

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 lõpparuanne¹

SISSEJUHATUS

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 (edaspidi *NERS*) koostati aastatel 2002–2004. Strateegia elluviimiseks kinnitas Vabariigi Valitsus kaks rakendusplaani aastateks 2007–2009 ja 2011–2012. *NERS*is on kirjeldatud peamised narkomaania valdkonna tegevused, eesmärgid, alaeesmärgid, meetmed ja indikaatorid kuues valdkonnas. Strateegia valdkondadeks on ennetus, ravi ja rehabilitatsioon, uimastid vanglas, kahjude vähendamine, pakkumise vähendamine ning seire ja hindamine. Narkomaania ennetamise strateegia elluviimist koordineeris Sotsiaalministeerium (SoM). Peale SoMi viisid strateegiat ellu Haridus- ja Teadusministeerium (HTM), Justiitsministeerium (JuM), Siseministeerium (SiM) ja Rahandusministeerium (RM). Strateegiat viisid ellu ka SoMi allasutused Tervise Arengu Instituut (TAI) ning Ravimiamet (RA), SiMi haldusalas paiknev Politsei- ja Piirivalveamet (PPA) ning RMi haldusalas paiknev Maksu- ja Tolliamet (MTA).

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia 2012. aasta üldeesmärgiks oli **narkootikumide vähenenud pakkumine ja nõudlus ning toimiv ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem sõltlastele, millest tulenevalt on vähenenud tarbimisest tulenev kahju**. Igal kuuel peamil strateegia valdkonnal olid üldeesmärgid, mille kaudu hinnati, kas strateegia üldine eesmärk saavutati aastaks 2012. Enne peamiste *NERS*i valdkondade kirjeldamist on käesolevas dokumendis antud ülevaade *NERS*i rahastusest ja narkomaaniaolukorrast aastatel 2007–2012. Täpsemalt on *NERS*i eri valdkondade indikaatoreid aastaks 2012 kirjeldatud lisas 2.

Strateegia hindamine (nii välis- kui ka sisehindamine) on olemuselt süstemaatiline andmete kogumine strateegia eesmärkide täitmise kohta, lähtudes strateegia indikaatoritest ja narkoolukorra muutusest. Piiratud inim- ja raharessursside ning strateegiadokumendi ülesehituse tõttu on käesolev hindamine oma olemuselt sisehindamine, mis ei hõlma kõiki hindamisetappe.

*NERS*il oli palju eri tasandi eesmärke, alaeesmärke ja tulemuslikkuse indikaatoreid, kuid strateegial oli juba alguses puudu hindamisraamistik. Sellest tulenevalt on siinse dokumendi puhul tegemist ülevaatega *NERS*i eri valdkondade üldeesmärkide täitmisest ja toodud on lühike kokkuvõtte valdkonna peamistest tegevustest.

Andmete saamiseks on läbi töötatud mitmesugused *NERS*i dokumendid ja rakendusplaanid, narkoolukorrast ülevaadet andvad raportid ja narkovaldkonna epidemioloogilised ning hindamisuuringud. Peale ülevaate andmise sellest, mis *NERS*i rakendamise perioodil on saavutatud, on eri valdkondade juurde lisatud arengusuunad järgnevateks perioodideks. Arengusuunad põhinevad nii teaduskirjandusel kui ka eri institutsioonide ekspertide ettepanekutel. Selleks et vältida sisehindamisest tulenevat huvide konflikti, on hindamisse kaasatud kõik *NERS*i ellu viivad institutsioonid.

1. NARKOMAANIA OLUKORD EESTIS 2007–2011

Narkootikumide tarvitamine rahvastikus on kasvanud

Narkootikume vähemalt korra elu jooksul tarvitanud 15–64-aastaste isikute osakaal on kasvanud: 15%-lt 2003. aastal 21%-ni 2008. aastal. Kõige sagedamini tarvitavad narkootikume noored inimesed vanuses 15–24 eluaastat. Enam tarvitatavaks narkootikumiks

¹ Koostanud Tervise Arengu Instituut

on kanep, millele järgnevad *ecstasy* ja amfetamiin (vt Lisa 1, Tabel 1). Mõnevõrra on suurenenud narkootikumide tarvitamine naiste hulgas. Viimane uuring narkootikumide tarvitamise kohta Eesti elanikkonnas tehti 2008. aastal, olukorrast parema ülevaate saamiseks oleks vaja uuemaid andmeid.

Narkootikumide tarvitamine 15–16-aastaste kooliõpilaste hulgas on kasvanud ja ületab Euroopa keskmist

15–16-aastaste kooliõpilaste hulgas korraldatud ESPAD-uuring näitab, et narkootikumide tarvitamine on koolinoorte hulgas kasvanud. Kui 1995. aastal oli 15–16-aastastest kooliõpilastest 7% proovinud mõnda illegaalset uimastit, siis 2011. aastal oli seda teinud 32% (vt Lisa 1, Tabel 2). Sarnaselt täiskasvanutega on kooliõpilaste hulgas enam levinud narkootikum kanep, mida 2011. aasta uuringu põhjal oli elu jooksul vähemalt korra proovinud 24% õpilastest. Muud illegaalset uimastit peale kanepi oli vähemalt korra elu jooksul proovinud 18% õpilastest. Viimase uuringu põhjal olid kõige sagedamini narkootikume proovinud vene õppekeelega koolis õppivad poisid. Eesti eri piirkondade võrdluses oli illegaalseid narkootikume proovinud koolinoori (41%) kõige enam Ida-Virumaal.

Teiste uuringus osalenud Euroopa riikidega võrreldes on Eesti koolinoorte hulgas rohkem neid, kes on vähemalt korra elus proovinud kanepit (Eestis 24%, Euroopas keskmiselt 17%). Samuti on Eestis rohkem kooliõpilasi, kes on vähemalt korra proovinud mõnda illegaalset uimastit (sh kanep, amfetamiin, kokaiin, *crack*, *ecstasy*, heroiin, LSD jm hallutsinogeenid ning GHB) (Eestis 26%, Euroopas keskmiselt 18%). Selle kõrval on Eestis sagedam inhalantide (mitmesugused mürgised ained või nende aurud, sh liimid, olmekeemia, lakid, aerosoolid, bensiin, lahustid) tarvitamine (Eestis 15%, Euroopas keskmiselt 9%).

Eestis on palju süstivaid narkomaane

Värskeim püügi ja taaspüügi (*capture-recapture*) meetodil tehtud hinnang näitab, et süstivate narkomaanide arv on perioodil 2005–2009 langenud 56%. Uuring näitas, et süstivate narkomaanide arv on langenud 15–44-aastaste seas 15 675-lt (95% UV 10 239–46 018) 2005. aastal 5362-ni (95% UV 3906–9837) 2009. aastal. 2005. aastal oli 15–44-aastastest elanikest süstivaid narkomaane 2,7% (1,8–7,9%), 2008. aastal 2% (1,4–5,0%) ja 2009. aastal 0,9% (0,7–1,7%) (Uusküla *et al.*, 2013). Süstivate narkomaanide levimuse langus on lisaks narkovaldkonna sekkumistele tõenäoliselt seotud narkosurmade suure arvu ja uute süstivate narkomaanide arvu vähenemisega (Uusküla *et al.*, 2011).

Süstivad narkomaanid on peamiselt noored mehed, keskmiselt 27-aastased, kellest suur osa on hakanud narkootikume süstima enne täisealiseks saamist. Viimastel aastatel on süstivate narkomaanide keskmine vanus uuringutes tõusnud (2007. a Tallinn – 26; 2007. a Kohtla-Järve – 27; 2009. a Tallinn – 27; 2010. a Narva – 29) (vt Lisa 1, Tabel 3).

Peamised süstitavad narkootikumid on fentanüül ja amfetamiin, kuid väga levinud on mitme narkootikumi segatarbimine (Talu *et al.*, 2010; Vorobjov *et al.*, 2011; Rüütel *et al.*, 2011). Süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringud näitavad, et peamised süstitavad narkootikumid oli Tallinnas 2007. aastal fentanüül (64%) ja amfetamiin (34%), Kohtla-Järvel moonivedelik (50%), fentanüül (18%) ja amfetamiin (16%). Narvas 2010. aastal tehtud uuringu tulemused näitasid, et uuritud süstivatest narkomaanidest 71% kasutas peamise narkootikumina amfetamiini ja 13% fentanüüli. Uuringud näitavad, et ligi kolmandik süstivatest narkomaanidest on elu jooksul süstinud kasutatud süstlaga, mis on toonud kaasa kõrge nii HCV (ligi 90%) kui ka HIV (ligi 50%) levimuse süstivate narkomaanide seas.

Narkootikumide tarvitamist alustatakse varases nooruses

Narkootikumide süstimist alustatakse enne täisealiseks saamist. 2007. ja 2009. aastal Tallinnas uuritud süstivatest narkomaanidest 23% oli süstimist alustanud enne 16. eluaastat

(Vorobjov jt, ilmumas). Uuritud süstivate narkomaanide keskmine vanus narkootikumide süstima hakates oli 18 aastat (vanusevahemik 9–42 aastat). 2009. aastal Tallinna süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuring näitas, et „varased narkootikumide tarvitajad“ alustasid varem ka suitsetamist (keskmine vanus 10,3 aastat vs. 12,7 aastat), alkoholi tarvitamist (keskmine vanus 12,3 aastat vs. 14,2 aastat). Nooremalt tubaka ja alkoholi tarvitamine oli seotud narkootikumide esmatarvitamisega. Narkootikumide tarvitamisega varem alustanud süstivad narkomaanid alustasid ka kolm korda varem narkootikumide süstimist. Uuring näitas, et varasem narkootikumide tarvitamine oli seotud madalama haridustasemega, töötusega ning riskeerivama süstimiskäitumisega (jagasi sagedamini teiste kasutatud süstalt või süstimisvarustust). Varem narkootikumide kasutamisega alustanud süstivad narkomaanid olid kaks korda suurem tõenäosusega HIV-positiivsed (AOR 2,1; 95% UV 1,4–3,1).

Eesti on narkosurmade suhtarvu poolest Euroopas esikohal

Surma põhjuste registri andmetel suri narkootikumide tarvitamise tagajärjel aastatel 1999–2011 kokku 948 inimest, kellest 89% olid meessoost. 2011. aastal suri Eestis narkootikumide juhusliku mürgistuse tõttu 123 inimest (2010. a 101; 2008. a 67). 2010. aastal suri Eestis narkootikumide mürgistuse tõttu 111 inimest miljoni elaniku kohta 15–64-aastaste vanuserühmas (2009. aastal 146 narkosurma miljoni elaniku kohta). Selle näitajaga on Eesti Euroopas esimesel kohal. 2010. aastal suri narkootikumide tarvitamise tõttu ELis keskmiselt 20 inimest miljoni elaniku kohta (2009. aastal ELi keskmine näitaja 21). Eestis on narkootikumide tarvitamisest tingitud suremus erakordselt kõrge just 15–39-aastaste meeste hulgas (2010. aastal 353 juhtu miljoni elaniku kohta). Eestile järgnevad Lirimaa (140 juhtu miljoni elaniku kohta) ja Norra (133 juhtu miljoni elaniku kohta). Euroopa keskmine narkootikumide tarvitamisest tingitud surmade arv selles vanuserühmas on 40 juhtu miljoni elaniku kohta. Enamik narkootikumide tarvitamisest tingitud surmajuhtudest on seotud fentanüüli või 3-metüülfentanüüli tarvitamisega. EKEI ja TAI tehtud uuring näitas, et aastatel 2000–2009 oli kõikidest narkootikumide tarvitamisega seotud surmajuhtumitest 45,7% tingitud 3-metüülfentanüüli ja 19,6% fentanüüli, 10,8% morfiini/heroiini, 7,2% amfetamiini ja 6,3% metadooni tarvitamisest (Tuusov jt 2012).

2. RAHASTAMINE

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 kulutused on välja toodud alates 2007. aastast, mil hakkas kehtima strateegia lisana koostatud, eri ametkondade tegevusi detailselt kirjeldav pikaajaline rakendusplaan aastateks 2007–2009.

2007.–2012. aastal kasutati NERSi elluviimiseks kokku 11 876 688,19 eurot, millest kaks kolmandikku (7 759 815 eurot) kasutati nõudluse vähendamise (SoM, TAI ning HTM) ja üks kolmandik (3 717 425,70 eurot) pakkumise vähendamise tegevusteks (Siseministeerium ja selle allasutus Politsei- ja Piirivalveamet ning Rahandusministeeriumi allasutus Maksu- ja Tolliamet).

Aastatel 2007–2011 kulus nõudluse vähendamiseks eraldatud rahast 98% (5 987 540 eurot) Sotsiaalministeeriumi haldusala, sealhulgas Tervise Arengu Instituudi, tegevustele (ennetus, ravi ja rehabilitatsioon, seire ja hindamine). HTMi kulud moodustasid nõudluse vähendamise kogukuludest ainult 2% (97 314 eurot). 2012. aastal tõusis läbi HTM-i universaalsele ennetusele eraldatud vahendite maht moodustades 332 147,00 eurot. Sotsiaalministeeriumi haldusala kulud moodustasid 2012.a aastal 1 342 814 eurot. Aruandluse perioodil ei vähenenud ravi- ega rehabilitatsiooniteenuste kulud. Selline eelarveline otsus oli teadlik ja tingitud majandussurutise ajal prioriteetide seadmisest. Eelarve kärpete tõttu vähenes just esmase ennetuse osakaal. Kahjude vähendamise kulud on NERSis läbi aastate olnud

väikesed. Kahjude vähendamine on Eestis jagatud kahe strateegia vahel: NERS ning HIVi ja AIDSi ennetamise riiklik strateegia.

NERSi strateegiliste eesmärkide täitmiseks kavandati aastatel 2007–2012 kokku kasutada 21 134 625,00 eurot. Iga-aastaste rakendusplaanide täitmiseks eraldati kuue aasta jooksul kokku 13 037 196,20 eurot ehk planeeritust 38% vähem. Suurim erinevus planeeritud ning eraldatud eelarves oli aastatel 2008, 2009 ning 2012, seejuures 2009. aastal eraldati tegevuste elluviimiseks 69% vähem pikaajalises rakendusplaanis planeeritud ning ligi miljon eurot vähem, kui oli 2008. aasta tegelik eelarve täitmine. Sotsiaalministeeriumi haldusalas vähenes 2009. aastal narkomaania ennetamise riikliku strateegia elluviimiseks eraldatud vahendite maht võrreldes 2008. aasta tegeliku kuluga 26% võrra.

Kui aastatel 2003–2009 sõitlaste raviks ja rehabilitatsiooniks eraldatud ressursside osakaal pidevalt tõusis ning ka esmasele ennetusele eraldatud vahendite maht suurenes, siis 2009. aastal oli näiteks Tervise Arengu Instituut sunnitud esmaseks ennetuseks eraldatavate vahendite osakaalu oluliselt vähendama, et tagada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavus abivajajatele ning säilitada teenuste maht olemasoleval tasemel.

Tabel 1. Planeeritud ja eraldatud vahendite võrdlus (eurodes)

	Pikaajalises rakendusplaanis eesmärkide täitmiseks planeeritud eelarve	Tegelikult eraldatud	Planeeritud ja eraldatud eelarve erinevus	Planeeritud ja tegelikult eraldatud eelarve erinevus (%)	Kasutatud vahendid (vastavalt aruannetele)
2007	3 411 871,00	2 383 498,84	1 028 372,16	30	2 310 660,32
2008	4 534 767,00	2 731 543,27	1 803 223,73	40	2 507 152,77
2009	4 763 811,00	1 455 048,52	3 308 762,48	69	1 408 873,29
2010*	1 517 417,20	1 517 417,20	0,00	0	1 368 572,14
2011	2 836 963,00	2 428 260,79	408 702,21	14	1 958 674,25
2012	4 069 796,00	2 521 427,57	1 548 368,43	38	2 322 755,43
KOKKU	21 134 625,00	13 037 196,20	8 097 428,80	38	11 876 688,19

*2010. aastal puudus kinnitatud pikaajaline rakendusplaan

NERSi aruandlus ei võimalda saada head ülevaadet narkomaania valdkonna rahastamisest, kuna sealt jäävad välja narkomaania ennetamisega seotud ametiasutuste otsesed tegevuskulud tegevusvaldkonna lõikes. Näiteks PPA narkokuritegevuse tõkestamise kulud (sh palga- ja majanduskulud) on ametkondade üldiste kuritegevuse vastu võitlemise kulude hulgas ega kajastu NERSis. Samuti ei näidata HTMi narkomaaniaennetusliku õppetegevusega seotud kulutusi NERSis, kuna need kajastuvad õppetegevuse kulude sees. MTA piiriülese narkokuritegevuse avastamiseks, tõkestamiseks ja ennetamiseks tehtavad igapäevased tööd ja Justiitsministeeriumi vanglategevused ei kajastu eraldi eelarveridadena NERSi aruandluses. Narkomaania valdkonna kulude jaotusest saab parema ülevaate SoMi ja selle haldusala tegevuste puhul, kuna seal on tegemist konkreetsete lepingute ja mahtudega.

3. ENNETUS

Strateegia esmase ennetuse valdkonna tegevuste elluviimisega olid seotud HTM, SoMi haldusalas TAI. 2005. aastal kinnitatud strateegia esmase ennetuse valdkonna üldeesmärk 2012. aastaks oli järgmine: **uimastite esmatarbimise juhtude arvus on saavutatud**

langustendents ja vanuses on saavutatud tõusutendents. See üldeesmärk on 2011. aasta ESPADi tulemustele tuginedes osaliselt saavutatud (vaata Lisa 2).

Esmase ennetuse puhul on oluline, et ennetust ja ennetavaid tegevusi toetavad nii kool, kodu kui ka ühiskond laiemalt (Sloboda *et al.*, 2006). Alljärgnevalt on välja toodud aastatel 2007–2011 esmase ennetuse valdkonnas ellu viidud peamised tegevused.

Üks olulisemaid tegevusi on üldhariduskoolides pakutav uimastiennetusõpe sotsiaalsete eluoskuste kujundamise kaudu. Strateegia algaastatel oli haridussüsteemis tehtav uimastiennetustöö hektiline ja sõltus suuresti kooli ning aineõpetajate enda initsiatiivist. Viimastel aastatel on HTM palju panustanud uue põhjalikuma uimastiennetust sisaldava riikliku õppekava väljatöötamisse (RÕK). Uus RÕK kehtib alates 1. jaanuarist 2011 ning selle lõplik rakendumistähtaeg on 2013/2014. Uues RÕKis on inimeseõpetus, mis hõlmab sotsiaalsete eluoskuste õpet ja uimastiharidust, säilitatud kohustusliku ainena kõikides kooliastmetes (1.–9. klass ja gümnaasium). Kutsekoolides ei ole uimastiennetuslik töö niisama süsteemne ega eesmärgipärane kui põhikoolides, kuna RÕK laieneb vaid erialadele, kus omandatakse ka keskharidus. Tapa ja Kaagvere erikoolides antakse uimastiharidust üldise õppe- ja kasvatustöö raames ning eluoskuste kujundamine jätkub peale koolipäeva.

Aastate jooksul on täiendkoolitatud inimeseõpetuse õpetajaid ning sellega on tegelenud nii HTM (RÕKi täienduskoolitus) kui ka TAI. Koolitatud on noorsootööga tegelevaid spetsialiste ja nende jaoks on välja töötatud mitmesuguseid juhendmaterjale uimastiennetuse teemal.

TAI uuris ja hindas koolides antavat uimastiharidust 2011. aastal. Eesmärgiks oli välja selgitada uimastihariduse hetkeseis koolides ning õppeprotsessi toetavad ja takistavad tegurid. Kokkuvõtvalt võib öelda, et õpetajad pidasid uimastihariduse andmist keerukaks ja info mahukuse tõttu tundide ettevalmistamist ajamahukaks. Oli koole, kus inimeseõpetuse õpetajatel puudus erialane väljaõpe. Olemasolevad uimastiennetuse õpetajaraamatud („Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus“) olid kasutusel ning nendes nähti abi tundideks valmistumisel ja nende andmisel. Probleemina nähti õpikute aegumist. Sooviti, et õppematerjalid annaksid raamistiku, millises klassis, mis metoodikaga ja mis mahus teatud teemasid käsitleda. Kooli juhtkond pidas uimastihariduse temaatikat oluliseks ning rõhutati vajadust lõimida seda teemat teiste õppeainetega. Samas nähti probleemi koolide rahastamises, mis mõjutab võimalusi materjale hankida, õpetajaid täienduskoolitusele saata, kooliväliseid spetsialiste kaasata. Koolide tugipersonal (õed, psühholoogid, sotsiaalpedagoogid) osaleb uimastihariduse andmises praegu erineval määral ning teda saaks senisest enam kaasata nii individuaaltöös kui ka õppeprotsessis (Vorobjov *et al.*, 2011).

Teiseks suuremaks TAI ja HTMi tegevusvaldkonnaks on elanikkonna teavitamine narkootikumidega seotud ohtudest. HTM on uimastiennetusteavet jaganud maakondade ja suuremates linnades tegutsevate teavitus- ning nõustamiskeskuste kaudu. Peale selle on HTM aastate jooksul toetanud narkoennetuslikke noorsootöö projekte (alaealiste asjade komisjonide projektid, noortelaagrid, huvikoolid). TAI peamised tegevused aastatel 2007–2012 on olnud mitmesuguste nii lastele kui ka lastevanematele mõeldud uimastiteemaliste teabematerjalide väljatöötamine ja selle info jagamine 2006. aastal loodud *Narko.ee* infoportaali kaudu ning aastatel 2007–2008 elanikkonnale suunatud teavituskampaaniate korraldamine. Aastatel 2010–2011 toodeti narkootikumide tarvitamisega seotud ohtusid selgitav õppefilm ja sellega kaasnevad abimaterjalid. Film on mõeldud koolidele õppematerjaliks ja selle eesmärgiks on näidata narkootikumide katsetamisega kaasnevaid riskiolukordasid ja vähendada noorte seas narkootikumi proovimise soovi. Täpsemalt käsitletakse õppefilmis korgijooki (GHB), *ecstasy*'t, amfetamiini ja kanepit.

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Uue RÕKi rakendamine põhikoolides täies mahus.
- Inimeseõpetuse õpetajate täienduskoolitused ja inimeseõpetuse tunni andmiseks vajalike abimaterjalide tagamine.
- Uimastihariduse andmine kutsekoolides.
- Üldhariduskoolides uimastiprobleemi varajase märkamise ja sekkumise tugistruktuuri kindlustamine (kooliõde, sotsiaalpedagoog, psühholoog, klassijuhataja jne).
- Lastevanematele suunatud ja perepõhiste ennetusprogrammide arendamine.
- Noortele suunatud ambulatoorsete nõustamisteenuste arendamine.
- KOV kaasamine ennetustegevustesse.

4. RAVI JA REHABILITATSIOON

NERSi üldeesmärgiks ravi ja rehabilitatsiooni valdkonnas oli **väljaarendatud kaasaegne, professionaalne ning kättesaadav kõrgetasemeline tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste võrgustik efektiivse abi osutamiseks nii uimastisõltlastest lastele kui ka täiskasvanutele**. See eesmärk ei ole 2012. aasta lõpu seisuga täidetud. Eestis on küll eraldiseisvad ravi- ja rehabilitatsiooniteenused, kuid puudub süsteemne ja järjepidev ravi- ning rehabilitatsiooniteenuste võrgustik. Samuti on raviteenuste kättesaadavus piiratud osale sihtrühmadele (nt amfetamiinisõltlased). Sõltuvusprobleemide lahendamisele suunatud teenuseid rahastatakse riigieelarvest NERSi rakendamiseks eraldatud vahenditest. Eesti Haigekassa narkomaaniaravi ei rahasta.

Raviteenustest ülevaate saamiseks võib tugineda Eesti metadoon-asendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringule (UNODC 2008), narkomaanidele suunatud riiklikult rahastatavate rehabilitatsiooniteenuste kaardistamise ja klientide teenustega rahulolu uuringule (TAI 2008), alaealiste uimastisõltlaste tervishoiu- ja tugiteenuste vajaduste kaardistamisele (TAI 2011) ning täiskasvanud uimastisõltlaste tervishoiu- ja tugiteenuste kaardistamisele (TAI 2011).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et narkomaaniaravi eri liikidest on Eestis kõige kättesaadavam metadoon-asendusravi, mida pakutakse riigi rahastamisel nii Tallinnas kui ka Ida-Virumaal (Jõhvi, Kiviõli, Sillamäe, Narva) ning alates 2012. aastast ka Tartus. Kokku pakub riiklikul tasandil opioidsõltuvuse asendusravi Eestis kümme keskust, mis tegutsevad seitsme erineva asutuse baasil. Alates 2010. aastast pakutakse ASi Lääne-Tallinna Keskhaigla Merimetsa Nakkuskliinikus integreeritud metadoon-asendusravi ja antiretroviirusravi teenust HIV-positiivsetele opioidsõltlastele (vajadusel saab samas kohas ka ambulatoorset tuberkuloosiravi). Ka AS Ida-Viru Keskhaigla võimaldab integreeritud ambulatoorset tuberkuloosi- ja metadoonasendusravi tuberkuloosihaigetele opioidsõltlastele. Metadoon-asendusravi saab jätkata kõikides statsionaarsetes tuberkuloosiravi osakondades. Samuti on võimalik metadoon-asendusravi jätkata Tallinna ja Jõhvi arestimajades.

NERS'i vahenditest osutab statsionaarset võõrutusravi teenust täiskasvanutele üks asutus Tallinnas ning selle jaoks on ette nähtud viis voodikohta. Statsionaarset võõrutusravi teenust alaealistele osutab kaks asutust ning selleks on ette nähtud kokku kuus voodikohta, nendest neli Tallinnas. Ka alaealiste narkomaaniaravis puudub praegu sõltuvusprobleemile süsteemne lähenemine. Probleem on alaealiste narkosõltlaste suunamine õigete teenuste juurde, teenuste piiratud kättesaadavus, laste vaimse tervisega tegelemise ja sõltuvusravil viibimise ajal koolihariduse jätkamine.

Rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus ja kohtade arv ei tõusnud 2011. aastal võrreldes 2007. aastaga. Narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooniteenust pakkus 2011. aastal viis teenusepakkujat. 2011. aastal oli kolm NERSi vahenditest rahastatud statsionaarset

rehabilitatsioonikeskust mõeldud täiskasvanud klientidele (nendest kaks pakkusid ainult sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust), üks statsionaarne keskus oli mõeldud alaealistele ning üks Tallinnas asuv ambulatoorne keskus kaksikdiagnoosiga sõltlastele nõustamis- ja tugiteenuste pakkumiseks. 2012. aastal toimusid olulised sisulised muudatused täiskasvanud isikutele suunatud rehabilitatsiooniteenuste riiklikus rahastamises. Esimest korda määratleti nõuded riiklikest vahenditest rahastatavale rehabilitatsiooniteenusele², mille laiem eesmärk oli tõsta teenuste kvaliteeti. Kuna osa seni rahastatud teenusepakkujatest ei vastanud nendele nõuetele, ei saanud nende rahastamist jätkata. Selleks et tagada riigi rahastatavate teenuste järjepidevus eri süsteemides (Sotsiaalministeeriumi ja Justiitsministeeriumi haldusalades), suunati NERSi vahendid meditsiinilise rehabilitatsiooni rahastamisele. Selle tõttu vähenes 2012. aastal riigi rahastatavate statsionaarse rehabilitatsiooni kohtade arv ajutiselt 46-lt 36-le. Alates jaanuarist 2013 tõusis kohtade arv taas 46-ni. Oluliseks muudatuseks on esimese naissoost sõltlastele suunatud meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuse käivitamine alates 2012. aasta aprillist.

Peale selle pakuvad mitmed organisatsioonid, valdavalt mittetulundusühingud, uimastisõltlastele (sh alkoholisõltlastele) sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, mis põhineb peamiselt tööteraapial ja kaheteist sammu meetodikal ning on usulise suunilusega. Neid teenuseid riik 2012. aasta seisuga ei rahasta.

Nõustamisteenuseid sõltuvusprobleemidega isikutele ja nende lähedastele rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest. Psühholoogilist, sotsiaalset ja kogemusnõustamist pakutakse Tallinnas, Tartus, Paldiskis, Rakveres, Jõhvis ja Narvas kokku ligi tuhandele inimesele aastas.

Peaaegu täiesti puuduvad uimastisõltlastele suunatud järelravi- ja reintegratsiooniteenused.

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Riiklikul tasemel peab olema tagatud valik tõenduspõhiseid teenuseid ning loodud ühtne ravi- ja sotsiaalteenuste võrgustik nii alaealistele kui ka täiskasvanutele.
- Oluliselt on vaja laiendada statsionaarse võõrutusravi võimalusi. Rohkem tähelepanu on vaja pöörata amfetamiinitarvitajate ravile, mis praegu puudub.
- Opioidsõltuvuse asendusravis tuleb peale metadooni kasutada teisi asendusravimeid.
- Metadoon-asendusravi võimalusi tuleb laiendada regionaalselt ja ühtlustada teenuse kvaliteeti.
- Narkomaanidele suunatud rehabilitatsioonile peab looma õigusraamistiku, määratledes eraldi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenustele esitatavad nõuded (meditsiiniline ja sotsiaalne rehabilitatsioon). On vaja suurendada alaealistele ja täiskasvanutele pakutavate teenuste mahtu.
- Kõikide ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste juures on probleemiks väljaõppinud ja motiveeritud personali vähesus (Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt on sõltuvusravi praegu vaid psühhiaatrite tegevusvaldkond). Tuleb leida motiveerimise ja täiendusõppe/-hariduse võimalusi õdedele, arstidele, sotsiaaltöötajatele ning psühholoogidele. Tuginedes rahvusvahelisele kogemusele peab narkomaaniaravis ka Eestis psühhiaatrite kõrval rakendama selleks eriettevalmistuse saanud teiste erialade arste.
- Nõustamis- ja järelteenuste arendamise tulemusena peavad olema loodud tagasilangust ennetavad ja resotsialiseerumist soodustavad järelteenused sõltuvusprobleemidega isikutele, alates nõustamisest kuni kutseoskuste omandamise, praktiseerimise ja elamispinna võimaldamiseni.

² Sõltuvusravi kohaldamise ravi- ja rehabilitatsiooninõuded (SoM määrus 08.11.2011 nr 48), Kriminaalmenetluse seadustiku alusel.

5. KAHJUDE VÄHENDAMINE

Kahjude vähendamise valdkonnas viidi tegevusi ellu TAI koordineerimisel. Strateegiat koostades seati kahjude vähendamise valdkonnas järgmine üldeesmärk: **ühiskonnale ja üksikisikule narkootikumide tarvitamisega tekitatud kahjude puhul on saavutatud püsiv langustendents**. Eesmärk on osaliselt täidetud, kuid selle täitmine ei ole toimunud ainult NERSi raames.

Süstivate narkomaanide hulgas tehtud riskikäitumise ja HIVi levimuse uuringud näitavad, et HIVi nakatumine nende hulgas on jätkuvalt kõrge, kuid see on langenud 59%-lt 2007. aastal (Kohtla-Järve) 44%-ni 2010. aastal (Narva) (vt Lisa 1, Tabel 3). Peamised süstitavad narkootikumid on fentanüül ja amfetamiin, kuid väga levinud on mitme narkootikumi segatarbimine (vt Lisa 1, Tabel 3). Alates 2000. aastast on Eestis HIVi nakatunud peamiselt süstivad narkomaanid. 2001. aasta veebruaris kuulutati Eestis välja HIVi kontsentreeritud epideemia süstivate narkomaanide hulgas. Sellest tulenevalt käsitati kahjude vähendamise teenuseid (süstlavahetus, asendus- ja võõrutusravi opioidagonistidega) kui HIV-ennetuslikke meetmeid, mis on kajastatud riiklikus HIV/AIDSi strateegias aastateks 2006–2015. Opioidagonistidega asendusravi on pikaajaliselt käsitatud HIVi ennetuse meetmena, mille peamiseks eesmärgiks on lõpetada narkootikumide süstimine, mitte sõltuvuse ravi. Seetõttu tuleks nii kahjude vähendamise teenuste kui ka asendusraviteenuse osutamine kriitiliselt üle vaadata (WHO 2011). Kasuks võiks tulla süstivatele narkomaanidele suunatud kahjude vähendamise teenuste koondamine ühte strateegiasse, mis tagaks muu hulgas ka parema ülevaate teenuste osutamisest.

NERSi rakendusplaanis on kavandatud koolitused nii spetsialistidele kui ka endistele sõltlastele, kes on seotud kahjude vähendamise teenuste pakkumisega. Rakendusperioodi jooksul on kahjude vähendamise valdkonna koolitusi korraldatud järgmistel teemadel: uimastid ja sõltuvus, motiveeriv intervjuerimine ehk nõustamine, nõustamise alused, sotsiaaltöö alused, juhtumikorraldus. Peale selle on korraldatud kahjude vähendamise teemalisi koolitusi väliskoostööprojektide raames.

Hoolimata narkootikumidega seotud surmajuhtude ja üledooside suurest arvust süstivate narkomaanide hulgas ei ole Eestis üledooside ennetamise laiaulatuslikku programmi (vt Lisa 1, Tabel 3). NERSis ei ole narkootikumidega seotud üledooside ja surmade ennetamist isegi eesmärgina kirjas. Samuti ei tegeleta eraldiseisvalt B- ja C-hepatiidi ennetamisega süstivate narkomaanide seas, kuigi eelkõige C-hepatiidi levimus süstivate narkomaanide hulgas on väga kõrge (vt Lisa 1, Tabel 3).

Eestis seni praktiseeritu kõrval kavandatakse üledoosidest tingitud surmade ennetamise programmi rakendamist süstivatele narkomaanidele, mis sisaldab ka koolitust sõltlastele ja nende lähedastele, mille raames neid õpetatakse manustama opioididest üledoosi saanud isikule naloksooni. Sääraseid sekkumisi on opioide tarvitavate narkomaanide puhul rakendatud paljudes riikides. Seniste programmide hindamine on näidanud sekkumisviisi tõhusust (Dettmer *et al.*, 2001; Maxwell *et al.*, 2005; Galea *et al.*, 2006; Tobin *et al.*, 2009; Seal *et al.*, 2005; Strang *et al.*, 2008; Mayet *et al.*, 2011).

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Üledooside ja narkootikumidega seotud mürgistussurmade ennetamise programmi rakendamine.
- B- ja C-hepatiidi ennetustegevused süstivate narkomaanide hulgas.
- Soospetsiifiliste ja ainespetsiifiliste teenuste arendamine.

6. UIMASTID VANGLAS

Vanglas uimastitega seotud tegevuste eest vastutas Justiitsministeerium oma allasutustega. Vanglate puhul seati strateegias eesmärgiks: **on loodud toimiv kontrollisüsteem, takistamaks narkootikumide sissepääsu vanglatesse, ning uimastisõitlastele on tagatud süsteemne ravi ja vanglasisesed rehabilitatsiooni võimalused, tagamaks uimastivaba eluviisi jätkumist vabanemise järel.** Seatud eesmärk on 2012. aastaks täidetud.

Strateegia loomise hetkel puudusid Eesti vanglasüsteemis narkovabad osakonnad (v.a Viljandi vangla), ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammid sõitlastele ning vanglapersonalil ei olnud vajalikku väljaõpet tööks uimastisõitlastega. Levinud olid laager-tüüpi vanglad, mis arhitektuuriliselt raskendasid vajalikku järelevalvet. Vaadates strateegias ellu viidud tegevusi, on aastaks 2012 seatud eesmärgid täidetud peaaegu täies mahus.

Alates 15. jaanuarist 2011 on Eestis kokku neli vanglat: Tartu, Tallinna, Viru ning Harku ja Murru vangla. Neist viimane loodi 2011. aasta alguses Murru ja Harku vangla liitmisel. Rummus asuv Harku ja Murru vangla kinnine osakond suleti 2012. aasta detsembris. Peale Tallinna vangla on ka Harku ja Murru vangla laager-tüüpi vanglad. Lähiaastatel on kavas ehitada uus Tallinna vangla, seejärel kaotatakse viimased laager-tüüpi kinnipidamiskohad.

Narkootikumide avastamiseks vanglates korraldab vanglate relvastatud üksus regulaarselt läbiotsimisi. Nende arv on aastate jooksul mõnevõrra vähenenud. Kui näiteks 2008. aastal tehti 19 läbiotsimist, siis 2011. aastal 13. Samas on vanglates vähenenud ka nn narkojoobe paragrahvi (karistusseadustiku § 331) alusel algatatud kriminaalasjade arv. Kui 2007. aastal alustati selle paragrahvi põhjal 291 ja 2008. aastal 144 kriminaalasja, siis 2011. aastal kõigest 10 kriminaalasja.

Mõnesid strateegiasse planeeritud tegevusi ei osutunud vajalikuks ellu viia. Tehniliste probleemide tõttu ei võetud Murru vanglas kasutusele mobiililevi tõkestamise seadet. Loobuti ka narkootiliste ainete avastamise detektorite hankimisest, sest katsetatud seade ei osutunud sobivaks.

Vanglateenistus on sõitlaste taasühiskonnastamiseks loonud vanglatesse sõltuvusrehabilitatsiooni osakonnad. Tartus asub tulemusüksus, kus on 174 kohta, ning see on jaotatud nelja sektsiooni. Põhiline aktiivne rehabilitatsioon toimub kolmandas sektsioonis (44 kohta) ning 2010. aastal loodi juurde ka neljas, nn postrehabilitatsiooni osakond, kus on samuti 44 kohta ning kuhu paigutatakse kinnipeetavad, kes on läbinud aktiivse rehabilitatsiooni faasi. Samuti on sõltuvusrehabilitatsiooni osakonnad Viru vanglas (16 noorte ja 20 täiskasvanute kohta) ning Harku vanglas (8 kohta). Ülejäänud sõitlaste rehabilitatsioon toimub sotsiaalprogrammide alusel.

Varasemalt osutati kinnipidamisasutustes sõitlastele ravi ainult mitteopiaatsete ravimitega, kuid alates 2008. aastast on Eesti vanglates kättesaadav ka metadoonravi võimalus. Algselt oli metadooniga võõrutusravi kättesaadav vaid üksikutele kinnipeetavatele (2008. aastal 2 juhtu, 2009. aastal 4 juhtu võõrutusravi ja 8 juhul asendusravi). Alates 2010. aastast on metadoonravi kättesaadavus vanglas paranenud, kui 59 kinnipeetavat sai metadooniga võõrutusravi ja 64 hakkas saama asendusravi. 2010. aasta märkimisväärne metadoonravi saajate tõus sai võimalikuks, kui Justiitsministeeriumi kaasabil hakati teenust pakkuma Viru arestimajas ning metadoonravi hakkas võimaldama ka Tallinna arestimaja. Seeläbi tagati vabaduses alustatud ravi jätkamine sõitlase kinnipidamise ajal. Eesti vanglates oli 2012. aasta kolmanda kvartali lõpus 896 sõltuvusdiagnoosiga isikut, kes moodustasid 27,7% vangide üldarvust. Endiselt oli kõige suurem opioidsõitlaste osakaal.

Rakendusperioodi jooksul on koolitatud kõikide vanglate töötajaid järgmistel teemadel: uimastiteemaline algkoolitus, motiveeriva nõustamise tehnika, opioidsõltuvuse ravi. Praeguseks on vanglasüsteemis motiveeriva nõustamise alal välja õpetatud koolitajad, kes vanglasiseselt korraldavad koolitusi vastavalt vajadusele.

2011. aasta aprillis jõustus karistusseadustiku täiendus (§ 69²), mis alternatiivkaristusena lubab isiku nõusolekul asendada vangistuse sõltuvusraviga, kui isik pani kuriteo toime narkomaania tõttu ja vajab narkomaania ravi. Sõltuvusravi eesmärk on isiku võõrutamine sõltuvusest või sõltuvus kontrolli alla saada, ning rehabilitatsioon narkomaania ravi ajal või selle järel. Sama aasta teisel poolel käivitus Justiitsministeeriumi poolt algatatud Eesti-Šveitsi koostööprojekt „Uimastisõltlastest süüdimõistetute ravi ja rehabilitatsioon“, mille eesmärgiks on luua uimastiprobleemidega süüdimõistetutele mõeldud ravi ja rehabilitatsiooni süsteem ning toetada kuni 90 isiku sõltuvusravi väljaspool vanglaid. Alternatiivkaristuse võimaldamine ja soodustamine on oluline meede, vähendamaks kinnipeetavate arvu. Koostöös TAI ja SoMiga korraldatakse teenusepakkujatele mõeldud koolitusi ning töötatakse välja ravi tulemuslikkuse indikaatorid.

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Uue Tallinna vangla ehitamine, mis võimaldab sulgeda viimased laager-tüüpi vanglad ja sellega veelgi vähendada narkootikumide kättesaadavust vanglates.
- Sõltuvusravi jätkuv rakendamine vangistuse alternatiivkaristusena.

7. PAKKUMISE VÄHENDAMINE

Pakkumise vähendamise valdkonna tegevusi viisid ellu SiM ja selle allasutus PPA ning Rahandusministeeriumi allasutus MTA.

Pakkumise vähendamise üldeesmärk 2012. aastaks oli järgmine: **narkootiliste ainete pakkumise vastane tegevus on pädevate ametkondade vahel koordineeritud, väljaõpe ja tehnilised vahendid on nüüdisaegsed ja vastavad nõuetele. Tegevuse tõhusust reguleerivad täiendatud normatiivaktid.** 2012. aastaks seatud üldine eesmärk on pakkumise vähendamise valdkonnas täidetud.

Kõik pakkumise vähendamise seotud institutsioonid teevad tihedat koostööd ja korraldavad koostööoperatsioone. Igal aastal valmib PPA ja MTA koostöös Eesti kuritegevuse ohuhinnang, mille raames selgitatakse välja institutsioonide ühised menetlushuvi pakkuvad subjektid (sealhulgas narkokuritegevusega seotud isikud) ning lepatakse kokku edasised menetlusuunad. Koostöö raames osaletakse Eesti õiguskaitseorganite esindajate ümarlauakohtumistes, mis toimuvad kolm korda aastas. Kokkuvõtvalt võib öelda, et koostöö on PPA ja MTA vahel pidev ja ilma selleta ei oleks narkootikumide pakkumist vähendada võimalik. Koostööle ja teabevahetusele aitab kaasa PPA ning MTA ühine andmekogu, kuhu sisestatakse infot kurjategijate ning mitmesuguseid jälitus- ja kriminaalmenetlusi läbivate inimeste kohta). Riigisisese koostöö kõrval teeb PPA narkovastase võitluse raames ka rahvusvahelist koostööd (Soome, Rootsi, Läti, Leedu, Venemaa ja teiste välisriikidega).

Seoses keerulise majandusliku olukorraga kutsuti Helsingist ja Peterburist 2008. aastal sideohvitserid tagasi. Rahvusvahelise koostöö toimimine tagatakse olemasolevate sideohvitseride ja rahvusvaheliste politseiorganisatsioonide kaudu. Tulevikus on majanduse kosudes ja raha olemasolul vaja sideohvitseride võrgustikku laiendada. MTA-l on üks sideohvitser Lätis ja PPA-l kaks sideohvitseri Euroopolis.

Alates 2007. aastast on isikute vaba liikumise tagamine Schengeni ruumis mõjutanud narkokaubanduse vastu võitlemise meetodeid. Kuna kõiki sõidukeid ega isikuid piiri ületamisel ei kontrollita, on narkootikumide salakaubandust raskem avastada. Sellest tulenevalt tuli MTA soetada uuemat tehnoloogiat. Alates 2007. aastast on kasutusele võetud liikuvad röntgenseadmed, riskianalüüsi täiustamiseks nii välis- kui ka sisepiiril, automaatsed sõidukite numbrituvastussüsteemid (viies kohas) ning tagatud piisav narkokoerte arv (2011. aastal PPA-I ja MTA-I kokku 45 koera).

Ainete kättesaadavuse raskendamise all on läbi aastate olnud PPAI erinevad prioriteedid. Viimastel aastatel on peamine tähelepanu suunatud kuritegelike võtmeisikute, suure käibega tänavadiilerite, nende varustajate ning suurte ainekoguste tabamisele. Võrreldes 2007. aastaga on 2011. aastal narkootikumidega seotud registreeritud kuritegude (1449 vs. 913) ja väärtegude (6593 vs. 3607) arv langenud, kuna keskenduti enam mõjuvõimu ja suuremat käivet omavate kurjategijate tabamisele. Konfiskeeritud kogused on ainete lõikes varieerunud, sõltudes narkolaborite avastamisest Eestis, samuti narkokaubanduse suundumustest. Näiteks ei ole 2012. aastal rahvusvahelise illegaalse narkoturu muutuste tõttu Eestis amfetamiini toota enam otstarbekas ning seda tehakse Beneluxi maades.

Tabelis 2 on välja toodud perioodil 2007–2012 konfiskeeritud peamiste illegaalsete narkootikumide kogused.

Tabel 2. Konfiskeeritud narkootikumikogused aastatel 2007–2012 (kg)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kanepitooted	171,67	95,90	43,51	40,19	128,29	36,46
Heroin	5,67	0,1	3,94	0,004	0,048	0,0004
Kokaiin	12,98	3,6	5,02	217,72	0,83	3,37
Amfetamiin	56,27	23,3	55,9	47,67	41,57	13,54
Metamfetamiin	0,022	37,7	0,001	0,523	1,54	28,00
GHB	26,4	7,7	25,1	16,1	13,49	28,88
Fentanüül/3-metüülfentanüül	1,3	1	1,8	0,5	0,91	1,71
Moon/unimagun	0	6,5	1,1	-	-	-
Metadoon	1,8	3,8	1,1	1,5	2	1,07

Allikas: Eesti Kohtuekspertiisi Instituut, 2012

Probleemiks on illegaalsele narkoturule ilmuvad uued psühhoaktiivsed ained, mida luuakse alternatiivina illegaalsete narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjas olevatele ainetele. Orgaaniliste kemikaalide odav sünteesimise võimalus ja efektiivsed teabevahetuse ning turustamise võimalused on muutnud uued psühhoaktiivsed ained võrreldes varasemaga paremini kättesaadavaks. Selline suundumus teeb riikidele oluliseks uute ainete kiire tuvastamise, nende ohtlikkuse teadusliku hindamise ja vajadusel kiire kontrolli alla saamise meetmete olemasolu. 2009. aastal avastati uusi narkootilisi aineid kokku 24 korral ja 2010. aastal 41 korral.

Vastavalt Laulasmaa deklaratsioonile kuritegevusvastase võitluse eelistustest on prokuratuuri ja PPA ühiseks eesmärgiks võitlus organiseeritud kuritegevusega, esmajärjekorras võitlus narkootiliste ja psühhotroopsete ainetega seotud kuritegevusega ning kriminaaltulu (sh korruptiivse tulu) ja rahapesuga seotud kuritegude väljaselgitamine. Kriminaaltulu senisest paremaks tuvastamiseks loodi 2011. aasta septembris kriminaaltulu tuvastamise büroo, mis on PPA keskkriminaalpolitsei struktuuriüksus. Büroo vastutab kogu kriminaaltulu tuvastamise valdkonna eest PPAs. Peale selle tuvastavad kriminaaltulu ametnikud prefektuurides. Edaspidi laiendatakse tuvastamise võimekuse teenust teistele

kriminaalmenetlust korraldavatele asutustele. Kokku konfiskeeriti narkokuritegudes kuritegelikul teel saadud tulu 2011. aastal 795 463 eurot (2010. aastal 511 290 eurot).

Peale pakkumise vähendamise tegevuste on PPA üheks eesmärgiks süüteo-ennetuslikud projektid, eesmärgiga vähendada potentsiaalsete esmatarbijate huvi narkootiliste ja psühhotroopsete ainete kuritarvitamise vastu. Aastate vältel on ellu viidud üldennetusliku ja osaliselt ainult sõltuvusainete ennetamisele suunatud projekte. Samuti on PPA korraldanud narkoennetuse loenguid.

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Jätakuvalt keskendutakse rahvusvahelisele narkokuritegevusele, kullerite tabamisele ja operatiivkoostööle nii rahvusvaheliselt kui ka riigisiselt. Jätkuvad plaanitud tegevused võtmeisikute tabamiseks nii politseioperatsioonide käigus kui ka narkokuritegevuse tõkestamisega tegelevate õiguskaitseorganite infovahetuses.
- Senisest enam tuleb panustada ja suunata ühised tegevused fentanüüli ja amfetamiini tootjate ja turustajate ning salakaubavedajate tabamiseks.
- Keskendutakse kriminaaltulu tuvastamisele ja konfiskeerimisele. Väga oluline on tagada õiguskaitseorganite võimekus tegeleda kriminaaltuluga ja kõrvaldada kuritegevusega teenitud raha, mis toodab uut kuritegevust.
- Kriminaalpolitseis pädeva ja motiveeritud koosseisu saavutamiseks on oluline viia kriminaalpolitsei palgasüsteem aastaks 2015 kooskõlla teiste kriminaalmenetlust korraldavate asutuste töötasusüsteemiga.
- Järgmisel perioodil tuleks välja tuua PPA ja teiste pakkumise vähendamisega tegelevate asutuste poolt ellu viidud ennetustegevused.
- Tuleb leida raha senistele tollikontrollivahenditele lisa soetamiseks (röntgenid, numbrituvastussüsteemid, narkokoerad, riskianalüüsi süsteemid).

8. SEIRE JA HINDAMINE

Narkomaania valdkonna seire eest vastutab TAI koosseisu kuuluv nakkushaiguste ja uimastiseire keskus.³ NERSi 2012. aasta seire ja hindamise valdkonna eesmärgiks oli **koguda objektiivseid, usaldusväärseid ja Euroopa Liidu tasandil võrreldavaid andmeid narkootikumide, nende levimuse, tarbimise tagajärgede, vastutegevuse ja uimastipoliitika arengu kohta teadmispõhise uimastipoliitika elluviimiseks**. Eesmärk on 2012. aastaks enamikus täidetud.

Oma töös tugineb TAI EUSK iga-aastaselt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) (ingl k *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*)⁴ ja TAI vahel sõlmitavale grandilepingule. Selle sisuks on TAI EUSK osalemine narkoteabe keskusena EMCDDA tööprogrammi elluviimisel. Aastatepikkuse töö tulemusel on EMCDDA töötnud välja ELi nõudluse ja pakkumise vähendamise valdkonna indikaatorid. Neid kasutatakse ka ELi narkostrategia ja selle tegevuskava elluviimisest ülevaate saamiseks. EMCDDA kogub igal aastal kõikidest ELi liikmesriikidest andmeid narkoolukorra ja ennetustöö kohta, kasutades epidemioloogilisi standardtabeleid ja küsimustikke. Peale selle koostavad kõik ELi narkoseirega tegelevad keskused igal aastal ka raporti ja tegeletakse nii

³ Endise nimega Eesti Uimastiseire Keskus

⁴ Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on narkootikume käsitleva teabe keskus Euroopa Liidus. Keskuse ülesanne on koguda, analüüsida ja levitada faktilist, objektiivset, usaldusväärset ning võrreldavat teavet narkootikumide ja narkosõltuvuse kohta ning pakkuda seeläbi statistilistel ja uuringute andmetel põhinevat ülevaadet narkootikumidega seotud olukorrast Euroopas.

võtme- kui ka teiste indikaatorite arendamisega. Rutiinsed statistilised andmed kogub TAI EUSK oma koostööpartneritelt, kelleks on Eestis narkootikumide või narkomaania ennetusega tegelevad asutused (PPA, EKEI, MTA, HTM, JUM, TAI, Terviseamet jne).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Eestil on regulaarseid andmeid narkootikumidega seotud infektsioonhaiguste (HIV, B- ja C-viirushepatiit), narkomaaniaravile pöördunute, narkootikumide tarvitamisega seotud surmade, narkootikumidega seotud väär- ja kuritegude, narkootikumide tänavahindade, konfiskeeritud koguste ja narkootiliste ainete puhtuse kohta. Narkomaaniaravi andmed pärinevad narkomaaniaravi andmekogust, mis loodi narkootiliste ja psühhotropsete ainete ja nende lähteainete seadusega 2005. aasta mais ning alustas andmete kogumist 1. jaanuaril 2008. Narkomaaniaravi andmekogu eesmärgiks on anda usaldusväärset teavet ravil viibivate isikute ja neile pakutava raviteenuse liigi kohta, et planeerida paremat ravi- ja rehabilitatsiooniteenust. Narkootikumide tarvitamise levimusnäitajad tulevad epidemioloogilistest uuringutest. Koolinoorte seas narkootikumide tarvitamisest annab ülevaate iga nelja aasta tagant tehtav Euroopa 15–16-aastaste kooliõpilaste illegaalsete ja legaalsete uimastite tarvitamise küsitlusuuring ESPAD (ingl k *European Survey Project on Alcohol and Other Drugs*). Kõige problemaatilisem indikaator on narkootikumide tarvitamine rahvastikus, kuna viimased andmed pärinevad aastast 2008. Selle uuringu tegi Tallinna Ülikooli rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut (RASI). 2012. aastal kordusuuringut ei toimunud. Süstivate narkomaanide riskikäitumise ja HIVi, B- ja C-viirushepatiidi levimuse ning süstivate narkomaanide rahvastikurühma suuruse hindamisega on tegelenud TAI EUSK koostöös Tartu Ülikooli tervishoiu instituudiga. Peale epidemioloogiliste uuringute on TAI EUSK teinud kvalitatiivseid uuringuid ja narkomaania valdkonna teenuste hindamist ning kaardistamist. Enamikku allpool toodud uuringuid ei ole rahastatud NERSi vahenditest.

Perioodil 2007–2012 on tehtud järgmised uuringud.

- Metadoonasendusravi vajaduste hindamise uuring (UNODC/TAI 2008)
- Riiklikult rahastatavate rehabilitatsiooniteenuste kaardistamise ja klientide teenusega rahulolu uuring (TAI 2008)
- HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel (TAI/TÜ 2008)
- Süstivatele narkomaanidele suunatud apteegipõhiste riskikäitumist vähendavate teenuste võimalikkuse kaardistamine (TAI 2008)
- HIV-nakkuse, hepatiidide ning riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas (TAI/TÜ 2009)
- HIV-nakkuse, hepatiidide ning riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Narvas (TAI 2010)
- Alaealiste uimastisõitlaste tervishoiu- ja tugiteenuste vajaduse kaardistamine (TAI 2011)
- Täiskasvanud uimastisõitlaste tervishoiu- ja tugiteenuste vajaduse kaardistamine (TAI 2011)
- Kooli uimasti- ja seksuaalhariduse hetkeseisu ja barjäärade kaardistamine (TAI 2011)
- HIVi levikut mõjutavad tegurid ja teenuste kättesaadavus Venemaal ning Eestis (Kohtla-Järvel) elavate süstivate narkomaanide seas (TAI/TÜ 2012)
- Süstivate narkomaanide rahvastikurühma suuruse hindamine 2005–2009 (TAI/TÜ 2012)

Peale rutiinse andmekogumise ja uuringute on TAI EUSKi üheks rolliks koordineerida varajase hoiatuse süsteemi (EWS) toimimist Eestis. EWS on oma olemuselt nii ELi kui ka kohalikke huve teeniv infovahetuse süsteem, mille eesmärk on kiirelt teavitada uutest psühhootilistest ainetest. ELi tasandil on EWSi puhul tegemist Europoli ja EMCDDA koostööprojektiga, kuhu on kaasatud Euroopa Komisjon ja Euroopa Raviamet (EMA). Eestis on EWSi partneriteks kõik uute psühhootilistest ainetega kokku puutuvad asutused

(EKEI, PPA, Ravimiamet, MTA jne). EWSi üldeesmärgiks on tugevdada turule tulevate uute psühhoaktiivsete ainete käitlemise kontrolli ning tagada võimalike kuritarvitamiste korral riigi kiire sekkumine uute ainete lisamiseks narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja.

Ettepanekud aastateks 2013–2016

- Kasutada enam narkoseire andmeid (nii statistikat kui ka uuringuid) informeeritud otsuste tegemiseks (sh tõendus põhiste sekkumiste rakendamiseks).
- Jätkata olemasolevaid narkomaaniaolukorrast ülevaadet andvaid regulaarseid uuringuid ja rutiinset statistiliste andmete kogumist.
- Korraldada uuring, mis annab ülevaate narkootikumide tarvitamisest täiskasvanud rahvastikus.
- Regulaarselt tuleb hinnata teenuseid ning sekkumisi.
- Narkomaaniaravi andmekogu tuleb sarnaselt teiste riiklike registritega isikustada, et saada maksimaalset kasu riikliku tervishoiukorralduse ja poliitikate kujundamiseks.

KOKKUVÕTE

NERSi 2012. aasta üldeesmärk, **narkootikumide vähenenud pakkumine ja nõudlus ning toimiv ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem sõltlastele, millest tulenevalt on vähenenud tarbimisest tulenev kahju**, on NERSi lõppedes täitmata. ESPADi uuringu andmetel (Lisa 1) ei ole 2012. aastaks narkootikumide nõudlus vähenenud (15–16-aastastest kooliõpilastest 32% oli 2011. aasta uuringu järgi tarbinud mõnda illegaalset uimastit). Eestis puudub ka süsteemne toimiv narkomaania ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem nii täiskasvanutele kui ka alaealistele.

Positiivse poole pealt on 2011. aasta ESPADi andmetele ja pakkumise vähendamise indikaatoritele tuginedes narkootikumide kättesaadavus ja narkootikumidega seotud kuritegevus aastatega vähenenud. Strateegia toimimise perioodil on käinud tõhus narkootikumidega kaubitsejate jälitustöö ja narkootikumide konfiskeerimine. Narkootikumide nõudlus on aga endiselt kõrge ja narkootikumidest tingitud suremus Euroopa kõrgemaid. Järgnevatel aastatel on vaja enam ressursse suunata esmasesse ennetusse, kvaliteetse ja tervikliku ravi- ning rehabilitatsiooniteenuste süsteemi väljaarendamiseks ja üledooside ennetamise programmidesse.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et NERS koostati parimate teadmiste ja oskustega. 2000. aastate alguses oli narkomaaniaprobleem alles kujunemas ja Eestis puudus praktiline kogemus teenuste elluviimise ja seire/hindamise tegevustega. NERSi elluviimiseks eraldati strateegia tarvis koostatud pikaajalises rakendusplaanis kavandatud oluliselt vähem vahendeid, mille tõttu ei olnud võimalik kõiki tegevusi planeeritud mahus rakendada. Samuti puuduvad NERSi dokumendis korrektselt sõnastatud ja mõõdetavad indikaatorid ning mitmed seal kasutatavad indikaatorid pole andmeallikatega kaetud (vt Lisa 2). Puuduseks on see, et NERSi pole planeeritud hindamisraamistikku, mida peaks arvesse võtma uut strateegilist dokumenti koostades. NERSi ei ole selle kehtimise perioodil uuendatud, kuigi viimase kümne aasta jooksul on narkomaaniaolukord kiiresti muutunud. Sellest tulenevalt on mitmed NERSi alaeesmärgid kaotanud otstarbekuse või on tekkinud vajadus rakendada sekkumisi, mida strateegias ei käsitleta.

Kasutatud kirjandus

1. Abel-Ollo K, Vorobjov S, Vals K. Alaealiste uimastisõitlaste tervishoiu- ja tugiteenuste vajaduse kaardistamine. Tervise Arengu Instituut 2011.
2. Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ* 2001; 322 (7291): 895–6.
3. Galea S, Worthington N, Piper TM, Nandi VV, Curtis M, Rosenthal DM. Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: early evidence from a pilot study in New York City. *Addict Behav* 2006; 31 (5): 907–12.
4. Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuring. UNODC 2008. Tervise Arengu Instituut.
5. ESPAD Report 1995. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
6. ESPAD Report 1999. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
7. ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
8. ESPAD Report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
9. ESPAD Report 2011. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
10. Mayet S, Manning V, Williams A, Loarning J, Strang J. Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: Effective, but dissemination is challenging. *Int J Drug Policy* 2011; 22: 9–15.
11. Maxwell LG, Kaufmann SC, Bitzer S, Jackson EV Jr, McGready J, Kost-Byerly S, Kozlowski L, Rothman SK, Yaster M. The effects of a small-dose naloxone infusion on opioid-induced side effects and analgesia in children and adolescents treated with intravenous patient-controlled analgesia: a double-blind, prospective, randomized, controlled study. *Anesth Analg* 2005; 100 (4): 953–8.
12. Riiklikult rahastatavate narkomaanidele suunatud rehabilitatsiooniteenuste kaardistamise ja klientide teenustega rahulolu uuring. Tervise Arengu Instituut 2008.
13. Rüütel K, Trummal A, Salekešin M, Pervilhac C. HIV epidemic in Estonia: analysis of strategic information. Case study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
14. Seal KH, Thawley R, Gee L, Bamberger J, Kral AH, Ciccarone D, Downing M, Edlin BR. Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health* 2005; 82 (2): 303–11.
15. Sloboda Z, Bukoski WJ. Handbook of Drug Abuse Prevention (Handbooks of Sociology and Social Research). Springer 2006.
16. Strang J, Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santana L, Offor E, Semmler C. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction* 2008; 103 (10): 1648–57.
17. Talu A, Rajaleid K, Abel-Ollo K, Rüütel K, Rahu M, Rhodes T *et al.* HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 56–63.
18. Tobin KE, Sherman SG, Beilenson P, Welsh C, Latkin CA. Evaluation of the Staying Alive programme: training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *Int J Drug Policy* 2009; 20 (2): 131–6.
19. Tuusov J, Vals K, Tõnisson M, Riikoja A, Denissov G, Väli M. Fatal poisoning in Estonia 2000–2009. Trends in illegal drug-related deaths. *J Forensic Leg Med* 2013; 20: 51–6.
20. Täiskasvanud uimastisõitlaste tervishoiu- ja tugiteenuste kaardistamine. Tervise Arengu Instituut. 2011.

21. Uusküla A, Abel K, Rajaleid K, Rüütel K, Talu A. Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addict Res Theory* 2007; 15: 411–24.
22. Uusküla A, Des Jarlais DC, Kals M, Rüütel K, Abel-Ollo K, Talu A *et al.* Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. *BMC Public Health* 2011; 30: 517.
23. Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, Abel-Ollo K, DesJarlais DC. A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009. *Int J drug Policy* 2013 [ilmumas].
24. Vorobjov S, Des Jarlais DC, Abel-Ollo K, Talu A, Rüütel K Uusküla A. Socio-demographic factors, health risks and harms associated with early initiation of injection among people who inject drugs in Tallinn, Estonia: Evidence from cross-sectional surveys. *Int J Drug Policy*. 2013 [ilmumas].
25. Vorobjov S, Uusküla A, Des Jarlais DC, Abel-Ollo K, Talu A, Rüütel K. Multiple routes of drug administration and sexual risk behavior among injecting drug users in Tallinn, Estonia. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42: 413–20.
26. Vorobjov S, Abel-Ollo K, Part K, Kull M. Kooli uimasti- ja seksuaalhariduse hetkeseisu ja barjääride kaardistamine. Tervise Arengu Instituut 2011.
27. Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006–2015 and national drug prevention strategy. WHO. 2011

Ülevaade narkoalaldkonna näitajatest aastatel 2007–2012

Tabel 1. Narkootikumide tarvitamine rahvastikus vanuses 15–64 aastat (%)

Indikaator	2003	2008
Narkootikumide tarvitamine elu jooksul vanusegruppide lõikes		
15–64-aastased	15	21
15–24-aastased	40	45
25–35-aastased	17	36
Narkootikumide tarvitamine 15–64-aastaste seas viimase aasta jooksul ainete lõikes		
kanep	4,6	6
ecstasy	1,7	1,2
amfetamiin	1,3	1
kokaiin	0,6	0,6
LSD	0,3	0,2
GHB	-	0,1
heroiin	0	0,1
fentanüül	-	0,1
Narkootikumide tarvitamine 15–24-aastaste seas viimase aasta jooksul ainete lõikes		
kanep	18,2	19,8
ecstasy	6,1	3,3
amfetamiin	5,5	3,7
kokaiin	1,8	2,0
LSD	1,5	1,2
GHB	-	0
heroiin	0	0,8
fentanüül	-	0,4
Narkootikumide tarvitamine 25–34-aastaste seas viimase aasta jooksul ainete lõikes		
kanep	1,6	7,6
ecstasy	1,3	1,3
amfetamiin	0,3	1,3
kokaiin	0,6	0,7
LSD	0	0
GHB	-	0,7
heroiin	0	0
fentanüül	-	0

Allikas: elanikkonna küsitlus, TLÜ RASI

Kommentaar: tabelis ei ole esitletud andmeid popper'i tarvitamise kohta, mida 2007. aastal tarvitas 0,8% 15–64-aastastest, 3,3% 15–24-aastastest ja 1% 15–24-aastastest respondentidest

Tabel 2. Narkootikumide tarvitamine 15–16-aastaste õpilaste hulgas (%)

Indikaator	2003	2007	2011
Narkootikumide tarvitamine 15–16-aastaste õpilaste seas			
elu jooksul	24	30	32
Kanepi tarvitamine 15–16-aastaste õpilaste seas			
elu jooksul	23	27	24
viimase aasta jooksul	18	19	17
viimase 30 päeva jooksul	8	6	6
Amfetamiini tarvitamine 15–16-aastaste õpilaste seas			
elu jooksul	7	4	3
viimase aasta jooksul	3	–	0
viimase 30 päeva jooksul	1	–	0
Ecstasy tarvitamine 15–16-aastaste õpilaste seas			
elu jooksul	5	6	3
viimase aasta jooksul	2	–	1
viimase 30 päeva jooksul	1	–	1

Allikas: RASI/ ESPAD 2003, 2007, 2011

Tabel 3. Süstivate narkomaanide riskikäitumine ning HIVi, B-viirushepatiidi ja C-viirushepatiidi levimus

Indikaator	2007		2009	2010
	Kohtla-Järve	Tallinn	Tallinn	Narva
RDS-uuringu toimumise koht				
Peamine süstitav narkootikum viimase 30 päeva jooksul	moonivedelik 50% fentanüül 18% amfetamiin 16% heroiin 10%	fentanüül 64%, amfetamiin 34%	fentanüül 55%, amfetamiin 28%, muu 17%	amfetamiin 71% fentanüül 13% heroiin 11%
Mehed (%)	82	83	81	75
Keskmine vanus	27 (17–48)	26 (17–54)	27 (16–46)	29 (18–60)
Süstla jagamine, viimased 30 päeva (%)	7	25	28	20
Üledoos elu jooksul	41	57	68	-
HIV+	59	48	50	44
B-viirushepatiit	1	6	-	64
C-viirushepatiit	76	90	-	5

Tabel 4. Narkootikumidega seotud mürgistusurmad aastatel 2007–2012 (juhtude arv)

Indikaator	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Narkootikumide tarvitamisega seotud surmad kokku	81	67	133	101	123	170
sh mehed	74	60	120	89	108	152
sh naised	7	7	15	12	15	18
Keskmine vanus	28	29	29	29	30,1	31,1

Allikas: TAI Surma põhjuste register, 2012

Tabel 5. Konfiskeeritud narkootikumide kogused aastatel 2007–2012 (kg)

Indikaator	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kanepivaik	155,4	48,5	19,2	14,6	45,6	36,46
Kanepileht	8,1	24,2	7,1	14,8	53,5	0,0004
Kanepitaimed	8,1	23,2	17,2	10,8	29,3	3,37
Heroiin	5,7	0,1	3,9	0,004	0,05	13,54
Kokaiin	13,0	3,6	5,0	217,7	0,8	28,00
Amfetamiin	56,3	23,3	55,9	47,7	41,6	28,88
Metamfetamiin	0,02	37,7	0,001	0,5	1,5	1,71
GHB	26,4	7,7	25,1	16,1	13,5	-
Fentanüül/3-metüülfentanüül	1,3	1,0	1,8	0,5	0,9	1,07
Moon/unimagun	0	6,5	1,1	-	-	36,46
Metadoon	1,8	3,8	1,1	1,5	2	0,0004

Allikas: Eesti Kohtuekspertiisi Instituut, 2012

Tabel 6. Narkootikumidega seotud registreeritud kuriteod aastatel 2007–2012 (juhtude arv)

Indikaator	KarS §	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Narkootilise ja psühhotroopse aine väikeses koguses ebaseaduslik käitlemine	§ 183	297	301	153	138	91	92
Narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine	§ 184	1048	1143	789	699	745	702
Narkootilise ja psühhotroopse aine edasiandmine nooremale kui 18-aastasele isikule	§ 185	79	65	63	26	24	29
Narkootilise ja psühhotroopse aine ebaseaduslikule tarvitamisele kallutamine	§ 186	0	0	0	0	0	0
Alaealise kallutamine narkootilise aine tarvitamisele	§ 187	3	6	0	0	0	4
Unimaguna, kanepi ja kokapõõsa ebaseaduslik kasvatamine	§ 188	19	37	32	32	45	27
Narkootilise ja psühhotroopse aine levitamise ettevalmistamine	§ 189	2	6	4	6	8	12
Narkoaine ning lähteaine käitlemise, arvestuse ja aruandluse nõuete rikkumine	§ 190	1	0	1	0	0	0
Narkootikumidega seotud registreeritud kuriteod (§-d 183–190) kokku	§ 183–190	1449	1558	1042	901	913	866
Narkootikumidega seotud väärteod (isiklikuks otstarbeks väikeses koguses aine omamine või kasutamine)	NPALS § 15 ¹	5991	6113	3205	2140	2908	
Narkootikumide jagamine/kaubitsemine/tootmine	§ 183–184	566	805	798	764	640	794
Teised narkootikumidega seotud kuriteod	§ 185–190	36	76	49	64	59	72

Allikas: Justiitsministeerium, 2012

NPALS – narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus

Ülevaade narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 iga valdkonna indikaatorite täitmisest 2012. aasta seisuga

Tabel 1. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ja nende täitmine **esmise ennetamise** valdkonnas

	Indikaator	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	Keskmine vanus illegaalsete narkootikumide esmatarbimisel on aastaks 2012 kasvanud vähemalt 1 aasta võrra.	OSALISELT TÄIDETUD	Narkootikumide esmatarbimise keskmist vanust ei ole ESPADi dokumendis välja toodud. 2011. a oli enamik ESPADi uuringus küsitletud kooliõpilasi alustanud illegaalsete narkootikumide tarvitamist vanusevahemikus 14–15. 2007. a oli sama näitaja 13–15 (neli viiendikku proovis narkootikume selles vanusevahemikus).
2.	Illegaalseid narkootikume proovinute osakaal 15-16-aastaste vanuserühmas väheneb aastaks 2012 vähemalt 15% võrra.	EI	Baasnäitaja: 2003 – 24% 2007 – 32% 2011 – 32%
3.	Illegaalseid narkootikume tarvitavate osakaal 16-64-aastaste vanuserühmas väheneb aastaks 2012 vähemalt 10% võrra.	EI	2008 – 21% 2003 – 15% Uuemat uuringut kahjuks 2012. aastal ei ole.
4.	Tervishoiuasutustes registreeritud, illegaalsete narkootikumide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega haigete arv 100 000 elaniku kohta väheneb aastaks 2012 vähemalt 10% võrra.	EI	Andmed puuduvad. Tegemist on vastuolulise indikaatoriga. Ravil olevate narkomaanide arvu suurenemine (NERSi üks eesmärk) tõstab ka narkootikumidega seotud psüühika- ja käitumishäirete ravijuhtude arvu.
5.	Vähemalt 60% õpetajatest ja sotsiaaltöötajatest ning 25% tervishoiutöötajatest on aastaks 2012 läbinud sõltuvusennetuse koolituse.	ANDMED PUUDUVAD	Puudub andmekogu nii koolitatud spetsialistide kui ka teave töötavate õpetajate, sotsiaal- ja tervishoiutöötajate üldarvu kohta.
6.	Aastal 2012 on kõik põhikoolide õpilased läbinud sõltuvusennetuse kooliprogrammi raames.	OSALISELT TÄIDETUD	Pole teada, millises mahus koolides uimastiharidust antakse. Uus riiklik õppekava (RÕK), mis sisaldab kohustuslikku uimastiharidust kogu põhikooli vältel, rakendub täies mahus 2013/2014. õppeaastal. Uue RÕKi järgi inimeseõpetuse ainekava õpetamine rakendus Eesti üldhariduskoolide 1., 4. ja 7. klassis 1.09. 2011 ning 2., 5. ja 8. klassis 1. 09.2012. Inimeseõpetuse ainekava järgi õpetamist alustatakse 3., 6. ja 9. klassis ning 10.–12. klassis hiljemalt 1. septembril 2013. aastal.
7.	Narkovaldkonnas tegutsevad institutsioonid teevad	ANDMED	Kiire adekvaatne infovahetus on liiga ebamäärane ja üldine

	koostööd, mis on mõõdetav kiire ja adekvaatse infovahetusega.	PUUDUVAD	termin, mille tõttu ei saa indikaatorit mõõta.
8.	Vähemalt 60% kõikidest elanikest on saanud objektiivse informatsiooni sõltuvusprobleemide kohta.	ANDMED PUUDUVAD	Pole uuritud, kui suurel osal rahvastikust on objektiivseid teadmisi sõltuvusprobleemide kohta.
9.	Ennetustegevuse andmebaas vastab rahvusvahelistele standarditele.	VAJADUS MUUTUNUD	EMCDDA ei pea enam ELi ennetustegevuse andmebaasi pidamist otstarbekaks. Parimaid ennetustegevuse näiteid saab edukamalt otsida teaduskirjandusest.

Tabel 2. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ravi ja rehabilitatsiooni valdkonnas

	Indikaator	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	Kõikidele elanikkonna gruppidele on kindlustatud raviteenuse kättesaadavus, kuna ravi- ja rehabiliteerimisteenust osutavad üksused paiknevad Eesti Vabariigi territooriumil hajutatult ning osutavad teenust üleriigiliselt, mitte maakonnakeskselt.	OSALISELT TÄIDETUD/POLE OTSTARBEKAS	Indikaator on halvasti sõnastatud. Kõik NERSi raames rahastatavad ravi- ja rehabilitatsiooniteenused on mõeldud Eestis elavatele klientidele. Osas regioonides on teenuste pakkumine piiratum. Teatud sihtrühmadele vajalikud teenused puuduvad (stimulandi tarvitajad, nõustamist vajavad alaealised).
2.	Aastaks 2012 on loodud neli sõltuvuspsühhiaatrilist ravikeskust, mis asuvad Ida-Virumaa, Tallinna-Harjumaa, Lõuna-Eesti ja Lääne-Eesti piirkondades ning osutavad teenust üleriigiliselt, mitte maakonnakeskselt.	OSALISELT TÄIDETUD	Ambulatoorsed keskused on Ida-Virumaal, Tallinnas, Tartus. Statsionaarset sõltuvusravi pakutakse Viljandis ja Tallinnas.
3.	Aastaks 2012 on loodud kaks alaealisi kliente teenindavat päevakeskust, mis asuvad Ida-Virumaa ja Lääne-Eesti piirkondades.	JAH	Alaealistele ja lastevanematele suunatud nõustamisteenus on olemas Ida-Virumaal ja Tallinnas. Teenus on suunatud nii riski- kui ka tavanooortele.
4.	Aastaks 2012 on loodud neli ööpäev läbi avatud rehabilitatsiooniasutust võõrutusravi edukalt läbinud klientidele. Need asutused paiknevad Ida-Virumaa, Tallinna-Harjumaa, Lääne-Eesti ja Lõuna-Eesti piirkondades ning osutavad teenust üleriigiliselt, mitte maakonnakeskselt.	OSALISELT TÄIDETUD	Praegu pakuvad täiskasvanute rehabilitatsiooniteenust kaks keskust: Sillamäe ja Viljandi.
5.	Aastaks 2012 on loodud kolm ööpäev läbi avatud rehabilitatsiooniasutust toimetulekuprobleemidega lastele, kus toetatakse laste õppimise võimalusi	OSALISELT TÄIDETUD	Töötab kaks keskust – Tallinnas ja Jõhvis.

	ning osutatakse võõrutusravijärgset rehabilitatsiooniteenust ning mis asuvad Ida-Virumaa, Lääne-Eesti ja Tallinna-Harjumaa piirkondades.		
6.	Aastaks 2012 on loodud kolm täiskasvanud uimastisõltlasi teenindavat ravi- ja rehabilitatsioonikeskust, mis asuvad Ida-Virumaa, Tallinna-Harjumaa ja Lõuna-Eesti piirkondades ning nimetatud ravikeskused osutavad teenust ülevabariiklikult, mitte maakonnakeskselt.	OSALISELT TÄIDETUD	Halvasti sõnastatud ja teisi eesmärke dubleeriv indikaator.
7.	Aastaks 2012 on loodud kolm rehabilitatsioonitalu Ida-Virumaa, Tallinn-Harjumaa, Lõuna-Eesti ning piirkonda ning efektiivistatud Lääne-Virumaa rehabilitatsioonitalu tegevust.	EI	2012. aasta seisuga ei rahasta riik rehabilitatsioonitalude tegevust ning on suunanud vahendid ümber meditsiinilise rehabilitatsiooni rahastamisele. Teiste rahastajate toel tegutseb Eestis rohkem kui kolm rehabilitatsioonitalu.
8.	Kvalifitseeritud meditsiinilise personali ja sotsiaaltöötajate olemasolu: meditsiinkooli lõpetanud või Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas vastava hariduse saanud personali osakaal on vähemalt 50 % ravi osutavast personalist.	ANDMED PUUDUVAD	Teenuse osutamisele kehtivad nõuded. Psühhiaatrilise abi osutamisel tuleb järgida PSASi, milles on ära toodud vajalikud nõuded. Teiste tervishoiuteenuste puhul on aluseks TTKS.
9.	Opioidsõltuvusega isikute detoksifikatsioonijärgsele statsionaarsele ravile ja rehabiliteerimisele pääsemise ooteaeg puudub 70%-l juhtudest.	ANDMED PUUDUVAD	
10.	Rehabilitatsiooniteenuse ooteaeg puudub 70 %-l ravile pöördumise juhtudest.	ANDMED PUUDUVAD	Teenuse ooteaja kohta andmed puuduvad.
11.	Ravi katkestanute protsent ei ületa 30%.	EI	Ravi katkestanute osakaal oli 2011. aastal 41%
12.	Narkootikumide mittetarbijate osakaal rehabilitatsiooni läbinute hulgast moodustab vähemalt 60%.	ANDMED PUUDUVAD	Puuduvad andmed rehabilitatsiooniprogrammis osalevate klientide testimise kohta narkootikumide suhtes.
13.	Töö ja /või õppetööga hõivatute osakaal rehabilitatsiooni läbinute hulgast moodustab vähemalt 60%.	ANDMED PUUDUVAD	Puuduvad andmed rehabilitatsiooniprogrammis osalejate töö ja /või õppetööga hõivatuse kohta.
14.	Rehabilitatsiooniprogrammides kasutatakse pereteraapilist lähenemist ning rehabiliteerumisprotsessi raames nõustatakse klientide pereliikmed.	OSALISELT TÄIDETUD	Tüüpjuhul kaasatakse pere huvi korral rehabilitatsiooniplaani täitmisel.

Tabel 3. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ja nende täitmine **kahjude vähendamise** valdkonnas

	Indikaator	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	Aastaks 2012 on 100% uimastisõitlastest, kes ei taha või ei ole võimelised narkootikumidest loobuma, tagatud võimalus ühineda kahjude vähendamise programmidega	OSALISELT TÄIDETUD	Puudub võimalus hinnata, kas kahjude vähendamise teenusega on hõlmatud kõik narkomaanid, kes ei viibi ravil. Kahjude vähendamise programme on loodud piirkondadesse, kus narkomaanide osakaal rahvastikus on suurem (Ida-Virumaa ja Harjumaa). Kahjude vähendamise teenuse kättesaadavus on piiratud nn mitteproblemaatilistes piirkondades, kus teenust pakkuda pole otstarbekas süstivate narkomaanide väheses osakaalu tõttu.
2.	Süstlavahetusprogrammidega on kaetud vähemalt 60% kõikidest süstivatest narkomaanidest.	JAH	SVP punktide korduvkülastajaid oli 2012. aastal 6000 ringis. Hinnanguliselt oli 2009. aastal süstivate narkomaanide arv Eestis 5362 (95% usaldusvahemik 3906–9837). Seega võib öelda, et meie eesmärk 60% on täidetud.
3.	Aastaks 2012 on 100% asendusravi teenust osutavatest tervishoiutöötajatest läbinud <u>vastava (täiend)koolituse.</u>	ANDMED PUUDUVAD	Idealis oleks andmeallikaks hästi toimiv vastav <u>koolitussüsteem</u> , mille andmetele tugineda. Praeguse seisuga Eestis sellist süsteemi ei ole.
4.	Süstla korduvkasutamine on vähenenud vähemalt 30% võrra.	EKSITAV SÕNASTUS	Korduvkasutamine pole sobiv indikaator, sest ei ole aru saada, kas peetakse silmas oma süstla korduvkasutamist või teise poolt eelnevalt kasutatud süstla kasutamist.
5.	Narkootikumidega seotud surmade arvu vähenemine 50% võrra.	EI	Fentanüül/3-metüülfentanüüli narkoturule ilmumise tõttu on narkootikumidest tingitud mürgistussurmade arv aastate jooksul kasvanud (2001. a 45 ja 2011. a 123 surmajuhtumit).
6.	Narkootikumide tarvitamisega seotud infektsioonihaiiguste esinemise langus 40 %.	EKSITAV SÕNASTUS	Ei ole täpsustatud riskirühma ega infektsioonihaiigusi (HIV, hepatiit jne). Samuti ei ole selge millisele aastale võrdluses tugineda.
7.	Narkootikumidega seotud registreeritud õigusrikkumiste arvu langus 20 %.	OSALISELT TÄIDETUD	Kui vaadelda perioodi 2008–2011 kohta käivat valdkonna statistikat, siis narkootikumidega seotud kuritegude arv on langenud (2008. a 1558; 2009. a 1042; 2010. a 901; 2011. a 913). Võrreldes 2008. aastaga on vähenenud ka narkootikumidega seotud väärtegude arv (2008. a 6994; 2009. a 4052; 2010. a 2968; 2011. a 3607). Indikaator ei sobi

			kahjude vähendamise valdkonna alla.
--	--	--	-------------------------------------

Tabel 4. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ja nende täitmine peatükis uimastid vanglas

	Indikaatorid	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	Vanglas alustatud narkootikumidega seotud kriminaalasjade arv	EKSITAV SÕNASTUS	Tuleks täpsustada, mida soovime vaadata ja mis aastatel. Aruandluses on olemas vanglas narkojoobe paragrahvi (KarS § 331) alusel algatatud kriminaalasjade arv (2007. a 291; 2008. a 44; 2009. a 57; 2010. a 53). Teada on narkootikumide avastamise juhtude arv (2007. a 281; 2008. a 99; 2009. a 31; 2010. a 35) ja andmed narkootikumide suhtes testitud kinnipeetavate arvu kohta. Hinnata saab veel §-de 183, 184 ning 331 põhjal vanglas alustatud kriminaalasjade arvu, testitud kinnipeetavate arvu ja esmaspositiivsete testide suhtarvu.
2.	Lepinguliste suhete osakaal on vähemalt 20% kinnipeetavatest.	EKSITAV SÕNASTUS	Indikaatori mõte vajab täpsustamist.
3.	Kinnipeetavatega otseselt kokku puutuvatest töötajatest on vähemalt 70% saanud vastava ettevalmistuse.	EKSITAV SÕNASTUS	Ei ole selge, mida on mõeldud ettevalmistuse all.
4.	Religioosse suunitlusega rehabilitatsioonikoolituse saanud kaplanite ja vabatahtlike osakaal on 100%;	OSALISELT TÄIDETUD	Tulemust 100% on raske saavutada. Aasta lõpus tööle tulnud uued töötajad ei pruugi kohe saada koolitust (näiteks koolitus korraldati aasta algul).
5.	Rehabilitatsiooniprogrammidega on kaetud 20% sõltuvusprobleemidega kinnipeetavatest.	EKSITAV SÕNASTUS	Kõik narkosõltuvusprobleemidega isikud ei pea saama rehabilitatsiooniprogrammi, vaid osa võib vajada nõustamist või ravi. Sekkumist vajavad sõltuvusdiagnoosiga (F 11.2-F 19.2 va. F17) ja akuutses seisus olevad, s.t aktiivset ravi ja/või rehabilitatsiooni vajavad kinnipeetavad.

Tabel 5. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ja nende täitmine **pakkumise vähendamise** peatükis

	Indikaatorid aastaks 2012	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	2012. aastaks on narkootikumidega seonduvate õigusrikkumiste arv langenud 2008.aastaga võrreldes 10 % ning seeläbi on saavutatud pidev narkootikumidega seonduvate õigusrikkumiste arvu langus.	JAH	Kui vaadelda perioodi 2008–2011 kajastavat valdkonna statistikat, siis narkootikumidega seotud kuritegude arv on langenud (2008. a 1558, 2009. a 1042; 2010. a 901; 2011. a 913). Võrreldes 2008. aastaga on langenud ka narkootikumidega seotud väärtegude arv (2008. a 6994; 2009. a 4052; 2010. a 2968; 2011. a 3607).
2.	Konfiskeeritud narkootiliste ja psühhotropsete ainete koguse 10 %-line kasv, võrrelduna 2008. Aasta andmetega.	JAH	Võrreldes 2008. aastaga on konfiskeeritud ainete kogused peamiste illegaalsete narkootikumide lõikes suurenenud. Erandina võib tuua heroini, mis on viimastel aastatel narkoturult kadunud ja asendunud sünteetilise heroini ehk fentanüüluga.
3.	Välja töötatud ja rakendatud koolitussüsteem nii algõppe kui ka täiendõppe osas	JAH	Koolitussüsteem on küll välja töötatud, aga see on pidev protsess ning igal aastal täiendatakse süsteemi vastavalt tegelikele vajadustele ja võimalustele.
4.	Kõik politseiametnikud on läbinud narkootikumidealase algõppe	JAH	Politseiametnike koolitus on järjepidev narkootiliste ainete äratundmisel ja avastamisel.
5.	Aastaks 2012 on ressursidega tagatud pidev valmisolek nii siseriiklikeks kui ka rahvusvahelisteks operatsioonideks.	JAH	Siseriiklikult lepitakse iga-aastaselt kokku prokuratuuri, PPA ja EMTA vahel ühised eesmärgid. Rahvusvaheliselt moodustatakse ühiseid uurimiserühmi PPA Keskkriminaalpolitsei juhtimisel (prokuratuuri teadmisel ja heakskiidul).
6.	Spetsialiseeritud ametnike arv, kes tegelevad narkootikumidega seotud õigusrikkumistega, aastaks 2012 moodustab narkopolitseinike arv 20 % kriminaalpolitseist.	POLE ASJAKOHANE	Antud indikaator on enam kui viis aastat vana. Selle aja jooksul on toimunud suured muutused (näiteks politsei ja piirivalve ühinemine), mistõttu ei ole sellisel kujul indikaatori kasutamine enam asjakohane.
7.	Narkokoerte arv (30) ja nende kasutamine igapäevases töös ning politseioperatsioonidel.	JAH	2011 MTA-I ja PPA-I kokku 45 narkokoera.

Tabel 6. Tulemuslikkuse indikaatorid aastaks 2012 ja nende täitmine **seire ja hindamise** peatükis

	Indikaator	Täitmine	Kommentaariid / märkused
1.	Regulaarselt toimiv situatsiooni, vastutegevuse, uimastipoliitika ja narkostrategia elluviimise seire.	JAH	Iga-aastane tulem: EMCDDA raport (eesti ja inglise keeles), standardtabelite ja -küsimustike täitmine. Tegevust rahastatakse

			EMCDDA grandilepingust (50% abikõlblikest kuludest peab katma riik nn omafinantseeringuna).
2.	Uute ja ohtlike narkootikumide varajase hoiatussüsteemi toimimine kohalikul tasandil ja aktiivne infovahetus EMCDDA ja Euroopa Liidu liikmesriikide vahel.	JAH	Infovahetus ametkondade vahel toimib 2003. aastast. 2011. aasta lõpuks oli TAI veebilehe juures kiireks teavitamiseks olemas ainult ekspertidele mõeldud infovahetussüsteem. Lahendada on veel normatiivaktidega seonduvad probleemid.
	Riiklik interneti põhine preventsooniprojektide andmebaasi raames toimub kohalikul ja ELi tasandil.	POLE OTSTARBEKAS	EMCDDA lõpetas selle projekti. Preventsiooni parimad näited leiab teaduskirjandusest.
3.	Osaletakse Euroopa Liidu narkovaldkonna õigusaktide andmebaasi töös.	JAH	ELDD-sse esitab regulaarselt andmeid Justiitsministeeriumi ekspert.
4.	Uuringute regulaarne läbiviimine	JAH	HIV/AIDSi strateegia ja välisrahastuse abil on perioodil 2005–2011 tehtud mitmeid epidemioloogilisi uuringuid süstivate narkomaanide seas. Samuti on tehtud narkovaldkonna teenuste kaardistamise ja hindamise uuringuid. Enamik epidemioloogilisi uuringuid on korraldatud Tartu Ülikooli ja TAI koostöös.
5.	Regulaarselt hinnatakse narkostrategie elluviimist.	OSALISELT TÄIDETUD	Regulaarse narkoseire abil on kaudselt pidevalt hinnatud strateegia elluviimist. Otseselt strateegia hindamist ei ole enne 2012. aasta lõpu NERSile tehtud.