korda rohkem surmajuhte kui 2008. aastal. Eestis suri 2009. aastal narkootikumide tarvitamise tagajärjel 133 inimest (2008. aastal oli vastav arv 67), valdavalt meessoost (M=120, N=13) (Tabel 20). Neist enamiku (n=99) surmapõhjuseks oli märgitud sarnaselt 2008. aastaga juhuslik mürgistus mujal klassifitseerimata narkootikumide või psühhodüsleptikumidega ning nende toime (X42). Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi andmetel on enamik narkootikumide tarvitamisega seotud mürgistusurmi seotud 3-metüülfentanüüli tarvitamisega (Eesti Kohtuekspertiisi Instituut, personaalne suhtlus 2010).

Enamik narkootikumide tarvitamise tagajärjel surnud isikutest olid sures 20–34aastased (n=117) ja meessoost (n=106). 2009. aastal oli narkootikumide mürgistuse tõttu surnud inimeste keskmine vanus sures 29,2 aastat (Tabel 21).

Enamik 2009. aastal narkootikumide tarvitamise tagajärjel surnud inimestest olid vene rahvusest (n=92) ning elasid valdavalt Tallinnas ja Harjumaal (n=91) ning Ida-Virumaal (n=35). Nendes piirkondades on süstivate narkomaanide arv ja nende levimus rahvastikus kõrge (vt peatükk 4).

Perioodil 1999–2009 on narkootikumide tarvitamise tagajärjel surnud kokku 643 inimest, kellest enamik oli meessoost (n=573) ja kellest 80% on olnud vanusegrupis 20–34 (tabel 22 ja 23).

Tabel 20. Narkootikumidega seotud surmad 2009. aastal

Algpõhjus	Aine*	Mehed	Naised	Kokku
F112 Opiadi sõltuvus		1	0	1
X42 Juhuslik mürgistus mujal klassifitseerimata narkootikumide või psühhodüsleptikumidega [hallutsinogeenidega] ning nende toime	T400	1	0	1
	T402	2	0	2
	T403	2	1	3
	T404	14	0	14
	T406	88	11	99
	T409	3	0	3
X62 Tahtlik enesemürgistus mujal klassifitseerimata narkootikumide ning psühhodüsleptikumidega [hallutsinogeenidega] ning nende toime	T402	1	0	1
	T409	1	0	1
Y12 Ebaselge tahtlusega mürgistus mujal klassifitseerimata narkootikumide või psühhodüsleptikumidega [hallutsinogeenidega] ja nende toime	T404	1	0	1
	T406	6	1	7
Kokku		120	13	133

Allikas: Surma põhjuste register, Tervise Arengu Instituut; 2010, EMCDDA standardtabel 5.

*oopium (T40.0), teised opiaadid (T40.2), metadoon (T40.3), teised sünteetilised narkootikumid (T40.4), teised ja täpsustamata narkootikumid (T40.6), muud ja täpsustamata psühhodüsleptikumid

Tabel 21. Narkootikumidega seotud mürgistussurmad 2009. aastal soo ja vanuserühmade lõikes.

	Mees	Naine	Kokku
<15			0
15–19	3	0	3
20–24	18	5	23
25–29	50	4	54
30–34	38	2	40
35–39	5	0	5
40–44	3	0	3
45–49	1	1	2
50–54	1	0	1
55–59	1	1	2
60–64	0	0	0
>=65	0	0	0
Kokku	120	13	133

Allikas: Surma põhjuste register, Tervise Arengu Instituut, 2010, EMCDDA standardtabel 5.

Tabel 22. Narkootikumide tarvitamise tõttu surnute sooline jaotus 1999–2006 ja 2008–2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2008	2009	Kokku
Mehed	18	25	39	81	31	88	52	59	60	120	573
Naised	4	6	6	5	5	10	5	9	7	13	70
Kokku	22	31	45	86	36	98	57	68	67	133	643
Keskmine vanus	29	27,8	25,3	24	28,2	26	26	25,6	29	29,2	

Allikas: Surma põhjuste register, Tervise Arengu Instituut, 2010, EMCDDA standardtabel 6.

*Selgitus: 2007. aasta mürgistussurmade statistika ei ole kättesaadav.

Tabel 23. Narkootikumide tarvitamise tõttu surnute vanuseline jaotus 1999–2006 ja 2008–2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2008	2009	Kokku
<15	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
15–19	5	2	7	18	6	11	5	6	0	3	63
20–24	8	13	18	39	10	36	21	24	14	23	206
25–29	3	8	10	16	9	24	22	25	27	54	198
30–34	1	4	3	8	3	18	4	10	18	40	109
35–39	0	1	4	3	3	3	3	1	3	5	26
40–44	1	0	1	0	1	3	1	2	3	3	15
45–49	1	2	0	1	3	1	1	0	1	2	12
50–54	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4
55–59	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	5
60–64	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
>=65	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Puuduvad juhtumid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokku	22	31	45	86	36	98	57	68	67	133	643

Allikas: Surma põhjuste register, Tervise Arengu Instituut, 2010, EMCDDA standardtabel 6.

*Selgitus: 2007. aasta mürgistussurmade statistika ei ole kättesaadav.

Nagu eespool näha, ei ole hetkel võimalik saada Surma põhjuste registrist teavet surma põhjustanud narkootilise/psühhotroopse aine kohta. Nimelt ei kajastu kõik Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) registreeritud mürgistussurmad ja enamik toksikoloogiliste analüüside tulemustest riiklikus Surma põhjuste registri andmestikus. Surma põhjuste register ja EKEI on 2010. aastal koostööd parandanud ja narkootikumide tarvitamisest tingitud surmapõhjuste kandmine registrisse on paranenud. Andmete kvaliteedi tagamiseks peab Surma põhjuste register kirja panema kõik narkootikumidega seotud surmajuhud võimalikud täpsete ja täielike kirjetega surma põhjuste kohta (sh aine kaupa). 2010. aastal viib Tervise Arengu Instituudi Surma põhjuste register koostöös Eesti Uimastiseire Keskuse ja EKEI-ga läbi narkootikumidega seotud surmaandmete registreerimise kvaliteedi uuringu. Uuringu eesmärk on välja selgitada, millised on puudujäägid narkootikumidega seotud surmade registreerimise täielikkuses ja täpsuses Surma põhjuste registris perioodil 1999–2009. Narkootikumidega seotud surmaandmete kvaliteedi uuringus kõrvutatakse ja võrreldakse Tervise Arengu Instituudi Surma põhjuste

registrisse kantud narkootikumide kasutamise tõttu surnud isikute andmeid perioodil 1999–2009 EKEI narkootikumide mürgistusse tõttu surnud isikute lahanguandmete tulemustega. Uuringu tulemusi kajastatakse 2011. aasta EMCDDA-le koostatavas raportis.

Peatükk 7. Narkootikumide tarvitamisest tingitud tervisenäitajate ja tagajärgedega tegelemine

Peatükis on taustainformatsiooniks kasutatud läbilõikelisi uuringuid, mille viisid süstivate narkomaanide seas läbi Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituut. Narkootikumidega seotud õnnetusjuhtumite ennetamist ja narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähendamist käsitlevas osas on kasutatud Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi, TAI ja Ravimiameti andmeid. Teave B- ja C-hepatiidi kohta pärineb Terviseametist. Narkootikumidega seotud nakkushaiguste ennetuse ja ravi osas on kasutatud nii Tervise Arengu Instituudi aruandlust kui ka Lääne-Tallinna Keskhaigla andmeid. Narkosõitlaste ja HIV-positiivsete tuberkuloosihaigete ravi ja selle tulemuste kohta esitatud andmed pärinevad Tervise Arengu Instituudi tuberkuloosiandmekogust.

B- ja C-hepatiidi kohta on võimalik saada infot nii Eesti Infektsionistide Seltsi hallatavalt veebilehelt <http://www.vaktsiin.ee> kui ka Eesti Gastroneteroloogide Seltsi veebilehelt <http://www.hepatiit.net>. Andmed B-hepatiidi vastu vaktsineerimise kohta pärinevad Terviseametilt. Eraldi narkomaanide B-hepatiidi vastase vaktsineerimise kohta andmed puuduvad. B- ja C-hepatiidi ennetamiseks Eesti eraldi strateegiat ei ole.

7.1 Narkootikumidega seotud õnnetusjuhtumite ennetamine ja narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähendamine

Vaatamata üledooside ja narkootikumidega seotud mürgitussurmade suurele arvule ei ole nende ennetamiseks seni midagi tehtud. Ainukesed aruandluse perioodil tehtud mürgitussurmade ja üledooside ennetamise tegevused on kahjude vähendamise teenuse raames (süstlavahetus, asendusravi) sihtrühmale edastatav suusõnaline informatsioon üledoosi vältimisest. Lisaks on Tervise Arengu Instituudi narkomaania ennetamise veebilehel <http://www.narko.ee> informatsioon mürgituste ja üledoosi puhul osutatava esmaabi kohta. Antud tegevused ei ole kindlasti järjepidevad ega hõlma kogu sihtgruppi.

2009. aastast on päevakorral vajadus narkomaanidele suunatud koolituste järele, mille raames käsitletak nn ohutut süstimist ja kaaslastele abi andmist üledoosi korral. Arutatud on ka

võimaluse üle koolitada narkomaane osutama kaaslastele üledoosi korral esmaabi naloksooniga. Hetkel on Eestis naloksoon (*naloxon*) kasutusel ainult erakorralises meditsiinis, kuna sellel ravimil ei ole Eestis müügiluba. Seetõttu toimub ka naloksooni süstelahuse sissevedu Eestisse vastavalt Ravimiseaduse § 21 lõike 7 alusel. See tähendab, et ravimit saab Eestisse tuua sisse vastavalt kiirabi tegevusjuhenditele vaid Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi (EEMAS) taotluse alusel. (Ravimiamet, personaalne suhtlus, 2010),

7.2 Narkootikumidega seotud nakkushaiguste ennetus ja ravi

Taustainformatsioon

Süstivate narkomaanide hulgas läbi viidud riskikäitumise ja HIV-levimuse uuringud näitavad, et 40–90% süstivatest narkomaanidest on HIV-seroposiitvused (Platt et al, 2006; Wilson et al, 2006; Uusküla et al, 2006; Talu et al, 2010, Abel-Ollo et al, 2010). Samuti on Eesti süstivate narkomaanide hulgas HIVi nakatumine suhteliselt kõrge (>20/100 inimaastat) (Uusküla et al, 2007). Teadaolevalt on aga Eestis oma serostaatusest teadlikud HIV-positiivsed süstivad narkomaanid riskeerivama süstimiskäitumisega kui oma serostaatusest mitte-teadlikud süstivad narkomaanid (Abel-Ollo et al, 2010). Selline leid viitab vajadusele planeerida HIV-positiivsetele süstivatele narkomaanidele vajalikke sekkumisi nende käitumise vähemriskeerivamaks muutmiseks. On leitud, et kui süstivate narkomaanide hulgas tõuseb HIVi levimus 10–20%-ni, võib isegi mõõdukas riskeeriv käitumine riskirühmas suurendada oluliselt HIVi nakatumist (Des Jarlais et al. 2000). Kuivõrd Eesti SN-ide hulgas on HIV-levimus tunduvalt kõrgem, on oluline rakendada sobivaid kahjude vähendamise ja muid teenuseid piisavas mahus.

7.3 Süstivatele narkomaanidele suunatud kahjude vähendamise teenused

Kokku kasutati 2009. aastal HIVi/AIDSi ennetamisele 38 155 142 krooni, millest 1 335 000 krooni eest ostis Sotsiaalministeerium metadooni. 2009. aastal tegutses 36 süstlavahetuspunkti 17. Eesti linnas/asulas, 13 neist olid statsionaarsed ja 23 väljatöö süstlavahetuspunktid. Süstlavahetuspunkte külastas aruandluse perioodil 7 300 klienti, kellest 3400 olid teenuse esmakülastajad. Üldse oli 2009. aastal süstlavahetuspunktides 180 000 külastust ja kokku jagati 2 277 509 miljonit süstalt, 699 171 kondoomi ja üle 110 000 infomaterjali.

Süstlavahetuse mahud on iga aastaga suurenenud. Süstaldest üle poole (65,7%) jagati Ida-Virumaal, 34% Tallinnas ja 0,3% mujal Eestis (Tabel 24).

Tabel 24. Kahjude vähendamise teenused Eestis 2003–2009.

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tallinn ja Harjumaa	Jagatud süstlad	18 010	129 093	230 409	443 961	600 021	734 954	774 782
	Jagatud kondoomid	16 427	76 004	83 975	134 837	158 164	156 735	131 162
	Asendusravi kohad	-	46	103	183	200	191	209
Ida-Virumaa	Jagatud süstlad	265 153	390 660	635 043	1 163 028	1 404 905	1 293 497	1 495 788
	Jagatud kondoomid	135 444	231 429	301 415	396 665	573 245	527 999	503 062
	Asendusravi kohad	-	207	296	419	473	458	451
Ülejäänud Eesti	Jagatud süstlad	-	-	-	9246	1025	4924	6939
	Jagatud kondoomid	-	-	-	5662	21548	70140	64947
	Asendusravi kohad	-	-	-	-	-	-	-
Kogu Eesti kokku	Jagatud süstlad	283 163	519 753	865 452	1 616 235	2 005 951	2 033 375	2 277 509
	Jagatud kondoomid	151 871	307 433	385 390	537 164	752 957	754 874	699 171
	Asendusravi kohad	-	253	399	602	673	649	660

Allikas: TAI, 2010 .

*Tabelis on esitatud ainult TAI rahastatud teenused. Tegelik asendusravi kohtade arv Eestis on suurem, kuid siin ei kajastu Lääne-Tallinna ja Tallinna Wismari Haigla andmed. Asendusravi kohtade puhul on esitletud ainult täidetud kohad.

Ida-Virumaa kohta 2003. a asendusravi andmed puuduvad.

Tuberkuloosi ennetus ja ravi

„Riikliku tuberkuloositõrje programm aastateks 2008–2012“ üldeesmärgiks on vähendada tuberkuloosi emashaigestumust aastaks 2012 kuni 20. haigusjuhuni 100 000 elaniku kohta. Viimase kolme aastaga on õnnestunud tuberkuloosi esmahaigestumus oluliselt vähendada (2007. a – 30,4, 2008. a - 26,3 ja 2009. a esialgsel andmetel 24,8 uut haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta) (Tervise Arengu Instituudi Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 2008–2012 2009. a aruanne, 2010). Aruandes märgitakse, et Riikliku tuberkuloositõrje programmi eesmärgi saavutamiseks on vaja vähendada HIVi nakatunud isikute tuberkuloosi haigestumist ja tõkestada multiresistentse haigusvormi levikut Eestis. 2009. aastal töötati tuberkuloosiprogrammi raames välja HIV-positiivsete tuberkuloosihaigete narkosõitlaste terviseseisundi jälgimise ja ravi kontseptsioon.

Tuberkuloosi ravi

2009. aastal testiti 90% tuberkuloosi haigestunudest HIV-nakkuse suhtes.

Tuberkuloosi/HIV+ koinfektsiooniga patsientidest 70% (36st 21) paranes ja 10% katkestas ravi. 2009. aastal tuberkuloosi ja HIV+ koinfektsiooniga isikutest suri kuus isikut (Tabel 25).

Tabel 25. Ravitulemused TB/HIV+ koinfektsiooniga patsientidel aastatel 2002–2009, seisuga 1. september 2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TB/HIV+ esmased ja retsidiivid	17	13	22	33	38	47	37	36
Surnud enne TB ravi algust või ravi 1 kuul	1	1	4	5	8	9	8	6
Surnud enne TB ravi algust või ravi 1 kuul (%)	5.9	7.7	18.2	15.2	21.1	19.1	21.6	16.7
Tuberkuloosi ravi alustanud	16	15	18	27	31	38	29	30
TB-st paranenud	9	8	11	20	20	25	24	21
TB-st paranenud (%)	56.3	53.3	61.1	74.1	64.5	65.8	82.8	70.0

Allikas: Tuberkuloosiandmekogu, 2010

B- ja C-hepatiidi ennetamine

Eestis ei ole eraldi ennetustegevusi, mis annaks teavet süstivate narkomaanide B- ja C-viirushepatiidist ja nende ennetamisest. Asjakohast teavet B- ja C-hepatiiti nakatumise ennetamise kohta saavad süstivad narkomaanid eelkõige kahjude vähendamise teenuste (süstlavahetuspunktid ja madalaläve keskused) kaudu. Üldelanikkonna teavitamiseks A-, B- ja C-viirushepatiidist on Eesti Gastroenteroloogide Selts loonud veebilehe <http://www.hepatiit.net> ja Eesti Infektsioonhaiguste Selts veebilehe <http://www.vaktsiin.ee>, kust saab teavet nakatumise tegurite ja vaktsineerimise kohta.

Vaktsineerimine B-hepatiidi vastu

2009. aastal vaktsineeriti Eestis Terviseameti andmetel B-viirushepatiidi vastu kokku 39 607 inimest, neist 35 964 olid 0–14-aastased. Lisaks vaktsineeriti B-viirushepatiidi vastu 336 15–17-aastast noorukit ja 3 307 täiskasvanut (Terviseamet, Nakkushaiguste esinemine Eestis 2009. aastal, 2010).

Vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale vaktsineeritakse Eestis B-hepatiidi vastu imikud ja 13-aastased lapsed, keda pole imikueas immuniseeritud. Imikute B-hepatiidi vastu vaktsineerimise korraldavad neonatoloogid ja perearstid. 13-aastaste vaktsineerimise korraldavad kooliarstid. Tasuta saavad end vaktsineerida kõik tööalaselt vere ja B-hepatiiti põdevate inimestega kokku puutuvad tervishoiutöötajad, päästeteenistuse töötajad,

politseinikud, vanglaametnikud ja kaitseväelased. Teised tööalaselt kõrgendatud riskiga inimesed vaksineeritakse tööandja või inimese enda kulul.

Inimese enda kulul soovitatakse end B-hepatiidi vastu vaksineerida ägeda või kroonilise B-viirushepatiidi nakkusega isikute perekonnaliikmetel ja seksuaalpartneritel, narkomaanidel, prostituutidel, homoseksuaalselt aktiivsetel meestel, doonoriverd ja veretooteid saavatel patsientidel (sh dialüüsipatsiendid). Narkomaanide vaksineerimist B-hepatiidi vastu on lubatud alustada üheaegselt testimisega ja kasutada kiirimmuniseerimist.

7.4 Teised tugiteenused süstivatele narkomaanidele

Juhtumikorraldus

Juhtumikorralduse süsteem ei ole Eestis veel täielikult väljaarendatud ning see on pigem kahjude vähendamise ja raviteenuste töötajate initsiatiivil põhinev tegevus. 2009. aastal rahastati lisaks HIV ja AIDSi strateegiale juhtumikorralduse teenust ka narkomaania ennetamise riiklikust strateegiast (150 000 krooni). NERSi raames rahastatud juhtumikorralduse teenust pakuti 2009. aastal metadoonasendusravil viibivatele süstivatele narkomaanidele, kelle lapsed vajavad tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. Kokku osutati abi 25. sõltuvusprobleemidega perele. Vaadates aga Eestis süstivate narkomaanide rahvastikurühma suurust ja HIV-levimust, omab juhtumikorralduse arendamine aina suuremat tähtsust. Juhtumikorralduse peamiseks eesmärgiks on sõltlase sidumine talle vajalike teenuste ja toetustega, lähtudes tema individuaalsest vajadusest.

Rasedad narkomaanid

ASis Lääne-Tallinna Keskhaigla viidi 2009. aastal läbi projekt, kus rasedad opiaadisõltlased said asendusravi buprenorfiini, vajadusel HIVi uuringuid ja ARV-ravi, psühholoogi/psühhiaatria teenust ja grupiteraapiat. Projekti raames võimaldati opiaadisõltlastest rasedatele ravikeskusesse tulemiseks kasutada tasuta ühistransporti Tallinnas ja vajadusel tagati ka sotsiaalabi. 2009. aastal sai 198 imikut tasuta rinnapiimaasendajat HIV-nakkuse vertikaalsel teel levimise ennetamiseks (HIVI/AIDSi aruandlus, 2010).

AIDSi nõustamiskabinetid

2009. aastal töötas Eestis kaheksa AIDSi nõustamiskabinetti, kus testiti anonüümselt ligi 7000 inimest, kellest 217 osutusid HIV-positiivseks, neist 105 olid süstivad narkomaanid. Riigi rahaga maksti kinni HIVi verifikatsioonitestid ja analüüside transport esmalaborist referentslaborisse.

STLH anonüümne diagnostika- ja raviteenus

Jõhvis ja Narvas pakuti süstivatele narkomaanidele ja nende seksuaalpartneritele sugulisel teel levivate nakkushaiguste (STLH) tasuta anonüümset diagnostika- ja raviteenust. 2009. aasta jooksul külastati neid keskusi 2 000. korral ning osutati tasuta STLH raviteenust 750-le isikule.

Peatükk 8. Sotsiaalsed näitajad ja sotsiaalne reintegratsioon

Aruandeperioodil ei ole sotsiaalset haavatavate gruppide seas narkootikumide tarvitamise uuringuid läbi viidud. Samuti ei ole eraldi teenust, mis tegeleks narkomaanide elamuaseme, koolituse/hariduse ja tööhõive probleemidega. Selliste valdkondadega tegelevad Eestis narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooniteenust pakkuvad asutused (nii statsionaarsed kui ka päevakeskused). Täpsemalt tegeleb rehabilitatsiooniteenuste juures sotsiaalküsimuste ja tööhõivega keskuse sotsiaaltöötaja. Lisaks spetsiifilisele narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooniteenusele on eraldi ühiskonda nn taasintegreerimise teenus saadaval ka vanglast vabanenutele. Kui narkomaan on vanglasse sattunud, on tal pärast vabanemist võimalik kasutada üldisi võimalikke rehabilitatsiooniteenuseid.

Peatükk 9. Narkootikumidega seotud kuritegevus, narkootikumidega seotud kuritegevuse ennetamine ja vangla

9.1. Sissejuhatus

Andmed narkootikumidega seotud kuritegude ja väärtegude kohta on saadud Justiitsministeeriumist ja nende kogumiseks kasutati EMCDDA standardtabelit nr 11. Andmed narkootikumidega seotud kuritegevuse kohta pärinevad Riiklikust Kriminaalmenetluse registrist (RT I 2001, 22, 121), mille eesmärk on anda ülevaade kriminaalmenetlusest, ühendada Eesti Vabariigis alustatud ja lõpetatud kriminaalmenetlused ning kergendada statistiliste ülevaadete tegemist kuritegudest ja kriminaalmenetlusest. Kriminaalmenetluse register ei sisalda andmeid narkootikumidega seotud kuritegusid (karistusseadustiku e KarS §-d § 183–§ 190) toime pannud isikute

narkootikumide tarvitamise kohta. Seega ei ole võimalik täpselt öelda, kui paljud narkokuritegusid sooritanud isikud on ka ise narkootikume tarvitanud. Samuti ei ole võimalik väikese koguse narkootikumide omamise või tarvitamisega seotud väärtegude (§ 15¹) puhul välja tuua andmeid tarvitatud narkootikumide kaupa. Täpsem kirjeldus registris olemasolevate lisaandmete kohta on olemas 2009. aasta EMCDDA raportis.

Vanglateskonnas narkomaaniaga tegelemise informatsioon pärineb 2009. aasta NERSI ja riikliku HIVi/AIDSi ennetamise strateegia aruannetest ning Justiitsministeeriumist. Uuemaid andmeid narkootikumide tarvitamise kohata vanglas selles raportis ei esitata. Uue uuringu vanglates plaanib Tervise Arengu Instituut läbi viia 2011. aastal.

9.2 Narkootikumidega seotud kuritegevus

2009. aastal moodustasid narkokuriteod kogu registreeritud kuritegevusest 2%. Kokku registreeriti 2009. aastal 1042 narkootikumidega seotud kuritegu (karistusseadustiku §-d 183–190), mis on ligi kolmandik (31%) vähem kui 2008. aastal, mil registreeriti kokku 1558 narkootikumidega seotud kuritegu (Tabel 26).

Kõigist 2009. aastal registreeritud narkootikumidega seotud kuritegudest moodustasid 76% (n=789) suure koguse narkootilise ja psühhotroopse aine ebaseaduslik käitlemine ja suure koguse narkootikumide vahendamisega seotud kuriteod (§ 184). 2009. aastal esitati süüdistus 25-le suuremahulise narkokaubandusega tegelenud organiseeritud kuritegelikule grupile, millesse kuulus kokku 86 isikut. Sagenenud on Eestist pärit narkokullerite tabamine välisriikides.

Narkootilise ja psühhotroopse aine väikeses koguses ebaseadusliku käitlemisega seotud kuriteod (§ 183) moodustasid 15% (n=153) kõikidest registreeritud narkootikumidega seotud kuritegudest. Lisaks registreeriti kokku 100 muud narkokuritegu (§-d 185–190).

2009. aastal registreeriti kokku 3205 narkootikumide väikese koguse omamise või tarvitamisega seotud väärtegu (narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse § 15¹), mis oli ligi poole (48%) ehk 2908 juhu võrra väiksem kui 2008. aastal, mil registreeriti 6113 narkootikumide seotud väärtegu (Tabel 27).

Alaealised moodustasid kõikidest narkootikumidega väikese koguse omamise või tarvitamisega seotud väärteo (§ 15¹) toime pannud isikutest 6,1% (196 isikut).

Narkootikumidega seotud väärtegude ja kuritegude arvu langus on seotud asjaoluga, et viimastel aastatel on narkokuritegevusega võitlemises olnud prioriteediks suurte narkootikumide kogusega kaubitsevate kuritegelike gruppide tabamine ja kohtu ette

saatmine. Piiratud ressursside tingimustes on mõnevõrra vähenenud politsei võimalused tegeleda vähemohtlike õigusrikkumistega (vt lisaks alapeatükk 1.3).

Tabel 26. Registreeritud narkootikumidega seotud kuriteod aastatel 2007–2009.

Kuriteo liik	Penal Code §	2007	2008	2009
Narkootilise ja psühhotropse aine väikeses koguses ebaseaduslik käitlemine	§ 183	297	301	153
Narkootilise ja psühhotropse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine	§ 184	1048	1143	789
Narkootilise ja psühhotropse aine edasiandmine nooremale kui 18. a isikule	§ 185	79	65	63
Narkootilise ja psühhotropse aine ebaseaduslikule tarvitamisele kallutamine	§ 186	0	0	0
Alaealise kallutamine narkootilise aine tarvitamisele	§ 187	3	6	0
Unimaguna, kanepi ja kokapõõsa ebaseaduslik kasvatamine	§ 188	19	37	32
Narkootilise ja psühhotropse aine levitamise ettevalmistamine	§ 189	2	6	4
Narkoaine ning lähteaine käitlemise, arvestuse ja aruandluse nõuete rikkumine	§ 190	1		1
KOKKU		1449	1558	1042

Allikas: Justiitsministeerium 2010.

Tabel 27. Narkootikumidega seotud väärteod ja kuriteod ning narkootikumidega seotud kuritegusid sooritanud isikute arv 2006–2009.

	2006	2007	2008	2009
Narkootikumidega seotud väärteod (isiklikuks otstarbeks väikeses koguses aine omamine või kasutamine)*	4906	5991	6113	3205
Narkootikumide jagamine/kaubitsemine/tootmine**	893	1345	1444	942
Teised narkootikumidega seotud kuriteod ***	88	104	114	100
Teised narkootikumidega seotud väärteod ja kuriteod	5887	7440	7671	4247
Narkokuriteos süüdi mõistetud isikud	844	613	881	847

Allikas: Justiitsministeerium 2010, EMCDDA standardtabel nr 11.

Selgitus

* Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ning nende lähteainete seaduse § 15¹

** Penal Code § 183 and § 184

*** Penal Code §§ 185–190

2009. aastal registreeriti piirkondlikult enam narkokuritegusid Tallinnas ja teistes suurtes linnades. Kõikidest narkokuritegudest 43% registreeriti Harjumaal (n=449), neist valdav osa Tallinnas (n=396). Tartu maakonnas registreeriti 17% (n=180) narkokuritegudest, neist Tartu linnas 171. Ida-Virumaal registreeriti samuti 17% narkokuritegudest (n=176), neist enamik Narvas (n=132). Valga maakonnas registreeriti 6% narkokuritegudest (n=61, neist Valgas 60) ning Pärnu maakonnas registreeriti 5% narkokuritegudest (n=56, neist Pärnus 46).

Suure koguse narkootilise aine käitlemisega seotud kuritegudest (KarS § 184) registreeriti Tallinnas ja Harjumaal 46% (n=359), Ida-Virumaal 19% (n=149), Tartumaal 17% (n=135) ning Valgamaal 6% (n=49).

9.3 Narkootikumide tarvitamine vanglas

Uuemaid andmeid narkootikumide tarvitamisest kinnipeetavate hulgas ei ole. Viimase uuringu HIVi ja narkomaaniaga seotud teadmiste, hoiakute ja käitumise kohta viis Tervise Arengu Instituudi läbi 2008. aastal ja selle tulemusi käsitleti põhjalikult eelmises EMCDDA-le koostatud raportis. Uuringu tulemused näitasid, et süüdimõistetud kasutavad narkootikume ka kinnipidamisasutustes (28%), kellest ligi pooled tarvitasid narkootikume süstimise teel. Ligi viiendik neist jagas vanglateskkonnas süstimistarvikuid (Lõhmus & Trummal, 2009).

Uuringu tulemused viitavad vajadusele rakendada vanglasüsteemis sobivaid kahjude vähendamise teenuseid ja tõhustada tegevust tõkestamiseks narkootikumide sattumist vanglatesse. Esialgsete plaanide kohaselt viiakse järgmine uuring HIVi ja narkomaaniaga seotud teadmiste, hoiakute ja käitumise kohta süüdimõistetute hulgas läbi 2011. aastal.

9.4 Narkootikumide tarvitamisest tingitud terviseprobleemidega tegelemine vanglas

HIVi/AIDSi ja narkomaania ennetustöö aluseks Eesti vanglates on riiklik HIVi/AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja narkomaania ennatamise riiklik strateegia aastateks 2004–2010. Justiitsministeeriumi andmetel tehti 2009. aastal vanglates kokku 401 B-hepatiidi, 263 C-hepatiidi ja 6223 HIVi testi. B-hepatiidi vastu vaktsineeriti 2009. aastal 219 kinnipeetavat. Kokku oli 2009. aastal Justiitsministeeriumi andmetel vanglates 480 HIV-positiivset, kellest antiretroviirusravi sai 2009. aastal 195 kinnipeetavat (Justiitsministeerium 2010, isiklik suhtlus).

Narkootikumidevabad osakonnad ja narkomaaniaravi vanglates

Narkootikumidevabad osakonnad on kolmes vanglas, milles on kokku 96 kohta: Tartu Vanglas (44 kohta), Viru Vanglas (40 kohta, kus 20 kohta noortele ja 20 kohta täiskasvanud kinnipeetavatele) ning Harku Vanglas (8 kohta). Vanglates toimub sõltlaste rehabilitatsioon sotsiaalprogrammide alusel. Tartu vanglas on spetsiaalne tulemusüksus

tegelemaks narkosõltlastega ja seal on plaanis luua ka rehabilitatsiooniosakond, et pakkuda narkomaaniaravi läbinud sõltlastele vabanemiseelset tuge.

Justiitsministeeriumi hinnangul oli 2009. aasta lõpul vanglates 870 uimastisõltlast (neljandik kinnipeetavate koguarvust), sh umbes 430 opiaadisõltlast. Mitteopiaatsete narkootikumide tarvitamise tõttu oli 2009. aastal võõrutusravil 147 kinnipeetavat, mis on 47 isiku võrra rohkem kui esialgu plaaniti.

Opiaatasendusravi võimalused vanglates on endiselt väga piiratud. Ravi katkeb juba arestimajades ja ka see on põhjuseks, miks Eesti vanglates saavad asendusravi suhteliselt vähesed opiaatsõltlased. Justiitsministeeriumi andmetel sai 2009. aastal asendusravi 12 isikut (2008. aastal kaks isikut). Narkomaaniaraviks vajalikud ressursid tulevad vangla üldistest meditsiinikuludest. 2010. aastast on plaanitud alustada metadoonasendusravi pakkumist ka arestimajades, mis võib oluliselt tõsta vanglas asendusravi vajavate kinnipeetavate arvu. Esialgsete plaanide järgi on alates 2010. võimalik aastast asendusravi pakkuda kuni 25-le arestimajas viibivale kinnipeetavale, kes enne arestimajja sattumist osalesid asendusraviprogrammis.

Koolitused vanglate personalile ja kriminaalhooldajatele

Vangistuses viibivatele narkomaanidele suunatud teenuste kvaliteedi parandamiseks koolitati 2009. aastal motiveeriva nõustamise alal välja 57 vangla töötajat/kriminaalhooldajat ja 77 vanglatöötajat said kahepäevase koolituse raames uimastialased algteadmised. Kõiki vanglapersonalile suunatud koolitusi rahastati UNODC projektist „HIV ennetus ja hooldus süstivate narkomaanide hulgas ja kinnipidamisasutustes Eestis, Lätis ja Leedus”.

Murru Vangla koortekasvandus viis 2009. aastal läbi täiendkoolituse 12-le valvurile-koerajuhile.

9.5 Vanglast vabanenud narkomaanide reintegratsioon

Andmed vanglast vabanenud narkomaani ühiskonda reintegreerimise kohta Eestis puuduvad. Tartu Vangla on spetsialiseerunud tööks narkosõltlastega ning seal on loomisel tugiteenuseid ja vabanemiseelset tuge pakkuv rehabilitatsiooniosakond, et aidata narkomaaniaravi läbinud sõltlasti.

Peatükk 10. Narkoturg

Enamik selle peatüki andmetest on kogutud EMCDDA standardtabelite nr 13, nr 14 ja nr 16 baasil. Andmed narkootiliste ainete kogustest ja nende puhtusest on saadud Eesti Kohtuekspertiisi Instituudist, mis on Eestis keskne õiguskaitseorganitele narkootiliste ainete ekspertiisi tegev asutus. Andmed narkootikumide hindadest on jälitustegevuse põhjal antud eksperthinnangud Eesti Politsei- ja Piirivalveametist. 2010. aastal ei ole hinnad vaid Tallinna baasil vaid on üldistatavad kogu Eestile. Andmed narkootikumide transiidist pärinevad Maksu- ja Tolliametist.

10.1 Narkootikumide kättesaadavus ja pakkumine

Viimase kolme aasta jooksul on järjest rohkem avastatud piiriüleseid narkokuritegevuse juhtumeid. 2009. aastal tuvastas Maksu- ja Tolliamet 126 narkokuritegevuse juhtumit, mille lahendamise käigus konfiskeeriti kokku 59,6 kg narkootilisi aineid.

Alljärgnevalt on toodud informatsioon erinevate narkootiliste ainete transiidi kohta:

- Amfetamiini ning *ecstasy*'t (nii transiit läbi Eesti kui ka kohapeal valmistatud) veetakse peamiselt Põhjamaadesse. Amfetamiini salakaubaveo juhtumite puhul on 2009. a ilmnunud uus trend, kus Eestisse tuleb Venemaalt puhas amfetamiin. Amfetamiini tootmine Venemaal on seotud tooraine kättesaadavusega. Samas ei saa öelda, et lähteaine tarnimine Venemaalt Eestisse oleks üldse lõppenud.
- Marihuaanat ja hašiit veetakse Eestisse sisse peamiselt Lääne-Euroopast. Väiksemad kogused, mis on mõeldud enamasti isiklikuks otstarbeks, toimetatakse Eestisse postipakkidega ning reisijate isiklike asjade hulgas. Võrreldes 2008. aastaga jäi kanepiseemnete ning seeneniidistike ja eoste avastamine postipakkidest 2009. aastal samale tasemele. Nii 2008. kui ka 2009. aastal avastati postisaadetistest kanepiseemneid ja seeneniidistikke/eoseid 34 korral.
- Kokaiini salakaubaveoks kasutatakse põhiliselt nn kõhuvadajaid, et kontroll kulleri ja kauba üle oleks kindlam ning risk väiksem. Maksu- ja Tolliameti kinnipeetud isikutelt äravõetud kokaiin pärineb Ladina-Ameerika ja Aafrika riikidest. Kogused ei ole väga suured, kuid siiski märkimisväärsed (kuni 2 kg). Tarnspordivahendina kasutatakse nii õhu- kui ka meretransporti ning arvestades asjaolu, et Eestil puuduvad otselennud Ladina-Ameerika ja Aafrika riikidega, siis kasutatakse ümberistumist Hispaanias, Inglismaal ja Hollandis.

Uuematest narkootilistest ainetest leiti 2009. aastal *khat'i*, mis tuli uue trendina välja alles 2008. aastal. Tegemist on Aafrikast pärit narkootilist ainet sisaldavate *khat'i* taime lehtedega, mida üritatakse Suurbritanniast läbi Eesti toimetada Põhjamaadesse.

Aastal 2009 ilmnis uue trendina ka taimsete droogide sissevedu Eestisse. I poolaastal hakkas levima uute hallutsinogeensete taimsete droogide sisse- ja väljavedu (levinumateks nimedeks Skunk, Spice Gold, Druids Fantasy, Spike99 Ultra, Bliss Extra). 2009. aasta II poolaastal aga nende tellimine posti teel peaaegu et lakkas. Põhjuseks on suvel Sotsiaalministeeriumi tehtud õigusakti muudatus, millega need taimsed droogid arvati narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja (vt peatükk 1.1).

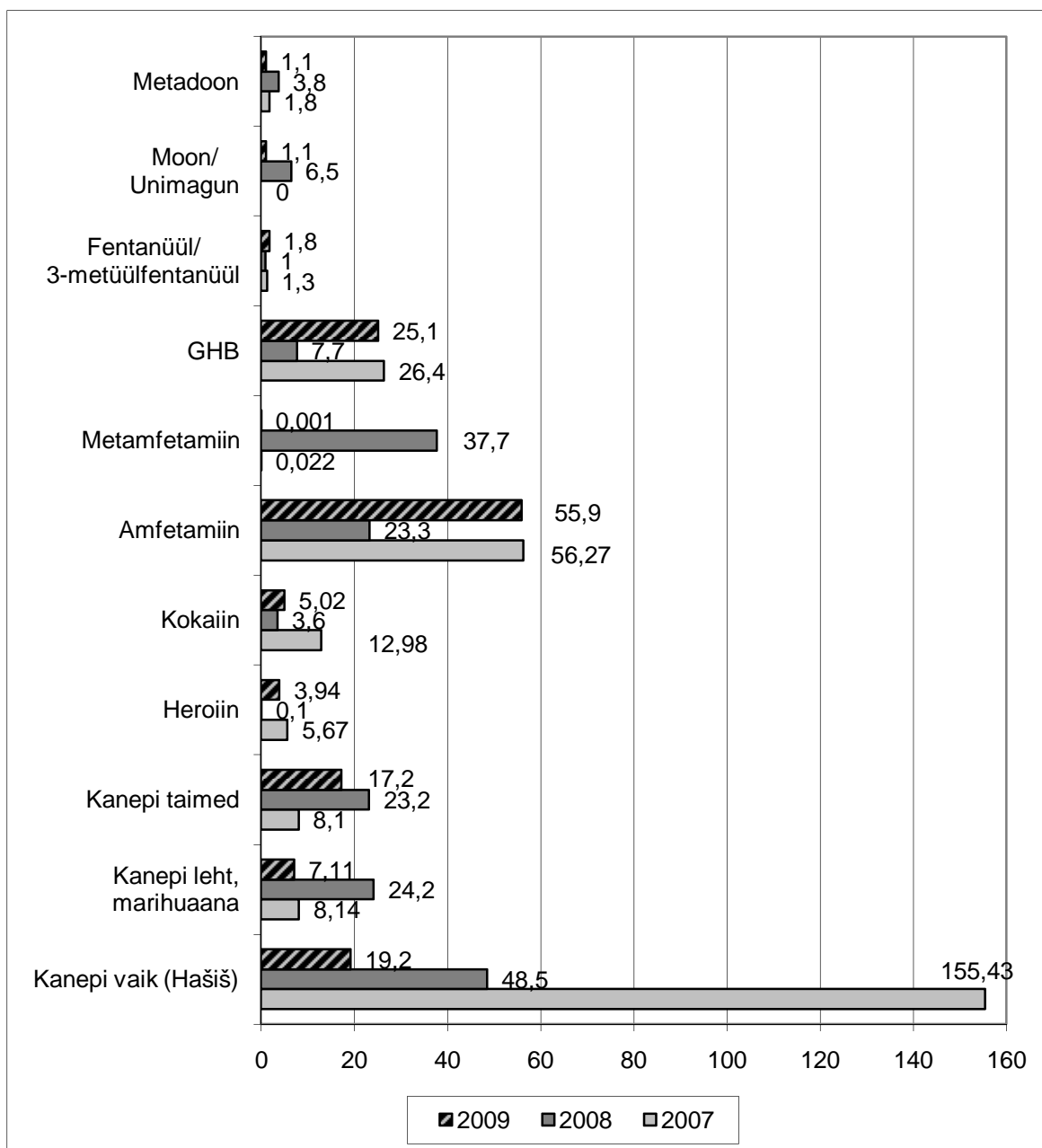
10.2 Narkootikumide konfiskeerimine

2009. aastal konfiskeeritud narkootiliste ainete kogused olid enamike ainete lõikes suuremad kui 2008. aastal. Ainukeste eranditena näitasid 2009. aastal märkimisväärset langustendentsi konfiskeeritud kanepitoodete ja *ecstasy*-tüüpi tablettide arv. Kanepitoodetest langes võrreldes 2008. aastaga mitu korda nii hašiisi kui ka marihuaana konfiskeeritud kogus (hašiisit konfiskeeriti 29,3 kg ja marihuaanat 17,09 kg vähem). Konfiskeeritud *ecstasy*-tüüpi tablettide arv on samuti kolme aastaga märgatavalt vähenenud. Kui 2007. aastal konfiskeeriti 32 256, 2008. aastal 19 465, siis 2009. aastal kokku 13 574 tabletti.

Vastupidiselt eelnevale kasvasid aga hüppeliselt heroini, kokaiini, amfetamiini ja GHB konfiskeeritud kogused (Joonis 1). Amfetamiini konfiskeeriti 2009. aastal kokku 55,9 kg, mis on üle poole rohkem kui 2008. aastal (sarnane 2007. aasta konfiskeeritud kogusega). Erinevad õiguskaitseorganid said kokaiini kätte kokku 5 kg ja GHB-d 25 kg. Lisaks GHBle avastati ka suurtes kogustes GHB lähteainet GBLi (27,7 kg). Võrreldes varasemate aastatega avastati 2009. a oluliselt rohkem GBLi posti ja kullerposti kontrollides.

Konfiskeeritud mooni/unimaguna ja metadooni kogused aga langesid järsult. Võrreldes 2009. aasta konfiskeeritud 3-metüüfentanüüli kogust 2008. aastaga, näeme ka seal ligi kahekordset kasvu.

Joonis 1. Konfiskeeritud narkootiliste ainete kogused 2007–2009 (kg).



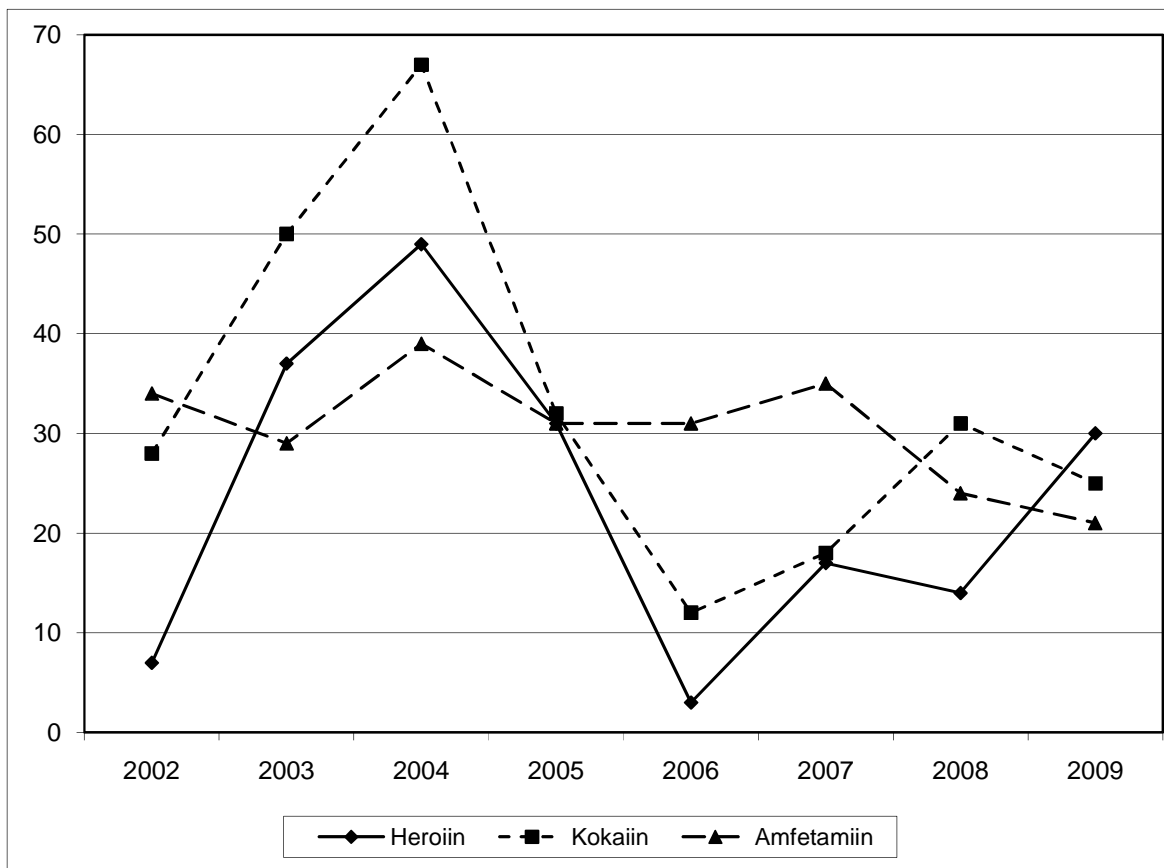
Allikas: EKEI, 2010.

Kui opiaatidest oli 2008. aastal kõige enam konfiskeeritud 3-metüülfentanüül, siis 2009. aastal vahetus see heroiiniga. Heroiini konfiskeeriti 2009. aastal 3,94 kg ja 3-metüülfentanüüli 1,8 kg. Võrreldes 2009. aasta konfiskeeritud 3-metüülfentanüüli kogust 2008. aastaga näeme ka seal ligi kahekordset kasvutendentsi.

10.3 Hind ja puhtus

2009. aastal võime väita, et heroiin on Eesti kohalikult narkoturult kadunud. Heroiini leidub küll konfiskeeritud ainete hulgas, kuid arvatavasti ei ole tegemist Eesti narkoturule suunatud ainega. Politsei hinnangul läbib heroiin Eestis territooriumi vaid transiidi eesmärgil. Kohalikud süstivad narkomaanid eelistavad erineva kangusastmega fentanüüli analooge „Valget hiinlast“, „Valget pärslast“ ja „Afgaanlast“. Fentanüüli analoogide (fentanüüli/3-metüülfentanüüli) ühe grammi hind on 63.90–95.80 eurot. Heroiini puhul saame rääkida ainult konfiskeeritud aine puhtusest, mis on võrreldes 2008. aastaga tõusnud. Kui 2008. aastal oli kõige enam levinud konfiskeeritud heroiini puhtus 14%, siis 2009. aastal juba 30% (Joonis 2). Samal ajal langes amfetamiini ja kokaiini puhtus. Amfetamiini kõige levinum puhtus oli 2009. aastal 21% (2008. aastal 24%) ja kokaiini puhtus 25% (2008. aastal 31%). Kuigi amfetamiini puhtus on võrreldes eelneva aastaga vähenenud, on tema hinnanguline tänavahind tõusnud. Kõige levinum amfetamiini hind oli 15,9 eurot, mis on 3,15 eurot kallim kui 2008. aastal. Amfetamiini hind varieerus 12,8 eurost 19,2 euroni. Stimulantidest tõusis ka *ecstasy* tableti hind. Kui 2008 varieerus *ecstasy* tableti hind 4–8 euro vahel, siis 2009. aastal 5,10–7,90 euro vahel. Kõige levinumaks tableti hinnaks oli 2009. aastal 6,40 eurot. Viimastel aastatel tõusutrendi näidanud kokaiini puhtus langes, sama tegi ka aine hind. Kui 2008. aastal oli kõige enam levinumaks grammi tänavahinnaks 102 eurot, siis 2008. aastal 76,7 eurot (varieerumine 57,50–115 eurot). Kanepitoodete hind on jäänud sarnaseks 2008. aasta tasemega. Hašiš ja marihuaana on ühes hinnaklassis, kuna hašiš ei ole Eesti narkoturul väga populaarne. Nii hašiši kui ka marihuaana hind jääb 19,20 euro piiresse.

Joonis 2. Amfetamiini, kokaiini ja heroini kõige sagedasemini esinev puhtus (mood) aastatel 2002–2009.



Allikas: EMCDDA standardtabel 14, Eesti Kohtuekspertiisi Instituut, 2010.

B-osa: Valitud teemad

Peatükk 11. Riiklike ravijuhendite ajalugu, meetodika ja rakendamine

11.1 Ajalugu ja üldine raamistik

Narkomaania probleem sai laiale avalikkusele tuntuks Eesti taasiseseisvumise järel 1990. aastate keskpaigas. Esimese narkomaania vastu võitlemise strateegilise dokumendi Eestis võttis Vabariigi Valitsuse vastu 1997. aastal, kui kinnitati „Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm 1997–2007“. Programmi elluviimise eest vastutas Eesti Sotsiaalministeerium. Aastal 1998 loodi programmile nõuandev komisjon, ametliku nimega Alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programmi nõukogu, mille eesmärgiks oli juhtida ning koordineerida alkoholismi ja narkomaania programmi. Igal aastal defineeris nõukogu järgneva aasta prioriteetsed valdkonnad. Aastatel 1999–2000 oli üheks prioriteetseks valdkonnaks narkomaaniaravi ja uute ravi- ja rehabilitatsioonikohtade loomine. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi ei viinud ellu Sotsiaalministeerium ise, sellega tegeles Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus (National Report 2001). Esimesed narkomaania ravijuhendid valmisid 2001. aastal Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutuse eestvedamisel koostöös Euroopa Nõukogu Pompidou Grupiga. Narkomaaniaravi juhendite loomisega olid seotud Eesti juhtivad psühhiaatrid ja psühholoogid. Kokku tegeles narkomaaniaravi juhendite ettevalmistamisega kaheksa psühhiaatrit ja kolm tunnustatud psühholoogi. Samuti oli juhendite valmimise juures Pompidou Groupi ekspert Martien Kooyman M.D., Ph.D. Narkomaaniaravi juhendite peamiseks alusmaterjaliks olid Suurbritannia narkootikumide kuritarvitamise ja narkomaania kliinilise ravi juhendid („Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management“). Narkomaania ravijuhendite koostamine oli tol ajal tingitud aina kasvavast narkomaaniaravi vajadusest riigis ja soovist ühtlustada pakutava narkomaaniaravi põhimõtteid. Esimesed narkomaaniaravi juhendid keskendusid sõltuvuse üldisematele teemadele ja spetsiaalselt opiaatsõltuvuse ravist oli juhendites vaid väike osa. 2001. aastal valminud ravijuhendi kiitis Eesti Psühhiaatrite Selts heaks alles 2005. aastal. Kuna heakskiidetud ravijuhend ei pööranud piisavalt tähelepanu just Eestis probleemseks kujunenud opiaatsõltuvuse ravile, hakati 2006. aastast olemasolevat ravijuhendit täiendama. Aastatel 2006–2007 tegeleski Tervise Arengu Instituut³ koostöös Eesti

³ Alates 2003. aastast viis Sotsiaalministeeriumi haldusalas narkomaania ennetamise riikliku strateegiat ellu Tervise Arengu Instituut

Psühhiaatrite Seltsiga eelkõige uute, vana ravijuhendit täiendavate opiaatsõltuvuse ravijuhendite koostamisega. Esialgne, 2001. aastal valminud ravijuhend, keskendus narkootikumide tarvitamisest loobumisele võõrutamise teel. Võõrutusravi eesmärgiks oli seatud tarvitatava narkootilise aine manustamine kohene või järkjärguline lõpetamine ning ägedate võõrutusnähtude leevendamine või vältimine maksimaalselt kuue kuu jooksul. Eesti Psühhiaatrite Seltsi 2007. aastal kinnitatud nn olemasolevate narkomaania ravijuhendite täiendav ja täpsustav opiaatsõltuvuse ravi lisa mainib lisaks võõrutusravile ka nn asendusraviga teostatavat säilitusravi. Uus ravijuhend sai värskendust ka ravimite täpsema doseerimise osas.

Alates 2008. aastast on Tervise Arengu Instituut koostöös Eesti Psühhiaatrite Seltsiga tegelenud täiesti uute narkomaaniaravi juhendite väljatöötamisega, mis peaks valmima 2010. aasta lõpus.

11.2 Olemasolevad narkomaaniaravi juhendid

Nagu eespool mainitud, on Eestis narkomaaniaraviga tegelevatele spetsialistidele olnud läbi aegade kaks konsensusdokumenti: narkomaaniaravi juhend (2001) ja opiaatsõltuvuse ravijuhend (2007). 2001. aastal väljatöötatud ravijuhend hõlmab narkomaania ravi laiemas mõttes ning keskendub ainult võõrutusravile, 2007. aasta versioon keskendub ainult opiaadisõltlastele, pakkudes välja järgnevaid raviliike:

- *asendusravimiga võõrutusravi* on maksimaalselt kuue aega kestev opiaatsõltuvusest vabanemiseks tehtav ravi, milles kasutatakse asendusravimeid;
- *asendusravi* on opiaadisõltlase sõltuvusest vabastamiseks mõeldud ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu;
- *toetav säilitusravi* on opiaadisõltlase ravi, milles kasutatakse asendusravimeid. Ravi kestab kauem kui üks kuu ja selle põhieesmärk on kahjude vähendamine ja patsiendi elukvaliteedi parandamine. Toetav säilitusravi ei sea eesmärgiks sõltuvusest vabanemist ega patsiendi töövõimelisuse taastamist. Toetavat säilitusravi tuleks alustada vaid sellise patsiendi puhul, keda pole kas korduvate võõrutusravi episoodide või vähemalt kuus kuud kestnud asendusravi käigus olnud võimalik narkootikumide tarvitamisest võõrutada ega tema ravimotivatsiooni tõsta; kes on HIV-positiivsed ja kelle puhul saab toetava säilitusravi abil tõenäoliselt vältida nakkushaiguste levimist ja teisi tervisehädasid ning kelle elukvaliteeti saab nõnda parandada.
- *opiaatsõltuvusega patsiendi rehabilitatsioon* on kas päevakeskuse või ravikommuni vormis toimuv taastusravi narkomaanidele (Opiaatsõltuvuse ravijuhend 2007). Eestis

defineeritakse selline narkomaanidele suunatud taastusabi rehabilitatsioonina. Mujal maailmas kasutatakse sellise teenuse kohta sageli järelravi terminit või lihtsalt võetakse neid teenuseid kui ravimitevaba narkomaaniaravi. Juhendis on kirjas, et rehabilitatsioon selle sõna kitsamas tähenduses algab pärast seda, kui sõltlane ei kasuta enam narkootikume ja on lõpetanud asendusravi. Rehabilitatsioon ei eelda seostamist raviteenuse pakkujaga.

2010. aasta lõpuks valmiv uus opiaatsõltuvuse ravijuhend on senistest enam kliiniline ja detailsem ning hõlmab endas ka erinevate ravimite koosmõju kirjeldamist. Uue opiaatsõltuvuse ravijuhendi väljatöötamisel on peamiselt tuginetud WHO ravijuhendile „Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence“ ja Leedu ravijuhendile „Addictive disorders treatment for opioid users with Methadone (2009)“.

11.3 Juhendi rakendamise protsess

Kaks seni Eestis kasutusel olevat narkomaania ravijuhendit on soovitusliku sisuga konsensusdokumendid, mille on heaks kiitnud erialaselts ehk Eesti Psühhiaatrite Selts. Sarnaselt narkomaaniaravi juhendiga on erialaseltsid kinnitanud kõik Eestis kasutatavad ravijuhendid. Kui paljud narkomaaniaraviga tegelevad spetsialistid antud juhendist lähtuvad, ei ole teada. Narkomaaniaravi juhendiga seotud teemat on mõneti käsitletud 2008. aastal UNODCi rahastatud „Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringus“ ning 2009. aastal sooritatud riiklikult rahastatavate narkomaanidele suunatud rehabilitatsioonikeskuste kaardistamise ja klientide teenusega rahulolu uuringus. Metadoonasendusravi käsitlevas uuringuraportis on ühe järeldusena välja toodud, et asendusravi teenusepakkujatel on puudu üheselt mõistetavatest ja praktikas kasutatavast ravijuhendist. Täpsemalt oli uuringu leiuks, et puudub ühtne arusaam asendusravi olemusest ning eesmärkidest (Abel-Ollo et al, 2008). Samuti on rehabilitatsiooniteenuste uuringuraportis viited, et kõik teenusepakkujad ei lähtu hetkel soovituslikust opiaatsõltuvuse ravijuhendist või peavad seda ebapiisavaks (TAI, 2009). Sellised uuringuleiud näitavad, et erialaspetsialistid ei mõista ega kasuta ravijuhendit üheselt ning uutes ravijuhendites tuleks rõhku panna ravikvaliteedi tõstmisele ja kasutatavuse laiendamisele. UNODC uuringus osalenud spetsialistid pakkusid lahenduseks riiklike narkomaaniaravi standardite paikapannemist ja ühtse ravistruktuuri ning arengusuundade kindlaksmääramist. Ka rehabilitatsioonikeskuste hindamisraportis nähakse tulevikuperspektiivina just struktuurilt ühtsete ja konkreetsete teenusekirjelduste tegemist. UNODC hindamisuuringus soovitati ühe lahendusena kinnitada uus 2010. aastal

valmiv opiaatsõltuvuse ravijuhend kõrgemal tasemel, et vältida selle muutumist soovituslikuks dokumendiks, mida kõik valdkonna spetsialistid ei järgi.

11.4 Eesti opiaatsõltuvuse ravijuhendi võrdlemine WHO juhendiga

Tabel 28. Eesti ravijuhendi võrdlemine WHO standarditega

Name of Assessors: KATRI ABEL-OLLO		Yes	No	Not Applicable specify	No answer
1.	Choice of treatment				
1.2	For the pharmacological treatment of opioid dependence, clinicians should offer opioid withdrawal, opioid agonist maintenance and opioid antagonist (naltrexone) treatment, but most patients should be advised to use opioid agonist maintenance treatment. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	For opioid-dependent patients not commencing opioid agonist maintenance treatment, consider antagonist pharmacotherapy using naltrexone following the completion of opioid withdrawal. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Opioid agonist maintenance treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1	For opioid agonist maintenance treatment, most patients should be advised to use methadone in adequate doses in preference to buprenorphine. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	During methadone induction, the initial daily dose should depend on the level of neuroadaptation; it should generally not be more than 20 mg, and certainly not more than 30mg. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	On average, methadone maintenance doses should be in the range of 60–120 mg per day. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Average buprenorphine maintenance doses should be at least 8 mg per day. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Methadone and buprenorphine doses should be directly supervised in the early phase of treatment. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Take-away doses may be provided for patients when the benefits of reduced frequency of attendance are considered to outweigh the risk of diversion, subject to regular review. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Psychosocial support should be offered routinely in association with pharmacological treatment for opioid dependence. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Management of opioid withdrawal	Yes	No	Not Applicable specify	No answer
3.1	For the management of opioid withdrawal, tapered doses of opioid agonists should generally be used, although alpha-2 adrenergic agonists may also be used. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Clinicians should not routinely use the combination of opioid antagonists and minimal sedation in the management of opioid withdrawal. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Clinicians should not use the combination of opioid antagonists with heavy sedation in the management of opioid withdrawal. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Psychosocial services should be routinely offered in combination with pharmacological treatment of opioid withdrawal. Do the present guidelines include this recommendation?	<input checked="" type="checkbox"/>			

4	Pregnancy				
4.1	Opioid agonist maintenance treatment should be used for the treatment of opioid dependence in pregnancy. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Methadone maintenance should be used in pregnancy in preference to buprenorphine maintenance for the treatment of opioid dependence; although there is less evidence about the safety of buprenorphine, it might also be offered. Do the present guidelines include this recommendation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WHO guidelines coherence: only to be applied to guidelines applied for guidelines on closed settings

Eestis puuduvad narkomaaniaravi juhendid nn kinnistele asutsustele

		Yes	No	Not Applicable specify	No answer
1.	Do the present guidelines agree with the "Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Peatükk 12. Narkootikumidega seotud ravi maksumus: võrdlev analüüs

Sissejuhatavalt tuleb öelda, et Eestis ei ole tehtud sõltuvusravi maksumust puudutavaid uuringuid ega ka sõltuvusravi majanduslikku hindamist.

12.1 Ravi rahastamise allikad

Eesti Haigekassa ei tegele narkomaaniaraviga, kuid tasub kindlustatud inimesele osutatava psühhiaatrilise ravi eest. Vabariigi Valitsus on Eesti Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelus kehtestanud piirhinna, mille alusel sõlmitud lepingu järgi maksab haigekassa teenust osutavale raviastutusele.

Enamik narkomaania sõltuvusravi rahastatakse otse riigieelarvest läbi „Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012“ ja „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“. Esimesest kaetakse valdav osa võõrutusravi ning rehabilitatsiooniga seotud kuludest, teine strateegia katab kogu metadoonasendusraviks vajamineva raha. Lisaks riigieelarvele rahastab raviteenust või selle komponente ka Tallinna linn. Peale riikliku ja Tallinna linna rahastuse on sõltlasele võimalik raviteenuse eest ka ise maksta.

Kui vaadelda viie aasta lõikes riiklikest strateegiatest ning Tallinna eelarvetest eraldatud raha narkomaaniaraviks, võime täheldada, et viimastel aastatel on sõltuvusravi rahastus mõnevõrra kasvanud (Tabel 29).

Tabel 29. Riiklik ja omavalitsuspõhine rahastus (EEK) aastatel 2005–2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Riiklik rahastus*	6 145 875	7 176 188	5 580 976	7 449 843	9 687 552
Omavalitsuste teadaolev rahastus(ainult Tallinn)	3 578 001*	1 499 992**	95 867**	4 675 167*	4 200 000*
Kokku	9 723 876	8 676 180	5 676 843	12 125 010	13 887 552

Andmed: NERS, HIVi/AIDSi strateegia ning Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet 2010.

** Riiklik rahastus tähenda rahastust läbi HIVi/AIDSi ja narkomaania ennetamise strateegia vahendite.*

Riiklike ressurssidega on läbi aastate rahastatud 5–6 suuremat raviteenuse pakkujat kahes Eestimaa piirkonnas – Tallinnas ja Ida-Virumaal. Teistes Eesti piirkondades riiklikult toetatud raviteenust ei pakuta. Igal aastal on HIVi/AIDSi ja narkomaania ennetamise strateegiate raames rahastatud ravikohti olnud kokku keskmiselt 600. Kui 2005–2007 aastal tuli lisaks riiklikule rahastusele ka oluline osa ravirahadest Global Fondilt rahaallika „HIV leviku vähendamine süstivate narkomaanide seas“ alt, millega rahastati süstlavahetusteenust ning metadoonravi (vastavalt 2005 aastal 7,2, 2006 aastal 9,8 ja

2007 6,5 miljonit krooni), siis 2008 ja 2009 aastal on ravi rahastatud vaid riiklikest vahenditest.

Lisainformatsiooni asendus- ja võõrutusravist saab ka selle raporti peatükkidest viis ja seitse.

12.2 Sõltuvusravi maksumuse uuringud

Eestis ei ole sõltuvusravi maksumust puudutavaid uuringuid läbi viidud.

12.3 Majanduslik sõltuvusravi hindamine

Eestis ei ole majanduslikku hindamist sõltuvusravile läbi viidud.

Osa C: Lisad

Kasutatud kirjandus

- Abel-Ollo, K., Rahu, M., Rajaleid, K., Talu, A., Rüütel, K., Platt, L., Bobrova, N., Rhodes, T., Uusküla, A. (2009). Knowledge of HIV serostatus and risk behaviour among injecting drug users in Estonia. *AIDS Care*, 21(7), 851–857.
- Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S et al. (2000). HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992–1997: evidence for a declining epidemic. *Am J Public Health*, 90, 352–359.
- Estonia Drug Monitoring Centre. (2002). National report on drug situation in Estonia 2001. Institute of Experimental and Clinical Medicine, Tallinn.
- Eesti Psühhiaatrite Selts. (2001) Narkomaania ravijuhis. Tallinn.
- Kliiman K., Viiklepp, P., Kurbatova, A. (2010) Tervise Arengu Instituudi Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 2008–2012. 2009. aruanne. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.
- Lõhmus, L., Trummal, A. (2009). HIV-i ja narkomaaniaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine süüdimõistetute hulgas, 2008. Tervise Arengu Instituut, Tallinn.
http://www.tai.ee/failid/SM_uurimuse_raport_2008_netti.pdf (Accessed 21.08.2010)
- Ministry of Justice. (2010). Draft Amendment Act of Penal Code, Criminal Procedure Code, Punishment Register Act and Probation Supervision Act Explanatory note. Tallinn.
- National Institute for Health Development, Eesti Psühhiaatrite Selts. (2007). Opiatsõltuvuse ravijuhis. Tallinn.
- Platt, L., Bobrova, N., Rhodes, T., Uusküla, A., Parry, J.V., Rüütel, K., et al. (2006). High HIV prevalence of HIV among injecting drug users in Estonia: implication for understanding the risk environment. *AIDS*, 20, 2120-2123.
- Sotsiaalministeerium. (2010). Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2009. aasta aruanne. Tallinn.
- Sotsiaalministeerium. (2010). Riikliku narkomaania ennetamise strateegia 2009. aasta aruanne. Tallinn.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Rüütel, K., Rahu, M., Rhodes, T., Platt, L., Bobrova, N., Uusküla, A. (2010). HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 56–63.
- Tervise Arengu Instituut. (2010). Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 2008–2012 2010.a tegevuskava aruanne. Tallinn.

- Tervise Arengu Instituut, Eesti Uimastiseire Keskus. (2009). Riiklikult rahastatavate narkomaanidele suunatud rehabilitatsioonikeskuste kaardistamine ja klientide rahulolu teenusega. UNODC. Tervise Arengu Instituut. Eesti Uimastiseire keskus. Tallinn.
- Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., Rüütel, K., Talu, A. (2007). Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addiction Research and Theory*. 15(4), 411–424.
- Uusküla A., Heimer R., Dehovitz J., Fischer K., McNutt L. A. (2006). Surveillance of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus in an Estonian injection drug-using population: sensitivity and specificity of testing syringes for public health surveillance. *J Infect Dis*, 193, 455–7.
- Uusküla A., McNutt L. A., Dehovitz J., Fischer K., Heimer R. (2007). High prevalence of blood-borne virus infections and high-risk behaviour among injecting drug users in Tallinn, Estonia. *Int J STD AIDS*, 18, 41–6.
- Wilson T. E., Sharma A., Zilmer K., Kalikova N., Uusküla A. (2006). The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. *Int J STD AIDS*, 18, 389–91.

Internetiaadresside nimekiri

<http://www.ekei.ee/40740> – Mürgistussurmad Eestis 2009. Web page of Estonian Forensic Science Institute (Accessed 21 August 2010)

<http://www.ltkh.ee/index.php?page=297> – Opiatsõitlastest rasedate ravi. Web page of West Tallinn Central Hospital (Accessed 10.10.2009)

<http://www.tallinnlv.ee/aktalav/Eelnoud/Dokumendid/endok5380.htm>- Alkoholismi, narkomaania ja HIV/AIDSi leviku ennetamise arengukava Tallinnas aastateks 2009–2012. Approval of the Minutes of the Tallinn City Government meeting (Accessed 10.10.2009).

http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/statistika/2009/Epid_ulevaade_2009.pdf Nakkushaiguste esinemine Eestis 2009. aastal (2010). Terviseamet (Accessed 02.09.2010)

<http://www.tems.ee> - Web page of Tallinn Emergency Service (Accessed 08.08.2010)

Viirushepatiitide käsitusjuhend perearstidele

http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/juhised/juhis_viirushepatiidid.pdf
(Accessed 12.08.2010)

Viidatud seaduste nimekiri

Tervishoiuameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja Kemikaalide Teabekeskuse Terviseametiks ühendamisega seonduv Vabariigi Valitsuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus (RTI, 21/10/09, 49, 331), <http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13225575>

Terviseameti põhimäärus. Sotsiaalministri 6. novembri 2009. a määrus nr 82, 01/01/10 <http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13233888>

Siseministri 18. detsembri 2009. a määrus nr 76 „Siseministri määruste muutmine seoses Politsei –ja Piirivalveameti moodustamisega” (RTL, 29/12/09, 99, 1476)

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. Vastu võetud 11/06/97 (rehabilitation service I 1997, 52, 834) <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13277226>

«Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad» (RTL 2005, 57, 807; 2008, 61, 875)

Nakkushaiguste ja nakkushaiguskahtluse esinemise ning haigestumise ohutegurite kohta teabe edastamise kord ja edastatavate andmete koosseis koos andmesubjekti identifitseerivate isikuandmetega. Vabariigi Valitsuse 23. juuli 2009. a määrus nr 134. RTI, 27/07/09, 41, 279, <http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13208994>

Nakkushaiguste registri põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 23. juuli 2009. a määrus nr 133. RTI, 27/07/09,41, 278, <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13208804>

Sotsiaalministri 27. novembri 2009. a määrus nr 87 Sotsiaalministri 18. mai 2005. a määruse nr 73 «Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad» muutmine (RTL, 08/12/09, 89, 1308) <https://riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13238014>

Ravimiameti poolt sisseveoks ja kasutamiseks lubatud müügiloata ravimid Alus: Lubatud ravimiseaduse §21 lg 7 p 1 ja 2 alusel <http://www.ravimiamet.ee/4789>

Riikliku kriminaalmenetlusregistri asutamine ja registri pidamise põhimäärus (rehabilitation service I 2001, 22, 121).

EMCDDA standardtabelite nimekiri, 2010

Standard Table 05: Acute/direct drug related deaths

Standard Table 06: Evolution of acute/direct drug related deaths

Standard Table 09: Prevalence of hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users

Standard table 10: Syringe availability

Standard Table 11: Arrests/Reports for drug law offences

Standard Table 13: Number and quantity of seizures of illicit drugs

Standard Table 14: Purity at street level of illicit drugs

Standard Table 15: Composition of tablets sold as illicit drugs

Standard Table 16: Price at street level of illicit drugs

Standard table 24. Access to treatment

Standard table 34. TDI data

Tabelite ja jooniste loetelu

Tabelid

Tabel 1. Narkomaania ennetamise riikliku strateegia ressursside kasutamine aastatel 2007–2009 (EEK).

Tabel 2. HIVi/AIDSi ennetustegevuse rahastamine 2007–2009 (EUR).

Tabel 3. Riiklikult rahastatud metadoonasendusravi süstivatele narkomaanidele 2009.a.

Tabel 4. Narkomaanide rehabilitatsiooniteenused 2009. a

Tabel 5. Kõikide ja esimest korda ravile pöördujate jaotus soo, vanuse ja keskmise vanuse lõikes 2008–2009.

Tabel 6. Ravile pöördunute elukoht 2008–2009.

Tabel 7. Esmaselt tarvitav narkootikum 2008–2009.

Tabel 8. Narkomaaniaravile pöördunutele määratud ravi liik 2008–2009.

Tabel 9. Narkomaaniaravi tüüp soo ja vanuse lõikes 2008–2009

Tabel 10. Esmakordselt ravile pöördunud ja varem narkomaaniaravil olnud isikute sooline jaotus 2008–2009.

Tabel 11. Narkomaaniaravile pöördujate hõivatus tööturul 2008–2009.

Tabel 12. Narkomaaniaravile pöördujate haridus 2008–2009.

Tabel 13. Narkomaaniaravile pöördujate rahvus 2008–2009.

Tabel 14. Kõigi narkomaaniaravile pöördujate süstimise staatus soo ja vanuse lõikes 2008–2009.

Tabel 15. Narkomaaniaravile pöördujate süstla jagamine soo ja vanuse lõikes 2008–2009.

Tabel 16. Eestis diagnoositud HIVi nakatunud isikute arv 1998–2009 (sh süstivate narkomaanide arv ja nende osakaal kõigist juhtudest, mille puhul nakatumise levikutee on teada.

Tabel 17. Ägedasse B-viirushepatiiti nakatumine 1998–2009.

Tabel 18. Ägedasse C-viirushepatiiti nakatumine 2000–2009.

Tabel 19. Tuberkuloosi ja /HIV+ koinfektsiooniga juhud 2002–2009.

Tabel 20. Narkootikumidega seotud surmad 2009. aastal.

Tabel 21. Narkootikumidega seotud mürgistussurmad 2009. aastal soo ja vanuserühmade lõikes.

Tabel 22. Narkootikumide tarvitamise tõttu surnute sooline jaotus 1999–2006 ja 2008–2009.

Tabel 23. Narkootikumide tarvitamise tõttu surnute vanuseline jaotus 1999–2006 ja 2008–2009.

Tabel 24. Kahjude vähendamise teenused Eestis 2003–2009.

Tabel 25. Ravitulemused TB/HIV+ koinfektsiooniga patsientidel aastatel 2002–2009, seisuga 1.september 2010.

Tabel 26. Registreeritud narkootikumidega seotud kuriteod aastatel 2007–2009.

Tabel 27. Narkootikumidega seotud väärteod ja kuriteod ning narkootikumidega seotud kuritegusid sooritanud isikute arv 2006–2009.

Tabel 28. Eesti ravijuhiste võrdlemine WHO standarditega

Tabel 29. Riiklik ja omavalitsuspõhine rahastus (EEK) aastatel 2005–2009.

Joonised

Joonis 1. Konfiskeeritud narkootiliste ainete kogused 2007–2009 (kg).

Joonis 2. Amfetamiini, kokaiini ja heroini kõige sagedasemini esinev puhtus (mood) aastatel 2002–2009.