

Sotsiaalministri 18. mai 2005. a määruse nr 73 „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad ning nende ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemine” muutmise määruse eelnõu seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Määrusega muudetakse sotsiaalministri 18. mai 2005. a määruse nr 73 „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad ning nende ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemine“ (edaspidi *määrus nr 73*) lisa 1, milles on esitatud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ja ainerühmade nimekirjad. Muudatuse tulemusena loetakse Raviameti ettepanekul edaspidi tsüklorfiin, spiroklorfiin, lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetidid, O-PCE, MEAI, metallüleskaliin, 3-metüülrolitsükliidiin, pregabaliin ja gabapentiin narkootilisteks ja psühhotroopseteks aineteks. Muudatusega piiratakse nimetatud ainete kättesaadavust ja pidurdatakse nende laiemat levikut ning seeläbi kaitstakse rahva tervist.

Muudatus mõjutab eelkõige narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tarvitajaid, pregabaliini ja gabapentiini kasutavaid patsiente, tervishoiusektorit, ravimite käitlejaid ja apteeke ning järelevalveasutusi, sealhulgas Politsei- ja Piirivalveametit, Maksu- ja Tolliametit ning Raviametit.

Eelnõuga ei kaasne vahetut mõju halduskoormusele.

1.2. Eelnõu ettevalmistaja

Eelnõu ja seletuskirja on koostanud Sotsiaalministeeriumi rahvatervishoiu osakonna tervisekäitumise poliitika juht Brigitta Õunmaa (brigitta.ounmaa@sm.ee).

Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud Sotsiaalministeeriumi õigusosakonna õigusloome- ja isikuandmete kaitse nõunik Lily Mals (lily.mals@sm.ee). Eelnõu mõjusid on analüüsinud Sotsiaalministeeriumi analüüsiosakonna analüütik Evelin Tähtväli (evelin.tahtvali@sm.ee).

Eelnõu on keeleteoimetanud Rahandusministeeriumi ühisosakonna dokumendihaldustalituse keeleteoimetaja Virge Tammaru (virge.tammaru@fin.ee).

1.3. Märkused

Eelnõu ei ole seotud muu menetluses oleva eelnõuga. Eelnõuga muudetakse määruse nr 73 redaktsiooni, mis on avaldatud Riigi Teatajas avaldamismärkega RT I, 30.07.2025, 8.

Määruse eelnõu ei ole seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses.

2. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs

Määrus koosneb eelnõust ja lisast.

Eelnõuga kinnitatakse määruse nr 73 lisa 1 uus terviktekst.

Lisa 1 I ja IV nimekirja täiendatakse Ravimiameti 15.12.2025 ettepaneku nr JUR-3/6563 alusel järgmiste ainetega:

Jrk nr	Aine nimetus eesti keeles	Aine nimetus inglise keeles	Tuntud ka kui
1	tsüklorfiin; N-propionitriilklorfiin	cychlorphine; N-propionitrile chlorphine	
2	spiroklorfiin; 8-[1-(4-klorofenüül)etüül]-1-fenüül-1,3,8-triasaspiro[4.5]dekaan-4-oon	spirochlorphine, 8-[1-(4-chlorophenyl)ethyl]-1-phenyl-1,3,8-triazaspiro[4.5]decan-4-one	R-6890
3	lüsergiinhappe-2,4- dimetüülasetidiid	lysergic acid 2,4-dimethylazetidine	LSZ; LA-SS-Az
4	etitsükliid; deskloro-N-icyclidone; deschloro-N-ethyl-2-(etüülamino)-2-ketamiin; 2-(etüülamino)-2-fenüültsükloheksanoon	ketamine; 2-(ethylamino)-2-phenylcyclohexanone	O-PCE; 2-Oxo-PCE
5	5-metoksü-2-aminoindaan; 2,3-dihüdro-5-metoksü-1H-indeen-2-amiin	5-methoxy-2-aminointhane; 2,3-dihydro-5-methoxy-1H-inden-2-amine	MEAI; 5-MeO-AI
6	metallüleskaliin; 2-{3,5- dimetoksü-4-[(2-metüülprop-2-een-1-üül)oksü]fenüül}etaanamiin; metüülallüüloksü-3,5-dimetoksüfenetüülamiin	methallylescaline; 2-{3,5-dimethoxy-4-[(2-methylprop-2-en-1-yl)oxy]phenyl}ethanamine; 4-methylallyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	MAL
7	3-metüülrolitsükliidiin; 1-[1-metüülfenüül]tsükloheksüül]pürrolidiin; 1-[1-(metüül)tsükloheksüül]pürrolidiin	(3-3-methylrolicyclidine; 1-[1-(3-methylphenyl)cyclohexyl]pyrrolidine; 1-[1-(methyl)cyclohexyl]pyrrolidine	3-Me-PCPy; 3MEPPY
8	pregabaliin; (S)-3- (aminometüül)-5-metüülheksaanhape; (S)-3- isobutüül-γ-aminovõihape	pregabalin; (S)-3-(aminomethyl)-5-methylhexanoic acid; (S)-3- isobutyl-γ-aminobutyric acid	
9	gabapentiin; neurontiin; (aminometüül)-tsükloheksaanäädikhape	gabapentin; neurontin; (aminomethyl)-cyclohexanecarboxylic acid	

Muudatuste tegemisel on arvestatud Ravimiametile edastatud mitmeid olulisi andmeallikaid ja hoiatusi. Ettepanek tugineb Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (edaspidi EKEI) poolt edastatud infole, Maksu- ja Tolliameti (edaspidi MTA) andmete ainete konfiskeerimiste kohta ning Tervise Arengu Instituudilt (edaspidi TAI) laekunud infole surmastatistika kohta, mis kinnitab nende ainete seost inimeste tervisekahjustuste ja surmaga. Lisaks on arvestatud Euroopa Uimastiameti (EUDA) uute psühhoaktiivsete ainete andmebaasi hoiatustega ja teistest riikidest laekunud ohusignaalidega kõnealuste ainete kohta.

Loetletud ainete narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja lisamise eesmärk on piirata nende laiemat levikut ja kättesaadavust, kuna kõik need kujutavad kontrollimatul tarvitamisel tõsist

ohtu rahva tervisele. Nende puhul on peamiseks probleemiks teadmata omadused ja reguleerimata turg.

Enamiku nimekirja lisatavate ainete kohta ei ole tehtud kliinilisi uuringuid inimestel, mis tähendab, et nende farmakokineetilised ja farmakodünaamilised omadused ning toksikoloogiline profiil on teadmata. Seetõttu on tarvitajatel nende ainetega tõsine oht neid üle doseerida, sest nn ohutud manustamisdoosid ei ole teada. Samuti ei ole enamasti teada neid aineid sisaldavate toodete päritolu, täpne koostis ja puhtuse aste, mis suurendab ettearvamatute ja ohtlike kõrvaltoimete riski.

Lisaks ainetepõhisele ohule on nimekirjade täiendamine vajalik ka seetõttu, et psühhoaktiivne potentsiaal võib ilmnedagi või muutuda ka varem meditsiinis kasutatud ravimite puhul. Silmapaistvateks näideteks on siin toimeained pregabaliin ja gabapentiin. Kuigi need on olnud legaalselt retseptiravimitena käibel, on ajapikku ilmnenud ja laiemalt levinud nende väärkasutamine eufooriat esilekutsuva toime tõttu, mis on tekitanud neist tõsise rahvatervishoiu probleemi ning viinud vajaduseni võtta need kontrolli alla.

Loetletud ainete käitlemine on riigiti piiratud erinevate kontrollimeetmetega, mis hõlmavad muu hulgas aine lisamist kontrollitavate või ajutiselt kontrollitavate ainete nimekirja, allutamist ravimivaldkonda reguleerivatele õigusaktidele või karistusõigusele.

Alljärgnevalt on kirjeldatud Raviametile teadaolev info nimetatud uute psühhoaktiivsete ainete levitamise, omaduste, manustamisviiside ja terviseriskide kohta.

1. Tsüklorfiin on uus sünteetiline piperidiin-bensimidasooloon-opioid ja kuulub 2- bensimidasooloon-opioidide ehk orfiinide alarühma. Tsüklorfiin on struktuurilt sarnane 3 (14) rahvusvaheliselt kontrollitava bensimidasool-opioidiga brorfiin (lisatud ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtse konventsiooni I nimekirja). Keemiliselt erineb ta brorfiinist kloori asendamisega broomi asemel ja propionitriili rühma lisamisega bensimidasoolooni tuumale.

Tsüklorfiini esmakordne tuvastamine Euroopa Liidus leidis aset Rootsis 2024. aasta detsembris. Seejärel tuvastati see teistes Euroopa riikides, sealhulgas Prantsusmaal (jaanuar 2025), Lätis (märts 2025) ja Eestis (juuli 2025)¹. TAI andmetel on tsüklorfiin Eestis kiiresti levinud. Ainet on tuvastatud nii süstlajääkidest kui ka neljast otseselt või kaudselt aine tarbimisega seotud surmaga lõppenud üledoosijuhtumist (seisuga november 2025). See näitab tsüklorfiini reaalselt ja tõsist ohtu rahva tervisele.

Tsüklorfiin on sünteetiline opioid, mis toimib peamiselt μ -opioidireseptori agonistina. See on tüüpiline mehhanism enamikule kontrollitavatele ohtlikele opioididele (nagu fentanüül ja heroiin). Tsüklorfiini peetakse fentanüüli tugevusega sarnaseks või isegi tugevamaks opioidiks. See viitab sellele, et juba väga väikesed annused võivad põhjustada eluohtlikke füsioloogilisi efekte. Tugeva μ -opioidireseptori agonismi tõttu on aine suure kuritarvitamise potentsiaaliga ning korduv kasutamine viib tõenäoliselt tugeva füüsilise ja psüühilise sõltuvuse tekkeni.

Tsüklorfiini peamine oht on selle suur toksilisus ja potentsiaal põhjustada eluohtlikku mürgistust isegi väikestes kontsentratsioonides. Peamised toksilised toimed on raske hingamisdepressioon, teadvuse kaotus, mioos (pupillide ahenemine), hüpoksia sümptomid ja norskavad helid (hingamisteede osalise sulgumise tõttu).²

Ainet turustatakse sageli ebaseaduslikult (nt valesti märgistatud tablettidena), mistõttu on kasutajad teadmatutes selle tegelikust tugevusest, mis suurendab drastiliselt juhusliku üledoosi ja surma riski. Tsüklorfiini ei ole heaks kiidetud ühegi meditsiinilise või veterinaarse otstarbega kasutamiseks. Aine on juba kontrolli all mitmes Euroopa Liidu liikmesriigis, sealhulgas Rootsis ja Taanis (alates 04.06.2025).

¹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1574>.

² UNODC Global SMART Programme "Emerging analogues of brorphine".

Arvestades tsüklorfiini ülimalt suurt toimetugevust (võrreldav fentanüüluga), tõendatud toksilisust (mürgistusurmad Eestis), suurt kuritarvitamise ja sõltuvuse potentsiaali ning meditsiinilise kasutuse puudumist, tuleks see viivitamata lisada narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja rahva tervise kaitseks ja kontrollimehhanismide loomiseks.

2. Spiroklorfiin (tuntud ka kui R-6890) on uus sünteetiline triasa-spirodekanooni opioid, mis on struktuurilt seotud rahvusvaheliselt kontrollitava brorfiiniga (1961. aasta ÜRO narkootiliste ainete ühtse konventsiooni I nimekirjas). See erineb brorfiinist spirotriasooltuumas olemasolu poolest bensimidasooloonituumas asemel, fenüülasendaja lisamise poolest piperidiiniringile ja broomi asendamise poolest klooriga.

Spiroklorfiin on struktuurselt seotud ka tsüklorfiiniga, erinedes bensimidasooloonituumas asendamise poolest spirotriasooltuumaga ning fenüülrühma lisamise ja propionitrilrühma puudumise poolest piperidiiniringil. Kuigi spiroklorfiin kuulub triasa-spirodekanooni rühma, eristudes bensimidasooli-põhistest opioididest (nagu nitaseenid ja orfiinid) tuumstruktuurilt, jagab see nendega funktsionaalset sarnasust ja suurt toimetugevust, mis on iseloomulik ülimalt ohtlikele sünteetilistele opioididele.

Esmakordne tuvastamine Euroopas toimus 2025. aasta veebruaris Rootsis. Samuti on sellest ainest teatatud Saksamaal (märts 2025), Taanis (aprill 2025) ja Soomes (mai 2025)³. Riigisisese andmed kinnitavad spiroklorfiini levikut ja tarbimist Eestis. Kohtla-Järve 2025. aasta süstlajäägiuuringu tulemused näitasid viit tuvastust 30 süstlast, mis viitab spiroklorfiini kiirele levikule ja aktiivsele tarbimisele uimastitarbijate seas.⁴ Ainest on lisaks tuvastatud Rakveres läbiotsimisel leitud esemetel – jäljed süstaldes ja lusikatel – kokku kuue pakendi juures, kuigi kogus oli määramata.⁵ See kinnitab aine olemasolu illegaalses ringluses ja selle kuritarvitamist.

Avalik teave aine kohta on piiratud – see põhineb peamiselt aine keemilisel struktuuril ja selle sarnasusel teiste ülimalt ohtlike opioididega (nagu brorfiin ja tsüklorfiin). Tegemist on μ -opioidireseptori agonistiga. See tähendab, et see seondub aju retseptoritega, mis vahendavad valuvaigistust, eufooriat ja sõltuvust. Eeldatavalt on tegemist ülimalt suure toimetugevusega ainega. Selle opioidsed analoogid (eriti brorfiin ja tsüklorfiin) on tihti fentanüüluga sarnase või sellest isegi tugevama toimega. See viitab sellele, et juba mikrogrammi suurusjärgus annused võivad olla eluohtlikud, mis suurendab juhusliku üledoosi riski drastiliselt. Peamine toksiline oht on eluohtlik hingamisdepressioon (hingamise aeglustumine ja peatumine). See on üledoosi peamine põhjus ja tekitab hüpoksiat. Ainel on ka suur potentsiaal põhjustada füüsilist ja psüühilist sõltuvust sarnaselt teiste opioididega.⁶ Puudub igasugune teave selle kohta, et spiroklorfiini oleks kunagi toodetud, turustatud või heaks kiidetud meditsiiniliseks kasutamiseks.

Arvestades spiroklorfiini ülimalt suurt toimetugevust (võrreldav fentanüüluga), tõendatud levikut ja kuritarvitamist Eestis, samuti suurt toksilisuse ja sõltuvuse potentsiaali ning meditsiinilise kasutuse täielikku puudumist, vastab aine kõikidele kriteeriumidele, et lisada see narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

3. Lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetidid (LSZ)⁷ on lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD) struktuurne analoog, mille lüsergiinhappe atsetidiidi rühm on modifitseeritud 2,4-dimetüülasetididi rühmaga. LSD on Eestis lisatud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

LSZ identifitseeriti turul esmakordselt 2013. aastal Sloveenias, esinedes pulbri ja blotterpaberi (imavpaber) vormis. Aine leidudest teatati seejärel ka teistes riikides, näiteks Ühendkuningriigis, Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal ja Norras (2015. aastal), Austrias (2021. aastal), Luksemburgis

³ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1572>.

⁴ TAI andmed.

⁵ EKEI andmed.

⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Early Warning System on New Psychoactive Substances (EWS) alerts.

⁷ EDND andmebaas.

(2023. aastal), Hispaanias ja Rumeenias (2025. aastal). Sarnaselt teiste lüsergamiididega manustatakse seda tavaliselt sublinguaalselt (keele alla) imavpaberil. Turustamise peamised kanalid on interneti kaudu toimivad nn uurimiskemikaalide (*research chemicals*) turud.⁸ Eestis tuvastati LSZ 12.02.2025. EKEI on teatanud kahest tuvastamisest Hollandist saabunud postisaadetistes (margid).

LSZ on toimelt psühhedeelne aine, mis on klassifitseeritud kui mitteselektiivne serotoniini retseptori agonist. Selle toime aluseks on kõrge aktiivsus 5-HT_{2A} retseptoril. On teada, et lisaks serotoniini retseptoritele interakteerub LSZ ka dopamiini retseptoritega, mis annab ainele mitteselektiivse retseptoriprofiili. See mitteselektiivne agonism mitmete retseptoriperekondade, eriti dopamiinsüsteemide suhtes viitab sellele, et LSZ subjektiivne toime ja potentsiaalne kõrvaltoimete profiil võib olla keerukam kui puhtalt agonistidel. Aine toime kestus on suhteliselt lühike võrreldes klassikalise LSD-ga. LSZ toime kestuseks on märgitud 3–11 tundi, mediaankestuseks kaheksa tundi.⁹

LSZ kuritarvitamist soodustab otseselt selle kättesaadavus reguleerimata uute psühhoaktiivsete ainete turul, kus seda turustatakse kergesti kättesaadava nn uurimiskemikaalina. Lisaks tavapärasele rekreatiivsele kasutusele on Euroopas dokumenteeritud psühhedeelikumide kasutamise suurenemist reguleerimata praktikas, mida esitletakse kui heaolu (*wellness*), terapeutilisi või vaimset orienteeritud sekkumisi ja tseremooniaid. LSZ ja teiste lüsergamiidide kasutamine sellistes kontrollimata kontekstides loob uue ja ohtliku väärkasutuse mustri. Kasutajad loodavad terapeutilisele kasule, kuid riskivad kontrollimata aine puhtuse ja annusega ning puuduva professionaalse toega ägeda psühholoogilise stressi korral.¹⁰

Klassikalistel serotonergilistel psühhedeelikumidel, sealhulgas lüsergamiididel, on üldiselt väike potentsiaal tekitada füüsilist sõltuvust. Küll aga on psühholoogiline kuritarvitamispotentsiaal suur, kuna aine pakub tugevat ja ihaldatud taju muutvat toimet.¹¹ Kuna LSZ on tugev 5-HT_{2A} agonist ja LSD analoog, eeldatakse, et selle subjektiivsed ja psühhedeelsed toimed on kvalitatiivselt sarnased lüsergiidhappe sarnaste hallutsinogeenidega. Need hõlmavad tugevaid meeleolumuutusi, tajumoonutusi, hallutsinatsioone ja muutunud ajataju. LSZ potentsiaalsed ägedad kahjulikud mõjud jagunevad füsioloogilisteks ja psühhiaatrilisteks. Sarnaselt serotonergiliste psühhedeelikumidega võib LSZ põhjustada sümptomimeetilisi toimeid. LSD-uuringud on näidanud möödukat vererõhu tõusu (hüpertensioon) ja südame löögisageduse kiirenemist (tahhükardia). Kuigi otsene surmaga lõppev füsioloogiline toksilisus on kontrollitud dooside korral vähetõenäoline, kujutab hüpertensioon ja tahhükardia ohtu eelnevate kardiovaskulaarsete seisunditega inimestele. Peamised ägedad kahjud on psühholoogilised, mis hõlmavad paanikahoogusid ja ärevust, psühhootilisi seisundeid, tugevat disorienteerumist ja muutunud taju.¹²

LSZ on kontrolli all mitmes Euroopa riigis, sealhulgas Tšehhi Vabariigis, Taanis, Sloveenias, Rootsis ja Soomes.

Arvestades LSZ otsest struktuurilist ja farmakoloogilist sarnasust kontrollitava aine LSD-ga, suurt kuritarvitamispotentsiaali, reaalselt ohtu rahva tervisele ja Eestis tuvastamise fakti, teeb Ravimiamet ettepaneku lisada lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetiidiid (LSZ) narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

4. Etitsükliidoon; deskloro-N-etüülketamiin; 2- (etüülamino)-2- fenüülsükloheksanoon (O-PCE) (tuntud ka kui O-PCE; 2-Oxo-PCE) on arüülsükloheksüülamiinide klassi kuuluv

⁸ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles>.

⁹ <https://en.wikipedia.org/wiki/LSZ>.

¹⁰ <https://www.unodc.org/LSS/SubstanceGroup/Details/e5208b04-a07c-4353-ac71-c0dd3d8046de>.

¹¹ <https://www.who.int/groups/ecdd>.

¹² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8027607/>.

dissotsiatiivne anesteetikum. See on tihedalt seotud deskloroketamiini ja etitsükliidiiniga ning seda on internetis müüdnud disainerravimina.¹³

O-PCE tuvastati esmakordselt Prantsusmaal 2016. aastal. Seejärel teatati leidudest 20 Euroopa riigis.¹⁴ Eestis on 2025. aastal (novembri seisuga) teatatud kahest tuvastamisjuhtumist Hollandist saadetud kristallilise aine näol.¹⁵

O-PCE-d on tuvastatud valgete suuremate kristallidena, mis sarnanevad metamfetamiini või MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) kristallidega. Selline eksitav müügiesitus loob olukorra, kus kasutajad riskivad massiivse üleannustamisega, kuna tavaline MDMA/metamfetamiini annus on 70–100 mg, samas kui O-PCE väike soovitatav annus on alla 20 mg. Selline ulatuslik annuse erinevus garanteerib toksiliste koguste tarvitamise, suurendades eelkõige sedatsiooni ja desorientatsiooni riski.¹⁶

O-PCE on tugev ja selektiivne N-metüül-D-aspartaadi retseptori (NMDAR) antagonist. See toimemehhanism, mille käigus blokeeritakse glutamaat-vahendatud erutusliku neurotransmissiooni jaoks olulised NMDAR-id, on iseloomulik kogu dissotsiatiivsete anesteetikumide klassile. NMDAR-i blokeerimine kutsub esile tüüpilisi dissotsiatiivseid, anestesiasid ja hallutsinogeenseid efekte.¹⁷ O-PCE-l on võrreldes ketamiiniga oluliselt suurem riskiprofiil. O-PCE on teatavasti potentsem kui ketamiin väikeste annuste puhul. Väiksem doos toimelt tugevama aine puhul jätab kasutajale annustamisel väiksema ohutusvahemiku, suurendades mürgistuse riski.¹⁸ O-PCE toime on märkimisväärselt pikem, ulatudes kolmest kuni kuue tunnini, võrreldes ketamiini suhteliselt lühikese 30–60-minutilise toimeajaga. Kasutajad kogevad O-PCE puhul sügavamat ja rohkem desorienteerivat dissotsiatiivset seisundit, intensiivset sedatsiooni ja kauakestvat kognitiivset hägusust, mis näitab suuremat kesknärvisüsteemi koormust võrreldes ketamiiniga. See kombinatsioon – suurenenud toimetugevus ja pikem toime – kinnitab O-PCE toksilisuse potentsiaali, mis on teatatud olevat ketamiinist raskem.¹⁹

O-PCE kasutamisega seotud kliinilised sümptomid on rasked ja eluohtlikud, sarnanedes arüütsükloheksüülamiinide tüüpilise toksilisuse sündroomiga, kuid teate kohaselt on toksilisus ketamiiniga võrreldes raskem. Põhilised teatatud kliinilised nähud ja sümptomid on teadvushäire, segasus, hüpertensioon, tahhükardia, krampid. Rasked süsteemsed tüsistused hõlmavad hüpertermiat ja rabdomüolüüsi.²⁰ Lisaks suureneb toksilisuse risk, kui O-PCE-d kombineeritakse teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, nagu opiaadid, bensodiasepiinid, GHB või alkohol.²¹

Mitmed riigid, nagu Iirimaa, Itaalia, Leedu, Poola, Soome, Rootsi, Sloveenia ja Hiina, on O-PCE ohtu tunnistanud ja kehtestanud selle üle kontrolli.²² Esitatud andmed kinnitavad, et tegemist on äärmiselt ohtliku ainega, millel puudub seaduslik meditsiiniline kasutus. O-PCE vastab kõigile kriteeriumidele, mis on vajalikud aine lisamiseks I nimekirja.

5. 5-metoksü-2-aminoindaan; 2,3-dihüdro-5-metoksü-1H-indeen-2-amiin (MEAI) (tuntud ka kui MEAI, 5-MeO-AI) on aminoindaanide derivaat ja uus psühhoaktiivne aine. MEAI kuulub tsükliiliste fenetüülamiinide klassi ja on struktuurilt sarnane Eestis kontrolli all olevate entaktogeenidega nagu

¹³ <https://en.wikipedia.org/wiki/2-Oxo-PCE>.

¹⁴ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/622>.

¹⁵ EKEI andmed.

¹⁶ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

¹⁷ <https://research-information.bris.ac.uk/en/studentTheses/the-effects-of-the-ketamine-derivative-n-ethyl-deschloroketamine-2/>.

¹⁸ https://www.researchgate.net/publication/328561030_A_Fatal_Case_Involving_N-Ethyl-deschloroketamine_2-Oxo-PCE_and_Venlafaxine.

¹⁹ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

²⁰ https://www.researchgate.net/publication/328561030_A_Fatal_Case_Involving_N-Ethyl-deschloroketamine_2-Oxo-PCE_and_Venlafaxine.

²¹ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

²² <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/622>.

5,6-metüleendioksü-2-aminoindaan (MDAI) ning ka mitmete amfetamiinidega (nt metüleendioksümetamfetamiin – MDMA).

MEAI tuvastati esmakordselt Poolas 2018. aastal ning hiljem Hollandis ja Saksamaal (2020. aastal), Prantsusmaal ja Itaalias (2022. aastal), Austrias (2023. aastal) ja Rumeenias (2025. aastal).²³ EKEI andmete kohaselt on Eestis MEAI tuvastatud kolmel korral Hollandist saadetud pulbri / kristallilise aine näol, mis kinnitab aine olemasolu ja levikut Eesti turul.

MEAI on farmakoloogiliselt klassifitseeritud monoamiini vabastavaks aineks, toimides spetsiifiliselt selektiivse serotoniini vabastava ainena (SSRA). See mehhanism on omane enamikule kontrolli all olevatele psühhostimulantidele ja entaktogeenidele (nt amfetamiinid, MDMA). Lisaks on aine seotud α 2-adrenergiliste retseptoritega. Tänu oma serotoniini vabanemist domineerivale toimele tekitab MEAI MDMA-laadseid entaktogeenideid (emotsionaalset avatust ja sotsiaalset seotust soodustavaid) ja sümpatomimeetilisi (sümpaatilise närvisüsteemi – pulsisageduse ja vererõhu tõusu – imiteerivaid) toimeid. Rekreatiivsel kasutamisel on teatatud lisaks kergetest psühhoaktiivsetest efektidest, eufooriast ja emotsionaalsest avatusest, mis sarnanevad alkoholi tarvitamisele.²⁴ Kuna MEAI on tugev serotoniini vabastaja, on olemas serotoniinisündroomi potentsiaal. See seisund on potentsiaalselt eluohtlik ja selle risk suureneb oluliselt, kui ainet tarvitatakse koos teiste serotoniini taset mõjutavate ravimitega (nt antidepressandid) või teiste stimulantidega. Serotoniinisündroomi raskusaste varieerub kergest (vähene treemor ja kerge hüpertensioon) kuni eluohtlikuni (kõrge palavik, lihasjäikus, eluohtlikud südamerütmihäired), mistõttu vajab see kohest meditsiinilist abi.²⁵ Sümpatomimeetiliste toimete tõttu esineb ka kardiovaskulaarsete riskide potentsiaal. Stimuleeriva ja eufooriat tekitava toime tõttu on psühholoogilise sõltuvuse tekkimise risk olemas, ehkki selle ulatus on teadmata ja seda peetakse väiksemaks puhta dopamiini vabastajatest.

Toksikoloogilised andmed pärinevad peamiselt prekliinilistest uuringutest rottidel ja *in vitro* katsetest. Akuutne ühekordne suukaudne manustamine rottidele annuses 100 mg/kg kutsus esile mööduvad, kuid selgelt kahjulikud kliinilised kõrvaltoimed, nagu treemor ja õhupuudus.²⁶ Ainet arendatakse praegu aktiivses kliinilises faasis (projekt CMND-100) ravimina alkoholitarvitamise häire, kokaiini tarvitamise häire ja metaboolse sündroomi raviks.²⁷ Kuigi aine on arenduses, puudub sellel praegu veel aktsepteeritud meditsiiniline kasutus Eestis ja ka rahvusvaheliselt.

MEAI on kontrolli all mitmes riigis, sealhulgas Itaalias, Leedus ja Norras.²⁸ Puudulikud toksikoloogilised andmed ning serotoniinisündroomi ja kardiovaskulaarsete riskide võimalikkus muudavad aine ohtlikuks, eriti arvestades kasutajate kalduvust kombineerida aineid või manustada teadmata puhtusega preparaate. MEAI lisamine I nimekirja on põhjendatud peamiselt rahva tervise ja ohutuse kaalutlustel.

6. Metallüleskaliin (tuntud ka kui MAL) kuulub struktuurilt fenetüülamiini ja eskaliini keemilistesse klassidesse. See on sünteetiline derivaat meskaliinist (3,4,5-trimetoksüfenetüülamiin), mis on looduslikult esinev psühhedelne alkaloid.

MAL dokumenteeriti esmakordselt keemik Alexander Shulgini poolt tema 1991. aasta teoses PiHKAL. Euroopa turgudel hakkas aine levima alles 2013. aastal. Esimesed tuvastused pärinevad Rootsist (oktoober 2013), millele järgnesid samal aastal ka Holland ja seejärel mitmed teised Euroopa riigid.²⁹ EKEI andmete kohaselt tuvastati MAL Eestis esmakordselt 5. mail 2025 tablettide kujul.

²³ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1110>.

²⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29458138/>.

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482377/>.

²⁶ https://www.researchgate.net/publication/313354871_Toxicological_evaluation_of_5-methoxy-2-aminoindane_MEAI_Binge_mitigating_agent_in_development.

²⁷ <https://www.investing.com/news/company-news/clearmind-reports-positive-interim-safety-data-for-alcohol-disorder-drug-93CH-4375279>.

²⁸ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/347>.

²⁹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/347>.

Metallüleskaliini psühhoaktiivsed toimed on vahendatud selle kaudu, et see toimib serotoniini 5-HT₂ retseptori agonistina. Täpsemalt, sarnaselt klassikaliste serotonergiliste psühheedelikumidega nagu LSD ja psilotsübiin, sihib MAL peamiselt 5-HT₂ retseptorit, mis vastutab hallutsinogeensete uimastitega seotud iseloomulike teadvuse muutuste ja tajumoonutuste esilekutsumise eest. Metallüleskaliini manustatakse tavaliselt suu kaudu. Farmakokineetilised andmed näitavad toime kiiret algust, mis tekib tavaliselt ühe tunni jooksul pärast allaneelamist. MAL on oma lähteühendist, meskaliinist, märkimisväärselt tugevam, ilmutades suuremat seondumisafinsust peamiste serotoniini retseptorite juures. Kvantitatiivsed andmed kinnitavad MAL-i oluliselt suuremat toimetugevust võrreldes meskaliiniga. MAL on aktiivne psühheedeline aine ligikaudu kümme korda väiksemate annuste juures kui meskaliin, muutes ta väiksema terapeutilise aknaga ja seega kõrgema riskitasemega aineks.³⁰ Kriitiliselt oluline on aine erakordselt pikk toimeaeg, mis on teatatud olevat 12–16 tundi. See pikk kestus nõuab potentsiaalsete kõrvaltoimete või psühheedelse kriisi ilmnemise korral ulatuslikku ja pikale venivat (üle 16 tunni) ägedat meditsiinilist ja käitumuslikku ravi, koormates seeläbi tervishoiusüsteemi.

Serotonergilise psühheedelikumina kutsub MAL esile muutunud teadvuse seisundi, mis on võrreldav teiste 5-HT₂ agonistide poolt esilekutsutuga, kuid neist siiski erinev. Aruanded rõhutavad intensiivset visuaalset kujutluspilti, sealhulgas silmade sulgemisel nähtud "kaleidoskoopilisi neonvärve" ja "visuaalset teatrit". Teatatakse märkimisväärselt visuaalsetest moonutustest, mida kirjeldatakse mõnikord kui "sulanud vaha" välimust, ja eredamast värvitajust. Mõjud hõlmavad sageli eufooriat, empaatiat ja introspeksiooni, mis võivad potentsiaalselt viia "heade seosteni enese osade vahel". Suure annusega kogemusi on seostatud erksate lapsepõlvemälestuste meenutamisega.³¹ Füüsiliselt iseloomustab kogemust märkimisväärne stimulatsioon. Kasutajad teatavad vaimsest ja füüsilisest stimulatsioonist, pupillide laienemisest, rahutusest, vähenenud isust ja somaatilistest mõjudest, nagu higistamine, külmavärinad ja lihaspinge.³² Kõige kriitilisem riskitegur on MAL-i järsk annuse-vastuse kõver. See tähendab, et annus, mis on vajalik soovitud psühheedelse efekti tekitamiseks (nt tavaline vahemik 25–40 mg), on väga lähedal annusele, mis tekitab kurnava või ohtliku psühholoogilise ja sensoorse "ülekoormuse" (nt Shulgini poolt dokumenteeritud annused 45 mg ja rohkem). See kitsas ohutuspiir suurendab oluliselt juhusliku üleannustamise ja ägedate ohtude riski kontrollimata tingimustes.³³

Euroopa Liidus ei ole MAL-i ühtselt reguleeritud, kuid üksikud riigid, sealhulgas Soome, Rootsi, Itaalia, Sloveenia, kontrollivad seda erinevate mehhanismide alusel.³⁴ Metallüleskaliin on tugev meskaliini analoog, mille suur toimetugevus, ülipikk toimeaeg ja järsk annuse-vastuse kõver loovad avaliku tervise ja ohutuse seisukohast tõsiseid ohte. Kuna ainel puudub meditsiiniline kasutus ja sellel on suur oht tõsiste ägedate ja pikaajaliste kahjude tekkeks, on selle reguleerimine ja lisamine I nimekirja vältimatu, et kaitsta elanikkonda kontrollimatu leviku ja kasutamise kaasnevate eriti raskete tagajärgede eest.

7. 3-metüülrolitsükliidiin (tuntud ka kui 3-Me-PCPy, 3MEPPY) on arüütsükloheksüülamiini klassi kuuluv struktuurisomeer rahvusvaheliselt kontrollitavale ainele PCP (fentsükliidiin, mis kuulub 1971. aasta ÜRO konventsiooni II nimekirja). Struktuurilt on 3-Me-PCPy seotud ka 3-Me-PCP-ga ja samuti rolitsükliidiiniga (PCPy), mis on dissotsiatiivne anesteetikum (1971. aasta ÜRO konventsiooni I nimekirja aine).³⁵

Aine esmakordne tuvastamine Euroopa Liidus toimus Prantsusmaal 2021. aasta detsembris, mil sellest teavitati ELi varajase hoiatamise süsteemi (EWS) kaudu. Hiljem teatasid aine levikust ametlikult Taani, Sloveenia, Rootsi, Soome ja Belgia (2022. aastal) ning Itaalia ja Slovakkia (2025. aastal). Aine on kontrolli all Itaalias ja Leedus.³⁶ EKEI andmetel tuvastati aine Eestis

³⁰ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8865417/>.

³¹ <https://en.wikipedia.org/wiki/Methallylescaline>.

³² <https://knowdrugs.app/substances/methallylescaline>.

³³ http://medbox.iab.me/kiwix/wikipedia_en_medicine_2019-12/A/Methallylescaline.

³⁴ EDND andmed.

³⁵ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1286>.

³⁶ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1286>.

esmakordselt 21. augustil 2025. Tegemist oli pulbriga, mis saabus Eestisse saadetisena Hollandist. 3-Me-PCPy farmakoloogiline profiil on suuresti hüpoteetiline, tuginedes struktuursele analoogiale arüütsükloheksüülamiinide klassiga.

Aine peamine toimetehhanism on NMDA (N-metüül-D-aspartaadi) retseptori antagonism. See on sama mehhanism, mille kaudu tekitavad oma psühhotroopseid toimeid ka teised tuntud dissotsiatiiivsed ained, nagu PCP ja ketamiin. NMDA retseptorite blokeerimine mõjutab oluliselt mälu, õppimist ja kognitiivseid funktsioone. Lisaks NMDA antagonismile takistab 3-Me-PCPy ka kolme olulise monoamiini neurotransmitteri (serotoniin, dopamiin ja noradrenaliin) tagasihaaret närvilõpmetesse. See viib nende taseme suurenemisele sünaptilises pilus. Selline unikaalne toimeprofiil (teadvuse muutumine koos stimuleeriva mõjuga) viitab stimuleerivatele ja tajumuutust esilekutsuvatele efektidele, mida on täheldatud ka loomkatsete käitumisuuringutes.³⁷

Kuna tegemist on uue psühhoaktiivse ainega, on andmed selle toksilisuse, surmava doosi, pikaajaliste mõjude ja kliiniliste tulemuste kohta äärmiselt piiratud. Aine ohutusprofiil inimestel on suures osas teadmata. Mürgistuse ja suremuse risk suureneb oluliselt mitme aine samaaegsel tarbimisel. Fataalsed juhtumid on dokumenteeritud koos teiste ainetega, nagu metadoon, difenhüdramiin ja amfetamiin. See rõhutab farmakoloogilise sünergia ohtlikkust: kesknärvisüsteemi depressantide (nt difenhüdramiin) kombineerimine tugeva NMDA-antagonistiga nagu 3-Me-PCPy, võib viia ohtliku kesknärvisüsteemi depressioonini ja hingamispuudulikkuseni.³⁸ Arvestades 3-Me-PCPy struktuurilist sarnasust rahvusvaheliselt kontrollitud ainetega ja selle kõrget riskiprofiili, on rangelt soovitatav lisada see narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

8. Pregabaliin (kasutatakse ka kaubamärkide Lyrica ja Pragiola all) on retseptiravim, mida kasutatakse perifeerse ja tsentraalse neuropaatilise valu, epilepsia ja generaliseerunud ärevushäire raviks. Kuigi pregabaliin on ravim, liigitatakse see kuritarvitamise potentsiaali tõttu uue psühhoaktiivse ainega ning on seetõttu ka Euroopa Liidu Uimastiameti (EUDA) poolt monitooritav.³⁹ Pregabaliin on struktuurilt seotud looduslikult esineva imetajate neurotransmitteri gamma-aminovõihappega (GABA). Kuigi selle täpne toimetehhanism on endiselt ebaselge, on teada, et pregabaliin vähendab tsentraalset neuronite erutatavust ja pärsib mitmete neurotransmitterite, sealhulgas glutamaadi ja noradrenaliini vabanemist.⁴⁰

Pregabaliin tuvastati Euroopa illegaalses võrgus esmakordselt 2009. aastal Soomes, levides seejärel teistesse riikidesse.⁴¹ EKEI andmed kinnitavad pregabaliini ebaseaduslikku käitlemist: aine tuvastati 2024. aastal 12 ning 2025. aastal (novembri seisuga) üheksas kohtuekspertiisi juhtum, mis näitab aine selget kättesaadavust ebaseaduslikul turul.

Pregabaliinil on eriti vastuvõtlikes populatsioonides (nt varasema ainete kuritarvitamise ajalooga isikud) dokumenteeritud euforiseeriv toime, mistõttu kasutatakse seda joobeseisundi saavutamiseks või olemasoleva joobe võimendamiseks. Pregabaliini kuritarvitamine ja üledoosid on Eestis kasvav rahvatervishoiu risk, mida kinnitavad riigisisese andmed. Terviseameti Mürgistusteabekeskuse andmetel on viimase viie aasta jooksul esinenud 66 pregabaliiniga seotud mürgistusjuhtumit, millest 45 olid tahtlikud mürgistused enesetapu eesmärgil. Pregabaliiniga seotud surmajuhtumite arv näitab Eestis selget kasvutrendi, osaledes mitme aine tarvitamisega seotud surmajuhtumites: 2022. aastal 6 surma, 2023. aastal 13 surma, 2024. aastal 7 surma ja 2025. aastal augusti lõpu seisuga 7 surma (moodustades juba 14,6% kõigist uimastite üledoosist põhjustatud surmadest).⁴²

³⁷ <https://en.wikipedia.org/wiki/3-Methyl-PCPy>.

³⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27339479/>.

³⁹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/116>.

⁴⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126531/>.

⁴¹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/116>.

⁴² TAI andmed.

Pregabaliini suurim oht seisneb selle sünergias teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, eelkõige opioididega. See kombinatsioon suurendab oluliselt eluohtliku hingamise pärssimise ja surma riski.⁴³ Ulatuslikke murettekitavaid teateid on tulnud Soomest, Rootsist ja Norrast. Soomes täheldati pregabaliini avastamises lahkamismaterjalidest märgitud suurenemist (2005. aasta 9 juhult üle 80 juhuni 2009. aasta septembriks). Kõige sagedasem surmapõhjus pregabaliini kuritarvitajate seas oli juhuslik mürgistus, mis oli tavaliselt seotud aine tarbimisega kombinatsioonis teiste opioididega.⁴⁴ Mitmed riigid on vastuseks samale probleemile juba võtnud pregabaliini riikliku kontrolli alla, rõhutades seeläbi probleemi tõsidust. Suurenenud surmajuhtumite ja kuritarvitamise mure tõttu klassifitseeris UK 2019. aastal pregabaliini (ja gabapentiini) C-klassi kontrollitavaks aineks ja paigutati Schedule 3 nimekirja.⁴⁵ Pregabaliin on Ameerika Ühendriikides juba alates 2014. aastast klassifitseeritud Schedule V kontrollitavaks aineks, kinnitades selle ametlikku kuritarvitamise potentsiaali.⁴⁶ Lisaks on pregabaliin kontrolli alla võetud Prantsusmaal alates 2020. aastast⁴⁷ ja Lätis alates 2022. aastast.⁴⁸

Euroopa Ravimiameti (EMA) poolt antud Lyrica (pregabaliin) kliiniline hinnang tõi esile sagedasemad kõrvaltoimed, mille hulka kuuluvad pearinglus ja unisus, koordinatsiooni kadu, motoorika halvenemine, ähmane nägemine, ebaselge ja katkendlik kõne, desorientatsioon, kontrollimatu uimasus suurte annuste puhul ning võõrutusnähud.⁴⁹ Käesolevaga tehakse ettepanek lisada toimeaine pregabaliin narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja (psühhotroopsed ained, millel on meditsiiniline kasutus). IV nimekirja lisamine sätestab rangemad käitlemisnõuded, säilitades samal ajal ravimi kättesaadavuse meditsiinilisel näidustusel. IV nimekirja kuuluv ravim kirjutatakse jätkuvalt välja tavalise retseptiga ning väljakirjutamisel ei kaasne täiendavaid piiranguid (nagu need on kehtestatud näiteks bensodiasepiinidele). Tervisekassa andmetel on pregabaliini väljakirjutamise maht märkimisväärne (perearstid 56%, psühhiaatrid 22%), mistõttu on oluline säilitada arstidele (sh perearstidele) võimalus ravi jätkata. Kontrolli alla võtmine piirab ravimi seaduslikust tarneahelast ebaseaduslikult väljumist ning annab võimaluse ebaseaduslikule käitlemisele tugevamalt reageerida. Ravimikäitlejatele hakkavad kehtima rangemad nõuded ravimi riiki sisse- ja väljaveole, samuti rangemad nõuded ravimite säilitamisele ja arvestuse pidamisele (võrreldes tavaliste retseptiravimitega). Patsientide jaoks tähendab IV nimekirja lisamine piiriülese digiretseptiga väljastamise keeldu ja ravimi posti teel saatmise keeldu. Lisaks kaasneb Schengeni riikides reisides nõue omada Schengeni tunnistust (kehtiv ka teiste IV nimekirja ravimite puhul, näiteks diasepaami korral).

Arvestades Eesti surmastatistika kasvutrendi, mürgistusjuhtumite kasvutrendi (eriti seoses enesetapukatsetega) ja rahvusvahelist pretsedenti, on pregabaliini lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja proportsionaalne ja vajalik meede rahva tervise ja ohutuse tagamiseks. See meede võimaldab suuremat kontrolli aine liikumise üle, säilitades samal ajal meditsiinilise kättesaadavuse patsientidele, kes seda tõesti vajavad.

9. Gabapentiin (tuntud ka kaubamärgi Neurontin all) on retseptiravim, mida kasutatakse peamiselt epilepsia ja neuropaatilise valu raviks. Sarnaselt pregabaliiniga on gabapentiin oma kuritarvitamise potentsiaali tõttu monitooritav Euroopa Liidu Uimastiameti (EUDA) poolt, olles liigitatud uue psühhootilise ainega. Gabapentiini esmane tuvastamine Euroopa illegaalsel turul toimus Belgias 2013. aastal, levides seejärel teistesse Euroopa Liidu liikmesriikidesse.⁵⁰

⁴³ <https://www.fda.gov/media/133681/download>.

⁴⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0379073814001819?via%3Dihub>.

⁴⁵ <https://www.gov.uk/government/news/reclassification-of-pregabalin-and-gabapentin-to-schedule-3-drugs-from-1-april-2019>.

⁴⁶ <https://www.federalregister.gov/documents/2014/07/28/2014-17726/national-committee-on-foreign-medical-education-and-accreditation>.

⁴⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

⁴⁸ https://www.vi.gov.lv/lv/jaunums/kontrolei-paklautos-jaunas-vielas-ketamins-pregabalins-un-remimazolams?utm_source=https%3A%2F%2Fgemini.google.com%2F.

⁴⁹ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/lyrica>.

⁵⁰ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/351>.

EKEI andmed kinnitavad gabapentiini kõrvalekaldu mist meditsiinilisest ringlusest ebaseaduslikule turule. 2024. aastal tuvastati ebaseadusliku käitlemise käigus kaks juhtu (pulbri kujul) ning 2025. aastal (novembri seisuga) tuvastati kaks juhtumit. Need juhtumid, kuigi arvuliselt väiksemad kui pregabaliinil, viitavad selgelt gabapentiini esinemisele ebaseaduslikus ringluses. TAI andmetel on gabapentiin esinenud mitme ainete samaaegse tarvitamisega seotud üledoosisurmas: 2022. aastal kaks surmajuhtumit, 2023. aastal kaks surmajuhtumit ja 2024. aastal üks surmajuhtum. Kuigi gabapentiinimürgistusi esineb Terviseameti Mürgistusteabekeskuse andmetel harvemini kui pregabaliini puhul, kinnitab aine seos üledoosisurmadega selle ohtlikkust mitme aine samaaegse tarvitamise kontekstis.

Gabapentiini peamine risk on sarnane pregabaliini omaga, seisnedes ohtlikus koostoimes teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, eelkõige opioididega, mis suurendab oluliselt hingamise pärssimise ja üledoosisurma riski.⁵¹ Tervisekassa andmetel on gabapentiini väljakirjutamise maht märkimisväärtne, kusjuures iseloomulik on selle suur väljakirjutamise sagedus perearstias (68%), mis viitab laialdasele ja kergele kättesaadavusele. Gabapentiini väljakirjutajate ja retseptide arv on suurem kui pregabaliinil, rõhutades vajadust täpsema järelevalve järele. Mitmed riigid on gabapentiini kuritarvitamise kasvule reageerinud, eriti seoses asendusaine riskiga, mis tekkis pärast pregabaliini kontrolli alla võtmist. Pärast seda, kui pregabaliin lisati Ameerika Ühendriikides föderalselt Schedule V nimekirja 2014. aastal, hakkasid mitmed opioidisõltuvuse kriisist tabatud osariigid (nt Kentucky, Tennessee) märkama gabapentiini kuritarvitamise järsku kasvu. Gabapentiini hakati kasutama asendusainena või opiaatide võimendajana. Seetõttu on need osariigid gabapentiini klassifitseerinud Schedule V kontrollitavaks aineks ning lisanud kohustusliku retsepti monitoorimise alla, et piirata nn retsepti-*shoppingut*. Sarnane dünaamika viis Ühendkuningriikide ametivõimud otsuseni võtta gabapentiin ja pregabaliin samaaegselt 2019. aastal kontrolli alla (C-klassi kontrollitav aine, Schedule 3). Seda meetet rakendati just asendusaine probleemi vältimiseks: kui oleks kontrolli alla võetud vaid üks, oleks oodatud teise kuritarvitamise hüppelist kasvu.⁵² Eelnev rõhutab, miks on Eesti puhul kriitiliselt oluline lisada kontrolli alla mõlemad ained korraga.

Arvestades gabapentiini seost üledoosisurmadega Eestis, selle esinemist ebaseaduslikul turul ning olemasolevaid tugevaid rahvusvahelisi pretsedente (nagu Ühendkuningriigi ja Ameerika Ühendriikide vastavad meetmed), on gabapentiini lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja (psühhotroopsed ained, millel on meditsiiniline kasutus) proportsionaalne ja vajalik meede rahva tervise ja ohutuse tagamiseks. IV nimekirja lisamine kehtestab rangemad käitlemis- ja kontrollinõuded (analoogselt pregabaliini puhul kehtestatavatega), säilitades samal ajal ravimi kättesaadavuse seda vajavatele patsientidele.

3. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Määrusest teavitatakse Euroopa Komisjoni ja lepinguriike Vabariigi Valitsuse 23. septembri 2010. a määruse nr 140 „Kavandatavast tehnilisest normist, infoühiskonna teenusele kehtestatavast nõudest ja teenuse osutamise nõudest teavitamise kord ning teavitamist koordineeriva asutuse määramine“ § 15 lõike 1 punkti 1 alusel (ootaega ei kohaldata juhul, kui eelnõu on vaja vastu võtta järgmisel mõjuval ja ettenägematutest asjaoludest tekkinud kiireloomulisel põhjusel: rahva tervise või ohutuse, loomade või taimede kaitseks), millega on Eesti õigusruumi üle võetud Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi (EL) 2015/1535 artikli 6 lõike 7 punkt a (ootaega ei rakendata, kui rahva tervise või ohutuse või loomade või taimede kaitsmise ning teenuseid käsitlevate õigusnormide puhul ka avaliku korra, eriti alaealiste kaitsmisega seotud tõsistest ja ettenägematutest asjaoludest tekkinud kiireloomulistel põhjustel peab liikmesriik väga lühikese aja jooksul ette valmistama tehnilised normid nende viivitamatuks avaldamiseks ja kehtestamiseks, kus nõupidamine pole võimalik).

4. Määruse mõjud

⁵¹ <https://www.gov.uk/drug-safety-update/gabapentin-neurontin-risk-of-severe-respiratory-depression>.

⁵² <https://www.gov.uk/drug-safety-update/pregabalin-lyrica-gabapentin-neurontin-and-risk-of-abuse-and-dependence-new-scheduling-requirements-from-1-april>.

Muudatusega täiendatakse Ravimiameti ettepanekul narkootiliste ja psühhotropsete ainete reguleerimise raamistikku, et piirata uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete kättesaadavust ning vähendada nende levikust tulenevaid terviseohte. Muudatused toetavad rahva tervise kaitset ning aitavad ennetada narkootiliste ja psühhotropsete ainete väärkasutamisest tulenevaid kahjusid.

Eelnõuga ajakohastatakse narkootiliste ja psühhotropsete ainete nimekirju kahel viisil:

- lisatakse narkootiliste ja psühhotropsete ainete I nimekirja uued psühhoaktiivsed ained, mille puudub meditsiiniline kasutus ja mille tarvitamine kujutab endast märkimisväärset ohtu tervisele;
- täiendatakse IV nimekirja meditsiinilisel eesmärgil kasutatavate psühhotropsete ainetega, mille väärkasutuse risk on kasvanud ja mille kättesaadavus vajab senisest rangemat kontrolli.

Muudatuste peamine oodatav mõju on nimetatud ainete kättesaadavuse piiramine ja nende leviku pidurdamine, millega kaasneb väärkasutuse ja tervisekahjustuste riski vähenemine. Reguleerimise täpsustamine loob selgema aluse järelevalveks ning toetab ennetustegevust.

Mõjude olulisuse hindamisel lähtuti mõju ulatusest, avaldumise sagedusest, mõjutatud sihtrühma suurusest ja ebasoovitavate mõjude riskist. Analüüs tugineb eelnõu sisule ja selle praktilisele rakendamisele ning kasutab Politsei- ja Piirivalveameti (edaspidi PPA), Siseministeeriumi, TAI ja rahvusvaheliste uuringute andmeid.

Mõjuanalüüsis käsitletakse eelnõu sotsiaalset ja majanduslikku mõju ning mõju riigivalitsemisele. Mõjusid on analüüsitud sihtrühmade kaupa. Peamised mõjutatud sihtrühmad on elanikkond, tervishoiusektor, apteegid, PPA, MTA ja Ravimiamet. Muudatustel ei ole otsest mõju regionaalarengule, riigikaitsele ja välissuhetele, infotehnoloogiale ja infohiskonnale, keskkonnale, haridusele, kultuurile ega spordile, mistõttu ei ole mõjusid nendes valdkondades eraldi hinnatud.

Mõju sihtrühm 1: narkootiliste ja psühhotropsete ainete tarvitajad

Eelnõu mõjutab isikuid, kes tarvitavad narkootilisi aineid või psühhotropseid ravimeid ilma arsti korralduseta. Sihtrühma kuuluvad nii juhu- kui ka korduvtarvitajad, sealhulgas isikud, kes kasutavad uusi psühhoaktiivseid aineid või väärkasutavad retseptiravimeid.

Elu jooksul narkootikumide tarvitanud isikute hulk on viimase kümne aasta jooksul suurenenud. 2023. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuringu andmetel oli 16–64-aastaste seas vähemalt üks kord elu jooksul mõnda narkootilist ainet tarvitanud 31%.⁵³ Võrdluseks: 2015. aastal näitas PPA avaliku arvamuse ja riskikäitumise uuring, et sama näitaja oli ligikaudu 20%.⁵⁴

Viimase kuu ja aasta jooksul narkootikumide tarvitanute osakaalus on viimastel aastatel märgata langust. TAI 2024. aasta täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu põhjal oli 16–64-aastastest vastajatest viimase 12 kuu jooksul narkootilisi aineid või narkootilise toimega retseptiravimeid ilma arsti retseptita tarvitanud 4,4% ja viimase 30 päeva jooksul 5,1%. 2020. aastal olid vastavad näitajad 7,1% ja 5,8%. Viimasel 12 kuul on narkootikumide tarvitamine kõige levinum 16–34-aastaste meeste seas (üle 16%) ja 25–34-aastaste naiste seas (7,1%).⁵⁵

14–18-aastastest noortest on elu jooksul mõnda narkootilist ainet tarvitanud või proovinud pea kolmandik (31%) ning 75% neist on teinud seda mitmel korral. Võrreldes 2015. ja 2021. aasta

⁵³ Vorobjov, S, Kaste A-L, Veskimäe L. *Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring 2023*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2024. https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-06/tuku_2023.pdf.

⁵⁴ Turu-uuringute AS. (2016). *Avaliku arvamuse ja riskikäitumise uuring. Küsitlus täiskasvanud elanikkonna seas*. <https://www.politsei.ee/files/Ennetus/riskikaitumise-uuring-2015-t-iskasvanud.pdf?ac1c7822a0>.

⁵⁵ Reile R, Põlajev A, Saavaste J. *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2024*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2025. [tku2024_kogumik_29apr2025_final.pdf](https://www.tai.ee/sites/default/files/2025-04/tku2024_kogumik_29apr2025_final.pdf).

tarbimist, on märkimisväärselt suurenenud nende noorte osatähtsus, kes on narkootikumide tarvitamisel korduvalt.⁵⁶ Noorte hulgas paistab Eesti Euroopa Liidu keskmisest suurema narkootikumide tarvitamise sagedusega 15–16-aastaste kooliõpilaste seas.⁵⁷ See viitab riskikäitumise varasemale kujunemisele ja suurendab pikaajaliste tervisekahjustuste riski.

Eriti suure riskiga alarühma moodustavad narkootiliste ainete tarvitajad, kes kasutavad mitut ainet samal ajal. Alates 2022. aastast on oluliseks negatiivseks trendiks kujunenud sünteetiliste opioidide levik, millega kaasneb ebaproportsionaalselt suur kahju rahva tervisele. Ligikaudu pooltes üledoosist põhjustatud surmajuhtumites (2023. aastal suri üledoosi tagajärjel 117 inimest) on tuvastatud sünteetiliste opioidide tarvitamine, kusjuures sageli on tegemist mitme aine koos tarvitamisega.⁵⁸ Mitme aine samaaegne tarvitamine suurendab oluliselt üledoosi ja surma riski.

Uuringute põhjal on sihtrühma suurus nii täiskasvanute kui ka noorte seas hinnanguliselt keskmine, kuid arvestades korduva tarvitamise kasvu noorte hulgas, on eelnõu mõju selle sihtrühma jaoks oluline. Eelnõu mõju seisneb eeskätt uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete kättesaadavuse piiramises, mis aitab vähendada riskikäitumist ning sellega seotud tervisekahjustusi ja enneaegseid surmajuhtumeid.

Mõju sihtrühm 2: patsiendid

Eelnõu mõjutab patsiente, kes kasutavad pregabaliini ja gabapentiini meditsiinilisel näidustusel, sh epilepsia, neuropaatilise valu ja üldistunud ärevushäire ravis (loe lk 9–10). Tegemist on patsientidega, kelle ravi on pikaajaline ning kelle jaoks ravimite järjepidev kättesaadavus on oluline.

Ravimite kasutamise statistika kohaselt on pregabaliini ja gabapentiini kasutamine Eestis viimastel aastatel kasvanud: 2024. aastal oli gabapentiini kasutus 2,91 ja pregabaliini kasutus 4,19 DPD 1000 elaniku kohta ööpäevas, võrreldes vastavalt 1,87 ja 2,61 DPD-ga 2020. aastal.⁵⁹ See tähendab, et nimetatud toimeaineid kasutab igapäevaselt ligikaudu 0,3–0,4% elanikkonnast ehk mitu tuhat patsienti ning aasta kaupa kümneid tuhandeid inimesi. Näitajad viitavad toimeainete püsivale kasutamisele ja arvestatava suurusega patsiendirühmale.

Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja ei piira ravimite väljakirjutamist ega ravi jätkamist, kuid muudab ravimite käitlemise ja väljastamise tingimused rangemaks. Muudatus ei too kaasa täiendavaid piiranguid patsiendi ravivõimalustele ega mõjuta ravimite hüvitamise tingimusi.

Eelnõu mõju sellele sihtrühmale seisneb peamiselt ravimite kasutamise ja väljastamise suuremas kontrollis, mille eesmärk on vähendada ravimite väärkasutust ja ebaseaduslikku levikut. Patsiendi jaoks on mõju hinnanguliselt väike ning avaldub harva, eelkõige ravimite väljastamise ja reisimisega seotud formaalsete nõuete täpsustumise kaudu.

IV nimekirja lisamisega kaasnevad patsientidele täiendavad halduslikud nõuded, sealhulgas piiriülese digiresepti alusel väljastamise ja ravimite posti teel edastamise piirang ning Schengeni riikides reisimisel Schengeni tunnistuse omamise kohustus. Muudatuse rakendamisel on oluline arvestada, et apteekide ravimivalik võib piirkonniti erineda ning vajalik on tagada, et patsientidel oleks nimetatud ravimitele juurdepääs kõikides Eesti piirkondades. Nimetatud nõuded on kooskõlas teiste IV nimekirja ravimitele kehtivate reeglitega ega piira ravi kättesaadavust meditsiinilisel näidustusel.

⁵⁶ Lõhmus L, Tamson M, Pertel T, Abel-Ollo K, Rüütel K. Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2023.

⁵⁷ Siseministerium. (2014). Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika. Valge raamat. Tallinn. [Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika](#).

⁵⁸ Prokuratuur. (2024). Tugevatoimelised uimastid. Prokuratuuri aastaraamat 2024. <https://aastaraamat.prokuratuur.ee/prokuratuuri-aastaraamat-2024/tugevatoimelised-uimastid>

⁵⁹ TAI. (2025). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel: ATC-N. [ATC-N: Närvisüsteem \(N-rühm; DPD/1000/ööpäevas\). PxWeb](#).

Ebasoovitavate mõjude risk patsientidele on väike, kuna muudatus ei piira ravi kättesaadavust ning arsti juhendamisel jätkuv ravi on tagatud. Kokkuvõttes on eelnõu mõju sellele sihtrühmale väike.

Mõju sihtrühm 3: tervishoiusektor

Eelnõu mõjutab tervishoiusektorit, eeskätt neurolooge, perearste ja psühhiaatreid, kes kirjutavad välja pregabaliini ja gabapentiini meditsiinilisel näidustusel. Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja ei kehtesta arstidele otseseid ravikeelde ega muuda kehtivaid ravijuhiseid, kuid toob kaasa ravimite väljakirjutamise ja kasutamise rangema regulatiivse raamistiku ning suurema järelevalve.

Muudatus eeldab arstidelt senisest põhjalikumalt näidustuse põhjendamist ja dokumenteerimist ning suuremat tähelepanu ravimite väärkasutuse riskide ennetamisele. See võib väljenduda ravimite väljakirjutamise korra suuremas läbipaistvuses ja järelevalveasutuste suuremas tähelepanus ravimite väljakirjutamisele.

Eelnõu mõju tervishoiusektorile on eelkõige töökorralduslik ning hinnanguliselt väike. Mõju on pigem püsiv kui sage, kuna see on seotud tavapärase retseptipraktikaga ega too kaasa olulist täiendavat halduskoormust. Muudatus ei piira patsientide ravijärjepidevust ega arsti kliinilist otsustusõigust, kuid tugevdab ravimite kasutamise vastutustundlikku väljastamist ja kasutamist.

Ebasoovitavate mõjude risk tervishoiuteenuse osutamisele on väike, kuna ravi jätkub arsti juhendamisel ning muudatus ei mõjuta ravimite kättesaadavust meditsiinilisel näidustusel. Kokkuvõttes on eelnõu mõju tervishoiusektorile väike ja proportsionaalne, toetades rahva tervise kaitset ja ravimite väärkasutuse ennetamist. Muudatus eeldab tervishoiutöötajatelt ka senisest teadlikumat patsiendi nõustamist ja jälgimist, sealhulgas vaimse seisundi ja võimaliku riskikäitumise hindamist, mis on kooskõlas kehtiva hea ravitava ja patsiendiohutuse põhimõtetega.

Muudatus eeldab tervishoiutöötajatelt senisest tähelepanelikumalt patsiendi nõustamist ja jälgimist, sealhulgas vaimse tervise seisundi ja võimaliku riskikäitumise hindamist, mis vastab tavapärasele ravipraktikale ja patsiendiohutuse põhimõtetele. Eelnõu toetab rahva tervise kaitset ja ravimite väärkasutuse ennetamist.

Ebasoovitavate mõjude risk tervishoiuteenuse osutamisele on väike, kuna ravi jätkub arsti juhendamisel ning muudatus ei piira ravimite kasutamist meditsiinilisel näidustusel.

Mõju sihtrühm 4: ravimite käitlejad ja apteegid

Eelnõu mõjutab ravimite käitlejaid ja apteeke, kes väljastavad pregabaliini ja gabapentiini retseptiravimitena. Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja toob kaasa rangema regulatsiooni ravimite käitlemisel ja väljastamisel ning suurema järelevalve.

Muudatus eeldab apteekidelt senisest täpsemat ravimite väljastamisega seotud nõuete järgimist, sealhulgas retseptide kontrollimist ja dokumenteerimist ning ravimite üleandmisega seotud protseduuride täpsustamist. Samuti suureneb vajadus pöörata tähelepanu võimalikele väärkasutuse riskidele ning teha koostööd järelevalveasutustega.

Uute ravimite lisamisel IV nimekirja suureneb nende ravimite hulk, mille puhul on Schengeni riikidesse reisimisel vajalik Schengeni tunnistus. Alates 1. septembrist 2024. aastast saavad apteegid ühe osapoolena välja anda ravimitest tulenevaid Schengeni tunnistusi.⁶⁰ See on suurendanud apteekide rolli patsientide nõustamises ja dokumendikontrollis. Kuna apteegid juba

⁶⁰ Ravimiamet. (2024). 1. septembrist saab ravimitega reisimiseks vajaliku Schengeni tunnistuse apteekidest. <https://www.ravimiamet.ee/uudised/1-septembrist-saab-ravimitega-reisimiseks-vajaliku-schengeni-tunnistuse-apteekidest>.

täidavad neid ülesandeid ning muudatus hõlmab vaid kahe ravimi lisamist IV nimekirja, ei too see kaasa olulist lisakoormust.

Eelnõu mõju ravimite käitlejatele ja apteekidele avaldub püsivalt tavapärase retseptiravimite käitlemise raames, sealhulgas patsientide nõustamises ja dokumentide kontrollis seoses ravimite kasutamisega Schengeni riikides. Muudatus ei too kaasa olulist täiendavat halduskoormust ega eelda apteekide töökorralduse sisulist muutmist.

Ebasoovitavate mõjude risk apteekidele on väike, kuna muudatus ei piira ravimite seaduslikku väljastamist ega mõjuta ravimite kättesaadavust patsientidele meditsiinilisel näidustusel. Kokkuvõttes aitab muudatus vähendada ravimite väärkasutamist, ilma et see tekitaks apteekidele ebamõistlikku lisakoormust.

Mõju sihtrühm 5: Ravimiamet

Eelnõu mõjutab Ravimiametit kui narkootiliste ja psühhotroopsete ainete reguleerimise ja järelevalve eest vastutavat asutust. Muudatus põhineb Ravimiameti ettepanekul, mis on tehtud seoses uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete leviku ning rahva tervise kaitse vajadusega. Seega ei kujuta eelnõu endast Ravimiametile uut ega täiendavat ülesannet, vaid on osa ameti tavapärasest regulatiivsest rollist.

Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjadesse eeldab Ravimiametilt olemasolevate nimekirjade ajakohastamist, juhendmaterjalide täpsustamist ja asjakohaste sihtrühmade teavitamist. Samuti võib muudatus nõuda järelevalve- ja aruandlusprotseduuride täiendamist ning koostöö jätkamist teiste järelevalveasutustega, sealhulgas PPA ja MTA-ga.

Eelnõu mõju Ravimiametile on peamiselt töökorralduslik ja hinnanguliselt väike. Muudatus jääb Ravimiameti seniste ülesannete ja pädevuse raamidesse ega too kaasa vajadust struktuursete muudatuste, täiendavate püsikulude või uute haldusfunktsioonide loomiseks. Vastupidi, muudatus toetab Ravimiameti senist tegevust narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tõhusamal kontrollimisel ning väärkasutuse ennetamisel.

Mõju sihtrühm 6: PPA ja MTA

Eelnõu mõjutab PPA-d ja MTA-d, kes vastutavad narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku käitlemise tõkestamise ja järelevalve eest. Muudatus täpsustab kehtivaid reegleid, tuues seni reguleerimata ained selge regulatsiooni alla, ning loob järelevalve- ja menetlustoimingute tegemiseks selgema aluse.

Muudatus võimaldab PPA-l ja MTA-l tõhusamalt reageerida narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseaduslikule käitlemisele, sealhulgas ainete tuvastamisele, konfiskeerimisele ning väärteo- ja kriminaalmenetluste läbiviimisele. Selgem regulatsioon toetab ka piiriülest koostööd ja teabevahetust, eelkõige seoses ainete sisse- ja väljaveo ning rahvusvahelise kaubanduse kontrolliga.

Eelnõu mõju PPA-le ja MTA-le on peamiselt töökorralduslik ning ebasoovitavate mõjude risk väike. Muudatus ei too kaasa uusi järelevalveülesandeid, vaid täpsustab olemasolevaid menetlusluseid ja parandab õigusselgust. Mõju avaldub püsivalt, kuid jääb asutuste tavapärase tegevusraamistiku piiresse ega eelda täiendavate struktuuride või püsikulude loomist. Kokkuvõttes tugevdab eelnõu õiguskaitseasutuste võimekust ennetada ja tõkestada ebaseaduslikku uimastikäivet ning toetab rahva tervise ja siseturvalisuse kaitset.

Muudatuste koondmõju ettevõtete ja/või kodanike halduskoormusele

Halduskoormus kodanikele tervikuna ei muutu.

Halduskoormus ettevõtetele tervikuna ei muutu.

Töökoormus avalikule sektorile tervikuna ei muutu.

5. Määruse rakendamisega seotud tegevused, vajalikud kulud ja määruse rakendamise eeldatavad tulud

Määruse rakendamine ei too kaasa täiendavaid tegevusi ega kulutusi.

6. Määruse jõustumine

Määrus jõustub üldises korras.

7. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Eelnõu esitatakse eelnõude infosüsteemi kaudu kooskõlastamiseks Siseministriumile, Majandus- ja Kommunikatsiooniministriumile, Haridus- ja Teadusministriumile, Justiits- ja Digiministriumile ja Välisministriumile ning arvamuse avaldamiseks Terviseametile, Tervise Arengu Instituudile, Ravimiametile, Eesti Ravimihulgimüüjate Liidule ja Eesti Kohtuekspertiisi Instituudile.