

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kohta

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on üks Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutusi. Asutus on rajatud 1993. aastal ja asub Lissabonis ning on keskseks igakülgse teabe allikaks uimastite ja uimastisõltuvuse kohta.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus kogub, analüüsib ja avaldab uimastite ja uimastisõltuvuse alast objektiivset, usaldusväärset ja võrreldavat teavet. Sellega annab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus avalikkusele tõenditel põhineva pildi narkoprobleemist Euroopas.

Keskuse trükised on esmaseks teabeallikaks mitmekesisele huviliste ringile, kaasa arvatud poliitikutele ja nende nõustajatele, uimastivastase võitluse valdkonnas töötavate spetsialistidele ja teadlastele ning üldisemalt kogu meediale ja avalikkusele.

Aastaruandes esitatakse Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse iga-aastane ülevaade narkomaania kui nähtuse kohta Euroopa Liidus ning see on heaks käsiraamatuks neile, kes otsivad uusimat teavet uimastiprobleemist Euroopas.





Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

AASTA ARUANNE
2007.

Õiguslik teade

Käesolev Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) väljaanne on autoriõigusega kaitstud. EMCDDA ei võta enesele vastutust ega kohustusi seoses käesolevas dokumendis sisalduvate andmete kasutamisest tulenevate tagajärgedega. Käesoleva väljaande sisu ei pruugi kajastada EMCDDA partnerite, ELi liikmesriikide või Euroopa Liidu või Euroopa ühenduste mis tahes institutsioonide või asutuste ametlikku seisukohta.

Euroopa Liidu kohta on Internetis saadaval rohkesti lisateavet. Teave on kättesaadav Euroopa serveri (<http://europa.eu>) kaudu.

Europe Direct on teenistus, mis aitab leida vastused
Euroopa Liitu puudutavatele küsimustele

Tasuta infotelefon (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Mõned telefonioperaatorid ei võimalda helistamist 00 800 numbritele või on need kõned tasulised.

Käesolev aruanne on saadaval bulgaaria, hispaania, tšehhi, taani, saksa, eesti, kreeka, inglise, prantsuse, itaalia, läti, leedu, ungari, hollandi, poola, portugali, rumeenia, slovaki, sloveeni, soome, rootsi, türgi ja norra keeles. Kõik tõlked on teinud Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskus.

Kataloogimisandmed on esitatud käesoleva väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2007

ISBN 978-92-9168-290-4

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2007

Reprodutseerimine on lubatud, kui viidatakse algallikale.

Printed in Belgium

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lissabon, Portugal
Tel: (+351) 218 113 000 • Faks: (+351) 218 131 711
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	9
Ülevaade – narkootikumid Euroopas	11
1. peatükk	
Poliitika ja õigusnormid	18
2. peatükk	
Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas	28
3. peatükk	
Kanep	37
4. peatükk	
Amfetamiinid, <i>ecstasy</i> ja LSD	48
5. peatükk	
Kokaiin ja <i>crack</i>-kokaiin	57
6. peatükk	
Opioidide tarbimine ja uimastite süstimine	63
7. peatükk	
Uued ja esilekerkivad suundumused uimastitarbimises ning uute uimastite suhtes võetavad meetmed	72
8. peatükk	
Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad	77
Kirjandus	89



Eessõna

Käesolev on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) 12. aastaaruanne. Nagu varasemateski aruannetes, anname selles tervikliku ajakohase ülevaate uimastitarbimise hetkeolukorrast Euroopas. Samuti tutvustame, millised on Euroopa saavutused uimastitarbimise seires metoodiliselt veatu, jätkusuutliku ja tervikliku teabesüsteemi rakendamisel.

Aruandes keskendume kahele põhiküsimusele. Mis on teada uimastitarbimisest Euroopas ja probleemidest, mida see põhjustab? Mida on saadud teada narkoprobleemidele tõhusa reageerimise kohta? Need küsimused on olulised seetõttu, et kogu Euroopa poliitikakujundajad, sõltumata poliitilistest veendumustest või ideoloogilisest seisukohast, on hakanud mõistma, et narkoprobleem on keerukas probleemide kogum, millel puudub lihtne lahendus. Nad mõistavad, et edasiliikumine seisneb nii probleemi ulatuse ja olemuse kohta olemasoleva tõendusmaterjali kui ka eri sekkumisviiside kulude ja kasuteguri analüüsimises. Selles suhtes näitab aruanne Euroopa pühendumust tasakaalustatud ja tõenduspõhisele poliitikakujundamisele ning pigem pidevale kestvale pingutusele kui kiirete lahenduste usaldamisele. Tänu sellele võib Euroopa tunda uhkust, et tema vastus sellele keerukale ning sageli emotsioonetekiavale probleemile on nii ratsionaalne kui ka inimlik.

Lisaks mõtiskleme aruandes selle üle, milliseid edusamme on tehtud Euroopa narkoprobleemiga tegelemises. Käesoleval aastal on see iseäranis asjakohane, sest üsna pea hakkame nii Euroopa kui ka rahvusvahelisel tasandil arutlema selle valdkonna saavutuste üle. Aastal 2008 alustab Euroopa Komisjon praeguse narkoennetuse tegevuskava mõjuhindamist ja ÜRO narkootikumide komisjon (CND) asub kaalutlema ÜRO Peaassamblee 1998. aasta eriistungil seatud eesmärkide saavutamise edusamme.

Euroopas on uimastitarbimise olukord endiselt tõsine väljakutse nii tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikale kui ka õiguskaitsele. Erilist muret tekitavaid alasid ei ole keeruline

leida. Sellegipoolest oleme veendunud, et sama oluline on tunnustada juba tehtud edusamme. Üha enam Euroopa Liidu liikmesriike koostab narkoprobleemi lahendamiseks strateegiaid ja teeb plaane. Samuti on jõuliselt suurendatud investeeringuid ennetus-, ravi- ja kahju vähendamise tegevusse ning koostöö parandamise ja pööratud rohkem tähelepanu uimastipakkumise vähendamisele. Üldine uimastitarbimine püsib endiselt ajaloolisel kõrgtasemel, kuid enamikus piirkondades on see stabiliseerunud ja mõnes piirkonnas võib täheldada isegi ettevaatlikku optimismi tekitavaid märke. Euroopa Liit ja selle liikmesriigid toetavad märkimisväärselt rahvusvahelisi programme ja ülemaailmses kontekstis on rõõm tõdeda, et mitmes olulises valdkonnas näib Euroopa olukord suhteliselt positiivne.

Meie kui seirekeskus tegeleme arvude ja faktidega – oleme võtnud endale kohustuse olla teaduslikult täpsed ja erapooletud ning tõlgendada olemasolevat teavet ilma eelarvamuste ja ennatlike seisukohtadeta. Selline on meie ülesanne ning haldusnõukogu esimehena ja direktorina ei tunnista me selles seisukohas kompromisse ning tunneme uhkust nende kõrgete nõuete üle, mida me alal hoiame. Kuigi meie töös on teaduslik täpsus hädavajalik, ei tohi me aga hetkekski unustada, et nende arvude taga on lihast ja luust inimesed, kelle elu narkoprobleemid on mõjutanud ja mõnikord ka hävitanud. Ravinõudluse, narkosurmade ja kriminaalse käitumise kuiva statistika taga on leinavad perekonnad, kaotatud potentsiaal ja ebatavalises inimkeskkonnas üles kasvavad lapsed. Narkoprobleemile tõhusate vastumeetmete väljaarendamine nõuab meilt kiretust meie andmete suhtes, kuid me ei tohi iialgi muutuda kiretuks kõnealuse teema suhtes.

Marcel Reimen

EMCDDA haldusnõukogu esimees

Wolfgang Götz

EMCDDA direktor



Tänuavaldus

EMCDDA tänab käesoleva aruande koostamisel osutatud abi eest:

- Reitoxi riikide teabekeskuste juhte ja töötajaid;
- käesoleva aruande jaoks lähtematerjali kogunud teenistusi kõigis liikmesriikides;
- EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmeid;
- Euroopa Parlamenti, Euroopa Liidu Nõukogu, eelkõige selle horisontaalset narkootikumide töörühma, ja Euroopa Komisjoni;
- Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskust (ECDC), Euroopa Ravimiametit (EMA) ja Europoli;
- Euroopa Nõukogu Pompidou gruppi, ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Bürood, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbürood, Interpoli, Maailma Tolliorganisatsiooni, projekti ESPAD, Alkoholi ja muude sõltuvustekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN) ning AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskust (EuroHIV);
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitust;
- Prepress Projects Ltd.

Reitoxi riikide teabekeskused

Reitox (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies) on narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrk. Reitox koosneb liikmesriikide, Norra, kandidaatriikide ja Euroopa Komisjoni teabekeskustest. Teabekeskused on valitsuse vastutusalas tegutsevad riiklikud asutused, mis pakuvad EMCDDA-le uimastialast teavet.

Riikide teabekeskuste kontaktandmed on esitatud aadressil: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriikide ja Norra (osaleb seirekeskuse töös alates 2001. aastast) riiklike aruannetena. Aastaaruandes on kasutatud 2005. aasta (või viimase aasta, mille kohta andmed olid kättesaadavad) statistilisi andmeid. Aastaaruande graafikud ja tabelid võivad kajastada Euroopa Liidu liikmesriikide andmeid valikuliselt: valik on tehtud riikidest, mille kohta andmed uuritavast ajavahemikust olid olemas.

Aastaaruande elektrooniline versioon on 23 keeles saadaval aadressil <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

2007. aasta statistikabülletään (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) sisaldab kõiki statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabeleid. Selles on täpsustatud ka kasutatud metoodika üksikasjad ja lisatud üle saja statistilise graafiku.

Riikide iseloomustused (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) sisaldavad iga riigi kohta kvaliteetset graafilist kokkuvõtet uimastialasest olukorrast.

Aruandele on lisatud kolm põhjalikku ülevaadet järgmistel teemadel:

- uimastid ja sõidukijuhtimine;
- uimastitarbimine alaealiste hulgas;
- kokaiin ja crack-kokaiin: kasvav rahvatervise probleem.

Valikteemad on trükise ja elektroonilise variandina (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) kättesaadavad ainult inglise keeles.

Reitoxi riikide teabekeskuste aruannetes sisaldub põhjalik ülevaade ja analüüs uimastiprobleemidest igas riigis ning need aruanded on kättesaadavad EMCDDA koduleheküljel (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Ülevaade – narkootikumid Euroopas

Euroopa tähtsus narkoprobleemide lahendamiseks võetavate ülemaailmsete meetmete toetamisel kasvab jätkuvalt

Riigi- ja geograafilistest piiridest ei pea kinni ei narkootikumide tarbimise suundumused ega narkootikumide tootmise ning kaubitsemisega seotud isikud. Seetõttu on oluline tunnistada, et Euroopa narkoprobleem on osa laiemast ülemaailmsest nähtusest – probleemid mujal mõjutavad Euroopa uimastitarbimise suundumusi ning vastupidi. Seda tunnistatakse praeguses ELi narkootikumidealases tegevuskavas, milles pööratakse tähelepanu vajadusele suurendada rahvusvaheliste suhete kooskõlastatust Euroopa tasandil ning toetada programme, mis on suunatud narkootikumide nõudlusele ning pakkumisele naaberriikides ja tootjariikides. Euroopa investeerib rahvusvaheliste meetmete toetamisse praegu märkimisväärselt – Euroopa Komisjoni hiljutisest auditist selgus, et Euroopa Ühendus rahastab narkootikumide nõudluse ja pakkumise vähendamise meetmeid kolmandates riikides vähemalt 750 miljoni euro ulatuses. Veelgi enam, EL on nüüd ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastase võitluse ameti (UNODC) tegevuse peamine rahvusvaheline toetaja.

Lisaks rahalisele toetusele on tõendeid ka selle kohta, et Euroopa riigid suhtuvad tõsiselt oma rahvusvahelisel tasandil võetud kohustusse leida narkoprobleemidele asjakohaseid vastumeetmeid. Aastal 2008 hindab rahvusvaheline üldsus ülemaailmset arengut seoses nende eesmärkidega, mis püstitati võitlusele maailma narkoprobleemiga pühendatud ÜRO eriuuringil 1998. aastal. Selleks et täiendada rahvusvahelisel tasandil kättesaadavat teavet, toetab EMCDDA hindamisprotsessi, andes Euroopa olukorrale üksikasjalikuma hinnangu. Nagu ilmneb käesolevas aruandes esitatud andmetest, on ELi liikmesriigid viimase kümne aasta jooksul välja töötanud üha terviklikumaid riikliku ja ELi tasandi koordineerimismehhanisme, mis tavaliselt põhinevad strateegiatel ja tegevuskavadel. Lisaks sellele on nad märkimisväärselt parandanud uimastiolukorra kohta kättesaadavat teavet ning suurendanud investeeringuid nii nõudluse kui ka pakkumisega seotud sekkumismeetmetesse. Kuigi tuleb tunnistada, et narkootikumide tarbimine kujutab endast jätkuvalt peamist väljakutset Euroopa tervise- ja sotsiaalpoliitikale, on tähtis tunnustada ka nimetatud positiivseid arenguid.

Euroopa ülemaailmses kontekstis

Narkootikumide tarbimine on ülemaailmne probleem ning Euroopa narkoprobleemi suhtelisest suurusest võib aimu saada, kui võrrelda Euroopa andmeid teiste riikide andmetega. Olukorra muudab keeruliseks asjaolu, et terviklikku ja kaalukat teavet on vaid üksikute maailmaosade kohta. USA, Kanada ja Austraalia teabest saab olulisi võrdluspunkte uimastitarbimise levimuse kohta viimase aasta jooksul. UNODC hinnangul on opioidide tarbimise levimus nimetatud riikides üldjoontes sarnane Euroopa Liidu omaga – 0,4–0,6%, olles Kanadas veidi madalam ja USAs veidi kõrgem. Hinnanguline kanepitarbimine on Euroopa Liidus keskmiselt oluliselt madalam kui USAs, Kanadas või Austraalias. Ergutitest on ecstasy tarbimise tase ülemaailmselt üldjoontes sarnane, kuigi Austraalia on teatanud kõrgest levimusest, ning amfetamiini levimus on Euroopa ja Kanadaga võrreldes kõrgem Austraalias ja USAs. Kokaiinitarbimise levimus on kõrgem USAs ja Kanadas, võrreldes Euroopa Liidu ja Austraaliaga. Võrdlusandmete puudumine teeb keeruliseks uimastitarbimise tervisemõjude hindamise riikide lõikes, kuigi narkootikumide süstimisega seostatavate uute HIV-nakkuse juhtude hinnanguliste tasemete ettevaatlik võrdlus 2005. aastal näitab, et Austraalias, Kanadas ja Euroopa Liidus on miljoni inimese kohta hinnanguliselt alla 10 HIV juhu ning USAs ligi 36 juhtu.

Keerukuse kvantifitseerimine on tõhusate sihtide seadmine ja kasulike kokkuvõtmismeetmete väljatöötamine

Kõikide Euroopa narkootikumidealaste strateegiate eesmärk on vähendada narkootikumide tarbimist ning narkootikumide tõttu tekkivat kahju nii nende tarbijatele kui ka kogukondadele, kus nad elavad. Nimetatud poliitilist eesmärki on lihtne sõnastada, kuid on oluline tunnistada, et narkootikumide tarbimine on paljutahuline ja keerukas nähtus ning katsed kõnealuse valdkonna poliitika mõju hinnata peavad peegeldama seda varjatud reaalsust. Käesoleva aruande üks positiivseid järeldusi on, et Euroopa narkopoliitikas teadvustatakse üha enam vajadust keskenduda konkreetsetele meetmetele ja seada tõhusaid sihte. Seda peegeldab üldine suundumus Euroopas lisada riiklikele narkootikumidealastele strateegiatele konkreetsemaid ja ajaliselt piiratud tegevuskavasid ning

see, et Euroopa tasandil vaadatakse narkootikumidealane tegevuskava igal aastal läbi ning selle käigus kas eemaldatakse või muudetakse asjaomaseid näitajaid vastavalt nende tõhususele.

Keskendunum lähenemine on meetmete hindamisel ilmselt abiks. Samas tulevad kasuks ka kokkuvõtmismeetmed, mis võimaldaksid keerukaid teemasid lihtsamalt kirjeldada. Kuigi selliste skaalade ja meetmete väljatöötamine on keeruline, annavad selles valdkonnas lootust mõned hiljutised arengud. Käesolevas aruandes esitatakse narkootikumidega seotud kulutuste Euroopa andmete uus analüüs. Kuigi andmed on osalised, osutavad nad selgelt märkimisväärsele hulga rahale, mida Euroopas igal aastal narkootikumide nõudluse ja pakkumise vähendamiseks kulutatakse: hinnanguliselt 13–36 miljardit eurot. Lisaks tuleks meeles pidada, et nimetatud arvud ei hõlma narkootikumide tarbimisega seotud sotsiaalseid kulutusi.

Edusammude hulgas, mis võivad siin abiks olla, on indekse väljatöötamine, mille eesmärk on peegeldada ebaseaduslike narkootikumide tarbimisest tulenevaid kulutusi ja kahju, nagu näiteks Ühendkuningriigis hiljuti väljatöötatud uimastikahju indeks. Kahjunäitaja lisati ka UNODC hiljuti esitatud ebaseaduslike narkootikumide indeksi kontseptsiooni. Sellised lähenemised võivad osutada edaspidi kasulikeks poliitika analüüsimisel, kuid sõltuvad nende andmete kvaliteedist, millel üldmeede põhineb, ning samuti sellest, kuivõrd andmed suudavad hõlmata eesmärgiks seatud ideed.

Kahju vähendamine on nüüd Euroopa lähenemise otsene osa

Euroopa riikide narkoprobleemide iseloomus ja ulatuses ning samuti probleemide lahendamise ulatuses ja vormis esineb jätkuvalt olulisi erinevusi. Sellest hoolimata on märkimisväärne üksmeel põhiküsimustes – narkopoliitika peab olema tasakaalustatud, terviklik ja põhinema faktidel. Nõudluse vähendamise valdkonnas tunnustavad kõik ennetustegevuse, ravi ja sotsiaalse rehabilitatsiooni meetmete vajadust. Kahju vähendamise teema on aga minevikus olnud vastuolulisem. Samas on see olukord muutumas ning tundub, et kahju vähendamisest osana nõudluse vähendamise terviku meetmetest on saanud Euroopa lähenemise otsene osa. See ilmneb asjaolust, et nii opioidide asendusravi kui ka nõela- ja süstlavahetusprogrammid on tänapäeval kasutusel peaaegu kõigis ELi liikmesriikides, kuigi teenuste osutamise tase on märkimisväärselt erinev. Euroopa Komisjoni hiljutisest aruandest selgub, et liikmesriigid on saanud innustust kahju vähendamise meetmete väljatöötamiseks ning laiendamiseks nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovituselt.

Vanglates on teenused uimastitarbijatele jätkuvalt vähearenenud

Nõukogu soovitus rakendamise arenguülevaates tehti oluline järeldus, et hoolimata teistes valdkondades tehtud edusammudest, on vanglates osutatavad teenused tavaliselt halvasti arendatud. Kuigi mõni liikmesriik on võtnud vastu kavasid seaduserikkujate ravile suunamise kohta kriminaalkaristuse kohaldamise asemel, moodustavad peaaegu kõikides riikides narkoprobleemidega isikud jätkuvalt märkimisväärse osa kinnipeetavatest. EMCDDA teeb praegu koostööd Maailma Terviseorganisatsiooniga (WHO) kinnipeetavate tervisenäitajate andmebaasi loomiseks. Üldpõhimõtet, mille kohaselt kinnipidamisasutustes viibivatele isikutele peaksid olema kättesaadavad ülejäänud kogukonnaga samad ravivõimalused, ei ole paljudes valdkondades rakendatud. Paljudel isikutel on narkoprobleemid juba vanglasse tulles ning uuringud näitavad, et uimastitarbimine jätkub sageli vanglas viibimise ajal. Vanglas viibivatele uimastitarbijatele osutatavate teenuste puudumine tõstatab tõsise mure seoses sellega, et seetõttu mitte üksnes ei kaotata võimalust ära hoida tulevikus toimuvat uimastitarbimist ja seaduserikkumist, vaid teenuste puudumine vanglates võib takistada ka muudel elualadel saavutatavat tervisekasu.

Hea tava kindlaksmääramine ja jagamine

Üha enam keskendutakse igasugustel nõudluse vähendamise meetmete aruteludel sellele, kuidas teha kindlaks sekkumismeetmeid, mis on osutunud tõhusaks ning mis ei tooks kaasa ebasoovitavaid tagajärgi. Iga sekkumise puhul on võimalus, et ettevõtmine väära tegutsemise korral ebaõnnestub või võib isegi vastupidist mõju avaldada, ning käesoleva töö teises osas keskendutakse hea tava ja kvaliteedikontrolli meetmete kindlakstegemisele. EMCDDA uues määruses rõhutatakse hea tava kindlaksmääramise ja jagamise tähtsust. Põhiprobleemiks on siin päriselu tingimused nõudluse vähendamise sekkumismeetmete kohaldamisel. Usaldusväärseid kontrollitud uuringuid, mis on standardiks enamikule arstiabile, on tihtipeale keeruline kavandada või lihtsalt võimatu teostada. Tõestusmaterjali hindamise keerukust ning kvaliteedikontrolli standardeid käsitletakse käesoleva aruande 2. peatükis.

Kanepi populaarsuse tipp võib olla saavutatud, sest kasvab rahvatervise teemade teadvustamine

Kanep on Euroopa kõige sagedamini tarvitatav ebaseaduslik uimasti, kuna kõigist täiskasvanuist peaaegu veerand on kanepit mingil eluperioodil proovinud ning üks

Lühiülevaade – uimastitarbimise hinnangud Euroopas

(Juhime tähelepanu asjaolule, et kõnealused hinnangud käsitlevad täiskasvanud elanikkonda ning põhinevad kõige uuematel olemasolevatel andmetel. Täielike andmete ja metoodiliste märkuste kohta vt 2007. aasta statistikabülletääni.)

Kanep

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 70 miljonit ehk iga viies täisealine eurooplane

Tarbimine viimase aasta jooksul: umbes 23 miljonit täisealist eurooplast ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: üle 13 miljoni eurooplase

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimise osas: 1,0–11,2%

Kokaiin

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 12 miljonit ehk umbes 4% täisealistest eurooplastest

Tarbimine viimase aasta jooksul: 4,5 miljonit täisealist eurooplast ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: umbes 2 miljonit

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimise osas: 0,1–3%

Ecstasy

Elu jooksul tarbimise levimus: umbes 9,5 miljonit täisealist eurooplast ehk 3% täisealistest eurooplastest

Tarbimine viimase aasta jooksul: 3 miljonit ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: üle 1 miljoni

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimise osas: 0,2–3,5%

Amfetamiinid

Elu jooksul tarbimise levimus: ligi 11 miljonit ehk umbes 3,5% täisealistest eurooplastest

Tarbimine viimase aasta jooksul: 2 miljonit ehk üks viiendik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: alla 1 miljoni

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimise osas: 0,0–1,3%

Opioidid

Probleemne opioidide tarbimine: vahemikus üks kuni kaheksa juhtumit 1000 täisealise elaniku kohta (15–64aastased)

Üle 7500 uimastite põhjustatud äkksurma, millest umbes 70% puhul leiti opioide (2004. a andmed).

Põhiline uimasti umbes 50% uimastiravi taotluste puhul

2005. aastal sai asendusravi üle 585 000 opioiditarbija

isikute uimastitarbimine võib olla eraldi probleem ning seda teemat käsitletakse üksikasjalikult alaealiste uimastitarbimist käsitlevas eriväljaandes. Oluline on mõista seda, millised mõjud kaasnevad kanepitarbimisega noorte seas, ning seda, mis võiks olla asjakohane vastumeede ning see on üks komplekssetest probleemidest, millega kanepitarvitamise kõrge levimus Euroopa rahvatervise ja uimastite kontrolli poliitikat tegelema sunnib.

Euroopa poliitikas on üldiselt väikestes kogustes kanepi omamise ja tarvitamise kriminaalõiguslikest meetmetest vabastamise asemel keskendunud rohkem ennetus- ja ravimeetoditele. Sellest hoolimata kasvas ajavahemikul 2000–2005 kanepiga seotud registreeritud seaduserikkumiste hulk märkimisväärselt (36%) ning enamikus riikides on kanep kõige tõenäolisemalt seotud uimastite tarbimise või omamisega seotud süüdistustega. Olukord võib muutuda, kuna suurem osa riike on juba teatanud kanepiga seotud registreeritud seaduserikkumiste hulga vähenemisest, mis osutab ehk sellele, et õiguskaitseorganid ei ole enam keskendunud kanepitarvitamise tõkestamisele.

Hoolimata arvestatavast üldsuse ja meedia arutelust sel teemal, on keeruline näha otsest või lihtsat seost õiguskaitsemeetmete ja kanepitarbimise levimuse vahel. Kuigi ajastuse ja skaala osas esines riikide lõikes erinevusi, kasvas kanepitarbimine Euroopas märkimisväärselt 1990. aastatel, millele järgnes stabiilsem, kuid üldjoontes siiski kasvava suundumusega periood pärast 2000. aastat. See on Euroopa jaoks kaasa toonud minevikuga võrreldes püsivama olukorra. Lisaks osutavad hiljutised andmed sellele, et eriti kõrge levimusega riikides on kanepitarbimine jõudnud stabiilsemasse faasi või on isegi vähenemas. Kuigi andmeid on jätkuvalt suhteliselt vähe, on mõningaid tõendeid selle kohta, et kanepi populaarsus nooremates vanuserühmades on teatud riikides kahanemas. Samas kui riiklikud suundumused üldiselt varieeruvad, võib tasapisi olla optimistlikult häälestatud – kanepitarbimise kasv alates 1990. aastatest võib olla oma haripunkti saavutanud.

Kui Euroopal seisab ees stabiilsem kanepitarbimise periood, siis on ka selge, et praegune tase on ajalooliste standardite kohaselt väga kõrge, ning kuigi vaid võrdlemisi väike osa kanepitarbijatest kasutab uimastit regulaarselt ja intensiivselt, on tarbijaid siiski väga palju. Teaduslike tõendite ja kliiniliste katsete täiendav kogu võimaldab nüüd paremini mõista kanepiga seotud probleemidega inimeste vajadusi, kuigi jätkuvalt on ebaselge, kui võrd tekib kanepitarbijatel üldiselt uimastiprobleeme. EMCDDA kogutud raviandmed näitavad, et uute kanepitarbimisega seotud registreeritud ravitaotluste

neljateistkümnest on seda tarbinud viimase aasta jooksul. Samas on kanep kogu elanikkonnaga võrreldes vaieldamatult kõige sagedamini tarvitatav ebaseaduslik uimasti ka noorte ja laste seas. Nii füüsiliselt kui ka sotsiaalselt alles arenevate

arv on võrreldes 1999. aastaga peaaegu kolmekordistunud, kuigi nüüd tundub see suundumus stabiliseeruvat. Kõnealuse suundumuse tõlgendamine on keeruline mitmel põhjusel, sealhulgas kuna kanepitarbimise probleemi teadvustatakse rohkem ning suurenenud on asjaomaste teenuste pakkumine ning kuna märkimisväärne osa taotlustest on esitatud kas kohtute või sotsiaalasutuste suunamisel. Samuti näib, et raviasutustega kokkupuutuvate kanepitarbijate vajadused on erinevad, nagu ka pakutavad ravivõimalused – ulatudes lühiajalistest ja ennetamisele suunatud sekkumismeetmetest ametlikumate ravimeetoditeni.

Euroopa kanepitarbimise olukorra muudavad keerulisemaks ka turutegurid ning seda probleemi süvendab usaldusväärsete andmete puudumine eri kanepitoodete osakaalu ja kättesaadavuse kohta ELis. Euroopa on jätkuvalt peamine ülemaailmne turg kanepivaigu jaoks, mida toodetakse põhiliselt Põhja-Aafrikas. Euroopas on kättesaadav ka kanepiürt, kuid konfiskeeritud kanepivaigu maht ületab kanepiürdi mahtu üle kümne korra. Praegune olukord võib siiski muutuda: kanepivaigu konfiskeerimiste arv vähenes veidi 2005. aastal, samas kui kanepiürdi konfiskeerimiste arv tõuseb jätkuvalt, nagu ka kanepitaime konfiskeerimiste arv. Pooled Euroopa riigid teatasid 2005. aastal kodustes tingimustes toimuvast kanepitootmisest. Mõni kodustes tingimustes toodetud kanepiliik võib olla suhteliselt tugevatoimeline ning selline tootmine mõjutab ka uimastite kontrollimeetmeid.

Euroopa uimastite, rahvatervise ja sotsiaalpoliitika jaoks on kanepitarbimine keerukas probleemiering. Üheks positiivseks arenguks on see, et liikmesriigid on hakanud paremini mõistma kõnealuse uimasti laialdase tarbimise mõjusid, arutelu on muutunud konkreetsemaks ning probleemi ala- või ületähtsustamist esineb vähem.

Kokaiini tarbimine on hinnangute järgi taas kasvamas

Käesolevas aruandes on esitatud EMCDDA parandatud hinnangulised andmed kokaiinitarbimise kohta – viimase aasta jooksul seda narkootikumi tarvitanud eurooplaste arv on võrreldes 2006. aasta aruandes ära toodud 3,5 miljoniga 4,5 miljonit. Samuti seavad eelmisel aastal esitatud üldpildi küsimärgi alla uued andmed, mis viitavad tarbimise üldisele kasvule. Uued andmed kinnitavad, et kokaiin on tarbitavuselt teine ebaseaduslik narkootikum Euroopas, järgnedes kanepile ning edestades kõigi näitajate poolest nii *ecstasy* kui ka amfetamiini. Hinnanguliste andmete kohaselt on viimase kuu jooksul tarbimine kokaiini puhul nüüd peaaegu kaks korda suurem kui *ecstasy* puhul. Kuigi hiljutised

kasvusuundumused tähendavad, et praegu teatab rohkem riike märkimisväärsest kokaiini tarbivast elanikkonna osast, on riikidevahelised erinevused jätkuvalt suured, kusjuures enamik Ida-Euroopa riike teatab madalast kokaiinitarbimisest.

Kokaiinitarbimise levimuse kasvust teatatakse ka Hispaania ja Ühendkuningriigi, Euroopa kahe kõige kõrgema levimusega riigi kohta kättesaadavates uutes andmetes, kuigi neis riikides ei ole levimuse kasv oluline. Mõlemas riigis on viimase aasta jooksul tarbimise levimus noorte täiskasvanute seas sarnane või kõrgem USA näitajast. On murettekitav, et mõlemas riigis on kokaiinitarbimine noorte seas suhteliselt sagedane (hinnanguliselt 4–6% 15–16aastaste seas). Hispaania analüüs osutab, et hiljutine tõus tuleneb 15–24aastaste vanuserühma tarbimisest. On oluline märkida, et tõsise kokaiiniprobleemiga inimesi on hinnanguliselt oluliselt vähem. Kuigi andmed probleemse kokaiinitarbimise kohta on kättesaadavad üksnes kolme riigi kohta (Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik), ulatuvad näitajad täiskasvanud elanikkonna seas 0,3%-st kuni 0,6%-ni. *Crack*-kokaiini tarbimine on Euroopas endiselt haruldane, kuid ilmnemisel põhjustab see tõsiseid kohalikke probleeme.

Teised näitajad peegeldavad samuti kasvusuundumust, kinnitades kokaiini kasvavat tähtsust Euroopa narkoprobleemis. Suurenenud on nii konfiskeerimiste kogused kui ka hulk, mis peegeldab ehk Euroopa turgu kui tähtsat sihtmärki, aga võib-olla ka tugevnenud tõkestusmeetmeid. Euroopas kohaldatakse üha enam koordineeritud meetmeid kokaiiniga kaubitsemise vastu ning kavandatakse valitsustevahelise rakkerühma loomist Portugali, mis on sobiv koht, arvestades riigi üha tähtsat rolli kokaiini keelustamises. Kuigi rekordilised kinnipidamised ei näi olevat mõjutanud jätkuvalt langevaid hindasid, võivad need siiski mõjutada aine puhtust.

Käesoleva ajani on kokaiinitarbimise kasv avaldanud piiratud mõju tervisele seotud näitajatele, kuid see ei pruugi nii jääda. Igal aastal teatatakse Euroopas hinnanguliselt 400 kokaiiniga seotud surmajuhtumist ning arvatakse, et südame-veresoonkonna haigustega seotud surmad, milles kokaiin on mänginud raskendavat rolli, võivad enamjaolt jääda märkamatuks. Kokaiiniprobleemidega seotud ravitaotlused on sagenenud. Aastal 2005 oli kokaiin esmane narkootikum hinnanguliselt 13% ravi taotlenud klientide hulgas ning isegi kõrgema osakaaluga nende hulgas, kes sattusid ravile esimest korda (22%). Uute ravitaotluste arv on viimase viie aasta jooksul laias laastus kolmekordistunud ning ulatub praegu üle 33 000. Kokaiini nimetati ravile pöördumise teise põhjusena umbes 15% juhtudest ning

kasvab teadlikkus selle kohta, et teatud riikides raskendab samaaegne kokaiinitarbimine opioidisõltuvuse ravi. Samas on kokaiiniga seotud ravitaotlusi üldjoontes vähem kui kanepi puhul ning oluliselt vähem kui opioidide puhul.

HIVi üldine hinnang positiivne, kuid uued nakkusjuhud rõhutavad jõupingutuste jätkamise vajadust

1990. aastate laialdane HIVi epideemia või epideemiaoht süstivate narkomaanide hulgas ajendas nimetatud rühmale teenuste arendamist. Teenuste laiendamisega on suudetud suurel määral vältida sellist HIVi epideemiat nagu on Euroopas varem esinenud, kuigi mõnes riigis, nimelt Balti riikides, on ilmnenud kohalikke probleeme, ning mõnes riigis, kus on varem epideemiaid esinenud, on HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas jätkuvalt kõrge. Üldiselt, samas kui uimastite süstimise osa HIVi nakatumise viisina on vähenenud, hindab EMCDDA, et 2005. aastal nakatus ligikaudu 3500 inimest Euroopa Liidus süstimise tagajärjel. Nimetatud näitaja võib olla ajalooliste standarditega võrreldes madal, kuid kujutab endast jätkuvalt olulist rahvatervise probleemi.

Uusimate andmete analüüs näitab, et enamikus riikides on süstimisega seotud uued nakkusjuhud harvad ning enamikus ELi piirkondades langes HIVi levimus süstivate narkomaanide seas aastatel 2001–2005. Selle tulemusel vähenes tõenäoliselt süstimise teel nakatunute arv eriti kõrge levimusega piirkondades. Olukord Eestis, Lätis ja Leedus on endiselt murettekitav, kuid kõige uuemad andmed osutavad uute nakkusjuhtude suhtelisele langusele.

Käesoleva hinnangu vastu räägib asjaolu, et mõne olulise valdkonna andmed on kehvad ning et viimase viie aasta ajaliste suundumuste kohta koostatud uuringutes on ligikaudu kolmandikus riikides täheldatud kasvu teatud valdkondades või valimites. Lisaks tuleb mõnes riigis muret tunda kas selle üle, et uusi nakkusi on suhteliselt palju, või selle üle, et levimus on hiljuti vähesel määral kasvanud, kuigi üldine tase on jätkuvalt madal. Lähimineviku näited selle kohta, kuivõrd kiiresti võivad HIVi probleemid haavatava elanikkonna seas levida, juhvivad tähelepanu vajadusele jätkata riskirühmade kaasamiseks teenuste suunamist ja arendamist.

Afganistan – kas alternatiivne areng võib mõju avaldada?

Üldiselt stabiilse või paraneva heroini-alase olukorra jätkumise Euroopas võib kahtluse alla seada oopiumitootmise kasv Afganistanis. 2006. aasta hinnangud näitavad, et haritava maa-ala olulise suurenemise tulemusena kasvas tootmine 43%.

Opioidide konfiskeerimise ja demonteeritud laboratooriumide põhjal näib, et Afganistanis toodetud oopium töödeldakse enne eksportimist üha rohkem juba kohapeal morfiiniks ja heroiiniks (CND, 2007). Heroiin tuuakse seejärel Euroopasse mööda kahte olulist kaubateed: vanal Balkani marsruudil, mis on ikka veel kõige olulisem heroini ebaseadusliku kaubanduse seisukohalt, ning mööda uuemat „siiditeed“ (vt 6. peatükki).

Piirkondlikud erinevused Afganistanis osutavad võimalusele, et majanduskasv võib vähendada unimaguna kasvatamist, kuid näitavad ka, kuidas seda suundumust võivad takistada poliitilise julgeoleku puudumine, korruptsioon ja infrastruktuuriprobleemid. Kasvatamise vähendamist on võimalik saavutada kiiresti, kuid niisama kiiresti võib olukord muutuda vastupidiseks. Näiteks riigi idaosas asuvas Nangarhari provintsis langes unimaguna kasvatamise tase aastatel 2004/2005 96%, kuid sarnaselt teiste piirkondadega on see nüüdseks taas tõusnud endisele tasemele, osaliselt majanduslike vajaduste tõttu tihedalt asustatud piirkondades, kus ei suudetud mitmekesisstada sissetulekuvõimalusi üleminekuga muude kõrge väärtusega põllumajanduslike kasvatamisele või mittepõllumajanduslikele tegevusele (Mansfield, isiklik teade ja 2007).

Eelnevale vastupidiselt püsib riigi idaosa muudes piirkondades kasvatamise määr ilmselt endiselt tühisena ning isegi lõunaprovintsid Kandaharis ja Helmandis võib provintsikeskuse läheduses asuvatel maa-aladel oodata kasvatamise vähenemist. Seda toetavad antud juhul parem valitsusepoolne kontroll ja põllumajandustootmise mitmekesisemaks muutumine – tegurid, mis on aidanud välja kujundada suhteliselt kõrge väärtusega põllukultuuride kasvatamist koos transpordi ning turustuse infrastruktuuride loomisega. Riigi põhja- ja kirdeosas on palgataseme kasv ja oopiumihinna langus unimaguna istutamist mitte ainult välja tõrjunud, vaid osa kõrge väärtusega kõõgilju toob lausa rohkem tulu kui unimagun. Kõnealustes piirkondades toetasid põllukultuuride mitmekesistamist uimastivastased jõupingutused ja suurem valitsuse sekkumine, tuues kaasa üldise mõistmise, et oopiumi keelustamise meetmeid ka rakendatakse.

Tööjõukulude kasv ja langevad hinnad tähendavad nüüd, et unimagunast saadav tulu ei ole ülekaalukalt suur ning mõnes piirkonnas võib kõrgemaid sissetulekuid saada ka teistest toodetest, eriti seal, kus on võimalikud ka mittepõllumajanduslikud sissetulekud. Kõnealused legaalsed sissetulekuvõimalused ei ole aga kõigile kättesaadavad ning paljudes piirkondades piiravad põllumajandustootjate võimalusi kõrged transpordikulud, halvas olukorras teed ja turvalisuse puudumisest tingitud probleemid. Seal vähendavad korruptsioon ja ebakindlus võimalusi legaalsete toodetega kauplemiseks ning ohustavad majanduskasvu ja põllumajanduskultuuride mitmekesistamise alaseid pingutusi, seda isegi provintsikeskustele suhteliselt lähedal asuvates piirkondades.

C-hepatiit on endiselt Euroopa varjatud epideemia

EMCDDA andmetel võib HIVi olla nakatunud vähemalt 200 000 eurooplast, kes on olnud või on uimastisüstijad. Kuigi üldsuse teadlikkus süstimisega kaasnevast HIVi nakatumise riskist on hea, tuleb meeles pidada, et samal ajal kannab hinnanguliselt 1 miljonit endist süstijat C-hepatiidi viirust, sealhulgas paljud, kes uimasteid enam ei tarvita.

C-hepatiit võib põhjustada tõsiseid terviseprobleeme, sealhulgas vähki ja surma, ning nakatunud inimeste vajaduste rahuldamine avaldab tõenäoliselt üha tugevamat survet tervishoiueelarvetele. C-hepatiidi levimus on kogu Euroopas kõrge süstiva elanikkonna hulgas ning uuringud näitavad, et noored süstijad saavad kõnealuse nakkuse endiselt uimastitarbimise algstaadiumis, mis omakorda vähendab võimalusi sekkuda. Erinevalt B-hepatiidist, mille osas sekkumine näib olevat tulemuslik, ei näita C-hepatiidi andmed selget suundumust, kuigi erinevused riikide lõikes võivad anda juhtlõnga kõnealuses valdkonnas tõhusate meetmete leidmisel.

Heroiinitarbimine on stabiilne, kuid muret tekitavad üha sagenevad probleemid sünteetiliste opioidide levikuga

Potentsiaalne heroiniitootmine, peamiselt Afganistanis, kasvas hinnanguliselt taas 2006. aastal, ulatudes üle 600 tonni. Nimetatud asjaolu tõstatab Euroopa jaoks küsimuse, kuidas mõjutab see üldist narkoprobleemi. Suurenenud heroiniitootmine ei ole käesoleva ajani enamikus heroiniitarbimise näitajates ilmsiks tulnud – need on üldjoontes juba mõnda aega olnud stabiilsed. Uimastiraviandmete analüüsid ning narkootikumide üledoosi juhtumid tõendavad, et Euroopa heroini tarbiv elanikkond vananeb jätkuvalt, kuigi Ida-Euroopa riikide osas on olukord ebaselge. Ka kõikide narkoprobleemide hinnangud osutavad üldjoontes stabiilsele olukorrale. Samas rõhutab heroini hinna langus ja ravil viibivate noorte heroiniitarvitajate arvu tõus mõnes riigis edasise järelevalve vajadust.

Kuigi käesoleval ajal puuduvad selged tõendid selle kohta, et heroiniitarbimine on noorte hulgas populaarsemaks muutumas, leiab mitmes aruandes märke selle kohta, et sünteetiliste opioidide tarbimine võib teatud Euroopa osades

osutada üha tähtsamaks probleemiks ning et sünteetilised opioidid võivad mõnes riigis isegi heroini asendada. Austrias saadakse üha rohkem ravitaotlusi alla 25aastastelt klientidelt, kes otsivad abi probleemidele, mis on seotud seaduslikest ainetest valmistatud opioididega. Sarnaselt teatatakse Belgias metadooni ebaseadusliku tarbimise teatud tõusust ja Taanis märgitakse metadooni sageli uimastitega seotud surmajuhtumite aruannetes. Salaturule väheatraktiivseks peetava ravimi buprenorfiini tarbimisest ja süstimisest teatatakse Tšehhi Vabariigis ning Soomes võib see olla asendanud heroini. Prantsusmaa järelevalveandmed viitavad nimetatud ravimi ebaseaduslikule tarbimisele, sealhulgas süstivatele noortele, kes on opioidide tarbimist alustanud pigem buprenorfiiniga kui heroiniga.

Narkootikumide üledoosist põhjustatud surmajuhtumite arvu langus raugemas

EMCDDA teatab regulaarselt narkootikumidega seotud äkksurmades Euroopas, mis on põhimõtteliselt üledoosisurmad ning enamasti seotud heroini või teiste opioididega, kuigi tavaliselt on tegu eri ainete samaaegse tarbimisega. Üledoosist põhjustatud surmajuhtumid on noorte täiskasvanute välditava suremuse oluline põhjus.

Paljud ELi riigid on alates 2000. aastast teatanud narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähenemisest, mis võib peegeldada teenuste osutamise suurenemist või süstivate heroiniitarbijate arvu muutust. Samas ei ole see suundumus jätkunud 2004. ja 2005. aastal. Eriti murettekitav on asjaolu, et mõnes riigis on noorte inimeste osakaal surmajuhtumite osas kasvanud. Narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähendamine on tähtis rahvatervise eesmärk ning tuleb kindlaks teha langustrendi peatumise põhjused.

Üledoosist põhjustatud surm ei ole narkoprobleemidega inimeste ainus terviserisk. Uuringud näitavad, et mis tahes vormis liigsuremus on problemaatiliste uimastitarvitajate seas märkimisväärne – kümme korda kõrgem kui kogu elanikkonnal. Seetõttu on tarvis töötada välja terviklik lähenemine, milles võetak arvesse kõnealuse elanikkonnarühma nii füüsilise kui ka psüühilise tervise vajadusi, juhul kui eesmärgiks on pideva uimastitarbimisega seotud haigus- ning surmajuhtumite vähendamine.



1. peatükk

Poliitika ja õigusnormid

Käesolevas peatükis kirjeldatakse uimastiprobleeme ELis tervikuna ning eraldi liikmesriikides, samuti suhet nende kahe poliitikakujundamise tasandi vahel. EMCDDA aruandeperioodil teostatud andmekogumistegevus võimaldab anda ülevaate käimasolevatest riiklikest narkoennetusstrateegiatest ja institutsionaalsetest raamistikest kogu Euroopas. Ühiskonna kulutusi uimastitele hinnatakse uimastitega seotud riiklike kulutusi käsitlevas osas. Põhinedes liikmesriikide esitatud andmetel riiklike kulutuste kohta, arvestati esimest korda välja hinnanguline kogusumma, mis Euroopa valitsused on kulutanud uimastite valdkonnas. Uimastite pakkumise vähendamisele ja õiguslikule lähenemisele narkokontrollidele keskendunud seadusandlikke muudatusi kirjeldatakse uuemaid õigusnormide muudatusi käsitlevas osas. Uimastitega seotud kuritegevust käsitlevas osas antakse ülevaade uusimast statistikast, mis käsitleb narkoseaduste rikkumist ja suundumusi opioidide ning kanepiga seotud rikkumiste osas. Peatüki lõpetab uimastitega seotud Euroopa uurimistööd käsitlev osa.

Riiklikud narkoennetusstrateegiad

Üldine olukord ja uued arengud

2007. aasta algul oli kõikidel ELi riikidel, välja arvatud Itaalia, Malta ja Austria, riiklik narkoennetusstrateegia, mõnel juhul koos tegevuskavadega. Sel ajal kehtis Euroopas kokku enam kui 35 erinevat riiklikku uimastialase planeerimise dokumenti, mis hõlmasid ajavahemikke alates vaid kahest aastast (Tšehhi Vabariigi tegevuskava) kuni enam kui kümne aastani (Madalmaade riiklik narkoennetusstrateegia).

Viimaste aastate märgatav suundumus on olnud üleminek ühelt riiklikult planeerimisdokumendilt kahe teineteist täiendava vahendi – strateegilise raamistiku ja tegevuskava – vastuvõtmisele. Kõnealust lähenemist, mis võimaldab paremini luua kontseptsioone lühikese, keskpika ja pika perspektiivi eesmärkidest, kasutatakse praegu peaaegu pooltes ELi liikmesriikides ning see on koguni rohkem levinud liikmesriikides, kes liitusid ELiga 2004. ja

2007. aastal: 12 kõnealusest riigist kaheksal on olemas nii uimastienetusstrateegia kui ka tegevuskava.

Narkoennetusstrateegia tegevuskavadega kombineerimise poliitika hõlbustab eesmärkide, tegevuse, kohustuste ja tähtaegade üksikasjalikumalt määratlemist. Mõned riigid, näiteks Küpros, Läti ja Rumeenia, on oma narkoennetusstrateegiatesse ja tegevuskavva viinud sisse üksikasjalise rakenduskorra. Kõnealune lähenemine, mida teistes liikmesriikides (nt Hispaanias, Iirimaa, Ühendkuningriigis) on juba mõnda aega kasutatud, muutub levinumaks ning seda on rakendatud ka praeguses ELi narkoennetuse tegevuskavas.

2006. aastal võtsid neli liikmesriiki (Kreeka, Poola, Portugal, Rootsi), Türgi ja Põhja-Iirimaa Ühendkuningriigis vastu uue narkoennetusstrateegia või tegevuskava. Mitte ühelgi antud juhtudest ei olnud see esimene sedalaadi meede ning kõikidel juhtudel mainiti riiklikes aruannetes, et uue uimastipoliitika dokumendi puhul kasutati ära varasematest dokumentidest saadud kogemusi. Aastal 2007 peavad kaks liikmesriiki – Malta ja Austria – ning Norra vastu võtma uue narkoennetusstrateegia ning Tšehhi Vabariik, Eesti, Prantsusmaa ja Ungari hakkavad rakendama uut tegevuskava.

Sisu

Kõikide ELi liikmesriikide, kandidaatriikide ja Norra riiklike narkoennetusstrateegiate ja tegevuskavade põhieesmärk on vähendada üldist uimastitarvitamist ning eriti probleemset uimastitarvitamist. Kõikide riikide ühine eesmärk on ka uimastitarbimisest tuleneva individuaalse ja kollektiivse kahju ennetamine ja vähendamine. Veel üks ühine joon on kõikehõlmav lähenemine, mille puhul ühendatakse narkootikumide pakkumise vähendamisele ja narkootikumide nõudluse vähendamisele suunatud sekkumismeetmed. Väga levinud on ka tasakaalustatud lähenemine, mille eesmärk on tegeleda esmajärjekorras nii pakkumise kui ka nõudluse vähendamisega. Kõik need elemendid kuuluvad ka ELi narkoennetusstrateegiasse.

EMCDDA uus mõõrus

12. detsembril 2006 kirjutasid Euroopa Parlament ja Euroopa Liidu Nõukogu alla muudetud EMCDDA määrusele, mis jõustus 2007. aasta jaanuaris.

Uues määruuses rõhutatakse võtmeindikaatorite tähtsust ning märgitakse, et nende rakendamine on eelduseks keskuse kohustuste täitmisel. Rõhutatakse ka vajadust arendada välja infosüsteem, mis võtab arvesse uusi ja esilekerkivaid suundumusi.

Uus dokument laiendab EMCDDA volituste ulatust. Erilist tähelepanu pööratakse nüüd teabe andmisele seaduslike ja keelatud psühhoaktiivsete ainete kombineeritud tarbimise ning liikmesriikide parimate tavade kohta. EMCDDA saab ka välja töötada meetodid ja vahendid, mis aitavad liikmesriikidel jälgida ja hinnata riiklikku uimastipoliitikat ning Euroopa Komisjonil täita sama ülesannet ELi tasandil. Kõik need uued elemendid

võimaldavad keskusel anda täielikumat ülevaadet uimastiteema kohta.

Uue määruusega pannakse maksimaalse tõhususe saavutamiseks enam rõhku koostööle partnerasutustega, eriti Europoliga uute psühhoaktiivsete ainete seire osas ning muude partneritega, näiteks Maailma Terviseorganisatsiooni ja ÜRO asjaomaste statistikaametitega. Uues määruuses on määratletud riigid, kuhu EMCDDA saab Euroopa Komisjoni palvel ning haldusnõukogu heakskiidul oma oskusteavet edastada.

Reitoxi riikide teabekeskuste võrgustiku roll on uues dokumendis selgemalt määratletud. Uue sõnastusega muudetakse ka teaduskomiteega seotud määruse osa. Sellega luuakse keskusele ühtne, iseseisev, väljapaistvatest teadlastest koosnev organ. Lisaks EMCDDA töö kvaliteedi tagamisele on kõnealune organ ka ühenduslikuks laiema teadus- ja uurimisringkonnaga.

Riiklikes narkoennetusstrateegiates käsitletud psühhoaktiivsete ainete valik on valdkond, mille puhul Euroopa riikide hulgas võib leida märkimisväärsed erinevusi. Seda on näha 2006. aastal vastu võetud uutes dokumentides. Kõnealustest dokumentidest kaks käsitlevad põhiliselt ebaseaduslikke uimasteid (Poola ja Portugal), kuigi loovad mõningaid seoseid uimastite ning alkoholi- ja tubakaennetusstrateegiate vahel; kaks käsitlevad nii ebaseaduslikke uimasteid kui ka alkoholi (Kreeka, Põhja-Iirimaa Ühendkuningriigis) ning üks (Türgi) käsitleb kõiki sõltuvusttekitavaid aineid. Lisaks sellele on Rootsi samaaegselt vastu võtnud kaks omavahel ühendatud tegevuskava: üks alkoholi ja üks ebaseaduslike uimastite kohta. Mõnes riigis (nt Saksamaal ja Prantsusmaal) on mitme aasta jooksul toimunud ilmsed suundumused seaduslike ning ebaseaduslike narkootikumide alase poliitika loomiseks⁽¹⁾. On tõenäoline, et tulevaste narkoennetusstrateegiate rakendusala ja nende võimalik loomine muude rahvatervise strateegiatega on järgnevatel aastatel jätkuvalt oluline teema.

Riiklikud narkoennetusstrateegiad ja tegevuskavad sisaldavad üldiselt sekkumismeetmeid ennetuse, ravi ja taastusabi, kahjude vähendamise ja pakkumise vähendamise valdkonnas. Erinevate sekkumismeetmete ulatus ja igale meetmele antud tähtsus on aga riigiti erinev⁽²⁾. Seda võib seletada uimastiprobleemi suuruse ja iseärasuste erinevusega, aga ka sotsiaal- ja tervishoiupoliitika mitmekesisusega Euroopas. Olulised tegurid on ka rahalised vahendid, avalik arvamus ja poliitiline kultuur ning võib täheldada, et teatavate ühiste tunnusoontega riikidel on sarnane uimastipoliitika (Kouvonen *et al.*, 2006).

Hindamine

Asjaolu, et ELi riiklikud narkoennetusstrateegiad on erinevad, ehkki eesmärgid on ühised, võib käsitleda kui tugevat külge, kuna see võimaldab erinevat tüüpi lähenemiste võrdlevat analüüsi. Riiklike narkoennetusstrateegiate ja tegevuskavade hindamine on seega tähtis mitte ainult riiklikul tasandil tehtud pingutuste hindamiseks, vaid ka parema üldise ülevaate saamiseks narkoennetusstrateegiate tulemuslikkusest. EL ja selle liikmesriigid on sellesse valdkonda investeerinud olulisi vahendeid.

Peaegu kõik Euroopa riigid nimetavad eesmärgi oma riiklikku narkoennetusstrateegiat hinnata. Valitsused soovivad teada, kas nende poliitikat rakendatakse ja kas oodatud tulemused saavutatakse. Kahes liikmesriigis (Belgia ja Sloveenia) piirdub hindamine teatud hulga valitud projektidega. Enamikus riikides ja ELi tasandil teostatakse riikliku narkoennetusstrateegiaga kavandatud tegevuse rakendamise üle süstemaatilist järelevalvet. Selle abil saab teostada arenguülevaateid, mille järeldusi võib kasutada olemasolevate narkoennetusstrateegiate või tegevuskavade parandamiseks või uuendamiseks.

Üldised protsessi, jõudluse, tulemuste ja mõju hindamised on Euroopas vähem levinud. Mõned riigid (Eesti, Kreeka, Hispaania, Poola, Rootsi) teatavad kavandatavast riiklikust hindamisest, mis põhineb rakendamise arenguülevaadetel ning teistel kättesaadavatel epidemioloogilistel ja kriminoloogilistel andmetel. Mõnel juhul (Luksemburg, Portugal) teostab sellist hindamist välismaine asutus.

⁽¹⁾ Vt 2006. aasta valiktemat „Euroopa narkopoliitika: kas probleemi laiem käsitus kui vaid ebaseaduslikud uimastid?“.

⁽²⁾ Vt 2. peatükk.

Kokkuvõtteks võib öelda, et riiklike narkoennetusstrateegiate ja tegevuskavade rakendamise arenguülevaated on muutumas Euroopas standardiks. Järgmine samm, st tulemus- ja mõjuhindangute arendamine, on veel algusjärgus ning selle eeskujuks võib saada ELi narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) tulevane mõjuhindang, mille tarbeks on Euroopa Komisjon tellinud meetodite koostamist käsitleva uuringu. Tegutsetakse ka riiklike narkoennetusstrateegiate või üldise uimastialase olukorra mõju hindamise indeksite väljatöötamise valdkonnas. Nii Ühendkuningriiki kui ka ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo (UNDOC) on selles valdkonnas teinud märkimisväärsed pingutusi.

Uimastipoliitika indeksid

Ühendkuningriigi uimastikahju indeks (*drug harm index*, DHI) loodi ebaseaduslike uimastite probleemsest kasutamisest tekkivate kahjude sotsiaalsete kulude määratlemiseks. See hõlmab nelja tüüpi kahjusid: mõjud tervisele, kahju kogukonnale, uimastitega seotud siseriiklik kuritegevus ja uimastitega seotud kaubanduskuritegevus. Indeks ei kujuta endast siiski täielikku kokkuvõtet riigi uimastialasest olukorrast, kuna näitajad piirduvad sellistega, mille jaoks on juba olemas algmaterjal, ning tulemuseks saadud arve ja suundumusi kasutatakse lähtekohana, mille alusel hinnata tulevase arenguid (MacDonald *et al.*, 2005). UNDOCi ebaseaduslike uimastite indeks (*illicit drug index*, IDI) kombineerib uimastiteema kolm mõõdet: uimastite tootmine, uimastikaubandus ja uimastite kuritarvitamine. Tulemuseks on üldarv, mis põhineb „kahju-/riskiteguril elaniku kohta“, mis peaks kajastama antud riigi uimastiprobleemide suurust (UNODC, 2005).

Mõlema vahendi kavandamine tõi kaasa huvitavaid metodoloogilisi arenguid ning võimaldas saada esimest teavet üldindeksite kasutamise kohta narkoennetusstrateegiate ja üldise uimastialase olukorra hindamisel. Esimene tähelepanek on, et kõnealused vahendid võivad olla kasulikud riigi olukorra kestvaks jälgimiseks, kuid selleks, et mõista, mis riigis tegelikult toimub, tuleb tulemusi vaadelda kontekstis, analüüsides indeksiseseid indikaatoreid eraldi. Üldindeksite kasutamine riikidevaheliseks võrdluseks võib olla raskem, arvestades olemasolevate andmete piiratust ja kontekstipõhiste muutujate (nt geograafiline asukoht) puudumist analüüsis.

Koordineerimismehhanismid

Ehkki uimastialased koordineerimismehhanismid on nüüdseks olemas peaaegu kõikides ELi liikmesriikides ja Norras, on olemasolevad süsteemid ikka veel märkimisväärselt

erinevad, peegeldades riikide poliitiliste struktuuride erinevusi. Sellegipoolest võib kirjeldada mõningaid üldiseid jooni.

Enamikul riikidel on uimastitealased koordineerimismehhanismid nii riiklikul kui ka regionaalsel või kohalikul tasandil. Riiklikul tasandil tegutseb tavaliselt ministeeriumidevaheline uimastialane komitee, millele lisandub sageli riiklik uimastialase koordineerimise amet ja/või riiklik uimastikoordinaator, kes vastutab igapäevase koordineerimistegevuse eest. Regionaalsel või kohalikul tasandil on enamikus riikides olemas uimastialased koordineerimiskeskused ja/või koordinaatorid.

Viis, kuidas riikliku tasandi koordineerimismehhanismid on seotud regionaalse ja kohaliku tasandi omadega, on Euroopas riigiti erinev. Osades, eriti föderaalse struktuuriga riikides (nt Belgias, Saksamaal), kasutatakse vertikaalseid koordinatsioonisüsteeme, et võimaldada erinevate iseseisvalt tegutsevate koordineerimisorganite koostööd. Teistes riikides (nt Soomes, Portugalis) kontrollivad riiklikud koordineerimisorganid otseselt regionaalse ja kohaliku tasandi koordineerimistegevust.

ELi uimastialaste koordineerimismehhanismide võrdlevat analüüsi raskendab olemasolevate süsteemide mitmekesisus. Siiski selgub EMCDDA tellitud uuringust, et koordineerimissüsteeme on võimalik hinnata, keskendudes nende „rakendamise kvaliteedile“ – selle mõiste abil uuritakse süsteemide suutlikkust saavutada koordineerimise tulemusi (Kenis, 2006). Kõnealust lähenemist arendatakse edasi, et seda oleks võimalik kasutada riiklike uimastialaste koordineerimissüsteemide hindamiseks.

Uimastitega seotud riiklikud kulutused

Euroopa riikide aruannete kohaselt ulatuvad uimastiprobleemiga seoses tehtud riiklikud kulutused 200 000 eurost 2290 miljoni euroni ⁽³⁾. Kulutuste suur erinevus seletub osaliselt liikmesriikide erineva suurusega ning osaliselt erinevustega kulutuste liigis ja andmete täielikkuses. Enamik riike teatas ainult riikliku uimastiprogrammi rakendamisega seotud kulutustest ega täpsustanud muid kulutusi uimastite pakkumise ja nõudluse vähendamise valdkonnas. Lisaks sellele ei esitatud alati kõiki riiklike uimastitealaste kulutuste põhivaldkondi: 23 riigist esitas vaid 15 üksikasjaliku teabe kulutustest tervishoiule ja sotsiaalhoolekandele (ravi, kahjude vähendamine, tervishoiualane uurimistöö, haridus-, ennetus- ja sotsiaaltegevus) ning vaid 14 riiki andis ülevaate kulutustest õiguskaitsele (politsei, sõjaväe, kohtute, vanglate, tolli ja maksukeskuste tegevus). Veelgi haruldasem oli teave muudes

⁽³⁾ Uimastitega seotud 2005. aasta riiklike kulutuste üldnäitajad ELi riikide ja Norra kohta pärinevad vastavate riikide teabekeskustest.

Uimastitarbimisega seotud kulutused

Uimastitarbimisega seotud kulutuste uurimine võib olla oluline teabeallikas uimastipoliitika väljatöötamiseks ja juhtimiseks.

Uimastitega seotud kulutused võib jagada kahte põhikategooriasse: otsesed ja kaudsed kulutused. Otsesed kulutused on need, mille eest makstakse, ning sinna hulka kuuluvad tavaliselt kulutused ennetuse, ravi, kahjude vähendamise ja õiguskaitse valdkonnas. Kaudsed kulutused koosnevad uimastitarbimise tõttu tegemata jääva tootliku tegevuse väärtusest, mis tähendab tavaliselt tootlikkuse vähenemist uimastitega seotud haigestumuse ja suremuse tõttu. Uimastitega seotud kulutused võivad samuti sisaldada valu ja kannatustega seotud immateriaalseid kulusid, mida mõeldakse tihti elukvaliteedi näitajate kujul, kuid see kulutuste kategooria jäetakse tihti kõrvale, sest seda on raske täpselt rahaliselt mõõta.

Kulutusuuringut võib läbi viia mitmest eri vaatepunktist lähtudes, millest igaüks võib käsitleda erinevaid kulutusi, näiteks ühiskonna kui terviku, valitsuse, tervishoiusüsteemi, kolmandate isikute ning uimastitarbijate ja nende perekondade kulutusi.

Ühiskondlik vaatepunkt

Uimastite tarbimise tekitatud otsesed ja kaudsed kulutused ühiskonnale moodustavad kokku uimastitega seotud ühiskondlikud kulutused. Nende rahaliseks väljundiks on hinnang uimastitarbimise põhjustatava kogukoormuse kohta ühiskonnale (Single *et al.*, 2001).

Uimastitarbimise tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulutuste kindlakstegemine on mitmeti kasulik. Esiteks näitab see, kui palju ühiskond kulutab uimastiga seotud küsimustele ning sellest võib tuletada summa, mida oleks võimalik säästa, kui uimasteid üldse ei tarbitaks. Teiseks määratleb see kulutuste erinevad koostisosad ning iga ühiskonnasektori panuse suuruse. Kõnealune teave võib aidata teha kindlaks rahastamisprioriteete, sest selle abil tuuakse esile valdkonnad, kus võib esineda ebatohusust ning raha saaks kokku hoida.

Riiklike kulutuste vaatepunkt

Mõiste „riiklikud kulutused“ tähistab kaupade ja teenuste väärtust, mida riigi valitsus (st keskvalitsus, piirkonna või kohalik omavalitsus) ostab oma ülesannete (st tervishoid, kohtuvõim, avalik kord, haridus, sotsiaalteenused) täitmiseks. Riiklike kulutuste analüüs annab kasulikku teavet valitsuse võimekuse kohta tõhusalt ja tulemuslikult kulutada.

Uimastitega seotud riiklike kulutuste hindamine erineb ühiskonna tasandi kulutuste hindamisest. Riiklikud kulutused moodustavad vaid osa ühiskondlikest kulutustest, seda enamasti otsesete kulutuste kujul; kaudsed kulud jäetakse selgelt kõrvale, kuna nende hulka kuuluvad eraõiguslike sidusrühmade kulutused (nt eraõiguslikud tervisekindlustusettevõtted). Otsesed riiklikud kulutused, mida märgitakse selgelt „uimastitega seotud“ kulutustena, võib kindlaks teha ametlike finantsaruandlusdokumentide (nt eelarvete või aastalõpuaruannete) põhjaliku läbivaatamise teel. Keerulisem on teha hinnanguid, kui uimastitega seotud kulutused ei ole märgitud selle nime all, vaid on osaks laiemate sihtidega programmidest (nt üldisest politseioperatsioonide eelarvest). Sellisel juhul peab otseseid uimastitega seotud märgistamata kulutusi arvutama modelleerimise teel.

Ühiskonna tasandi kulutuste arvutamise peamine eesmärk on mõõta, kui suurt koormust põhjustavad uimastiprobleemid ühiskonnale, ning võrrelda seda ühiskonna kulutustega nimetatud probleemidega tegelemisel (koos võimalike kaudsete mõjudega). Lõppkokkuvõttes viib see küsimuseni tohususe ja mõjususe kohta: kas valitsused kulutavad raha mõistlikult ja õigetele probleemidele? Mõned autorid (Reuter, 2006) on avaldanud arvamust, et poliitika eesmärkide jaoks on riiklikud kulutused olulisemad kui ühiskonna tasandi kulutused. Uimastitealane eelarve aitab kirjeldada, millist poliitikat valitsus kasutab uimastitarbimise ja sellega seotud probleemide vähendamiseks, mis on esimene samm otsustamiseks, kas sellise poliitika tase ja sisu on kohane.

valdkondades (nt haldus, koordineerimine, järelevalve ja rahvusvaheline koostöö) tehtud kulutuste (seitse riiki) ning ka regionaal- ja munitsipaalelarvete kohta (kuus riiki).

Kuus riiki esitas üksikasjaliku teabe uimastivastase võitlusega seotud kulutuste kohta (tabel 1). Kõnealustes riikides moodustasid uimastitega seotud riiklikud kulutused 0,11% kuni 0,96% valitsuse üldistest kogukulutustest aastas (mediaan 0,32%) ehk 0,05% kuni 0,46% riigi sisemajanduse kogutoodangust (SKT) (mediaan 0,15%). Õiguskaitsetegevus moodustas 24–77% kogukulutustest, kusjuures ülejäänud osa kulutati tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetegevusele.

Kõikide Euroopa riikide uimastitega seotud riiklikud kulutused kokku moodustasid aruannete kohaselt 8,1 miljardit eurot. See näitaja alahindab tõenäoliselt kogu uimastitega seotud riiklike kulutuste ulatust, kui arvestada, et suur osa riike esitas liiga vähe andmeid. Kuus tabelisse 1 kantud riiki kannavad 76% ELi liikmesriikide ja Norra esitatud riiklikest kogukulutustest. Nende kuue riigi esitatud andmete põhjal arvestades on Euroopa riikide uimastialased kulutused hinnanguliselt vahemikus 13 miljardit kuni 36 miljardit eurot (*). Kõnealused näitajad moodustavad 0,12% kuni 0,33% ELi (25 riigi) 2005. aasta SKTst.

(*) Kuuest riigist neli (Ungari, Madalmaad, Soome ja Rootsi) esitasid oma näitajate kohta põhjaliku näidislähenemise. Kuue riigi riiklikult kulutatud üldise valitsuste kogukulutuste protsendi ja SKT protsendi jaotuse esimese ja kolmanda kvartiili väärtuse (valitsuste kulutuste puhul vastavalt 0,18% ja 0,69% ning SKT puhul vastavalt 0,08% ja 0,37%) kasutamine ülejäänud maade suhtes annab tehtud kulutuste üldise kogusumma vahemiku.

Tabel 1: valitud riikide võrdlus koos täielike andmete ja täiendavate üksikasjadega nende uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta

Riik	Teatatud kulutused kokku			Kogukulutuste osa, mis on eraldatud:	
	summa (miljonit eurot)	Osakaal riiklikest kogukulutustest ⁽¹⁾ (%)	Osakaal SKT-st ⁽²⁾ (%)	tervishoiule ja sotsiaalhoolekandele ⁽³⁾ (%)	õiguskaitsele ⁽⁴⁾ (%)
Belgia ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungari	43,5	0,11	0,05	23	77
Madalmaad	2185,5	0,96	0,43	25	75
Soome	272,0	0,36	0,18	76	24
Rootsi (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Ühendkuningriik	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Valitsuse aasta jooksul tehtud kulutuste kogusumma (allikas: Eurostat).

⁽²⁾ Sisemajanduse kogutoodang aasta kohta (allikas: Eurostat).

⁽³⁾ Tervishoiu ja sotsiaalhoolekandekulud sisaldavad ravi, kahjude vähendamist, tervishoiulaseid teadusuuringuid ning sekkumismeetmeid hariduse, ennetuse ja sotsiaalse tegevuse alal. Soome puhul sisaldab esitatud summa lisaks aine kuritarvitamise ennetamisele ka varakahju, seiret ja teadusuuringuid.

⁽⁴⁾ Õiguskaitse kulud sisaldavad kulusid politseile, sõjaväele, kohtutele, vanglatele, tollile ja maksuametile.

⁽⁵⁾ Belgia eraldas ka 3% teatatud kogukuludest poliitikalhaldamisele.

Allikad: Riikide teabeskeskused ja Eurostat.

Eli tasandil rahastab narkootikumidevastast võitlust olulisel määral Euroopa Komisjon oma uuest eelarvest aastateks 2007–2013. Uus 21 miljoni euro suurune rahastamisvahend uimastiennetus- ja teavitustegevuseks on läbirääkimiste järgus ning see võidakse vastu võtta 2007. aasta lõpuks, eraldades 3 miljonit eurot käesoleva aasta riikidevahelistele projektidele. Teised uued finantsvahendid, nagu kuritegevuse ennetamise ja kuritegevuse vastu võitlemise programm, rahvatervise programm aastateks 2007–2013 ning teadusuuringute ja tehnoloogia arendamise seitsmes raamprogramm aastateks 2007–2013, pakuvad rahastamisvõimalusi organisatsioonidele, kes töötavad erinevate uimastivaldkonna teemade alal. Lisaks sellele kaasrahastasid EÜ ja liikmesriigid nagu 2005. aastal uimastitega seotud abiprojekte kolmandates riikides enam kui 750 miljoni euro ulatuses.

Vastamaks Eli narkootikumidealasele tegevuskavale aastateks 2005–2008, tegeleb EMCDDA praegu uute meetodite väljatöötamisega, mis võimaldaksid liikmesriikidel, kandidaatriikidel ja Norral koguda standardiseeritud andmeid uimastitega seotud kulutuste kohta. See aitab EMCDDA-l hinnata nii riiklike kogukulutusi uimastitele kui ka kulutuste jaotust eri tegevuste vahel.

Eli õiguslikud ja poliitilised arengud

2006. aasta lõpus esitas Euroopa Komisjon oma esimese arenguaruande ⁽⁵⁾ Eli narkootikumidealase tegevuskava

(2005–2008) rakendamise kohta. Selles hinnati 2006. aastal kavandatud tegevuste elluviimise ulatust ja tegevuskavas 2006. aastaks püstitatud eesmärkide täitmist. EMCDDA osales selles hulga aruannete koostamisega. Sarnane tegevus viiakse läbi 2007. aastal, enne Eli narkootikumidealase tegevuskava lõplikku mõjuhinnaangut, mis esitatakse komisjonile 2008. aastal.

2006. aasta juunis andis Euroopa Komisjon vastavalt narkootikumidealases tegevuskavas sätestatule välja roheline raamatu kodanikuühiskonna rolli kohta Euroopa Liidu uimastipoliitikas ⁽⁶⁾. Rohelise raamatu eesmärk on uurida, kuidas paremini organiseerida järjepidevat

Aruanded uimastitarbimise tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulutuste kohta

Uimastitarbimise tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulude kohta esitasid andmeid vaid vähesed riigid. Soomes olid arvutuste kohaselt 2004. a andmetel uimastitarbimisega, sealhulgas ravimite kuritarvitamisega seotud kaudsed kulud vahemikus 400–800 miljonit eurot, millest 306–701 miljonit seostatakse enneaegse surma tõttu tekkinud kulutustega, samas kui tootmisega seotud kahjude summa oli 61–102 miljonit eurot. Prantsusmaal olid ebaseaduslike uimastite tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulutused 2003. aastal hinnanguliselt 907 miljonit eurot ning Luksemburgis 2004. aastal 29,7 miljonit eurot.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

dialogi narkootikumidevastase võitluse vallas tegutsevate kodanikuühiskonna organisatsioonidega. Sidusrühmadel paluti avaldada arvamust kahe võimaliku struktureeritud dialoogivormi kohta: uimastiteemaline kodanikuühiskonna foorum korrapäraste mitteametlike konsultatsioonide platvormina või olemasolevate võrgustike temaatiline ühendamine.

Kodanikuühiskonna kaasamine ELi uimastipoliitikasse on üks peaeesmärke ka uimastiennetuse ja teavitustegevuse programmis aastateks 2007–2013 (⁷), mille pakkus välja Euroopa Komisjon põhiõiguste ja õigusasjade üldprogrammi raames. Uimastialase programmi üldeesmärk on muuta Euroopa vabaks, turvaliseks ja õiglaseks piirkonnaks, parandades teavitustegevust uimastitarbimise mõjude kohta ning ennetades ja vähendades uimastite tarbimist, sõltuvust ja uimastitega seotud kahjusid. Aastateks 2007–2013 on kõnealuse programmi eelarve kokku 21 miljonit eurot. Uimastialane programm on veel arutamisel Euroopa Parlamendis ja nõukogus, et võtta see vastu kaasotsustamismenetluse alusel.

Riikide uued seadused

Pakkumise vähendamine

Möödunud aastal tegid liikmesriigid hulgaliselt seadusmuudatusi nõudluse vähendamise valdkonnas, kuid 2006. aastal võttis mitu riiki ka meetmeid, et parandada uimastikaubanduse vastu võitlemise ja pakkumise vähendamisega seotud küsimuste õiguslikku raamistikku.

Iirimaa tehtud oluliste muudatuste hulgas oli 2006. aasta kriminaalõigusseaduse vastuvõtmine, millega kehtestatakse uue õigusrikkumisena vangidele uimastite pakkumine, sätted antisotsiaalse käitumisega tegelemiseks ja ettepanekud karmistada kohustusliku 10aastase miinimumkaristuse määramist uimastikaubanduse eest kogustes, mille tänavakaubanduse müügihind on 13 000 eurot või enam. Kuritegelikkus ühendusse (mis on seaduses mõistena määratletud) kuulumine või selle aitamine on karistatav ning loodud on narkokurjategijate register, mille jaoks uimastikaubanduse eest süüdimõistetutel tuleb pärast vanglast vabanemist teatada politseile oma aadress. Menetluslikud muudatused viidi aga läbi Ungaris, kus riikliku politsei ameti määruse eesmärk on kodifitseerida kogu uimastitega ja lähteainetega seotud politseitegevus ühe kõikehõlmava seadustiku alla, et aidata uimastitega seotud kuritegevuse vastast võitlust.

Samuti loodi või parandati teatavaid uimastikaubanduse vastu võitlemise vahendeid puudutavaid menetlusi. Eestis muudeti 2005. aasta mais „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seadust“ ning sellega seonduvaid seadusi, et laiendada järelevalve rakendusala. Rumeenias nähti 2006. aasta juunis kehtima hakkava seadusega ette Euroopa vahistamismäärus ning kehtestati selle kasutamise kord, samuti meetmed õiguslase koostöö, jälitustegevuse, piiriülese jälitustegevuse ja kohtumenetluste ülekandmise parandamiseks. Bulgaarias 2005. aasta oktoobris kasutusele võetud uus kriminaalmenetluskoodeks reguleerib kontrollitavat tarnet, konfidentsiaalseid tehinguid ja salajasi juurdlusi. Sätestatakse ka uimastijuhtumitega seotud tunnistajakaitse ja teatud tingimustel tunnistaja isiku varjamine, samuti kehtestatakse eeskirjad kõnealuste tunnistajate ülekuulamiseks ja variisikute kasutamiseks.

Ka teiste riikide prokuröridel on taolised vahendid olemas. Tšehhi Vabariigis kasutatakse narkokuritegude puhul süüdistuse esitamisel tihti kriminaalmenetluskoodeksi sätteid, mis võimaldavad tunnistaja isiku varjamist ja isikute jälitamist. Ka Küprosel kasutatakse uimastijuhtumite korral laialdaselt tunnistajakaitse seadust.

Kokaiini sisseveo hiljutise kasvu tõttu on tähelepanu kese suunatud Kariibi piirkonnale. Madalmaades tegutseb Schipholi lennujaamas alates 2003. aastast spetsiaalne kohtukoda koos vanglaruumidega. 2005. aasta algusest kontrollitakse sajabrotsendiliselts kõiki lende Kariibi piirkonna võtmeriikidest. Aastal 2004 vahistati keskmiselt 290 narkokullerit kuus; see arv vähenes 2006. aasta algul 80-le. Prantsusmaal tugevdatakse 2005. aastal jõustunud seadusega koostööd Kariibi piirkonnaga, eesmärgiga peatada õhu ja mere kaudu toimuv ebaseaduslik uimastikaubandus.

Narkokontrolli reguleerimine

Mitmed riigid on teatanud selliste õigusaktide kehtestamisest, mis võimaldavad, määratlevad või reguleerivad sõidukijuhtide, vahialuste, vangide või töötajate narkokontrolli erinevates olukordades.

Sõidukijuhtide juhuslik maanteeäärne kontroll kohapeal kasutatavate kiirete kontrollimiseseadmetega on nüüd lubatud Leedus, vastavalt otsusele, millega kiideti heaks riikliku maanteeliikluse ohutuse programm aastateks 2005–2010, ning Luksemburgis 2004. aasta seaduseelnõu alusel, millega muudeti liikluskontrolli seadust. Lätis karistatakse

(⁷) KOM(2006) 230 (lõplik).

muudetud kriminaalseaduse alusel sõidukijuhte, keda kahtlustatakse sõiduki juhtimises joobeseisundis ning kes keelduvad kontrollist, aasta jooksul esinenud korduva keeldumise korral võimaliku vanglakaristusega. Lisaks on Läti muudetud politseiseaduses sätestatud, et isiku võib viia meditsiinasutusse, tegemaks kindlaks, kas ta on kasutanud alkoholi või narkootilisi, psühhotroopseid või toksilisi aineid; kõnealuses seaduses on ka viidatud asjaomast korda täpsustavatele valitsuse määrustele. Sõidukijuhtide narkokontrolli menetlusi kirjeldatakse lähemalt 2007. aasta valikteemas „Uimastid ja sõidukijuhtimine“.

Kooskõlas Inglismaa ja Walesi seisukohaga võib Šotimaal nüüd teha narkokontrolli kindlatele vahistatute rühmadele ning Iirimaa 2005. aastal justitiis-, võrdõiguslikkuse ja õigusreformi ministeeriumi avaldatud vanglaeeskirjade eelnõus on kehtestatud vangide kohustusliku narkokontrolli võimalus. Kontroll on tunnistanud korra, turvalisuse, tervishoiu ja julgeoleku huvides olevaks ning seda teostatakse uriini-, suuvedelike ja/või juukseproovide abil.

Norras ei saa enam töökohas narkokontrolli läbi viia üksnes töötaja või töökoha taotleja nõusolekul. Alates töökeskkonnaseaduse jao 9-4 jõustumisest võib tööandja nõuda töötajalt või töökoha taotlejalt narkokontrolli läbimist vaid olukordades, mis on sätestatud seadustes ja eeskirjades, või juhul, kui joobes olekus töötamine toob kaasa eriti suuri riske või kui tööandja otsustab, et kontroll on vajalik töötajate või kolmanda osapoole elu ja tervise kaitsmiseks. Uus Soome valitsuse määrus narkokontrolli kohta töökohtades sätestab kõikehõlmava nimekirja nõusoleku andmise tingimustest ning samuti kontrollimislaborite, proovide ja kontrollitulemuste kvaliteedinõuded.

Tšehhi Vabariigis on politsei, vanglatöötajate või tööandjate teostatava narkokontrolli eeskirjad nüüd määratletud „Tubakatoodete, alkoholi ja teiste sõltuvusttekitavate ainete põhjustatud kahju eest kaitsmise meetmete seadusega“ nr 379/2005 (seadustekogu). Kui on alust arvata, et ainete tarvitamine põhjustab isikul seisundi, milles tema või teised isikud võivad kahju saada, on kohustuslik professionaalne kontroll. Lisaks täpsustab seadus, millal peavad politsei, vanglatöötajad või tööandjad teostama puhumiskontrolli ning millal võtma süljeproovi. Meditsiinilisi uuringuid puhumiskontrolli proovide või bioloogilise materjali alusel võib teostada vaid asjaomase professionaalse ja operatiivse pädevusega raviasutustes.

Narkootikumidega seotud kuritegevus

Narkootikumidega seotud kuritegevuse ennetamise vajadusel on Euroopa poliitikakujundamises oluline koht. Seda näitab asjaolu, et praeguses ELi narkootikumidealases strateegias peetakse seda eesmärki võtmetähtsusega tegevusvaldkonnaks, mille kaudu tagatakse üldsuse turvalisuse kõrge tase.

ELi narkootikumidealases tegevuskavas (2005–2008) 2007. aastaks planeeritud ülesannete seas on mõiste „uimastitega seotud kuritegu“ üldise määratluse vastuvõtmine, tehes seda vastavalt komisjoni ettepanekule, mis põhineb EMCDDA esitatud uuringutel. „Uimastitega seotud kuriteo“ mõiste erineb olenevalt erialast ja spetsialistidest, kuid selle alla võib koondada neli laiapõhjalist kategooriat: *psühhofarmakoloogilised kuriteod* (mis pannakse toime psühhootilise aine mõju all), *majanduslik-kompulsiivsed kuriteod* (mis pannakse toime raha, kaupade või uimastite saamiseks, et toetada uimastitarbimise harjumust), *süsteemsed kuriteod* (mis pannakse toime ebaseaduslike uimastite turul) ja *narkootilisi aineid käsitlevate seaduste rikkumised* (sealhulgas tarvitamine, omamine, kaubitsemine jms) (vt ka EMCDDA, 2007a).

Narkootikumidega seotud kuritegevuse esimese kolme eespool nimetatud aspekti määratlust on mõnikord raske praktikas rakendada ning andmeid nende kohta on vähe ja lünklikult. Andmed narkoseaduste rikkumiste „raportite“⁽⁸⁾ kohta on pidevalt kättesaadavad kõigis Euroopa riikides, mida käesolev aruanne analüüsib. Need kajastavad riiklike õigusaktide erinevusi, kuid ka erinevaid viise, kuidas seadusi rakendatakse ja jõustatakse, ning kriminaalõigussutuste prioriteetide ja ressursijaotuse erinevusi teatud rikkumiste puhul. Lisaks erinevad ka narkoseaduste rikkumisi kajastavad riiklikud infosüsteemid, eriti rikkumistest teatamise ja nende registreerimise korra osas, st mida, millal ja kuidas registreeritakse. Sellest tulenevalt võib riikidevaheliste võrdluste tegemine osutuda raskeks ning kohasem on võrrelda pigem suundumusi kui absoluutarve ning võtta Euroopa keskmiste suundumuste analüüsimisel arvesse riikide rahvaarvu. ELi tasandil kokku suurenes narkoseaduste rikkumiste „raportite“ hulk ajavahemikus 2000–2005 keskmiselt 47% (joonis 1). Andmed näitavad tõusutendentsi kõikides andmeid esitanud riikides peale Läti, Portugali ja Sloveenia, kes teatasid viieaastase ajavahemiku jooksul toimunud üldisest langusest⁽⁹⁾.

⁽⁸⁾ Termin „raport“ on narkoseaduste rikkumise puhul esitatud jutumärkides, kuna eri riikides on lähenemine erinev (politseiraportid kahtlustatavate narkoseaduste rikkujate kohta, süüdistused narkoseaduste rikkumistes jms). Iga riigi täpset definitsiooni vt narkoseaduste rikkumist käsitleva metoodika märkustest 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁾ Vt tabelit DLO-1 2007. aasta statistikabülletäänis.

Tarvitamise ja kaubitsemisega seotud rikkumiste vaheline suhe on erinev, kuid suurem osa Euroopa riike teatas, et enamuse rikkumisi on seotud uimastite tarvitamisega või kasutamise eesmärgil omamisega, ulatudes 2005. aasta näitajate osas 91%-ni Hispaanias ⁽¹⁰⁾. Seevastu Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis, Madalmaades, Türgis ja Norras domineerivad vahendamise ja kaubitsemisega seotud narkoseaduste rikkumised, ulatudes 92%-ni (Tšehhi Vabariigis) kõikidest 2005. aastal teatatud narkoseaduste rikkumistest.

Enamikus liikmesriikides on narkoseaduste rikkumiste registreeritud juhud kõige sagedamini seotud kanepiga ⁽¹¹⁾. Riikides, kus see on nii, oli kanepiga seotud rikkumiste osakaal 42–74% kõikidest narkoseaduste rikkumistest. Tšehhi Vabariigis esines kõige enam metamfetamiiniga seotud rikkumisi (need moodustasid 53% kõigist narkoseaduste rikkumistest), samas kui Luksemburgis oli enim teatatud aine kokaiini (seotud 35% narkoseaduste rikkumistega).

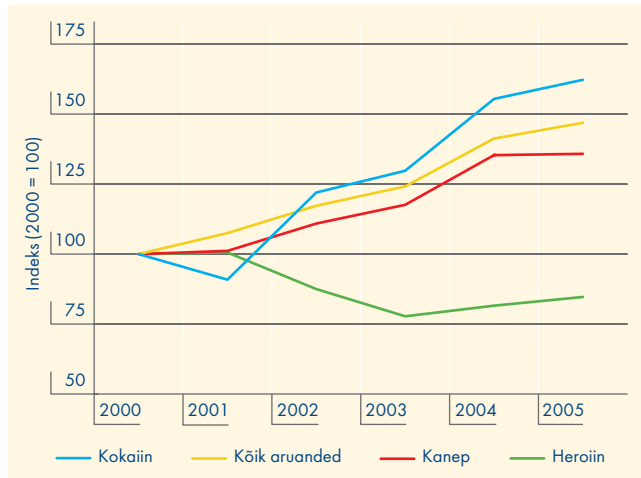
Viieaastase ajavahemiku jooksul, aastatel 2000–2005, oli kanepiga seotud narkoseaduste rikkumiste arv stabiilne või tõusis enamikus andmeid esitanud riikidest, mille tulemuseks oli keskmine tõus 36% ELi tasandil (joonis 1). Langustendentsist teatasid aga Tšehhi Vabariik (2002–2005) ja Sloveenia (2001–2005).

Kõikides andmeid esitanud riikides peale Luksemburgi ja Madalmaade on kanepi tarbimise/tarbimiseks omanise alaste rikkumistega enim seotud uimasti. Siiski on kanepi tarbimisega seotud rikkumiste arv langenud alates 2000. aastast mitmes riigis (Kreeka, Itaalia, Küpros, Austria, Sloveenia ja Türgi) ning viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (2004–2005), enamikus aruande esitanud riikidest, mis näitab, et kõnealustes riikides võib õiguskaitseasutuste sihtmärgiks olla vähemal määral kanep kui teised uimastid ⁽¹²⁾.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv kasvas ajavahemikus 2000–2005 kõikides Euroopa riikides peale Saksamaa, kus asjaomane arv jäi suhteliselt muutumatuks. ELi keskmine kasvas samal perioodil 62% (joonis 1).

„Raportid“ heroiiniga seotud narkoseaduste rikkumiste kohta ajavahemikus 2000–2005 näitavad kanepi ja kokaiiniga võrreldes erinevat olukorda: rikkumiste arv langes Euroopa Liidus kokku keskmiselt 15% ning seda põhiliselt ajavahemikus

Joonis 1: indekseeritud suundumused narkoseaduste rikkumiste raportites ELi liikmesriikides aastatel 2000–2005



NB: Suundumustes on esitatud olemasolev teave riikide narkoseaduste rikkumiste (kriminaalkuritegude ja muude õigusrikkumiste) raportite arvu kohta, millest teatavad kõik ELi liikmesriikide õiguskaitseametid; kõigi seeriade indekseerimise alus on 100:2000 ja arvatud vastavalt riigi elanikkonna arvule, moodustades üldise ELi suundumuse.

Kuna definitsioonid ja uuringu üksused erinevad riigiti oluliselt, kasutatakse üldist mõistet „narkoseaduste rikkumiste raportid“, täiendava teabe saamiseks vt „Narkoseaduste rikkumised: meetodid ja definitsioonid“ 2007. aasta statistikabülletäänis.

Riike, mille kohta puuduvad andmed kahe või rohkema järjestikuse aasta kohta, ei ole suundumuse arvutustes lisatud: üldine suundumus põhineb 24 riigil, suundumus heroini kohta põhineb 14 riigil, kokaiini kohta 14 riigil ja kanepi kohta 15 riigil.

Täiendava teabe saamiseks vt joonist DLO-6 statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused ja (rahvastikuandmete kohta) <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

2001–2003. Siiski erinevad kõnealusel ajavahemikul riikide suundumused heroiiniga seotud rikkumiste osas, kusjuures kolmandik riike teatab kasvutendentsist ⁽¹³⁾.

Uimastiprobleemide teadusuuringud

Rahastamine

Riikide teabekeskuste aruannete kohaselt rahastatakse uimastitega seotud teadusuuringuid Euroopas riiklike ja Euroopa avaliku sektori vahendite kaudu. Mitme liikmesriigi teatel rahastatakse uimastitealaseid teadusuuringuid üldistest riiklikest teadusfondidest (Saksamaa, Madalmaad, Soome, Ühendkuningriik), tervishoiuministeeriumi vahenditest (Itaalia) või riikliku narkomaaniaalase koordineerimisasutuse kontrollitavatest vahenditest (Prantsusmaa, Rootsi). Rumeenias rahastatakse teadusuuringuid rahvusvaheliste organisatsioonide, näiteks Ülemaailmse Fondi kaudu.

⁽¹⁰⁾ VT tabelit DLO-2 2007. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁾ Vt tabelit DLO-3 2007. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²⁾ Mõnes riigis, kus kanepi tarvitamisega seotud rikkumiste osakaal on langenud, tasub tähele panna, et kanepi tarbimisega seotud absoluutarvud on tõusmas.

⁽¹³⁾ Asjaolu, et Euroopa keskmine ei kajasta heroiiniga seotud õigusrikkumiste kasvu pooltes andmeid esitanud riikidest, on seletatav põhiliselt sellega, et riike, kelle andmed puuduvad kahe järjestikuse aasta kohta, ei võeta Euroopa keskmise arvutamisel arvesse, aga ka sellega, et Euroopa keskmise arvutamisel võetakse arvesse riikide rahvaarvu (seega omistatakse osadele riikidele võrreldes teistega rohkem kaalu).

Teadustegevus

Kasutades teadustegevuse indikaatorina vastastikuse eksperdi hinnangu saanud teaduslikke väljaandeid, näitab riiklikes aruannetes nimetatud selliste 2005. ja 2006. aasta väljaannete analüüs temaatiliste teadusuuringute prioriteetide mudelit, mis on riigiti erinev.

Oluline teadusuuringute teema on sõltuvusravi: enamikus uuringutes analüüsitakse asendusravi erinevaid aspekte. Ennetuslase teadustegevuse osakaal on riiklikes aruannetes mainitud teaduskirjanduses palju väiksem. EMCDDA viiest võtmeindikaatorist on arvukaimad nakkushaigusi käsitlevad publikatsioonid, millele järgnevad väljaanded uimastitarbimise levimuse kohta noorte hulgas.

Riikide aruannetes mainitud teaduspublikatsioonid on riigiti erinevad. Ravialaseid teadusuuringuid, eriti C-hepatiidiga uimastitarbijate ravi, mainitakse eriti tihti Saksamaa aruandes, samas kui Madalmaade aruanne keskendub uutele ravimeetoditele. Ühendkuningriigi mainitud teadusuuringutes käsitletakse põhiliselt probleemset uimastitarbimist, kuritegevust ja turustusküsimusi. Vähesed viited neuroteaduslikele uurimistele pärinevad peamiselt Madalmaade aruandest, kuid ka Prantsuse ministeeriumidevahelise missiooniga MILDT rahastati mitut selle valdkonna uurimisprojekti.

Viimasel ajal algatatud uurimisprogrammidest ilmneb, et liikmesriikidel on sarnased teadusuuringute prioriteedid. Saksamaa praegu rahastatavad teadusuuringud, mis hõlmavad ka alusuuringuid, on suunatud raviteenuste optimeerimisele, et need vastaksid ravinõudlusele. Aastal 2006 algatasid Madalmaad uurimisprogrammi

„Riskikäitumine ja sõltuvus“. Ühendkuningriigis alustati hiljuti uuringuid ravisüsteemide kvaliteedi ning väga noorte probleemsete tarbijate kohta. Uued liikmesriigid keskenduvad põhiliselt oma seiresüsteemidele teadusliku aluse loomisele, näiteks noorte seas läbiviidavate küsitluste kaudu.

ELi teadusuuringud

EL rahastab uimastitega seotud teadustegevust teadusuuringute raamprogrammide kaudu, millest kõige uuem, 7. raamprogramm (2007–2013), käivitati 2006. aasta lõpus. ELi 5. teadusuuringute raamprogrammi (1998–2002) teema „Elukvaliteet“ tulemuseks olid uurimisprojektid, mille aruanded esitati aastatel 2005–2006. Uurimisprojektide seas on „uimastisõltlastest õigusrikkujate poolsunduslik ravi Euroopas“ (QCT), „kokaiini ja crack'i tarbijate toetamisvajadus Euroopas“ (COCINEU) ja „sõltuvuse kaheosalisele diagnoosimisele ja optimaalsele taastumisele suunatud terviklikud teenused“ (ISADORA).

Uimastid ja sõidukijuhtimine, EMCDDA 2007. aasta valikteema

Psühhoaktiivsed ained võivad nõrgendada inimese võimet sõidukit juhtida sellisel määral, et see kõrgendab õnnetusjuhtumite ja vigastuste riski. Valikteemas uimastite ja sõidukijuhtimise kohta antakse ülevaade selleteemaliste erinevat tüüpi uuringute tulemustest, keskendudes kanepi ja bensodiasepiinide tarbimisele, samuti ennetuslikele ja õiguslikele lähenemistele nimetatud probleemse käitumise suhtes.

Kõnealune valikteema on saadaval trükituna ja Internetis ainult inglise keeles (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



2. peatükk

Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas

Eli narkootikumidealase tegevuskavaga aastateks 2005–2008 kutsutakse liikmesriike üles suurendama tõhusate ja mitmekülgsete, kergesti kättesaadavate ennetus-, ravi- ja kahju vähendamise ning ühiskonda taasintegreerimise meetodite kasutamist. Kõnealuseid Euroopa uimastiprobleemi aspekte käsitletakse põhjalikumalt käesolevas peatükis.

Ennetusstrateegiad võivad olla suunatud eri rühmadele, alates kogu elanikkonnast kuni eraldi riskirühmadeni, ning vastavalt sellele on rakendatavad meetodid erinevad. Kahju vähendamise ja ravi meetmed on kättesaadavad ka uimastitarbijatele ja -sõltlastele ning märkimisväärselt paljudes riikides on nende meetmete tõhusust hinnatud tulemusuuringute kaudu. Kahju vähendamise meetmete eesmärgiks on ennetada uimastitega seotud surmasid ja vähendada tervisekahjusid, näiteks HIVi või C-hepatiiti nakatumist. Heroiinisõltuvust ravitakse tavaliselt asendusravi abil ning kanepi-, amfetamiini- ja kokaiinisõltuvuse jaoks on välja töötatud eriprogrammid. Eduka ravi korral on järgmine samm ühiskonda taasintegreerumine. Nagu järenevalt kirjeldatakse, elavad paljud uimastitarbijad vaestes tingimustes ning ühiskonda taasintegreerimise strateegiatega tuleb tihti lahendada märkimisväärsed probleemid.

Iga sekkumise liigi puhul tuuakse näiteid eri riikidest ning käsitletakse nende tulemuslikkust toetavaid või muud laadi uurimistulemusi.

Ennetamine

Individaalsete ennetusstrateegiade mõju ei saa üldjuhul mõõta uimastitarbimise levimuse muutustega elanikkonna tasemel. Siiski saab iga ennetusstrateegiat võrrelda tõendite kogumiga, et määrata kindlaks, kas tegemist on tõenditel põhineva sekkumismeetmega või mitte. See nõuab head teavet ennetuslike sekkumismeetmete sisu, ulatuse ja hulga kohta.

Olemasoleva teabe parandamine: järelevalve, kvaliteedi kontroll ja hindamine

Liikmesriigid jälgivad ennetusalaseid sekkumismeetmeid üha rohkem ning edastavad selle tulemusena andmeid

sekkumismeetmete sisu ja kättesaadavuse kohta. Saksamaa, Madalmaad ja Norra on laiendanud teavitamise ulatust. Kreeka, Küpros, Leedu ja Itaalia jälgivad ennetustööd koolides; Kreekas, Poolas, Rootsis ja Soomes uuritakse aga kogukonnapõhiseid ennetusteenuseid ning Prantsusmaa on loonud keskse narkoennetuse järelevalve süsteemi. Mõned riigid (Tšehhi Vabariik, Galicia autonoomne piirkond Hispaanias, Ungari ja Norra) otsustavad sekkumismeetmete rahastamist juba tõendite alusel ning kaaluvad hindamissüsteemide kasutuselevõtmist. Portugalil, Soomal ja Rumeenial on ennetusprogrammide jaoks olemas minimaalsed kvaliteedinõuded.

Ungarilt ja Madalmaadelt saadud teabe põhjal võib väita, et ennetustöö järelevalvesüsteemide ja kvaliteedikriteeriumide olemasolu tulemuseks on parem aruannete esitamine projektide ja hindamiste kohta ning kvaliteetsem sekkumistevõime.

Enamikku ennetusprogramme ei hinnata. Hinnatavaid programme vaadeldakse tavaliselt pigem „tegevuse rakendusala ja vastuvõetavuse” kui „eesmärkide saavutamise ulatuse” alusel (Kreeka riiklik aruanne).

Viimase paari aasta jooksul on ennetustegevuse mõjususe uuringuid viidud läbi Saksamaal (Bühler, Kröger, 2006), Ühendkuningriigis (Canning *et al.*, 2004; Jones *et al.*, 2006) ning Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt (Hawks *et al.*, 2002). Uuringud on abiks ennetusstrateegiade hea tava määratlemiseks. Kõige uuemas kõikehõlmavas uuringus (Bühler, Kröger, 2006) hinnati 49 kõrgekvaliteedilist ülevaadet, st uuringuid ja metaanalüüse ainete kuritarvitamise ennetamise kohta, ning tehti järeldused mõjusate narkoennetustestrategiate kohta. Järgnevates jagudes käsitletakse erinevat tüüpi ennetusstrateegiade mõjusust eespool nimetatud uuringu ja muude uuringute tulemuste põhjal.

Meediakampaniad

Hawks *et al.* (2002) teeb kooskõlas tervisearendusameti aruandega HDA (2004) järelduse, et „ainuüksi meedia kasutamist, eriti muude, vastukaaluks olevate mõjude

Tõenduspõhine tegevus

Tõenduspõhine tegevus tähendab sekkumismeetmeid (nt uimastiravi), mida on järjekindlalt tõestatud teaduslike uuringute (nt teadustööde) põhjal, et saavutada eelistatud tulemused patsiendi jaoks (nt uimastitarbimise vähenemine). Tavaliselt kasutatavad kriteeriumid, mille abil määratakse kindlaks, kas teatud sekkumismeedet saab käsitleda tõenduspõhise tegevusena, on tõhusus ja tulemuslikkus (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

Tõhususe kaudu mõõdetakse, kui hästi sekkumismeede töötab ideaalsetes uurimistingimustes. Tõhusus määratakse ideaalis kindlaks kontrolluuringu kaudu, mille käigus mõnede osalejate puhul rakendatakse testitavat sekkumismeedet, samal ajal kui kontrollrühma puhul kasutatakse muud sekkumismeedet või ei sekkuta üldse; veelgi parem on pisteline kontroll, mille puhul rakendatakse osalejate suhtes pisteliselt üht või kaht sekkumismeedet (Cochrane Collaboration, 2007). Üldiselt arvatakse, et ainult pisteliste kontrollide või kontrolluuringute abil, mida eelistatavalt kombineeritakse protsessihinnanguga, saab tõestada sekkumismeetme tõhusust ning luua nõnda alus tulevasele tegevusele ja poliitikale.

Paraku pole osalejate juhuslik jaotus sekkumismeetmes või kontrollrühmas osalemise vahel alati teostatav.

Tulemuslikkuse kaudu mõõdetakse, kui hästi sekkumismeede toimib tavaolukorras. Tihti rakendatakse kontrolluuringute järgi paljulubavaid sekkumismeetmeid kogukonnas, et uurida, kui hästi need tavatingimustes toimivad. Tulemuslikkuse uuringud,

nt riiklikud ravitulemuste uuringud, käsitlevad peamiselt sekkumismeetme mõju tervisele või muid olulisi tulemusi, et koguda tõendeid selle kohta, millised abinõud toimivad.

Tõendite loomise protsessi raskendab aga asjaolu, et vaatepunktid lahknivad selle kohta, kuidas hinnata tõhusust või tulemuslikkust uurivate teadusuuringute kvaliteeti, ning mis tüüpi uurimismeetod (nt kvantitatiivne või kvalitatiivne) on sobivaim, et tõendada, millised abinõud toimivad. Selle tulemusena võivad järeldused toimivate abinõude kohta olla erinevad. Seega on endiselt raske määratleda, kuidas otsustusprotsessi käigus hinnata ja kaaluda erinevaid tõendite allikaid. Veelgi raskem on see sekkumismeetmete puhul, millel puudub veel kõikehõlmav tõendibaas, kuid mis kogemuse põhjal otsustades võiksid olla tulemuslikud.

Eeltoodud raskustele vaatamata jääb püsima arvamus, et tõendid võivad parandada tervishoiuvalast tegevust ja poliitikat, ning arutelu tõenduspõhise tegevuse üle on vaja edendada, arendades samal ajal välja selged tõendite hindamise kriteeriumid.

Kõnealuses mõttevahetuses osalemiseks ja tõenduspõhise tegevuse edasiseks levitamiseks töötab EMCDDA välja Interneti-portaali, mis annab ülevaate uuematest olemasolevatest tõenditest erinevate sekkumismeetmete tulemuslikkuse kohta ja olemasolevatest sekkumismeetmete parandamise vahenditest ning esitab konkreetseid näiteid ELi liikmesriikides rakendatavate parimate tavade kohta. Kõnealuse portaali jaoks oluline teabeallikas on koostööorganisatsioon Cochrane Collaboration.

olemasolul, ei saa eri tüüpi psüühhoaktiivsete ainete kasutamise vähendamisel pidada tulemuslikuks. Ilmneb aga, et meedia kasutamine tõstab informeerituse taset ja on toeks poliitikaalgatustele". Muud tõendid näitavad siiski, et meediakampaaniatel on positiivne mõju, kui neid kasutatakse toetusmeetmena muude strateegiate tugevdamiseks (Bühler, Kröger, 2006).

Šoti kokaiinialase kampaania „Know the score“ („Tea tulemust“) hindamisel leiab Binnie *et al.* (2006), et 30% tarbijatest tarbis pärast reklaami nägemist vähema tõenäosusega kokaiini, kuigi 56% teatas, et kampaania ei muutnud nende kokaiinitarbimise kavatsusi ning 11% väitis, et see tõstis tarbimise tõenäosust. Lisaks sellele kinnitas Ameerika Ühendriikide valitsuse kanepivastase kampaania taashindamine eelnevaid järeldusi, et kuigi kampaania (vaatamata selle meeldejäävusele ja sihtrühmade eristamisele) ei mõjutanud kanepit mittetarbivate noorte suhtumist kanepitarbimisse, seostati kampaaniat ebasoodsate mõjudega noorte suhtumisele teiste marihuanaatarbimisse (GAO, 2006).

Mõne üksiku juhtumi puhul on siiski toimunud rõhuasetuse nihkumine teadmiste suurendamiselt (mis on enamiku meediakampaaniate eesmärk) sotsiaal-emotsionaalse teabe edastamisele (üritades muuta arusaamu näiteks kanepitarbimise kohta). Näiteks Madalmaades edastas kampaania sõnumit „Sa ei ole imelik, kui sa kanepit ei suitseta, sest 80% noortest ei suitseta ka“⁽¹⁴⁾. Lisaks sellele üritatakse lirimaa riikliku narkoennetuskampaania mõningate osadega lükata ümber osadid kanepiga seotud müüte, näiteks väiteid, et kanep on orgaaniline ja looduslik.

Lubatud ainete alased keskkonnastrateegiad

Aine hinna ja/või selle kasutamise seadusliku vanusepiirangu tõstmine on andnud tarbimise vähendamisel positiivseid tulemusi, kuid seda saab kasutada vaid selliste lubatud ainete puhul nagu alkohol ja tubakas (Bühler, Kröger, 2006). Kõnealused keskkonnastrateegiad on seni olnud kasutusel Põhjamaades või Ameerika Ühendriikides, nende puhul on keskendunud peamiselt alkoholile ning saavutatud on paljutõotavaid tulemusi (Lohrmann *et al.*, 2005;

⁽¹⁴⁾ Vt <http://www.drugsinfo.nl>

Stafström *et al.*, 2006). Üha enam aga võetakse kasutusele kõikehõlmavaid kogukonnapõhiseid lähenemisi, milles alkoholi ja tubakat käsitletakse sarnaselt keelatud ainetega. Belgia, Bulgaaria, Taani, Leedu, Luksemburg, Madalmaad, Poola, Slovakkia ja Norra teatavad kogukonnapõhiste strateegiate olemasolust või aruteludest lisamaksude või alkoholi ja tubakatoodete kättesaadavust reguleerivate seaduste kohta. Nende strateegiate eesmärk on kõnealuste ainete tarvitamise vähendamine noorte hulgas, luues alkoholivabu piirkondi või suurendades ööklubide turvalisust. Koolide puhul kinnitavad viimase aja uuringud Euroopast (Kuntsche, Jordan, 2006) ja mujalt (Aveyard *et al.*, 2004), et normatiivne õhkkond ja mitteametlikud võrgustikud mõjutavad oluliselt käitumismalle legaalse uimastite ja kanepi tarbimisel. Saksamaal, Iirimaa ja Itaalias kaalutakse nüüd rohkem koolireeglite kehtestamist ⁽¹⁵⁾.

Üldine ennetamine

Koolides on osutunud tulemuslikuks interaktiivsed programmid, mis põhinevad sotsiaalse mõju või eluliste oskuste mudelitel, kuid individuaalseid, üksikult rakendatud meetmeid (näiteks ainult teabe edastamist, tundmuslikku harimist või muid mitteinteraktiivseid meetmeid) hinnati negatiivselt (Bühler, Kröger, 2006). Korralduslikel põhjustel on ennetustöö koolides enamasti kohalike omavalitsuste ülesanne ning seda eriti Põhjamaades, Prantsusmaal ja Poolas.

Mõned kommentaatorid arvavad, et täiendavate üldiste terviseõpetuse ning eluliste oskuste programmide abil saavutatakse suuremaid muutusi kui üksnes oskustel põhinevate haridusprogrammidega, soovitudes seega sekkumistegevuse paremat lõimimist hästikoostatud terviseõpetuse kavasse (Hawks *et al.*, 2002). See tundub olevat saavutatud peaaegu kõikides liikmesriikides. Lisaks sellele käsitlevad mitmed liikmesriigid (nt Itaalia, Leedu, Madalmaad, Slovakkia, Ühendkuningriik) narkoennetust rahvatervisealase ennetustöö raames koos tervishoiu- ja sotsiaalküsimustega, nagu alkohol, vaimse tervise probleemid, sotsiaalne tõrjutus, halb õpiedukus ning tubakatoodete ja alkoholi tarbimine, millega pööratakse enam tähelepanu tundlike rühmade vajaduste konkreetsele lahendamisele.

Tihti põhjendatakse mudelprogrammide mittekasutamist sellega, et neid ei saaks sobitada kohalike tingimustega ning need ei vastaks üksikute kogukondade vajadustele

(Ives, 2006). Selle vastu võib aga väita, et standardsete ennetusprogrammide eelis on protokollides esitatud selged suunised, mis võimaldavad stabiilsete teabe edastamise infrastruktuuride ja õpetajakoolitussüsteemide loomist, mis hõlbustab ühiste rakendusstandardite kasutamist, isegi kui koolid ja kogukondlikud tingimused on väga erinevad.

Paljude liikmesriikide (Bulgaaria, Itaalia, Läti, Leedu, Luksemburg, Austria, Rumeenia) ennetusprogrammid keskenduvad teadlikkuse tõstmisele, andes teavet ning korraldades üksiküritusi (näiteks ekspertide külastusi) ⁽¹⁶⁾, ehkki tõendid näitavad, et muud meetodid võivad olla tulemuslikumad.

Sotsiaalse mõjutamise programmid on koolides laialt levinud, eriti Ühendkuningriigis ja standardprogramme pakkuvates riikides, nagu Saksamaal, Iirimaa, Kreekas, Hispaanias, Norras ja peagi Taanis.

Mis puutub üldisesse kogukonnapõhisesse ennetustöösse, siis 12 liikmesriiki teatavad oma aruannetes, et uimastialased kavad on olemas enamikus omavalitsustes ning kümnes riigis on need poliitiliseks prioriteediks. Kõnealused kavad toimivad peamiselt teabeürituste kujul ning vähemal määral alternatiivsete vaba aja veetmise võimaluste pakkumise kaudu. Üldine perekonnapõhine ennetustöö seisneb peamiselt lapsevanemate koosolekute või teabeõhtute korraldamises ning harva ka vanemate intensiivkoolituses.

Valikuline ennetustöö

Liikmesriigid pööravad üha enam tähelepanu ennetusstrateegiatele, mis on suunatud tundlikule kogukonnale tervikuna ⁽¹⁷⁾. Seega tuleb sellised kogukonnad tuvastada, näiteks standardsete hindamisvahendite abil, nagu Ühendkuningriigi mitmese deprivatsiooni indeks, või sotsiaalmajanduslike näitajate toel, nagu eluaseme- või haridusstandardid (mahajäämusega või toetust saavate õpilaste arv koolis).

Kui sihtkogukonnad on tuvastatud (nt Prantsusmaa määratleb tundlike linnatsoone või koolide puhul haridusliku prioriteediga tsoone), võib kõnealustele sotsiaalselt ebasoodsates oludes rühmadele suunata täiendavaid vahendeid. Iirimaa, Küprosel ja Ühendkuningriigis on enamiku asjaomaste piirkondade jaoks juba olemas valikulise ennetustöö projektid ning Portugalis on käimas sellise strateegia rakendamine. Toetuse laad ulatub nõustamisteenustest Eestis, Kreekas, Prantsusmaal ja

⁽¹⁵⁾ Vt ka <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Andmed: SQ 22 ja 25.

⁽¹⁷⁾ Valikulise ennetustöö, eriti riskirühmade ja -tegurite kohta lisateabe saamiseks, vt eelmisi aastaaruandeid ja 2007. aasta valiktemat uimastite tarbimisest alaealiste hulgas.

Slovakkias kuni abivajajate juurde minekuni Luksemburgis ja Austrias ning toetus on mõnikord suunatud kindlatele rahvusrühmadele. Peale selle teatavad mõned uued liikmesriigid (Bulgaaria, Ungari, Leedu, Poola ja Rumeenia) mitmesugustest tegevustest, mis on suunatud tundlikele perekondadele. Enamikus liikmesriikides keskendutakse ainete tarbimisele perekonnas, ehkki mõned riigid (Kreeka, Leedu, Ungari, Ühendkuningriik) rakendavad laimat lähenemist, mis on suunatud kõikidele sotsiaalselt ebasoodsates oludes perekondadele.

Eakaaslaste mõjutamisel põhinevat lähenemist kasutatakse lisaks üldisele ennetustööle üha enam ka valikulise ennetustöö tegemisel (Iirimaa, Madalmaades, Austrias, Poolas ja Norras). Parkin, McKeganey (2000) järeldavad eakaaslastel põhinevate lähenemiste vaatlemisel, et sellised kavad avaldavad suurimat mõju pigem eakaaslastest kasvatajatele endile kui sihtrühmale. Tundub, et sellised lähenemised võivad olla tulemuslikumad teadmiste ja suhtumise, kuid mitte käitumismallide muutmiseks. Eakaaslastel põhinevaid projekte hinnatakse harva ning kui seda tehakse (nt „Free Style“ (vabastiil) Norras), vaadeldakse vaid noorte juhtide värbamise edukust koolides ning seda, kas eakaaslastest juhtide teadmised suurenesid või suhtumine muutus kindlamaks.

Ehkki valikuline ennetustöö kogub populaarsust, tuleb eriti riskiohus noorte kaasamise puhul eakaaslaste teavitusprogrammidesse olla ettevaatlik (Cho *et al.*, 2005; Dishion, Dodge, 2005), sest tundlike rühmade seas võivad tekkida negatiivsed „nakkusmõjud“. Need tahtmatud mõjud, mille põhjustab sekkumine, võivad esile kutsuda ainete suurenenud tarbimise ja riskikäitumise. Nimetatud soovimatud tulemused ei ole siiski ainumased valikulise ennetustööle, vaid neid võib täheldada ka meedia kaudu teabe edastamise ja individuaalse ennetustegevuse puhul (vt eespool).

Ravi ja kahjude vähendamine

Viimased arengud ravisüsteemide valdkonnas

Enamik uimastitarbijate ravist toimub ambulatoorselt, muu hulgas ka perearstipraksistes. Ambulatoorse ravi võrgustike laienemine on viimastel aastatel jätkunud, mitmes riigis – sealhulgas Bulgaarias, Eestis, Kreekas, Leedus, Rumeenias ja Soomes – on sellesse kaasatud üha enam piirkondi, samal ajal kui statsionaarsete raviasutuste arv on enamikus riikides jäänud samale tasemele.

Läti, Ungari, Slovakkia ja Rumeenia kuuluvad riikide hulka, kus igas piirkonnas pole spetsiaalseid uimastiraviasutusi.

Vaatamata teenusepakkujate võrgustiku laienemisele viimasel ajal on asendusravi järjekorrad ikka veel olemas Kreekas, Ungaris ja Poolas.

Statsionaarne ravi, mis varem oli heroiniivõõrutusravi puhul valdav lähenemine enamikus Euroopa riikides, on tänapäeval suhteliselt vähelevinud ning enamikku opioidide tarbijaid ravitakse ambulatoorselt. Statsionaarsete teenuste tähtsus suureneb seevastu vanade ja kauaaegsete uimastitarbijate ravis, kellel on palju kaasnevaid tõsiseid somaatilisi ja psühholoogilisi haigusi ning seetõttu keerulised ravivajadused. Statsionaarsete raviasutuste mentaliteet ja töömeetodid on muutuvatele vajadustele vastates aja jooksul oluliselt muutunud. Ravi ja meditsiinilise abi, sealhulgas psühhiaatrilise ravi, aktiivse retroviirusevastase ravi ja maksahaiguste ravi ühendamine on muutunud tavapärasemaks ning kasvanud on patsientide seisundit stabiliseeriva asendusravi kasutamine.

Ambulatoorset ravi saavate uimastitarbijate tunnused

Ravinõudluse indikaatori andmeid võib kasutada ravikeskuste teenuseid kasutavate patsientide ning teatud ulatuses kõikide uimastitarbijate sotsiaalmajandusliku staatuse määratlemiseks⁽¹⁸⁾. Kuna juurdepääs ambulatoorsele ravile on enamikus riikides lihtsam ja vähem selektiivne, on mõistlik selle kliendirühma põhjal teha üldistusi uimastitarbijate kohta tervikuna.

2005. aastal esitasid 29-st Euroopa riigist 20 teavet ambulatoorse ravi keskustes ravi saava 315 000 uimastipatsiendi kohta. Kõnealused andmed pärinesid rohkem kui 4000 raviüksusest, hõlmates ligikaudu 65% kõikidest ambulatoorsetest raviüksustest. Umbes pooltel (53%) ambulatoorset ravi saavatel patsientidel ravitakse esmase uimastina opioidide tarbimist ning ülejäänud pooltel muude uimastite, eriti kanepi (22%) ja kokaiini (16%) tarbimist. Enim esmase uimastina tarbitav uimasti on riigiti erinev.

Umbes 80% ambulatoorse ravi patsientidest on mehed, kelle keskmine vanus on 30 aastat (28 aastat uute ravialuste seas) ning elutingimused valdavalt vaesed võrreldes samas vanuses elanikkonnaga üldiselt. Umbes 60% ambulatoorse ravi patsientidest ei ole omandanud algharidusest kõrgemat haridustaset ning umbes ühel kümnendikul mainitustest puudub ka algharidus. Umbes pooltel klientidel oli enne ambulatoorse ravi algust alaline töökoht ning pooled olid töötud; enamikul ambulatoorse ravi patsientidest on püsiv elukoht (85%), kusjuures 40% elab vanemate juures ja 19% üksi. Märkimisväärne vähemus ambulatoorsetest uimastitarbijatest (15%) elab koos lastega, kas siis üksi või

⁽¹⁸⁾ Käesolevas osas esitatud näitajate kohta täpsema teabe saamiseks vt TDI tabeleid ja graafikuid 2007. a statistikabülletäänis.

partneriga, mis komplitseerib uimastitarbija elu ning kujutab endast riskitegurit lastele.

Ravialuste uimastipatsientide sotsiaalmajanduslikku olukorda käsitlevat teavet täiendavad mõnede riikide esitatud riiklikud andmed, mis on liigendatud põhiliste tarvitatud ainete kaupa. Näiteks Saksamaal on 67% heroiniitarbijatest töötud või majanduslikult mitteaktiivsed, kokaiinipatsientidest aga 53% ja kanepipatsientidest 35%; opioidide tarbijatest on 74% piiratud kooliharidus, kokaiinitarbijatel on see näitaja 63% (Sonntag et al., 2006).

Uued arengud

Mitmes riigis on viimasel ajal loodud spetsiaalsed asutused, mis on suunatud konkreetsete uimastitarbijate rühmadele, nt naissoost uimastitarbijatele, kodututele tänaval süstijatele, seksitöötajatele või noortele ja väga noortele uimastitarbijatele (vt 2007. a valikteemat uimastitarbimisest alaealiste hulgas). Teistes riikides on laiendatud farmakoloogilisi ravivõimalusi, et need vastaksid kindlate tarbijarühmade vajadustele, eesmärgiga suurendada ravi ulatust. Näiteks on nüüd Maltas lubatud buprenorfiini asendusravi ⁽¹⁹⁾.

Erinevate uimastitarbijarühmade ravi

Liikmesriigid teadvustavad üha enam, kui oluline on osutada sobivaid raviteenuseid probleemsetele kanepi- ja kokaiinitarbijatele. Kanepi puhul põimitakse Euroopas sageli omavahel ravi-, nõustamis- ja ennetusprogramme, et hõlmata suurt hulka tarbijaid. Selleks et jõuda kanepitarbijateni, kelle uimastitarbimine jääb eksperimentaalse ja probleemse tarbimise vahepeale, rakendatakse uusi kommunikatsioonistrateegiaid, näiteks kasutatakse Interneti. Hetkel on väljatöötamisel eraldi kanepiraviteenused ja -programmid, mis siiani pole Euroopas eriti levinud (vt 3. peatükki).

Lisaks sellele on suure kokaiiniravi nõudlusega silmitsi seisvad liikmesriigid hakanud tellima selles valdkonnas teadusuuringuid, ehkki küsimuse muudab keerukamaks asjaolu, et kokaiinipulbri ja crack-kokaiini tarbijad kuuluvad tavaliselt üsna erinevatesse sotsiaalsetesse rühmadesse (vt 5. peatükki). Eriteenuste puudumise tõttu ravitakse praegu suuremat osa psühhostimulantide, sealhulgas amfetamiini tarbijaid traditsiooniliste opioididele suunatud raviteenuste abil ning kogu Euroopas on suur vajadus koolitatud ravipersonali ja -arstide järele.

Heroiinisõltuvuse ravi

Pärast seda, kui asendusravi sai 1980. aastate teisel poolel heroiniitarbimise vastu võitlemise meetodina poliitilise

Asendusravi õiguslikud raamistikud

2006. aastal viidi õiguslaste korrespondentide spetsialiseeritud võrgustikus läbi küsitlus, et saada lisateavet asendusravile võtmise kriteeriume puudutavate seaduste ja ametlike määruste kohta, samuti ravimite väljakirjutamise ja väljaandmise tavade kohta. Tulemused saadi 17 riigist ja need täiendasid 2003. aastal Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi esitatud aruannet ⁽¹⁾.

Õigusliku raamistiku rakendusala on liikmesriigiti oluliselt erinev. Mitmes riigis, nt Belgias, kuulub asendusravi parlamendis vastu võetud seaduse rakendusalas, samas kui teistes riikides, nt Küproses, rakendatakse seda kontrollitud aineid puudutavate seaduste tõlgendamise alusel. Raamistiku tugevus ja paindlikkus mõjutavad üksteist vastastikk.

Asendusraviks kasutatavad ained on tavaliselt seadusega kindlaks määratud. Enamikul juhtudel võib välja kirjutada ainult metadooni ja buprenorfiini või ainult metadooni, kuid üksikutes riikides on lubatud muud ained, nagu morfiin või kodeiin. Ka riiklikud ravile võtmise kriteeriumid on peaaegu kõikides riikides sätestatud kas seadustega või ministeeriumide dekreetide või suunistega. Kõige tavalisemad kriteeriumid on sõltuvuse diagnoos ja vanuse alampiir, kuid olulisel kohal on ka varasema tulemuseta ravimivaba ravi tingimus. Mitmes riigis on riiklike seadustega sätestatud karistused ravieeskirjade rikkumise puhuks, samas kui teistes riikides otsustab selle küsimuse iga ravikeskus omal äranägemisel.

Seadused määratlevad tavaliselt ka selle, kellel on õigus ravimeid välja kirjutada. Seda saavad teha peamiselt ravikeskuste arstid, kuigi mõnes riigis võib ravimeid välja kirjutada iga arst või kindlad, vastava väljaõppega või akrediteeritud arstid. Tegelikult tegelevad väljaspool ravikeskusi töötavad arstid asendusraviga harva ⁽²⁾. Maksimaalsed annused on harva seadustes sätestatud. Retseptide kahekordse väljakirjutamise vältimiseks kasutab enamik riike spetsiaalseid retseptivorme, kuid mitmes riigis on olemas keskregister ja üksikutes väljastatakse spetsiaalseid ID-kaarte. Ka volitatud ravimite väljaandjad on tavaliselt õigusaktides kindlaks määratud: enamasti on need apteegid ja ravikeskused, kuigi osa riike lubab ka arstidel ravimeid välja anda. Enamikus riikides on seadustega, suunistega või lihtsalt mitteametliku loa alusel kehtestatud süsteem ravimiannuste kodus võtmiseks, kuid mõnel pool on see selgesõnaliselt keelatud.

⁽¹⁾ Täiendav teave on kättesaadav aadressil <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

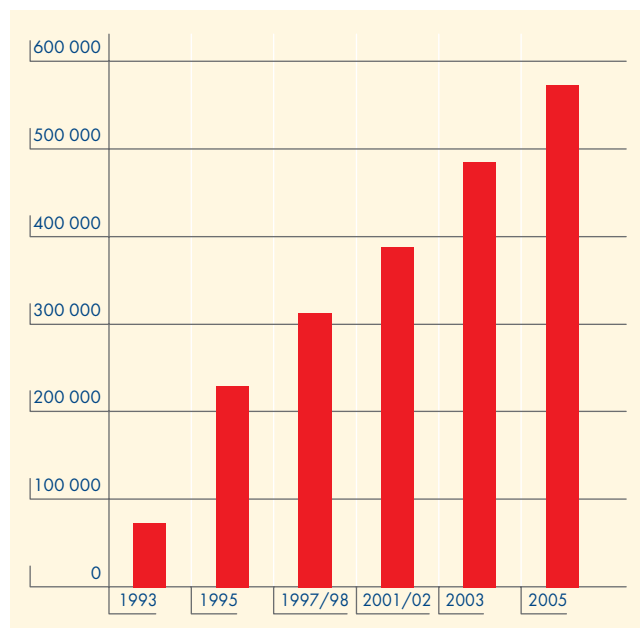
⁽²⁾ Vt tabelit HSR-6 2007. aasta statistikabülletäänis.

heakskiidu, on see muutunud valdavaks opioidisõltuvuse raviviisiks enamikus riikides (joonis 2).

Põhilised kasutatavad asendusained on metadoon ja buprenorfiin. Ideaaljuhul peaks farmakoloogilise raviga kaasnema psühholoogiline nõustamine ja sotsiaalne toetus.

⁽¹⁹⁾ Vt „Asendusravi meetodid Euroopas“, lk 67.

Joonis 2: opioidide asendusravi hinnanguline kättesaadavus EL-15 liikmesriikides aastatel 1993–2005



NB: Täiendava teabe saamiseks vt tabeleid HSR-7 ja HSR-8 ning jooniseid HSR-1 ja HSR-5 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Riikide teabekeskused ja aruanded; täpsema allikate nimekirja saamiseks vt joonist HSR-5 2007. aasta statistikabülletäänis.

Asendusravi toimub tavaliselt spetsiaalsetes ambulatoorsetes uimastiraviasutustes, kuid kasvab ka kaasatud erapraksisega arstide hulk. Mõnes riigis, nt Saksamaal, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis, on perearstid tihedalt seotud uimastitarbijate raviga. Teistes riikides on kogukonnapõhiste arstide sekkumine ikka veel piiratud, kas siis õiguslikel põhjustel või huvi puudumise tõttu sõltuvusravi vastu ⁽²⁰⁾. Mitu riiki on kavandanud ka kvaliteedikontrolli, mille tulemusena karmistati eeskirju, suurendati nõudmisi koolitustele või võeti kasutusele kõrgetasemelisem järelevalve ja kontrollimine ⁽²¹⁾. Opioidisõltuvuse ravi käsitletakse põhjalikumalt 6. peatükis.

Kahjude vähendamine

Nakkushaiguste ennetamine ja uimastitega seotud surmade vähendamine on ELi uimastiprobleemiga tegelemise kõige olulisemad sihid ning praegune tegevuskava seab eesmärgiks tõsta teenuste kättesaadavust ning asutustele juurdepääsu, et ennetada ja vähendada tervisekahjusid.

2007. aasta aprillis esitas Euroopa Komisjon nõukogule ja Euroopa Parlamendile aruande seoses nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitusel (uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta)

rakendamisega ⁽²²⁾. Kõnealuses aruandes tõdetakse, et kahjude vähendamine on kõikides liikmesriikides riiklikul tasandil määratletud rahvatervise eesmärk. Komisjoni aruande toetamiseks koostatud taustadokument annab üldpildi kahjude vähendamise poliitikast ja meetoditest Euroopas. See põhineb peamiselt poliitikute, Reitoxi ekspertide ja rohujuure tasandi organisatsioonide esitatud andmetel. Taustadokumenti on lisatud ulatuslikud ülevaated iga riigi kohta ⁽²³⁾.

Nõukogu soovitusel tulemusena on rohkem riike oma riikliku poliitika koostööstanud Euroopa strateegiaga, pannes enam rõhku nende teenuste laiendamisele, mis aitavad kahjusid vähendada. Tundub, et soovitusel oli eriti suur mõju 2004. aastal ELiga liitunud riikide seas.

Ühiskonda taasintegreerimine

Ebakindlad elamistingimused, ebaregulaarne töötamine ja kantud vanglakaristus on ühiskondliku tõrjutuse näitajad, mis iseloomustavad paljude uimastikasutajate elu. Paljudes Euroopa riikides on probleemsete uimastitarbijate hulk, kes on üles leitud, ravile võetud ja saavad asendusravi, suurem kui kunagi varem, mille tulemusena on oluliselt tõusnud nõudlus eluaseme, hariduse, töökoha ja õigusabi järele. Hoolekandesüsteemidel lasub seega ülesanne leida uued meetmed uute kliendiprofiilide jaoks, mida iseloomustab tihti mitme vajaduse koosinemine. Ühiskonda taasintegreerimist rakendatakse nüüd kui otsustavat tegurit pikaajalise raviedu saavutamiseks.

Mõnedes riikides pälviv üha suuremat poliitilist tähelepanu ning investeeringuid taasintegreerimise sektor ning mitmes riigis näevad uimastisõltuvuse ravi standardid ette klientidele sotsiaalhooldus- ja taasintegreerimisteenuste võimaldamist. Näiteks Iiri uimastistrateegia vahetähtsuseks soovitati strateegia viienda sambana taastusabi, samas kui Taanis käivitati tööhõive- ja sotsiaalministeeriumi uued tundlikele rühmadele suunatud programmid (nn jagatud vastutus). Veel üks näide on Norra valitsuse strateegia kodutuse ennetamiseks ja selle vastu võitlemiseks; strateegiaga seatakse mõõdetavad sihid, nagu näiteks korterist väljatõstmiste vähendamine ja paremad võimalused alalise elukoha saamiseks, et ajutine elukoht muutuks erandiks. Samuti Norras näeb vaesuse vastu võitlemise tegevuskava ette toetuste skeemi, mille kaudu jagati 2006. aastal 6,5 miljonit eurot eluasemealaste järeleteenuste osutamiseks

⁽²⁰⁾ Vt „Asendusravi õiguslikud raamistikud“ (lk 32) ja <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Vt lisaks lk 67.

⁽²²⁾ Nõukogu soovitus, 18. juuni 2003, uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta, ELT L 165, 3.7.2003, lk 31–33.

⁽²³⁾ Mõlemad dokumendid on kättesaadavad järgmisel aadressil: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

kodututele ja alkoholi- ning uimastitarbijatele. Lisaks sellele osalevad Kreeka, Prantsusmaa, Itaalia, Leedu, Austria, Portugal ja Slovakkia komisjoni tööhõive ja sotsiaalse kaasatuse alases algatuses EQUAL⁽²⁴⁾.

EL õhutas ka avatud koordineerimismeetodi raamistiku loomist, mille kaudu liikmesriigid kooskõlastavad oma vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse vastu võitlemise poliitikat, kasutades poliitikaalaste kogemuste vahetamist ja vastastikust õppimist.

Taasintegreerumismeetmed kajastavad Euroopa riikide erinevat sotsiaalkultuurilist ja majanduslikku olukorda, kuid näitavad ka mõningaid erinevusi eesmärkides, sihtrühmades ja tingimustes. Näiteks on Bulgaaria ja Rumeenia ainsad riigid, kes mainivad ühiskonda taasintegreerumise eriprojekte tänavalaste jaoks.

Programmid ja tegevus ei ole paljudes riikides suunatud ainult uimastitarbijatele, vaid tundlikele ühiskonnarühmadele üldiselt ning neid rakendatakse tavaliselt kohalikul või regionaalsel tasandil. Nii on Vallooni valitsuse 2003. aastal loodud „*plans de prévention de proximité*” (PPP, lähiümbruse ennetuskavad) suunatud vaesuse ja sõltuvuse kui kahe omavahel põimunud

küsimusega tegelemisele kohalikul tasandil ning Taanis peab omavalitsustel sotsiaalteenuste seaduse kohaselt olema sotsiaalne tegevuskava kõikide uimastitarbijate jaoks. Samamoodi on ka Poola kohalikel omavalitsustel juriidiline kohustus uimastitarbijate ühiskonda taasintegreerimiseks ning Madalmaades on enamik ühiskonnast taasintegreerimise teenuseid käivitatud omavalitsuste poolt. Saksamaal on varjupaiga, hariduse ja eluaseme küsimused liidumaade või omavalitsuste pädevuses, samas kui puuetega inimestele suunatud föderaalsete programmid toetavad uimastitarbijate kutsealast taasintegreerimist.

Eluasemega seotud toetused hõlmavad nii hädalukorra päevakodusid, hosteleid ja ajutisi eluruumi kui ka nn õppekorterit, tugi-eluruumi ja üüritoetusi. Vältimaks klientide pikemaajalist sõltuvust abiteenustest, uuritakse uuenduslikke lähenemisi tugi-eluruumide ja finantshalduse valdkonnas. Näiteks Taanis antakse taasintegreerimiskorterites elavatele klientidele eluasemekoolitust, et vähendada võimalikke probleeme tulevikus, kui nad peavad omaenda korterit haldama, ning Ühendkuningriigis nõustatakse kliente sisseostude tegemise, toiduvalmistamise ja majapidamiseelarve küsimustes.

Riiklikud ravitulemuste uuringud

Kolm liikmesriiki (Iirimaa, Itaalia, Ühendkuningriik) on viinud läbi riiklikud ravitulemuste uuringud, mille eesmärk on uurida ravi tulemusi, jälgides probleemsete uimastitarbijate kogukonda pika aja jooksul erinevate raviviiside puhul ja erinevates raviasutustes. Uuringute oluline tunnusjoon on see, et nende käigus uuritakse ravitulemusi olemasolevates teenistustes ja igapäevastes kliinilistes olukordades. Tavalised raviviisid, mida uuritakse, on metadooni asendusravi, metadooni tarbimise vähendamine, detoksifikatsioon ja ravimivabad meetmed, näiteks teraapiarühmad ja nõustamine. Peamised kasutatud muutujad tulemuste hindamisel on uimastitarbimine, füüsiline ja vaimne tervis, ravil püsimine ja kuritegelik käitumine.

Itaalias oli Vedette uuringu (1998–2001) eesmärk hinnata kogu maa riiklikes ravikeskustes pakutava ravi tulemuslikkust. Peamised muutujad tulemuste hindamisel olid ravil püsimine ja suurem heroiniitarbijate hulgas. Praeguseks on Ühendkuningriigis läbi viidud kolm ravitulemuste uuringut. Esimese neist, riikliku ravitulemuste teadusuuringu (*National Treatment Outcome Research Study*, NTORS) viis läbi Riiklik Sõltuvuskeskus (National Addiction Centre) Inglismaal ja Walesis aastatel 1995–2000. Sellega uuriti statsionaarsete või kogukonnakesksete raviprogrammide tulemusi. Tehti mõningaid positiivseid järeldusi, nagu näiteks ebaseaduslikust uimastitarbimisest loobumiste arvu kasv, uimastitarbimise sageduse vähenemine, kuritegevuse vähenemine ja parem tervislik seisund. Mõned pikema aja – viieaastase ajavahemiku – kohta tehtud järeldused ei olnud

siiski nii rahuldavad: näiteks olukorra algne paranemine *crack'i* tarbimise osas pöördus pärast nelja või viit aastat osaliselt halvemuse poole ning paljud uimastitarbijad jõid endiselt palju (Gossop *et al.*, 2001).

Eelmise uuringu andmed ajakohastatakse Manchesteri ülikoolis läbi viidava uimastiravi tulemuste teadusuuringuga (*Drug Treatment Outcomes Research Study*, DTORS). Uuring algas 2006. aastal ja selles jälgitakse esialgu 12 kuu jooksul uimastitarbijaid kõikjalt Inglismaalt. Uuringu eesmärk on hinnata uimastiravi mõju tulemuste mitmete eri näitajate põhjal ning see keskendub analüüsile, et teha kindlaks, millist tüüpi raviviisid annavad parimaid tulemusi uimastitarbijate erinevatele rühmadele. Šotimaal viib Glasgow' ülikool läbi 2001. aastal alanud uimastiravi tulemuste alast teadusuuringut (*Drug Outcome Research Study*, DORIS). Nimetatud uuringus analüüsitakse raviasutustel põhinevate uimastiraviteenuste, sealhulgas vanglates pakutavate teenuste mõju ja tulemuslikkust. Uimastitarbijaid jälgiti kuni 33 kuud.

Iirimaa alustas Iiri Riiklik Maynoothi Ülikool 2003. aastal tulemustealast teadusuuringut (*Research Outcome Study*, ROSIE), milles hinnatakse uimastiravi tulemuslikkust ravi alustavate opioidide tarbijate jälgimise teel kuni kolmeaastase perioodi vältel ning registreeritakse täheldatud muutused (Cox *et al.*, 2006). Üheaastase jälgimise järel täheldas uuring märkimisväärset uimastitarbimise ja kuritegevuse vähenemist, madalat suremust ning mõningaid positiivseid tulemusi osalejate füüsilise ja vaimse tervisega seotud kaebuste osas.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

Kui uute koolitusvõimaluste ja haridusele juurdepääsu loomine on paljude riikide aruannete kohaselt tavapärane tegevus, siis tasustatud tööd on kõnealustele rühmadele raskem leida. Ometigi on see sihtrühma jaoks eriti oluline, kuna annab mitte ainult majandusliku stabiilsuse, vaid ka eneseväärikuse, ühiskondliku tunnustuse ja korrapärase elurütmi. Klientidele tasustatud töö võimaldamise uute viiside hulka kuuluvad partnerluse loomine eraettevõtetega, juhendamisskeemid ning majanduslik stimuleerimine, näiteks praktikantide palkade kompenseerimise või stardiablaenude näol. Mitmes riigis on uimastiraviasutused käivitanud omaenda sotsiaalmajanduslikud ettevõtted, palgates tulusalt oma kliente. Muud algatused keskenduvad tööhõiveolukorra parandamisele, sobitades profiile, ootusi ja oskusi paremini tegeliku tööolukorraga. Näiteks „Viini tööbüroo” algatus toimib vahendajana klientide, uimastiametite ja riiklike tööhõiveteenistuste vahel, teostades spetsiaalset nõustamist edukuse tõstmiseks tööhõive alal. See aitab ka leida lahendusi klientidele, kelle puhul tööalane taasintegreerimine ei ole enam võimalik.

Eriline väljakutse on selliste marginaliseerunud ja vananevate heroiniitarbijate taasintegreerimine, kes kannatavad raskete somaatiliste ja vaimsete haiguste all. Belgias saab

psühhiaatriliste probleemidega uimastitarbijaid ravida psühhiaatria- või üldhaiglate spetsiaalsetes ainesõltlaste üksustes või muudes psühhiaatrilise ravi asutustes; Taani teatab oma aruandes, et psühhiaatriliste probleemidega uimastitarbijaid ravitakse psühhiaatrilistes raviasutustes ning alternatiivsed turvakodud majutavad vanemaid uimastitarbijaid, kes ei saa uimastitarbimise, vaimuhaiguse või probleemse käitumise tõttu üksinda hakkama. Madalmaades võeti 2007. aastal vastu uus sotsiaaltoetusseadus, mis käsitleb uimastisõltuvust koos (muude) krooniliste psühhiaatriliste probleemidega. Suure tsentraliseeritud, 120 psühhiaatriliste probleemidega kodutu uimastitarbija majutamiseks mõeldud majutusasutuse puhul tekkis aga kohalikul tasandil vastuseis. Vaimse tervise probleemidega uimastitarbijate puhul nimetatakse ühiskonda taasintegreerimise olulise osana professionaalset abi kontaktisikute ja toetusvõrgustiku taasloomiseks.

Mõnes riigis (nt Bulgaarias, Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Sloveenias) võimaldatakse struktureeritud taasintegreerimisprogramme vaid edukalt lõpuleviidud uimastitest hoidumisel põhineva sõltuvusravi jätkuna ning praegu ei võimaldata spetsiaalseid taasintegreerimismeetmeid asendusravi saavatele klientidele.

3. peatükk

Kanep

Sissejuhatus. Kanepitarbimise muutunud üldpilt Euroopas

Kanep on maailmas kõige enam tarvitav illegaalne uimasti ning on olnud Euroopa uimastialaste arutelude keskpunktis juba alates 1960. aastatest, mil selle tarvitamine sai lausa noorte kasvava vastukultuuri sünonüümiks. Probleemi tuntuusest hoolimata on Euroopas kanepi kasutamise harjumuste mõistmine keeruline ülesanne. Üks oluline element on siin Euroopa turul praegu saadaolevad erinevad kanepitooted. Ajalooliselt on Euroopas kanepit tuntud peamiselt kolmel kujul: kanepivaigu, kanepiürdi ja (palju vähem levinud) kanepiõlina. Paljudele on kanepivaigu suitsetamine koos tubakaga jätkuvalt tavapärane uimasti manustamisviis, kuigi mujal maailmas on see meetod suhteliselt vähe levinud. Euroopas domineerib turul jätkuvalt kanepivaik, kuid näib, et kanepiürditooted on hakanud rohkem levima ning saavutanud mõnedel turgudel ülekaalu. Viimastel aastatel on üldpilt muutunud keerulisemaks. Euroopas toodetud kanepi kättesaadavus suureneb endiselt, osa sellest kasvatatakse kontrollitud tingimustes ja võib olla suhteliselt kange. Seda tüüpi kanep on muutunud paljudes riikides eritooteks ning selle tulemusena on keeruline hinnata kanepitarbimise harjumuste muutumise mõju rahvatervisele.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubitsemine

Kuna kanepit saab kasvatada väga erinevates keskkonnatingimustes ning see kasvab looduslikult paljudes maailma osades, on äärmiselt raske teha veenvaid hinnanguid kogutoodangu kohta. Mitme viimase aasta kasvusuundumust järgides ning võttes arvesse teavet kanepitootmise mitmekesisustumise kohta, on UNDOC vähendanud oma üldhinnangut kanepiürdi tootmise kohta 45 000 tonnilt 2004. aastal 42 000 tonnile 2005. aastal ning seda põhiliselt Põhja-Ameerika vähenenud tootmishinnangute tõttu, mille põhjustasid kanepi hävitamiseks tehtud intensiivistunud pingutused. Praeguste hinnangute kohaselt kasvatatakse umbes pool kogu kanepist Põhja- ja

Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine

Riigis toimuvaid konfiskeerimisi peetakse tavaliselt uimastite pakkumise ja kättesaadavuse kaudselt indikaatoriks, kuigi need kajastavad ka õiguskaitseorganite ressursse, prioriteete, strateegiaid ja aruandlust, samuti narkokaubitsejate tundlikkust selles suhtes, missugused on riiklikud ja rahvusvahelised jõupingutused pakkumise vähendamiseks. Konfiskeeritud kogused võivad olla aastate lõikes väga erinevad, näiteks kui ühel aastal saadakse kätte mõni väga suur kogus. Seetõttu näitab mõnikord konfiskeerimiste arv suundumusi paremini. Kõigis riikides moodustavad suure osa konfiskeerimiste arvust väikesed konfiskeerimised jae-, st tänavamüügis. Kui konfiskeeritud uimastite päritolu ja sihtkoht on teada, võib see anda teavet transporditeede ja tootmispiirkondade kohta. Enamikust liikmesriikidest on teada ka uimastite hind ja puhtus/kangus tänavamüügis. Siiski pärinevad andmed mitmest eri allikast, mis ei ole alati võrreldavad, ning see teeb riikide kohta täpsete võrdluste koostamise keeruliseks.

Euroopas läbi viidud uimastikonfiskeerimiste vaatlemiseks laiemal taustal on käesolevas aruandes esitatud ülevaade olukorrast maailmas. ÜRO narkootikumide ja kuritegude amet (UNODC) koostab igal aastal aruande rahvusvahelise uimastialase olukorra kohta ning see on põhiallikas käesolevas aruandes sisalduvate ülemaailmsete hinnangute osas. Lugeja pangu tähele, et sedalaadi teabe kogumine on raske ning paljudes maailma piirkondades pole infosüsteemid kuigi arenenud. Seetõttu tuleb nimetatud andmeid vaadelda kui parimaid ligikaudseid hinnanguid, mida on võimalik teha praegu kättesaadavate teaberessursside põhjal.

Lõuna-Ameerikas (46%), sellele järgneb Aafrika (26%) ja Aasia (22%) (UNODC, 2007).

Maroko on jätkuvalt peamine rahvusvaheline kanepivaigu tootja ning kuigi viimased uurimused väidavad, et kanepi all oleva põllumaa pind vähenes ajavahemikus 2004–2005 umbes 40%, toodab riik hinnanguliselt siiski umbes 70% Euroopas tarbitavast kanepivaigust. Arvestades kogu kanepikasvatuseks kasutatava maa hinnangulist pindala, oli Maroko potentsiaalne toodang 2005. aastal 1066 tonni, kusjuures enamik Maroko kanepist suundus Euroopa ja

Põhja-Aafrika turule (CND, 2007; UNODC ja Maroko valitsus, 2007). Kanepivaiku veetakse salakaubana Euroopasse Ibeeria poolsaare kaudu. Kuigi Maroko on ülekaalukalt suurim kanepivaigu tootja Euroopa turu jaoks, on eriti Kesk-Euroopa riikides aruannete kohaselt saadaval ka teistest riikidest (Moldovast ja Indiast) pärit kanepivaik.

Kui kanepivaik on Euroopas tavaliselt üsna ühetaoline toode, siis seda ei saa öelda kanepiürdi kohta. 2005. aastal teatatud konfiskeeritud kanepiürdi päritolumaade hulgas olid Albaania, Madalmaad, endise Jugoslaavia riigid, Angola ja Lõuna-Aafrika. Kuigi kanepiürdi omamaist tootmist on raske süstemaatiliselt jälgida, täheldati seda 2005. aastal pooltes andmeid esitanud riikidest. Osa Euroopas toodetavast kanepist kasvatatakse välistingimustes ning seda võib pidada imporditud kanepiürdist peaaegu eristamatuks. Siiski näib suhteliselt kange, intensiivsetes tingimustes kasvatatud kanep muutuvat paljudes riikides oluliseks ja võib-olla kasvavaks turuosaks ning varustus, mille abil saavad tarbijad kanepit kodus toota, on nüüd laialt saadaval Internetis või mõnes riigis spetsiaalsete varustajate käest. Kuna sedalaadi uimastit

kasvatatakse sisetingimustes ning tihti plaanitava turu vahetus läheduses, võib arvata, et seda avastatakse harvem ning seetõttu kajastub see olemasolevates andmetes vähem.

Konfiskeerimised

2005. aastal konfiskeeriti kanepivaiku kokku 1302 tonni ning kanepiürti 4644 tonni; mõlemad koguarvud on väiksemad kui 2004. aasta näitajad. Jätkuvalt konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas enamuse kanepivaiku (70%), samal ajal kui suurem jagu kanepiürti konfiskeeriti endiselt Põhja-Ameerikas (64%) (UNODC, 2007).

2005. aastal konfiskeeriti Euroopas kanepivaiku hinnanguliselt 303 000 korral, kokku 909 tonni ulatuses ⁽²⁵⁾, kusjuures Hispaanias arvele langes umbes pool kõikidest konfiskeerimistest ning umbes kolmveerand konfiskeeritud üldkogusest ⁽²⁶⁾. Teatatud kanepivaigu konfiskeerimiste arvu kerge tõusuga 2005. aastal jätkus juba alates 2000. aastast täheldatud kasvusuundumus. Tõsi, see ei kehti konfiskeeritud kanepivaigu koguse kohta, mis pärast kasvutendentsi aastatel 2000–2004 vähenes 2005. aastal.

Isiklikuks tarbimiseks mõeldud kanepi õiguslik seisund

Vaatamata kanepiga seotud õiguslike lähenemiste erinevusele liikmesriikide vahel, ⁽¹⁾ võib Euroopas täheldada üldist suundumust ilma raskendavate asjaoludeta väikeses koguses isiklikuks tarbeks kanepi omamise ja tarbimise juhtumite puhul kriminaalsüüdistuse asemel alternatiivsete meetmete väljatöötamisele. Kanepit eristatakse nüüd sageli muudest ebaseaduslikest ainetest kas seaduse alusel, kohtumenetluse juhendiga või kohtunike praktikas. Enamikus Euroopa riikides on võetud suund vabadusekaotuse asemel trahvide, hoiatuste, tingimisi karistuste, karistusest vabastamise ja nõustamise määramisele. Selle suundumuse kohta võib näiteid leida mitmes hiljutises meetmes, nagu vabadusekaotusliku karistuse tühistamine Luksemburgis 2001. aastal ja Belgias 2003. aastal ning kinnipidamisaja vähendamine Kreekas 2003. aastal ja Ühendkuningriigis 2004. aastal. Direktiivid politseile ja prokuröridele anti välja Belgias 2003. ja 2005. aastal, Prantsusmaal 2005. aastal ning Ühendkuningriigis 2004. ja 2006. aastal. Tšehhi Vabariigis oleks 2006. aastal peaaegu kehtestatud erinevad klassid ravimite hulka mittekuuluvatele uimastitele, kuid sellekohane karistusseadustiku eelnõu lükati tagasi põhjustel, mis antud teemaga ei seostu. Sellele vaatamata kasvab Euroopas endiselt kanepiga seotud õigusrikkumiste arv (vt 1. peatükki).

Kanepiga seotud arutelud jätkuvad ning erinevate rahvatervise ja kriminaalõiguse meetmete suhtelised kulud ja nendest

tõusev kasu on endiselt lahkarvamusi põhjustav teema. Seda peegeldab asjaolu, et mitte kõikide meetmete puhul ei ole toimunud muutus karistuste kergendamise suunas ja mõnes riigis on kas karistusi karmistatud või vaadatakse kehtivat olukorda kriitiliselt üle. Aastal 2004 kutsuti Taanis prokuröridele saadetud direktiivis üles hoiatuste asemel trahve määrama ning Itaalias kaotati 2006. aastal õiguslik eristus ravimite alla mittekuuluvate uimastite vahel, et mitte soodustada vahetegemist nõrkade ja tugevate uimastite vahel. Teised riigid on läbi vaadanud praegu kasutusel olevaid kanepi suhtes võetavaid meetmeid, näiteks andsid Madalmaad 2005. aastal välja erilise kanepistrateegia ja Saksamaa viis läbi hindamise karistuste rakendamise kohta lihtsalt kanepi omamise puhul.

Kanepialane poliitika on endiselt teema, mis tekitab olulist avalikku arutelu ja vastakaid arvamusi. Seda võib näha hiljutise Eurobaromeetri uuringu (2006) tulemustest, mille käigus küsiti Euroopa kodanikelt, kas nad on nõus väitega, et kanepi isiklik tarbimine tuleks kogu Euroopas legaliseerida. Pisut üle kahe kolmandiku (68%) küsitletutest ei nõustunud esitatud väitega ja umbes veerand (26%) olid nõus. Vaatamata jätkuva keelustamise poolt olnud inimeste erinevale osakaalule moodustasid nad kõikides riikides alati enamuse.

⁽¹⁾ Täielikumat teemakäsitlust vt Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi (ELDD) teemaülevalt <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁵⁾ Käesoleva osa aluseks olevad andmed uimastite konfiskeerimiste kohta Euroopas võib leida 2007. aasta statistikabülletääni tabelites SZR-1, SZR-2, SZR-3 ja SZR-4.

⁽²⁶⁾ Seda tuleks võrrelda puuduvate 2005. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati puuduvate 2005. aasta andmete asemel 2004. aasta omi.

Kanepivaigu ja kanepiürdi tähtsuse suhet näitab asjaolu, et kanepiürdi konfiskeerimiste arv 2005. aastal oli umbes poole väiksem (152 000) ning konfiskeeritud kogus (66 tonni) moodustas vähem kui kümnendiku vaigu kogusest. Kanepiürdi konfiskeerimiste arv Euroopas on viimase viie aasta jooksul pidevalt tõusnud, kuigi konfiskeeritud koguste üldpilt on vähem selge: pärast aastatel 2001–2004 toimunud koguste vähenemist toimus 2005. aastal võimalik tõus. Siinsed järeldused on siiski esialgsed, kuna Ühendkuningriik, kus nii arvuliselt kui koguseliselt leiab aset kõige enam kanepiürdi konfiskeerimisi, ei ole 2005. aasta kohta veel andmeid esitanud.

2005. aastal oli Euroopas hinnanguliselt 13 500 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte umbes 24 miljonit kanepitaimet (enamik neist Türgis) ja 13,6 tonni kanepitaimi (enamik neist Hispaanias). Kanepitaimede konfiskeerimise koguarv on Euroopas alates 2000. aastast näidanud pidevat kasvusuundumust. ELi liikmesriikides saavutas kanepitaimede konfiskeerimiste arv haripunkti 2001. aastal ja kasvas taas alates 2003. aastast, samas kui Türgis pärast tõusuperioodi aastatel 2001–2003 kahanes kanepitaimede konfiskeerimiste arv 2004. ning tõusis taas 2005. aastal.

Hind ja kangus

2005. aastal oli nii kanepivaigu kui ka kanepiürdi keskmine või tüüpiline jaehind erinev nii riigiti kui ka riikide erinevates piirkondades, kusjuures enamiku riikide andmetel jäi kanepitoodete hind vahemikku 4–10 eurot grammi kohta⁽²⁷⁾. Aruannete kohaselt ulatus aga mõlemat tüüpi kanepi keskmine või tüüpiline grammihind 2 eurot kuni rohkem kui 15 euroni. Kanepivaigu keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) langesid aastatel 2000–2005 kõikides andmeid esitanud riikides peale Poola, kus hinnad püsisid stabiilsed. Ka kanepiürdi keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) langesid samas ajavahemikus või püsisid stabiilsed kõikides andmeid esitanud riikides peale Sloveenia⁽²⁸⁾.

Kanepitoodete kanguse määrab nende põhilise toimeaine delta-9-tetrahydrokannabinooli (THK) sisaldus (EMCDDA, 2004). Aastal 2005 oli andmeid esitanud riikides jaemüüki läinud kanepivaigu keskmine või tüüpiline THK sisaldus vahemikus alla 1% kuni 17%; enamiku Euroopa kanepivaigu ühte ja sama päritolu arvestades on sellist erinevust raske seletada. Kanepiürdi kangus oli aruannete kohaselt vahemikus alla 1% kuni pisut üle 15%. Olemasolevates andmetes on võimatu eristada kodumaal toodetud kanepiürti

Küsitlused on oluline vahend uimastitarbimise harjumuste ja suundumuste mõistmiseks Euroopas

Kanepi kasutamist üldelanikkonnas või kooliõpilaste seas uuritakse küsitluste abil, millest selgub hinnanguliselt nende inimeste osakaal, kes tunnistavad, et on kasutanud uimasteid teatud aja – elu, viimase aasta või viimase kuu – jooksul.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus on koostöös riikide ekspertidega välja töötanud ühtsed põhiteemad (Euroopa näidisküsimustik), mida täiskasvanute küsitlustes rakendada, ning need on kasutusele võetud enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides. Täpsem teave näidisküsimustiku kohta on esitatud „Käsiraamatus narkootiliste ainete tarbimise alaste uuringute kohta elanikkonnas“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Sellegipoolest on eri riikide meetoodikas ja andmete kogumise aasta arvestamises ikka veel erinevusi ning kuigi need on väikesed, tuleks neid tõlgendada ettevaatusega⁽¹⁾.

Kuna küsitluste läbiviimine on kallid, koguvad vähesed riigid teavet igal aastal. Käesolevas aruandes esitatakse kõige viimaste olemasolevate küsitluste andmed, mis enamikul juhtudel pärinevad ajavahemikust 2003–2006.

Küsitlusandmete esitamisel uimastitarbimise kohta ajalisel plaanis kasutatakse üldiselt kolme näitajat. Nendest kõige laiemapõhjalisem on levimus ehk tarbimine elu jooksul. Seda näitajat kasutatakse peamiselt väga noorte elanikkonnarühmade, näiteks kooliõpilaste kohta andmete esitamisel, ent hetkeolukorrast täiskasvanute hulgas annab see piiratud ettekujutuse, kuigi võib anda ülevaate uimastitarvitamise suundumustest ja sagedusest. Käesolevas aruandes keskendutakse andmetele viimase aasta ja viimase kuu jooksul tarbimise kohta, kuna need peegeldavad hetkeolukorda paremini, kusjuures tarbimist viimase kuu jooksul kasutatakse sageli asendusnäitajana regulaarse tarbimise kohta. Oluline on selgelt tuvastada regulaarsed tarbijad või need, kellel on uimastite tarbimise tõttu probleeme, selles osas on tehtud mõningaid edusamme tänu hindamisskaalade väljatöötamisele intensiivsemate tarbimisvormide kohta; olemasolu korral on need lisatud (vt kasti psühhomeetriliste skaalade väljatöötamisest, lk 42).

(1) EMCDDA standardised vanuserühmad: kõik täiskasvanud (15–64aastased) ja noored täiskasvanud (15–34aastased). Mõne riigi andmed hõlmavad pisut erinevaid vanusepiire (nt 16–64, 18–64, 16–59 aastat). Täiendava teabe saamiseks rahvastikuküsitluste meetoodika ning riiklikes uuringutes kasutatud meetoodika kohta vt 2007. aasta statistikabülletääni.

imporditud kanepiürdist, kuid Madalmaad suutsid koostada hinnangu, mille kohaselt oli kohapeal toodetud kanepiürdi kangus 17,7%⁽²⁹⁾.

(27) Vt tabelit PPP-1 2007. aasta statistikabülletäänis.

(28) Andmeid nii kanepivaigu kui ka kanepiürdi hinna kohta uuriti 19 riigi puhul (kus olid kättesaadavad andmed vähemalt kolme järjestikuse aasta kohta).

(29) Andmeid kanepi kanguse kohta võib leida 2007. a statistikabülletääni tabelites PPP-2 ja PPP-5.

Kanepitarbimise levimus ja harjumused

Elanikkonna hulgas üldiselt

Värskemad uuringuandmed kinnitavad, et kanep on kõige üldisemalt kasutatav keelatud aine Euroopas. 1990. aastatel suurenes selle tarbimine peaaegu kõikides riikides, eelkõige noorte hulgas. Siiski näitab osa viimastest andmetest, et kasvusuundumus on stabiliseerumas, ehkki kõikide aegade kõrgeimal tasemel. Teine oluline küsimus on uurida suundumusi kõnealuse uimasti intensiivsete ja pikaajaliste tarbijate hulgas. Selles osas ei ole andmed nii head, kuid on põhjust muret tunda, et üha rohkem noori tarbib kanepit sel viisil ning see asjaolu kajastub osaliselt mõnes riigis täheldatud suurenenud nõudluses kanepiravi järele.

Tagasihoidlikult hinnates on kanepit vähemalt üks kord (elu jooksul) tarbinud enam kui 70 miljonit täisealist eurooplast, see tähendab keskmiselt peaaegu veerand (22%) elanikkonnast vanuses 15–64 aastat⁽³⁰⁾. Riikide näitajad on erinevad, ulatudes 2%-st kuni 37%-ni, kusjuures madalaimad näitajad on Bulgaarias, Maltas ja Rumeenias ning kõrgeimad Taanis (35,5%), Prantsusmaal (30,6%), Ühendkuningriigis (29,8%) ja Itaalias (29,3%)⁽³¹⁾. Vaatamata üldistele suurtele erinevustele, oli 26-st andmeid esitanud Euroopa riigist 12-s elu jooksul tarbimise levimus vahemikus 10–25%⁽³²⁾.

Võttes elu jooksul tarbimise asemel võrdlusaluseks möödunud aastal tarbimise, langeb aruannete kohaselt kanepitarbimise määr, kuid püsib ikkagi märkimisväärsel tasemel. Hinnangute kohaselt tarbis kanepit viimase aasta jooksul enam kui 23 miljonit täisealist eurooplast; seega on keskmiseks näitajaks umbes 7% elanikkonnast vanuses 15–64 aastat. Riikide näitajad jäävad vahemikku 1% kuni 11,2%, kusjuures madalaimad näitajad esitasid Bulgaaria, Kreeka ja Malta ning kõrgeimad Itaalia (11,2%), Hispaania (11,2%), Tšehhi Vabariik (9,3%) ja Ühendkuningriik (8,7%). Vaatamata üldiselt suurele erinevusele, andis jällegi 25-st andmeid esitanud riigist 13 viimase aasta jooksul tarbimise määraks hinnanguliselt 4% kuni 9% (joonis 3).

Tarbimise määra hinnangud viimase kuu kohta hõlmavad noori, kes kasutavad kanepit regulaarsemalt, kuigi mitte tingimata intensiivselt. Hinnanguliselt tarbis kõnealust uimastit

viimase kuu jooksul 13,4 miljonit täisealist eurooplast, seega keskmiselt umbes 4% elanikkonnast vanuses 15–64 aastat. Riikide näitajad jäävad vahemikku 0,5% kuni 8,7%. Madalaimad näitajad esitasid Bulgaaria, Malta, Leedu ja Rootsi ning kõrgeimad Hispaania (8,7%), Itaalia (5,8%), Ühendkuningriik (5,2%) ja Prantsusmaa (4,8%). 26-st andmeid esitanud riigist jäävad 13 riigi näitajad vahemikku 2–6%⁽³³⁾.

Kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Kanepitarbimine on ebaproportsionaalselt suur noorte hulgas, olenevalt uuritavast riigist on elu jooksul kanepit tarbinud 3–49,5% Euroopa noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34 aastat), 3–20% teatas tarbimisest viimase aasta ning 1,5–15,5% viimase kuu jooksul. Kõrgeimatest elu jooksul tarbimise näitajatest teatasid Taani, Prantsusmaa, Ühendkuningriik ja Hispaania, kõrgeim tarbimise määr viimase aasta jooksul oli Hispaanias, Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal ja Itaalias. Keskmiselt 30% noortest täiskasvanutest teatas, et on elu jooksul kanepit tarbinud, 13% tarbis seda viimase aasta ning enam kui 7% viimase kuu jooksul. Võrdlusena olid viimase aasta ja kuu hinnangud 35–64aastaste täiskasvanute puhul vastavalt 3% ja 1,6%⁽³⁴⁾.

Kui pöörata eraldi tähelepanu noortele vanuses 15–24 aastat, on elu jooksul tarbinute osakaal hinnanguliselt 3–44% (enamiku riikide esitatud näitajad jäävad vahemikku 20–40%). Viimase aasta tarbinute osakaal oli 4–28% (enamikus riikides 10–25%) ning viimase kuu jooksul tarbinute osakaal 1–19% (enamikus riikides 5–12%). Kõnealuse vanuserühma meeste hulgas on levimus hinnanguliselt veelgi kõrgem. Elu jooksul tarbimisest teatas 11–51% noortest meestest (enamikus riikides 25–45%), viimase aasta jooksul tarbimisest 5–35% (enamikus riikides 15–30%) ja viimase kuu jooksul tarbimisest 1,7–23,7% (enamikus riikides 6–20%)⁽³⁵⁾.

Kanepitarbimise harjumused

Nagu eelnevast nähtub, on kanepi nagu enamiku keelatud ainete tarbimine märksa suurem nooremate inimeste hulgas, ehkki ka siin esineb riigiti märkimisväärsed erinevusi. Tarbimine on ka meeste hulgas märkimisväärselt levinum kui naiste hulgas, ehkki see erinevus kipub noorte hulgas olema vähem märgatav. Üldiselt meeste ja naiste suhtarv suureneb

⁽³⁰⁾ Keskmise osakaal arvutati siseriiklike keskmiste levimusmäärade põhjal, mis olid kaalutud iga riigi vastava vanuserühmaga. Koguarvu saamiseks korrutati levimusmäärad iga riigi vastava elanikkonna hulgas ning riikide puhul, mille kohta andmed ei olnud kättesaadavad, kasutati arvutustes keskmist levimusmäära. Siin esitatud arvud on tõenäoliselt miinimum, sest esitatud andmed ei pruugi olla täielikud.

⁽³¹⁾ Käesolevas tekstis põhinevad Ühendkuningriigi näitajad praktilistel põhjustel 2006. a Briti kuritegevuse uuringul (Inglismaa ja Wales). Lisaks on olemas hinnangud Šotimaa ja Põhja-Iirimaa kohta ning ka kombineeritud hinnang Ühendkuningriigi kohta (esitatud 2007. a statistikabülletäänis).

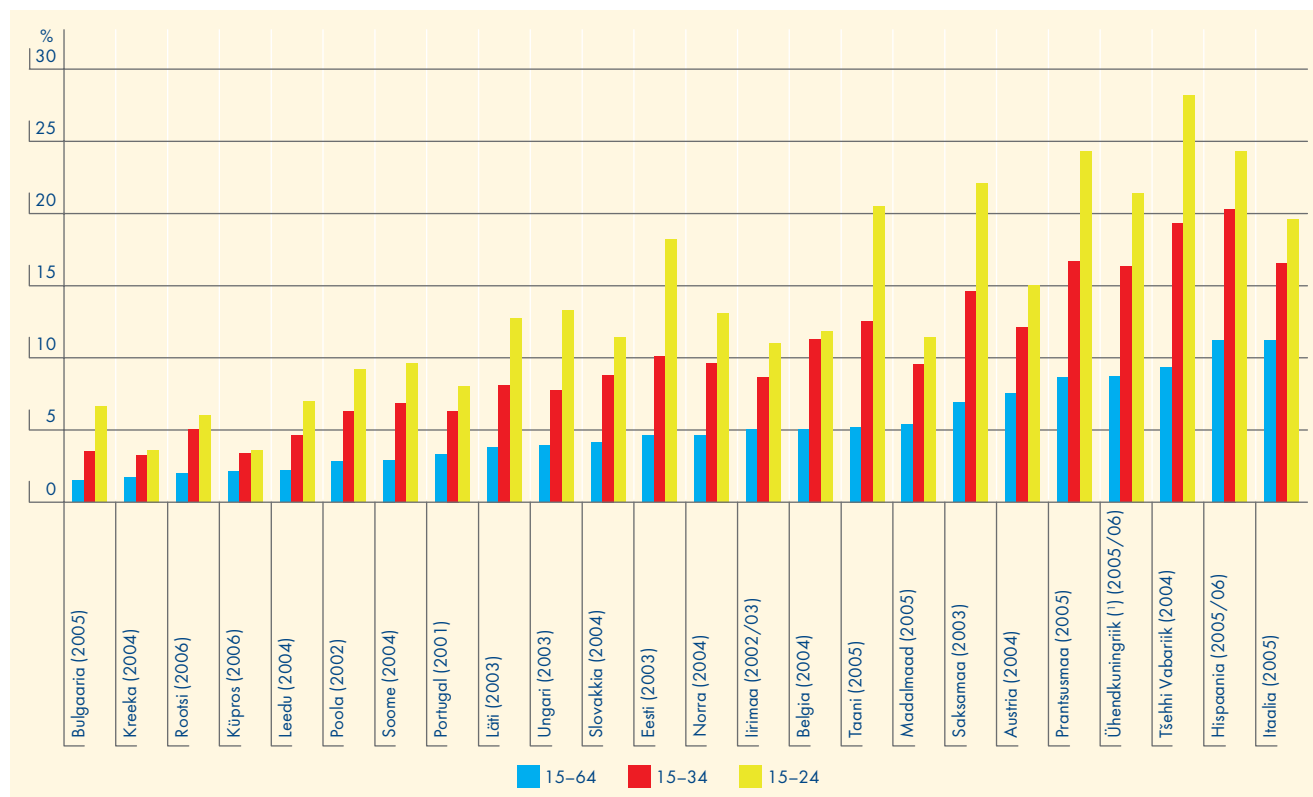
⁽³²⁾ Vt tabelit GPS-8 2007. a statistikabülletäänis.

⁽³³⁾ Vt tabelit GPS-12 2007. a statistikabülletäänis.

⁽³⁴⁾ Vt tabeleid GPS-9, GPS-11 ja GPS-13 2007. a statistikabülletäänis.

⁽³⁵⁾ Vt tabeleid GPS-17, GPS-18 ja GPS-19 ning jooniseid GPS-2, GPS-3, GPS-6, GPS-7 ja GPS-12 2007. a statistikabülletäänis.

Joonis 3: viimase aasta jooksul kanepitarbimise levimus kõigi täiskasvanute (vanuses 15–64) ning noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 ja 15–24) seas



(*) Inglismaa ja Wales.

NB: Andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Riigid on järjestatud üldise (kõikide täiskasvanute tarbimise) levimuse alusel. Täiendava teabe saamiseks vt tabeleid GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), koostatud rahvastikuküsitluste aruannete või teadusartiklite põhjal.

hiljutistes tarbimisnäitajates ning jällegi võib täheldada olulisi erinevusi riikide vahel, näiteks ulatuvad viimase kuu jooksul kanepitarbimise sugudevahelised suhtarvud 1,5-st Itaalias kuni 1,14-ni Leedus (vt 2006. a valiktemaat soolistest erinevustest uimastite tarvitamisel).

Paljudel juhtudel katkeb kanepi tarbimine sageli lühikese prooviperioodi järel ning tarbimismäär väheneb tavaliselt inimese vanemaks saades. Kanepitarbijate arengu jälgimine olemasolevate andmete abil ning aja jooksul tarbimisharjumustes toimuvate muutuste tuvastamine on siiski raske. Teatava ülevaate selle küsimuse kohta saab, kui võrrelda teadaolevat elu jooksul tarbimist hiljutisemate tarbimisnäitajatega. Keskmiselt näitab selline analüüs, et kõikidest täiskasvanutest (15–64aastastest), kes on elu jooksul kanepit tarbinud, tegi seda viimase aasta jooksul 32% ja viimase kuu jooksul 18%. See suhe, mida mõnikord

on nimetatud ka kestva tarbimise määraks, on riigiti väga erinev ning seda mõjutab hulk tegureid, sealhulgas kanepitarbimise areng riigis läbi aegade ja uute juhtumite hulk. Sellegipoolest võib regulaarsete või pikaajaliste harjumustega kanepitarvitajate määra teadmine olla tähtis, et mõista selle aine tarvitamise võimalikku mõju rahvatervisele. Vaatamata kartusele, et regulaarselt või intensiivselt uimastit tarbijate arv võib olla kasvanud ⁽³⁶⁾, on hetkel väga vähe teavet selle küsimuse uurimiseks. EMCDDA teeb praegu paljude liikmesriikidega tihedat koostööd, et töötada välja parem meetodiline lähenemine sellele küsimusele. EMCDDA 2004. aastal antud umbkaudne hinnang, mis põhineb piiratud andmetel, viitab sellele, et ligikaudu 1% täisealistest eurooplastest ehk umbes 3 miljonit inimest võib tarbida kanepit iga päev või peaaegu iga päev. Seda hinnangut on kavas lähemas tulevikus uuendada. Mitu riiki teatas

⁽³⁶⁾ Esialgu puudub veel üldtunnustatud määratlus selle kohta, mis on intensiivne kanepitarbimine. Tegemist on laia mõistega, mis tähistab kanepitarbimist teatavast lüvest suurema sagedusega. See ei pruugi tingimata viidata sõltuvusele/kuritarvitamisele või muudele probleemidele, kuid arvatakse, et see suurendab halbade tagajärgede, muu hulgas sõltuvuse ohtu. Käesolevas peatükis esitatud arvud näitavad tarbimist iga päev või peaaegu iga päev (kahekümnel või enamal päeval viimase kolmekümne päeva jooksul). Seda kriteeriumi on uuringutes sageli kasutatud ning see leidub ka Euroopa näidisküsimustikus. Käimasolevad metodoloogilised (riiklikud ja EMCDDA) uurimused aitavad paremini mõista intensiivse/sagedase tarbimise ja probleemide vahelist suhet (vt kaasti psühhomeetriliste skaalade väljatöötamise kohta, lk 42).

Psühhomeetriliste skaalade väljatöötamine intensiivse, sõltuvusliku ja probleemse kanepitarbimise tuvastamiseks uuringuandmetes

Uuringutes esitatud uimastitarbimise kirjeldused põhinevad uimastitarbijate endi esitatud andmetel oma käitumise kohta eri ajavahemike jooksul. Läbi aegade ei ole igapäevase tarbimise üle toimunud süsteemset järelevalvet, osaliselt selle tõttu, et enamikus riikides oli kanepitarbimise levimus väike. Küsitluste piirdumine viimase kuu jooksul tarbimisega ei võimalda ka täpsemalt hinnata intensiivsete tarbijate arvu. Kuna aga kanepitarbimine ja mure kanepiprobleemide pärast on üle Euroopa kasvanud, oli vaja muuta arvamust sellise lähenemise kohta. Tegelikult koguvad peaaegu kõik ELi riigid praegu teavet ka selle kohta, mitu korda kasutati uimastit küsitlusele eelneva kuu jooksul. Kõnealuse teabe põhjal hinnatakse, et umbes 3 miljonit inimest võib tarbida kanepit iga päev või peaaegu iga päev.

EMCDDA teeb koostööd riiklike ekspertidega, et parandada rahvastikuküsitlustes sedalaadi intensiivse tarbimise kohta andmete esitamist. Siiski on see vaid puudulik vahend kanepitarbimise tõttu probleemide või sõltuvuse all kannatavate uimastitarbijate tuvastamiseks. Nimetatud teave on erakordselt tähtis, et mõista kanepitarbimise mõju rahvatervisele, ning EMCDDA ekspertide uurimisrühma jaoks hetke võtmeküsimus.

Hetkel töötatakse välja intensiivse uimastitarbimise seireks vajalikku metoodilist ja kontseptuaalset raamistikku, mida saaks rakendada rahvastikuküsitlustes, et paremini tuvastada need, kellel on uimastitega probleeme. Mõned riigid on alustamas kanepisõltuvuse või probleemse tarbimise mõõtmist üldise elanikkonna hulgas: esimesed projektid on rakendamisel Prantsusmaal, Saksamaal, Madalmaades, Poolas, Portugalis, Ühendkuningriigis ja hiljuti ka Hispaanias.

Näite kõnealuse töö olulisuse kohta võib leida Prantsuse 2005. aasta küsitluse kogemusest. Seal sisaldus ka eksperimentaalne CAST-skaala (*cannabis abuse screening test* – kanepi kuritarvitamise sõeluuring), mille esmane analüüs näitas, et koguni 16% viimase aasta jooksul kanepit tarbinutest ja 58% igapäevastest kasutajatest võib olla probleemse tarbimise ohus.

regulaarse või intensiivse kanepitarbimise kasvust, kuid ainult Hispaania esitas võrreldavad andmed igapäevase tarbimise kohta ⁽³⁷⁾, mis kasvas 0,7 protsendilt 1997. aastal 2 protsendini 2006. aastal.

Nimetatud valdkonnas on oluline saada teavet ka selleks, et paremini mõista tarbimise katkestamisega seotud tegureid.

Nagu eespool märgitud, enamik inimesi, kes kanepitarbimist alustab, katkestab selle teatud aja pärast. Loobumiseiga seotud tegurite mõistmine on ilmselgelt oluline selle valdkonna sekkumiste väljakujundamiseks. Mõningal määral on sellealane teave kättesaadav, näiteks märkis Prantsuse 2005. aasta rahvastiku-uuring, et inimeste hulgas, kes olid kanepit tarvitanud, kuid polnud seda teinud viimase aasta jooksul, oli enamasti (80%) põhjuseks lihtsalt huvi puudumine uimasti vastu, seda vaatamata asjaolule, et suurem osa täiskasvanuid (peaaegu 60%) arvas, et nad võiksid soovi korral kergesti kanepit hankida.

Kanepitarbimise suundumused täiskasvanute hulgas

Uimastitarbimise suundumusi Euroopas on raske jälgida, kuna paljudes riikides puuduvad usaldusväärsed aegriidade andmed. Siiski on 1990. aastate algusest peale üha rohkem riike uuringuid alustanud ning nüüd hakkab sealt tulema väärtuslikku teavet pikaajalisemate suundumuste kohta.

Uuringutes esitatud aegread võivad heita valgust kanepitarbimise arengule Euroopas. Üks järeldus on, et riikide vahel on olulised ajalised erinevused uimastitarbimise populaarsuse tõusude ja languste osas, mida täheldatakse alates uimasti populaarseks muutumisest 1960. aastatel ⁽³⁸⁾. Selliste andmete näiteks on Rootsi (2005. a riiklik Reitoxi aruanne), kus teatati suhteliselt suurest eksperimenteerimise määra kutealuste ja kooliõpilaste hulgas 1970. aastatel, millele 1980. aastatel järgnes oluline langus, seejärel uus kasv 1990. aastatel, saavutades 1970. aastatega sarnase taseme, ning järjekordne langus viimastel aastatel. Sarnast nähtust täheldati Soome andmetes, kus esimene suurem uimastikasutamise laine oli 1960. aastatel ja seejärel jälle 1990. aastatel.

Uuringust võib järeldada, et kanepitarbimine kasvas 1990. aastatel märgatavalt peaaegu kõikides ELi riikides. See tõus jätkus paljudes riikides kuni viimase ajani, kuigi praegu on osades riikides näha stabiliseerumise märke, eelkõige nendes, mida võib pidada suure levimusega maadeks. Selline näide on Ühendkuningriik, mis üldiselt tundub tihti olevat uimastitarbimise suundumuste valdkonnas esirinnas. 1990. aastate alguses paistis Ühendkuningriik silma kui suure levimusega riik, teatades enamiku mõõtmiste puhul Euroopa kõrgeimast levimuse näitajatest. Siiski stabiliseerus viimase aasta jooksul tarbimise määr noorte täiskasvanute seas (16–34 aastat) alates 1998. aastast ning langes aastatel

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7%), 1999 (0,8%), 2001 (1,5%), 2003 (1,5%), 2005/06 (2%). See näitaja (tarbimine 30 päeval viimase 30 päeva jooksul) on erinev eelnevalt kasutatud igapäevase või peaaegu igapäevase tarbimise mõistest (tarbimine kahekümnel või enamal päeval viimase kolmekümne päeva jooksul), millega saavutatakse kõrgem hindamistulemus. Prantsusmaal määratletakse regulaarset tarbimist kui aine tarbimist kümnel või enamal korral viimase 30 päeva jooksul (4,3% täiskasvanud meestest, 1,3% täiskasvanud naistest). Ühendkuningriigis peetakse sagedaseks tarbimiseks tarbimist enam kui üks kord kuus viimase aasta jooksul ning seda ei saa võrrelda käesolevas osas kasutatud näitajatega.

⁽³⁸⁾ Vt ka joonist 4 2004. a aruandes.

2003–2006 (20,0%-lt 16,3%-le). Huvitaval kombel võib noorimas vanuserühmas (16–24 aastat) alates 1998. aastast täheldada pidevat tarbimise vähenemist, mis viitab sellele, et kanep on noorte hulgas muutunud vähem populaarseks ⁽³⁹⁾.

Kanepitarbimise tase Prantsusmaal, Hispaanias ja Itaalias on pärast pidevat kasvuperioodi viimastel aastatel (vastavalt 2002., 2003. ja 2005. a) hakanud lähenema Ühendkuningriigi levimuse tasemeni. Jällegi ilmnevad mõningad tõendid olukorra stabiliseerumise kohta: Prantsusmaal teatati tarbimise vähenemisest 2005. aastal ning kuigi Hispaania teatab kergest kasvust kuni 2006. aastani, näitavad üldised märgid, et kõige värskemates andmetes võib kasvusuundumus stabiliseeruda. Kõrge levimusega Tšehhi Vabariigis on olemasolevate andmete alusel suundumusi raske hinnata – ehkki noori täiskasvanuid käsitlev teave näitab, et levimuse tase võib olla kergelt langenud.

Keskmise ja madala tasemega riikide seas on noorte täiskasvanute (15–34 aastat) viimase aasta tarbimise levimuses Taani ja Madalmaade viimaste andmete kohaselt toimunud kerge langus, samas kui tarbimise määr tõuseb ikka veel Eestis, Saksamaal, Ungaris, Slovakkias ja Norras ⁽⁴⁰⁾. Siiski on enamik tõusudest väikesed ning uuemates hinnangutes üldiselt vähem märgatavad.

Soome ja Rootsi on püsivalt riikide hulgas, kus on esitatud andmete järgi kanepitarbimise tase madalaim, ning ehkki levimushinnangud on tõusnud, ei anna see alust arvata, et lähenetakse kõrgema levimusega riikidele. Rootsis ajavahemikul 2000–2004 täheldatud viimase aasta tarbimise levimuse iseenesest suurt kasvu noorte täiskasvanute seas (1,3%-lt 5,3%-ni) on raske tõlgendada uuringu läbiviimise meetodite muutumise tõttu ning 2004., 2005. ja 2006. aasta uuringute levimushinnangute alusel võib olukorda pidada stabiilseks.

Kooliõpilaste hulgas

Veel üks kasulik kanepitarbimise harjumuste ja suundumuste jälgimise võimalus on kooliuuringu andmed, mis näitavad kanepitarbimise taseme tõusu paljudes Euroopa riikides 1990. aastate lõpul ja 2000. aastate algul.

Koolides korraldatud uuringute andmete üldpilt peegeldab täiskasvanute kohta korraldatud uuringute üldpilti. Kõrgeimatest elu jooksul kanepi tarbimise määradest

15-16aastaste kooliõpilaste seas Euroopas teatavad Belgia, Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Hispaania, Prantsusmaa ja Ühendkuningriik, teatades määradest vahemikus 30–44%. Saksamaa, Itaalia, Madalmaad, Sloveenia ja Slovakkia teatavad määradest, mis ületavad 25%. Vastandina on Kreeka, Küprose, Rumeenia, Rootsi, Türgi ja Norra teatatud hinnangud elu jooksul tarbimise kohta alla 10%.

ESPADi (Euroopa koolide uurimisprojekt alkoholi ja teiste uimastite kohta) uuringu kolme esimese osa (1996–2003) andmete analüüs näitas märgatavaid geograafilisi erinevusi elu jooksul kanepi tarbimise levimuse suundumustes 15–16aastaste kooliõpilaste seas. Riike võib liigitada kolme geograafilisse rühma. Iirimaa ja Ühendkuningriigis, kus on pikk kanepitarbimise traditsioon, on elu jooksul tarbimise levimus suur, kuid püsinud viimasel aastakümnel stabiilsena. Ida- ja Kesk-Euroopa liikmesriikides ning Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias ja Portugalis on kanepi elu jooksul tarbimise levimus aastatel 1995–2003 oluliselt suurenenud. Kolmandas liikmesriikide rühmas (põhjas Soome ja Rootsi ning lõunas Kreeka, Küpros ja Malta) koos Norraga on elu jooksul tarbimise levimuse hinnangud kooliõpilaste seas püsinud suhteliselt madalal tasemel (umbes 10% ja vähem). ESPADi uuringu järgmise osa andmeid on oodata järgmisel aastal.

Vaid neli riiki (Itaalia, Poola, Rootsi, Ühendkuningriik) esitasid 2005. aastal riiklike kooliuuringute uusi andmeid ning Belgia esitas uuringuandmed Flandria piirkonna kohta. Rootsis oli olukord stabiilne ja ülejäänud neljas uuringus täheldati kerget langust.

Kanep. Andmed ravinõudluse kohta ⁽⁴¹⁾

Üldandmed ravinõudluse kohta

Kokku ligikaudu 326 000 ravinõudluse juhtumi hulgas, millest teatati 2005. aastal (andmed pärinevad 21 riigilt), oli kanep esmane põhjus ravi alustamiseks umbes 20% kõikidest juhtudest, olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. Suurim nõudlus ravi järele kanepi kui esmase uimasti tarvitamisel on tavaliselt ambulatoorsetes raviasutustes ⁽⁴²⁾.

Uimastikliinikute klientide kohta teatatakse tihti, et lisaks esmasele uimastile, mille vastu nad ravi soovivad, kasutavad nad probleemset teisigi uimasteid; seda juhtub harvem kanepitarbijate puhul, kelle kohta teatatakse kõige sagedamini, et nad tarbivad ainult ühte ainet (kanepit).

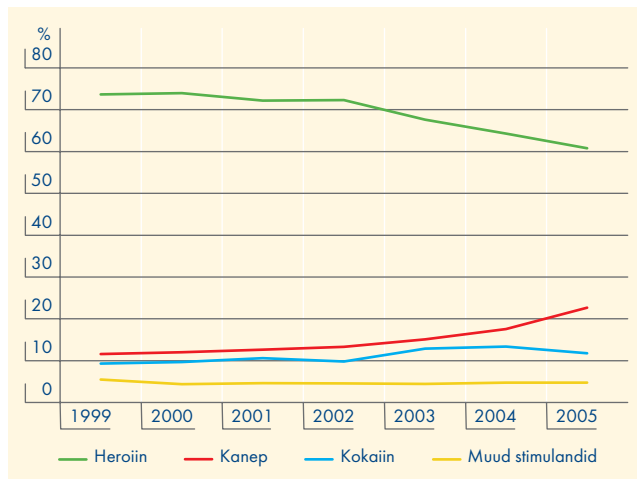
⁽³⁹⁾ Vt joonist GPS-10 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁰⁾ Vt jooniseid GPS-4 ja GPS-8 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴¹⁾ Üldise jaotuse ja suundumuste analüüs põhineb andmetel kõikides ravikeskustes ravi taotlevate patsientide kohta; kliendiprofiilide ja uimastitarbimise harjumuste analüüs põhineb ambulatoorsete ravikeskuste andmetel.

⁽⁴²⁾ Vt joonist TDI-2 2007. a statistikabülletäänis.

Joonis 4: tarbimisharjumuste suundumused raviteenuste kasutamise alusel (1999–2005) – põhilise uimasti, mille tõttu patsiendid ravi taotlevad, protsendimäär kõikidest taotlustest



NB: Põhineb 21 ELi liikmesriigi andmetel: Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Taani, Saksamaa, Iirimaa, Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia, Küpros, Leedu, Luksemburg, Ungari, Malta, Madalmaad, Rumeenia, Sloveenia, Slovakkia, Soome, Rootsi ja Ühendkuningriik. Puuduvad andmed interpolateeriti iga riigi kohta, registreerides ELi keskmise suundumuse iga aasta kohta kättesaadavate andmete põhjal. Lisateabe ja täpsemate märkuste saamiseks vt joonist TDI-3 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

Mõned neist tarbivad siiski kanepit kombineerituna teiste ainetega, kõige sagedamini alkoholiga (37%) ja amfetamiinide või ecstasy'ga (28%). Alkoholi järel (38%) on kanep teisel kohal teisestest ainetest, mida mainivad kõige sagedamini ravi saajad ⁽⁴³⁾.

Ravinõudluse suurenemine

Ligikaudu 130 000 uue uimastiravi taotluse seas moodustab kanepiravi klientide arv 29% uutest uimastiravi klientidest, mis jääb napilt alla uute heroiiniravi taotluste määrale (35%, andmed pärinevad 22 riigist) ⁽⁴⁴⁾. Ehkki andmete kättesaadavusega seotud probleemide tõttu on suundumusi raske täpsemalt kommenteerida, võib näha kanepiravi taotluste põhisuundumusi. Nii teatatud uute kanepiravitaotluste kui ka teatatud kõikide kanepiravitaotluste arv aastatel 1999–2005 ligikaudu kolmekordistus. Siiski näib kasvusuundumus kõige värskemate andmete järgi stabiliseeruvat. Kõikides riikides (peale Leedu) on esitatud andmete kohaselt uute klientide hulgas esmaselt kanepiravi soovijate määr kõrgem kui vastav määr kõikide klientide hulgas ⁽⁴⁵⁾.

Ajavahemikus 1999–2005 tõusis esmaselt kanepitarbimise tõttu ravi soovivate klientide arv kõikides andmeid esitanud

riikides (joonis 4). Ometigi on riikide vahel huvitavad erinevused: kanepit mainis põhjusena vähem kui 5% kõikidest ravile tulevatest klientidest Bulgaarias, Leedus, Poolas ja Rumeenias ning enam kui 30% Ungaris ja Prantsusmaal. Ülejäänud riikidest kaheteistkümnes on kanepi tõttu ravi saavate klientide osakaal 5–20% ning seitsmes riigis 21–29%. Ka uute ravitaotluste puhul on olulisi riikidevahelisi erinevusi: kanepit nimetas põhjusena vähem kui 10% uutest klientidest Bulgaarias, Leedus, Luksemburgis, Poolas ja Rumeenias ning enam kui 50% Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal ja Ungaris ⁽⁴⁶⁾.

Kanepiga seotud ravinõudluse suurenemisel ei ole ilmselt lihtsat seletust. Pole selge, millises ulatuses on suurenenud ravinõudluse põhjusteks intensiivse kanepitarbimise levimus ning sellega seotud probleemid elanikkonna hulgas ja parem arusaamine kanepitarbimisega kaasnevatest ohtudest. Sellele võisid kaasa aidata ka muud tegurid, sealhulgas kanepitarbijatest klientidega tegelevate ambulatoorsete raviasutuste, st peamiste kanepiravitaotlustega tegelevate keskuste andmete parem hõlmavus ning ehk ka probleemse kanepitarbimise diagnoosimise ja andmete esitamise kasv. Arvesse tuleb võtta veel kahte põhjust: ravivõimaluste mitmekülgsemaks muutumine, näiteks kanepiravikeskuste avamine Prantsusmaal 2004. aasta lõpus, ning kriminaalõigussüsteemi poolt ravile saatmise juhtude arvu kasv. Mis puutub esimesse nimetatud põhjusesse, siis kanepiga seotud ravinõudluse suurenemisega tegelemiseks on mitmed riigid võtnud kasutusele teismelistele või noortele ette nähtud eriprogramme, mille ravi on rohkem suunatud kanepitarbijatele: seega põhjustas antud juhul nõudluse suurenemine pakkumise suurenemist, mis omakorda võis suurendada nõudlust. Mis puutub teise nimetatud põhjusesse, siis kriminaalõigussüsteemi poolt ravile suunamine on tihti seotud kanepitarbimisega seostatud õigusrikkumistega; uurimistulemustest järeldub, et kriminaalõigussüsteemi poolt ravile suunatutest on enamikul esmane tarbitav uimasti kanep; antud juhul on kriminaalõigussüsteemi poolt ravile suunamise arvu suurenemine aidanud kaasa kanepitarbimisega seotud ravinõudluse kasvule.

Kliendiprofiilid

Olenemata teguritest, mis tõid kaasa kanepiravi taotlemise suurenemise, on huvitav teada ravi taotlejate tunnusjooni, ehkki ei saa väita, et kõnealune väike osa kanepit tarbivast elanikkonnast annaks ülevaate kõikidest tarbijatest. Kui

⁽⁴³⁾ Vt tabelleid TDI-22 ja TDI-23 (i osa) ning (iv osa) 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁴⁾ Vt joonist TDI-2 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁵⁾ Vt tabelleid TDI-3 (iii osa) ja TDI-5 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁶⁾ Vt tabelleid TDI-5 (ii osa) ja TDI-4 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

vaadata esmaselt kanepi tõttu ambulatoorset ravi alustavate inimeste profiili, siis nende kõige tavalisemad tunnused on järgmised: nad on noored, meessoost, käivad veel koolis (st ei tööta ega ole töötud) ning elavad vanemate juures (st neil pole isiklikku eluaset) ⁽⁴⁷⁾. Võrreldes teiste uimastiravipatsientidega, on esmaselt kanepi tarbimise tõttu ravi alustavate isikute seas suurim meeste osakaal ja kõige madalam vanus (keskmiselt 24,5 aastat). Esmakordselt ravi saajad on veelgi nooremad kui kõik kanepiravikliendid kokku (keskmine vanus 23,8); nii on 67% ja 80% vastavalt 15–19 aastastest ja alla 15 aastastest klientidest uued kanepiravipatsiendid. Siiski on viimase kolme aasta jooksul teatatud kasvusuundumustest kanepiravi uute patsientide vanuses ⁽⁴⁸⁾. Üldiselt võib kanepiravipatsiendid jagada kolme rühma: juhuslikud tarbijad (34%), nädalas korra või rohkem tarbijad (27%) ning igapäevased tarbijad (39%).

Kanepit tarbivate patsientide uimastitarbimise andmete erinevused peegeldavad ilmselt erinevusi ravile saatmise viiside osas ning võib oletada, et kriminaalõigussüsteemi poolt ravile saatmise juhtumite kasvanud arvu võib seostada mõnede madala tarbimistasemega patsientidega, kes pöörduvad ravile. Kanepitarbimise sagedus erineb riigiti: poolte riikide andmete kohaselt on üle 30% patsientidest igapäevased kanepitarbijad ning ülejäänud pooltes riikides alla 30%. Madalmaades, Taanis ja Hispaanias on kõrgeim regulaarsete tarbijate osakaal ravil olevate patsientide seas, samas kui Ungari, Saksamaa ja Itaalia teatavad suurimast juhuslike tarbijate osakaalust ⁽⁴⁹⁾. Nagu järgnevalt on kirjeldatud, võivad lisaks sellele intensiivse kanepitarbimise puhul võetavad meetmed olla suunatud pigem ennetamisele kui ravile ning sellised erinevused riikide tavades võivad mõjutada üldist andmete esitamise taset; sellega võib osaliselt selgitada, miks osa suure levimusega riike teatab suhteliselt väikestest kanepiravi näitajatest.

Kanepiprobleemide lahendamine

Kanepiravi andmeid tuleb vaadelda selles kontekstis, mida kanepiravi Euroopas endast kujutab. Siia kuulub suur hulk meetmeid alates lühiajalistest sekkumistest kuni statsionaarse ravini. Osa programmide puhul on tegevus suunatud võrdsele nii ennetustegevusele ja kahjude vähendamisele kui ka uimastiprobleemide ravile.

Kõikide uimastiprogrammide oluline osa on riskirühma kuuluvate inimeste tuvastamine ja varajane sekkumine. Õppeasutuste töötajad võivad olla esimesed, kes märkavad

kanepitarbimist oma õpilaste hulgas. Saksamaa, Itaalia ja Poola on õpetajatele välja töötanud programmid, mis aitavad neil reageerida kanepitarbimisele ning otsida vajaduse korral spetsialisti abi.

Kanepiravialase tegevuse kohta teabe saamiseks ei ole olemas tugevat tõenditel põhinevat alust; selles valdkonnas on vähe teadusuuringuid ning need põhinevad peamiselt Ameerika ja Austraalia kogemustel. Euroopas esitatud andmete järgi kuuluvad kanepiprobleemide puhul kõige tavalisemate abinõude hulka lühiajalised ambulatoorsed teenused, nõustamine, koolipõhised programmid ja kohapealsed ennetustegevused. Üldiselt tundub sekkumine põhinevat lühimõjutuse meetodil, ühendades motivatsioonivestluste ja kognitiivkäitumuslikud elemendid. Ehkki puudub üksmeel selle kohta, millised meetmed on tulemuslikud, on mõned uuringud andnud alust arvata, et sedalaadi lähenemine võib olla kasulik. Üks Euroopa algatusi selles valdkonnas on projekt INCANT, milles Belgia, Prantsusmaa, Saksamaa, Madalmaad ja Šveits tegid koostööd, uurides mitmemõõtmelise pereteraapia kasulikkust kanepitarbijatele. Positiivse hinnangu saamise järel katsejärgu kohta (Rigter, 2005) on projekti laiendatud mitmes kohas tehtavaks katseks, mida kontrollitakse pisteliselt ning mille tulemusi võrreldakse standardsete kanepiraviviisidega.

Vaid 13 liikmesriiki teatab spetsiaalsete ravikeskuste olemasolust probleemsetele kanepitarbijatele, mis näitab, et enamiku kanepitarbijatega tegeletakse üldiste uimastiprogrammide või üldiste tervishoiu- või noorsooteenuste kaudu. On alust karta, et noorte kanepitarbijate ravimine üldistes uimastiasutustes ei pruugi olla hea, kui see toob kaasa patsientide segunemise vanemate, muude uimastite probleemsete tarbijatega. Ehkki probleemi ulatus on endiselt ebaselge, on tegemist kõnealuses valdkonnas teenuste planeerimisel jätkuvalt olulise teemaga.

Prantsusmaalt pärineb näide eriteenuste pakkumisest kanepitarbijatele: 2005. aastal asutati seal 250 kanepiteemalist nõustamiskeskust. Kõnealused keskused tegelevad praegu hinnanguliselt 2900 kliendiga kuus, kusjuures umbes kolmandik klientidest (31%) pöördus ise keskuse poole või suunati kolmanda isiku poolt (31%) ning pisut üle kolmandiku suunati kohtu otsusega (38%). Veel üks näide spetsiifilistest kanepitarbijate raviprogrammidest on Maria noortekeskus Rootsis, mis pakub noortele

⁽⁴⁷⁾ Vt tabelleid TDI-13, TDI-14 ja TDI-21 (i osa) ning (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁸⁾ Vt tabelleid TDI-10 (i osa), (ii osa) ja (ix osa) 2007., 2006. ja 2005. a statistikabülletäänides.

⁽⁴⁹⁾ Vt tabelleid TDI-18 (iii osa) ja (iv osa) 2007. a statistikabülletäänis.

probleemsetele kanepitarbijatele nõustamisprogrammi, millele järgnevad toetusseansid. Saksamaal, Dresdenis töötati Ambulatoorse Uuringute Osakonnas alates 2006. aasta jaanuarist välja kanepiga seotud probleemide moodulravi teismelistele (Candis).

Pool sunduslikud sekkumismeetmed

Vaatamata üldisele suundumusele juhatada kriminaalõigussüsteemiga kokku puutuvad kanepitarbijad kohtuliku karistuse asemel ravi- ja nõustamisteenuste juurde, erineb kõnealuste mehhanismide kättesaadavus ja ülesehitus Euroopas oluliselt ning vaid vähesed riigid (Saksamaa, Prantsusmaa, Luksemburg, Austria, Rootsi) teatavad struktureeritud programmide või teenuste olemasolust.

Kohtuasutuste poolt ravile suunatud kanepitarbijate puhul ei ole ravitegevus ainus vahend, millest teatatakse. Juhuslikele tarbijatele pakutakse osas riikides intensiivkursuseid: näiteks Saksamaa, Austria ja Luksemburg teatavad kursustest, mille eesmärk on kanepitarbijate ettekujutuste ja tarbimisharjumuste muutmine ⁽⁵⁰⁾.

Uimastitarbimine alaealiste hulgas on EMCDDA 2007. aasta valikteema

Väga noorte (alla 15 aastaste) eurooplaste uimastitarbimise kohta koostatud valikteemas järeldatakse, et uimastitarbimise levimus kõnealuses vanuserühmas on väike ning peegeldab peamiselt eksperimentaalset tarbimist. Väga noorte inimeste puhul on regulaarne uimastitarbimine haruldane ning see puudutab tihti elanikkonna väga probleemset osa.

Alla 15 aastaste uimastitarbimise suhtes võetavad esmased meetmed keskenduvad suures osas ennetustööle või varajase

Uued suhtlusstrateegiad kanepitarbijate kaasamiseks

Mitmed programmid Euroopas üritavad kasutada uusi suhtlusvahendeid kanepitarbijate kaasamiseks. Osas riikides (Saksamaal, Ühendkuningriigis) on välja arendatud Interneti-põhised lühiajalised sekkumismeetmed, mille abil kanepitarbijad saavad kontrollida oma tarbimist ning ise kindlaks teha probleeme. Sellise lähenemise näiteks on Saksa programm „Quit the Shit“ ⁽⁵¹⁾, millega toetatakse inimesi, kes soovivad kanepitarbimist lõpetada. Hindamisuuringu näitas, et kõnealuse teenuse kasutajad teatasid kanepitarbimise vähenemisest nii tarbitud koguse kui ka päevade hulga osas, mil uimastit tarbiti.

Taanis on loodud anonüümne kanepitarbijate toetus- ja nõustamisprojekt SMASH, mille eesmärk on vähendada kahjulikke mõjusid, pakkuda teavet ja tuge kanepisuitsetamisest loobumisel ⁽⁵²⁾. Projekt põhineb kahe SMS-paketiga liitumisel. Esimene (*hashfacts*) annab faktilist teavet kanepitarbimise kohta ning teine toetab ja motiveerib neid, kes üritavad uimastitarbimist lõpetada. Noored võivad tekstisõnumite kaudu saada ka isiklikku juhendamist, et aidata neil kanepitarbimist lõpetada või piirata. Samalaadne teenus on ka Iirimaa, ehkki seal on rõhk teabe levitamisel.

sekkumise strateegiatele. Ometigi saab valikteemas esitatud hinnangu järgi Euroopas umbes 4000 väga noort inimest uimastiravi. Noorte vajaduste järgi kohandatud uimastiravi on haruldane, kuid enamikus Euroopa riikides täheldatakse vajadust selliste programmide järele.

Valikteemas vaadeldakse ka, kuidas on välja töötatud Euroopa rahvatervisealast poliitikat, võttes arvesse noores eas seaduslike ja ebaseaduslike psühhoaktiivsete ainete tarbimise ning hiljem elu jooksul tekkiva sõltuvuse vahelisi seoseid.

Kõnealune valikteema on kättesaadav trükitult ja Internetis ainult inglise keeles (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



4. peatükk

Amfetamiinid, *ecstasy* ja LSD

Paljudes Euroopa riikides on illegaalsete uimastite hulgas tarbimissageduselt teisel kohal mõni sünteetiline uimasti, ehkki kogu Euroopa mastaabis on praegu rohkem kokaiinitarbijaid. Nende ainete tarbimine kogu elanikkonna hulgas on tavaliselt väike, kuid levimus nooremate vanuserühmade hulgas oluliselt suurem, eriti levinud võib nende uimastite tarbimine olla teatavates sotsiaalsetes oludes või mõnesse subkultuuri kuuluvates rühmades. Kogu maailmas kuuluvad amfetamiinid (amfetamiin ja metamfetamiin) ning *ecstasy* kõige levinumate sünteetiliste keelatud ainete hulka.

Amfetamiin ja metamfetamiin on kesknärvisüsteemi stimulandid. Neist kahest on Euroopas amfetamiin palju laialdasemalt kättesaadav, samas kui metamfetamiini märkimisväärne tarbimine tundub piirduvat Tšehhi Vabariigi ja Slovakkia.

Amfetamiini ja metamfetamiini erinevused ja sarnasused

Ebaseaduslike uimastite turul on amfetamiinide rühmast peamiselt esindatud amfetamiin ja metamfetamiin, lisaks nende soolad. Need on kaks lähedaste omadustega sünteetilist ainet, mis kuuluvad fenetüülamiinide rühma. Mõlemad ained on kesknärvisüsteemi stimulandid, millel on sama toimemehhanism, mõju käitumisele ning taluvuse, võõrutuse ja pikaajalise (kroonilise) kasutamisega seotud toime. Amfetamiin on lahjem kui metamfetamiin, ent kontrollimata olukordades on nende toime peaaegu identne.

Amfetamiini ja metamfetamiini tooted koosnevad enamasti pulbritest, kuid kasutatakse ka jääd, puhast kristallilist metamfetamiini vesinikkloriidi soola. Amfetamiini või metamfetamiini sisaldavatel tablettidel võivad olla MDMA ja muude *ecstasy*-tablettidega sarnased logod.

Sõltuvalt sellest, millises olekus aine esineb, võib amfetamiini ja metamfetamiini neelata, ninasse tõmmata, sisse hingata või harvemini ka süstida. Erinevalt amfetamiinisulfaadi soolast on metamfetamiini vesinikkloriid, eriti kristallilisel kujul (jääna), suitsetamiseks piisavalt lenduv.

Allikas: EMCDDA uimastite profiilid (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Sõnaga *ecstasy* tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid mõju poolest teatud määral erinevad. Tuntuim uimasti *ecstasy*-rühmas on 3,4-metüleenidioksiimetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt leitakse *ecstasy*-tablettides ka muid analooge (MDA, MDEA, jne). *Ecstasy*-tarbimise levimus ELis on kasvanud alates 1990. aastatest.

Lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD) on läbi aegade olnud kõige tuntum hallutsinogeenne uimasti, kuid selle tarbimise üldine tase on olnud madal ja juba mõnda aega teataval määral stabiilne. Viimasel ajal on ilmnunud tõendeid looduslike hallutsinogeenide, eelkõige hallutsinogeensete seente kättesaadavuse ja tarbimise suurenemisest.

Pakkumine ja kättesaadavus ⁽⁵³⁾

Amfetamiin

Amfetamiini kogutoodang maailmas oli 2005. aastal hinnanguliselt 88 tonni (UNODC, 2007). Kuigi illegaalne tootmine on laienenud ka muudesse maailma piirkondadesse, on see jätkuvalt koondunud Lääne- ja Kesk-Euroopasse. Illegaalse amfetamiini laborid demonteeriti 2005. aastal Belgias, Bulgaarias, Saksamaal, Eestis, Leedus, Madalmaades ja Poolas. Euroopas konfiskeeritud amfetamiin pärineb andmete kohaselt põhiliselt Belgiast, Madalmaadest ja Poolast ning vähemal määral Eestist ja Leedust.

Kokku konfiskeeriti 2005. aastal maailmas 12,9 tonni amfetamiini, enamik sellest kahes piirkonnas: Lääne- ja Kesk-Euroopas ning Kagu-Aasias.

2005. aastal konfiskeeriti Euroopas amfetamiini hinnanguliselt 40 300 korral, kokku 6,6 tonni. Kuni 2004. aastani oli Ühendkuningriik Euroopas esikohal konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud amfetamiini koguste poolest. Vaatamata mõningastele kõikumistele on Euroopa lõikes nii amfetamiini konfiskeerimiste koguarv kui ka konfiskeeritud kogused alates 2000. aastast kasvanud ⁽⁵⁴⁾. Aastal 2005 täheldas aga

⁽⁵³⁾ Teavet konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamise kohta vt lk 37. Andmed konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud amfetamiini, *ecstasy* ja LSD koguste kohta 2005. aastal ei olnud kättesaadavad kõikide maade kohta; lisateabe saamiseks vt konfiskeerimistabeleid 2007. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵⁴⁾ Vt tabeleid SZR-11 ja SZR-12 2007. a statistikabülletäänis.

Rahvusvaheline tegevus uimastite lähteainete tootmise ja kõrvalesuunamise vastu

Selleks et ennetada ebaseaduslike uimastite tootmisel lähteainetena kasutatavate kemikaalide kõrvalesuunamist, on korraldatud mitu rahvusvahelist algatust: projektis „Ühtekuuluvus“ (*Cohesion*) keskendutakse (kokaiini tootmiseks kasutatavale) kaaliumpermanganaadile ja (heroiini tootmiseks kasutatavale) äädikhappeanhüdroiidile, projekt „Prisma“ (*Prism*) on suunatud sünteetiliste uimastite lähteainetele (¹⁾). Kõik allpool esitatud andmed pärinevad Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB) lähteainetealasest aruandest (INCB, 2007b).

2005. aastal teatati Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule kõigi aegade suurimatest konfiskeeritud kaaliumpermanganaadi kogustest: 16 riiki tabas kokku 183 tonni, millest peaaegu kõik konfiskeeriti väljaspool Euroopat.

22 400 liitrit kogu maailmas 2005. aastal konfiskeeritud äädikhappeanhüdroiidist tabati Euroopas jällegi vaid väike osa.

2005. aastal teatati Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule 41 tonni efedriini ja pseudoefedriini – metamfetamiini põhilähteainete – konfiskeerimisest, millest enamik Hiinas, samas kui ELi liikmesriikides (peamiselt Kreekas, Bulgaarias, Rumeenias ja Tšehhi Vabariigis) koos Vene Föderatsiooniga tabati 1,7 tonni.

Metamfetamiini ja amfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatava 1-fenüül-2-propanooni (P-2-P) konfiskeerimised kogu maailmas moodustasid 2005. aastal kokku 2900 liitrit, sellest 1700 liitrit tabati Euroopa riikides (enamasti Saksamaal ja Madalmaades).

MDMA tootmiseks kasutatava 3,4-metüleendioksiüfenüül-2-propanooni (3,4-MDP-2-P) kogu maailmas läbi viidud konfiskeerimistes vähenes Euroopa osa 2005. aastal 5100 liitriga 38%-ni (konfiskeeriti enamasti Prantsusmaal ja Madalmaades). 3,4-MDP-2-P konfiskeerimiste kasv muudes piirkondades tundub osutavat asjaolule, et MDMA ebaseaduslik tootmine on laienemas Euroopa piirest väljapoole.

(¹) Kõigi nende ainete loetelu on esitatud ÜRO 1988. aasta konventsiooni I tabelis.

enamik andmeid esitanud riike amfetamiini konfiskeerimiste arvu vähenemise suundumust. Seda üldpilti tuleks kinnitada Ühendkuningriigi 2005. aasta andmete alusel, kui need saavad kättesaadavaks.

2005. aastal ulatus amfetamiini keskmine või tüüpiline jaehind 7 eurost 37,5 euron grammi kohta, kusjuures enamik Euroopa riike teatas grammihindadest vahemikus 10–20 eurot (⁵⁵). Aastatel 2000–2005 langes amfetamiini keskmine hind (inflatsiooni arvestades) seitsmeteistkümnest piisavalt andmeid esitanud riigist enamikus.

Amfetamiini keskmine või tüüpiline puhtus jaemüügil oli 2005. aastal märkimisväärselt kõikum, kuid enamiku Euroopa riikide andmete kohaselt jäi puhtus vahemikku 15–50% (⁵⁶).

Metamfetamiin

Metamfetamiini tootmine maailmas oli 2005. aastal hinnanguliselt 278 tonni. Seda toodetakse peamiselt Ida- ja Kagu-Aasias ning Põhja-Ameerikas. Euroopas piirdub metamfetamiini illegaalne tootmine ikka veel peamiselt Tšehhi Vabariigiga (kohaliku nime „pervitiin“ all), ehkki tootmisest teatatakse ka Leedus, Moldovas ja Slovakkias (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

2005. aastal tõusis metamfetamiini konfiskeerimine hinnanguliselt 17,1 tonnini, sellest üle poole konfiskeeriti Ida- ja Kagu-Aasias (Hiina, Tai) ning kolmandik Põhja-Ameerikas (Ameerika Ühendriigid). Samal aastal teatati 15 Euroopa riigis hinnanguliselt 2200-st konfiskeerimisest, mille käigus saadi kätte umbes 104 kg metamfetamiini (⁵⁷). Norra ja Rootsi olid esikohal nii suurima arvu konfiskeerimiste kui ka suurimate tabatud kogustega.

Metamfetamiini keskmine või tüüpiline jaehind, mille kohta esitas andmeid ainult mõni riik, oli 2005. aastal vahemikus 5–35 eurot grammi kohta. Enamiku riikide andmete kohaselt oli metamfetamiini keskmine või tüüpiline puhtus jaemüügil vahemikus 30–65% (⁵⁸).

Ecstasy

Ecstasy’t toodeti 2005. aastal maailmas kokku hinnanguliselt 113 tonni (UNODC, 2007). Euroopa on endiselt peamine *ecstasy* tootmise keskus maailmas, kuigi selle suhteline tähtsus tundub vähenevat, sest viimastel aastatel on *ecstasy* tootmine levinud ka teistesse maailmajagudesse, eelkõige Põhja-Ameerikasse, Ida- ja Kagu-Aasiasse ning Okeaaniasse (CND, 2006; UNODC, 2006). Euroopas toodetakse *ecstasy*’t peamiselt Madalmaades (kuigi sealt antakse teada tootmise languse märkidest) ning ka Belgias. Euroopas 2005. aastal

(⁵⁵) Vt tabelit PPP-4 2007. a statistikabülletäänis.

(⁵⁶) Vt tabelit PPP-8 2007. a statistikabülletäänis. Pange tähele, et amfetamiini puhtuse teatatud keskmise taseme taga võib olla suuri erinevusi analüüsitud proovide puhtuses.

(⁵⁷) Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati Ühendkuningriigi puhul 2005. a andmete puudumise tõttu 2004. a andmeid. Vt tabeleid SZR-17 ja SZR-18 2007. a statistikabülletäänis.

(⁵⁸) Vt tabeleid PPP-4 ja PPP-8 2007. a statistikabülletäänis.

konfiskeeritud ecstasy on aruannete kohaselt pärit neist kahest riigist ning vähemal määral Poolast ja Ühendkuningriigist.

2005. aastal kogu maailmas tabatud 5,3 tonnist ecstasy' st suurem osa konfiskeeriti endiselt Lääne- ja Kesk-Euroopas (38%), sellele järgnes Okeania (27%) ja Põhja-Ameerika (20%).

Umbes 26 500 Euroopas 2005. aastal läbi viidud konfiskeerimise käigus saadi kätte umbes 28,3 miljonit ecstasy-tabletti ⁽⁵⁹⁾. Konfiskeeritud ecstasy koguste poolest on jätkuvalt esikohal Ühendkuningriik, Belgia, Madalmaad ja Saksamaa. Pärast 2001. aasta haripunkti on ecstasy konfiskeerimiste arv Euroopas alates 2003. aastast taas kasvanud. Tabatud ecstasy aastane üldkogus on ajavahemikul 2000–2004 kõikunud 20 miljoni tableti ümber. Aastal 2005 näitavad olemasolevad andmed konfiskeeritud ecstasy-koguste vähenemist enamikus riikides. Seda üldpilti tuleks kinnitada Ühendkuningriigi 2005. aasta andmete alusel, kui need saavad kättesaadavaks.

2005. aastal ulatus ecstasy-tableti keskmine või tüüpiline jaehind vähem kui 3 eurost kuni 15 euroni ⁽⁶⁰⁾. Ajavahemikul 2000–2005 langesid ecstasy keskmised jaehinnad (inflatsiooni arvestades) enamikus 21-st piisavalt andmeid esitanud riigist.

Euroopas sisaldas suurem osa ecstasy-tablette 2005. aastal jätkuvalt üldjuhul ainsa psühhootilise toimeainena MDMA või muud ecstasy-taolist ainet (MDEA, MDA). Kümnes liikmesriigis moodustas selliste tablettide osakaal kõikide analüüsitud tablettide hulgas rohkem kui 80%. Sellest tulemusest on mõningaid kõrvalekaldeid: Sloveenias esineb MDMA/MDEA/MDA sagedamini kombineerituna amfetamiini ja/või metamfetamiiniga, samas kui Poolas leiti analüüsitud tablettides sagedamini ainsa psühhootilise toimeainena amfetamiini ja/või metamfetamiini. Ecstasy-tablettide eri partiide MDMA-sisaldus on väga erinev (isegi sama logoga partiide puhul) nii riigiti kui riigisiselt. Aastal 2005 oli ecstasy-tableti keskmine MDMA-sisaldus andmeid esitanud riikides 2 kuni 130 mg, kuigi enamikus riikides oli keskmine või tüüpiline MDMA-sisaldus vahemikus 30–80 mg.

LSD

Pärast aastaid kestnud püsivat langust on nii LSD konfiskeerimiste arv kui ka tabatud kogused alates

2003. aastast kasvanud ⁽⁶¹⁾. Kuigi LSDd toodetakse ja müüakse palju väiksemas ulatuses kui muid sünteetilisi uimasteid, viidi Euroopas 2005. aastal hinnanguliselt läbi 800 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 850 000 ühikut LSDd, kusjuures 75% kogusest konfiskeeriti Madalmaades. LSD ühiku keskmine või tüüpiline hind tarbijale ulatus 4 eurost 30 euroni ⁽⁶²⁾.

Levimus ja tarbimisharjumused kogu elanikkonna ja noorte hulgas

Hiljutise tarbimise näitajate järgi on ecstasy praegu kõige sagedamini tarbitav sünteetiline uimasti 17 Euroopa riigis ja amfetamiinid üheksas riigis ⁽⁶³⁾. Elu jooksul amfetamiinide tarbimise levimus on kõrgem, mis kajastab ecstasy hilisemat ilmumist Euroopa illegaalsele uimastiturule. Kooliuuringute andmed näitavad, et ecstasy, amfetamiini ja muude psühhootiliste ainete tarbimine peale kanepi piirdub kooliõpilaste hulgas vaid väikeste rühmadega. Näiteks on ecstasy't proovinud kooliõpilaste hulgas ka kokaiini ja hallutsinogeensete uimastite levimus 20 korda kõrgem kui kooliõpilaste hulgas üldiselt ⁽⁶⁴⁾ ja umbes viis korda kõrgem kui nende hulgas, kes on elu jooksul kanepit tarbinud.

Eli liikmesriikidest tundub amfetamiinide ja ecstasy tarbimine olevat suhteliselt suur vaid mõnes riigis, Tšehhi Vabariigis, Eestis ja Ühendkuningriigis, ning vähemal määral Lätis ja Madalmaades.

Amfetamiinid

Uuemad uuringud täisealise elanikkonna hulgas näitavad, et Euroopas ulatub elu jooksul amfetamiinide tarbimise levimus 0,1%-st kuni 3,6%-ni kõikidest täiskasvanutest (15–64aastased), välja arvatud Taanis, kus see on 6,9%, ja Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis), kus see ulatub 11,5%-ni (kajastades suuremat tarbimist minevikus, samas kui praegune tarbimine sarnaneb rohkem teiste riikidega). Näitajate poolest järgnevad Norra (3,6%), Saksamaa ja Hispaania (3,4%). Keskmiselt peaaegu 3,5% kõikidest täisealistest eurooplastest on tarbinud amfetamiini vähemalt üks kord elus ⁽⁶⁵⁾. Viimase aasta tarbimise määr on palju madalam: keskmiselt 0,7% (vahemikus 0–1,3%). Üldiste rahvastikuuuringute andmed näitavad, et umbes 11 miljonit

⁽⁵⁹⁾ Vt tabelleid SZR-13 ja SZR-14 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁶⁰⁾ Vt tabelit PPP-4 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁶¹⁾ Vt tabelleid SZR-15 ja SZR-16 2007. a statistikabülletäänis.

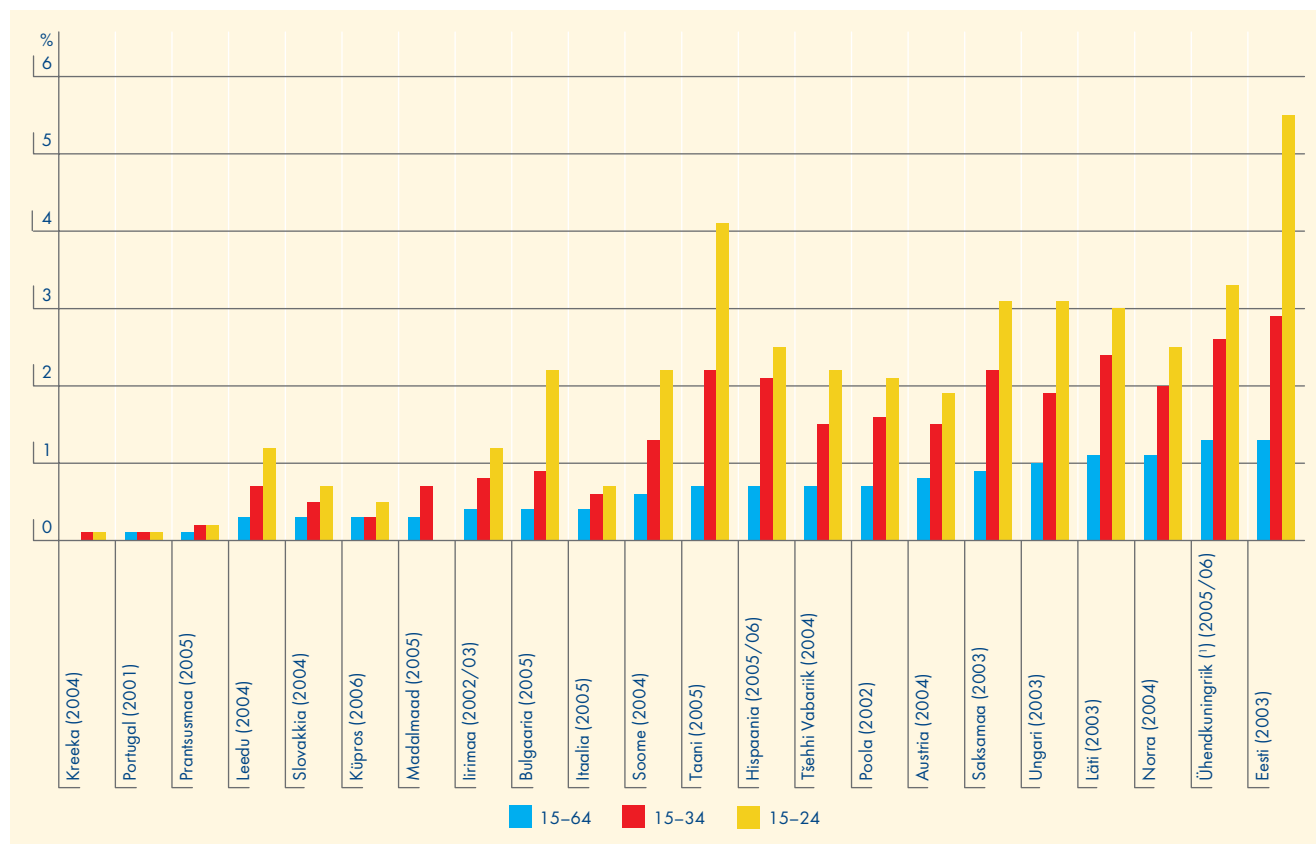
⁽⁶²⁾ Vt tabelit PPP-4 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁶³⁾ Amfetamiinitarbimise uuringuandmetes ei eristata sageli amfetamiini ja metamfetamiini, siiski võib seda tavaliselt seostada amfetamiini (sulfaadi või deksamfetamiini) tarbimisega, kuna metamfetamiini tarbimine pole kuigi levinud.

⁽⁶⁴⁾ Vt joonist EYE-1 (iv osa) 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁶⁵⁾ Arvutusmeetodi kohta vt joonealust märkust (30).

Joonis 5: viimase aasta jooksul amfetamiinide tarbimise levimus kõigi täiskasvanute (vanuses 15–64) ning noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 ja 15–24) seas



(1) Inglismaa ja Wales.

NB: Andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Riigid on järjestatud üldise (kõikide täiskasvanute tarbimise) levimuse alusel. Täiendava teabe saamiseks vt tabeleid GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), koostatud rahvastikuküsitluste aruannete või teadusartiklite põhjal.

inimest on amfetamiine proovinud ning umbes 2 miljonit eurooplast tarbis uimastit viimase aasta jooksul.

Noortest täiskasvanutest (15–34aastased) on aruannete kohaselt amfetamiine tarbinud 0,2–16,8%, ent kui jätta kõrvale Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Wales) (16,8%) ning Taani näitajaid (12,7%), jääb levimus vahemikku 0,2–5,9%⁽⁶⁶⁾. Pooltes andmeid esitanud riikidest on levimus alla 4%, kusjuures kõrgeimast määraast Ühendkuningriigi ja Taani järel teatavad Norra (5,9%), Saksamaa (5,4%) ja Läti (5,3%). Keskmiselt 5,1% Euroopa noortest täiskasvanutest on proovinud amfetamiine⁽⁶⁷⁾. Viimase aasta jooksul kasutamise määr kõnealusel vanuserühmas ulatub 0,1%-st 2,9%-ni, kusjuures kõrgeimast levimusest teatavad Eesti (2,9%), Ühendkuningriik (2,6%) ja Läti (2,4%) (joonis 5). On märkimisväärne, et kui võtta arvesse viimase aasta tarbimist, sarnanevad Ühendkuningriigi ja Taani näitajad rohkem teiste riikide omadega. Hinnangute kohaselt tarbis noortest Euroopa täiskasvanutest viimase aasta jooksul amfetamiine keskmiselt 1,5%.

Vaid Soome suutis esitada värske hinnangu probleemse amfetamiinitarbimise kohta (mille all mõistetakse süstimist või kestva/regulaarset tarbimist), mille kohaselt oli 2002. aastal probleemseid amfetamiinitarbijaid hinnanguliselt vahemikus 10 900 kuni 18 500 (3,1–5,3 juhtumit tuhande 15–64aastase kohta), st umbes kolm korda rohkem kui probleemseid opioiditarbijaid.

Metamfetamiin

Metamfetamiini tarbitakse Euroopas piiratud hulgal, erinevalt olukorrast kogu maailmas, kus viimastel andmetel on toimunud kõnealusel uimasti tarbimise kasv. Euroopa riikidele tekitab siiski muret kõnealusel uimasti tarbimise kasvupotentsiaal liikmesriikides, mis ajendab mõningate ettevaatusabinõude rakendamist. Näiteks Ühendkuningriigis võeti vastu otsus liigitada metamfetamiin taas kõige kahjulikumate uimastite (klass A) hulka.

⁽⁶⁶⁾ Vt tabelit GPS-9 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁶⁷⁾ Vt joonist GPS-18 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

Läbi aegade on metamfetamiini tarbimine Euroopas koondunud Tšehhi Vabariiki ja teatud määral Slovakkiasse. Uuema hinnangu probleemse metamfetamiinitarbimise kohta esitas kaks riiki (Tšehhi Vabariik ja Slovakkia). Aastal 2005 oli Tšehhi Vabariigis hinnanguliselt 18 400–24 000 metamfetamiini tarbijat (2,5–3,2 juhtumit tuhande 15–64aastase kohta), mis on peaaegu kaks korda suurem probleemsete opioiditarbijate arvust. Slovakkias oli hinnanguliselt 6000–14 000 metamfetamiini tarbijat (1,5–3,7 juhtumit tuhande 15–64aastase kohta), st pisut vähem kui hinnanguline opioiditarbijate arv. Metamfetamiin on Slovakkias muutunud kõige sagedasemaks esmaseks uimastiks esmakordsete ravitaotlejate hulgas ning kõrgest metamfetamiini kasutamise tasemest teatatakse nüüd ka mõningate rahvastikurühmade seas Ungaris.

Ülejäänud Euroopast ei teatata erilisest metamfetamiinitarbimisest. Siinkohal tekib kaks olulist küsitavust: esiteks ei võimalda enamik uuringuid metamfetamiini tarbimist eristada amfetamiini tarbimisest ning teiseks on metamfetamiini aeg-ajalt leitud tablettides, mida müüdi *ecstasy*’na, ning seega ei pruukinud inimesed selle tarbimisest teadlikud olla ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

0,3–7,2% kõikidest täisealisest eurooplastest on proovinud *ecstasy*’t. Poolte riikide andmetel on elu jooksul tarbimise levimus 2,5% või vähem, kõrgeimast levimusest teatasid Ühendkuningriik (7,2%), Tšehhi Vabariik (7,1%), Hispaania (4,4%) ja Madalmaad (4,3%). Viimase aasta jooksul *ecstasy* tarbimise levimus täiskasvanute hulgas ulatub 0,2%-st kuni 3,5%-ni, kõrgeimast määrast teatasid Tšehhi Vabariik (3,5%), Eesti (1,7%) ja Ühendkuningriik (1,6%), kuid pooltes riikides oli aruannete kohaselt levimus 0,5% või vähem. Hinnanguliselt ligi 9,5 miljonit eurooplast (keskmiselt 3%) on *ecstasy*’t proovinud ning peaaegu 3 miljonit tarbis seda viimase aasta jooksul.

Noorte täiskasvanute seas (15–34aastased) ulatub elu jooksul *ecstasy* tarbimise levimus 0,5%-st 14,6%-ni, kusjuures kõrgeimatest näitajatest teatasid Tšehhi Vabariik (14,6%), Ühendkuningriik (13,3%) ja Madalmaad (8,1%) ⁽⁶⁹⁾. Keskmiselt üle 5% noortest Euroopa täiskasvanutest on *ecstasy*’t proovinud.

15–24aastaste hulgas ulatub elu jooksul *ecstasy* tarbimine 0,4%-st kuni 18,7%-ni, kusjuures kõrgeimatest näitajatest teatasid Tšehhi Vabariik (18,7%), Ühendkuningriik (10,4%) ja Ungari (7,9%) ⁽⁷⁰⁾. Viimase aasta jooksul tarbimine ulatub nimetatud vanuserühmas 0,3%-st kuni 12%-ni, kusjuures kõrgeimast määrast teatasid Tšehhi Vabariik (12,0%) ja Eesti (6,1%) (joonis 6).

15–24aastaste vanuserühmas on elu jooksul tarbimise määr meeste hulgas kõrgem (0,3–23,2%) kui naiste hulgas (0,3–13,9%). Viimase aja kooliüuringutes ilmnes, et elu jooksul tarbimise määr tõusis suures osas paralleelselt nii mees- kui naissoost õpilaste hulgas, kuigi vanusega koos kasvab järk-järgult ka tarbimise erinevus sugude vahel. Noorte hulgas võib levimus oluliselt kasvada vaid vanuse vähese kasvuga, näiteks nähtub 16 riigi olemasolevatest andmetest, et nooremate õpilastega võrreldes on *ecstasy* elu jooksul tarbimise levimus 17–18aastaste kooliõpilaste hulgas enamasti märksa kõrgem ⁽⁷¹⁾.

LSD

Elu jooksul LSD tarbimise määr täiskasvanute hulgas ulatub 0,2%-st kuni 5,5%-ni, kusjuures kaks kolmandikku riikidest teatas elu jooksul tarbimise määrast vahemikus 0,4–1,7%. Noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) ulatub elu jooksul LSD tarbimise määr 0,3%-st kuni 7,6%-ni ning 15–24aastaste vanuserühmas on see näitaja 0%–4,2%. Viimase aasta jooksul tarbimise määr on kõnealuse uimasti puhul madal ning 15–24aastaste vanuserühmas ületab see 1% vaid seitsmes riigis (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Eesti, Itaalia, Läti, Ungari ja Poola).

Suundumused

Kogu Euroopas näitavad tõendid endiselt amfetamiini ja *ecstasy* tarbimise stabiliseerumist või isegi vähenemist. Amfetamiini tarbimine noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) on oluliselt langenud Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis) alates 1996. aastast ning vähemal määral Taanis ja Tšehhi Vabariigis, ülejäänud riikides on levimuse tase üldiselt stabiilne, ehkki mõnel juhul teatatakse väikesest kasvust ⁽⁷²⁾.

Ecstasy kasutamise pilt noorte täiskasvanute seas (15–34) on mitmekesisem ⁽⁷³⁾. Pärast üldist tarbimise kasvu 1990. aastatel

⁽⁶⁸⁾ Vt „Amfetamiin ja metamfetamiin: erinevused ja sarnasused“, lk 48.

⁽⁶⁹⁾ Vt tabelit GPS-9 2007. a statistikabülletäänis.

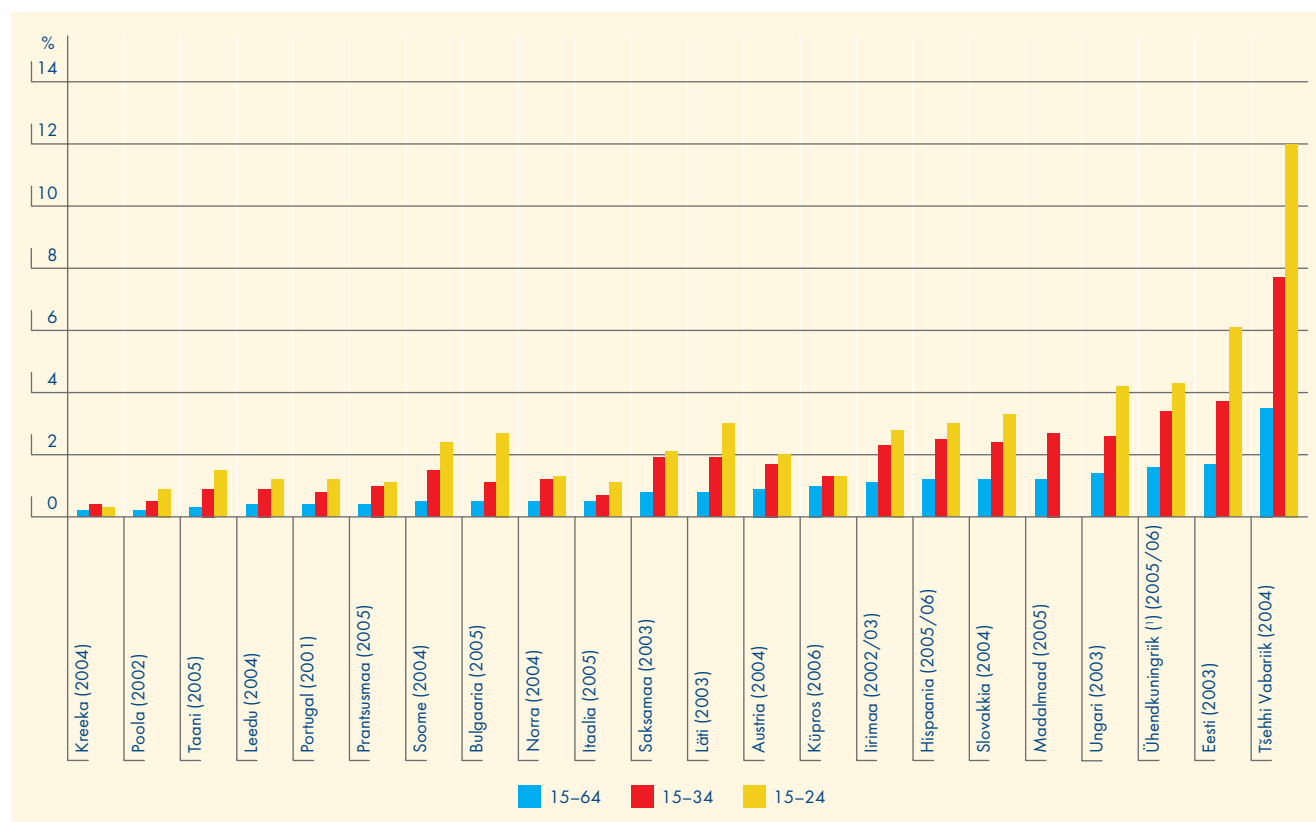
⁽⁷⁰⁾ Vt tabelit GPS-17 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷¹⁾ Vt joonist EYE-1 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷²⁾ Vt joonist GPS-8 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷³⁾ Vt joonist GPS-21 2007. a statistikabülletäänis.

Joonis 6: viimase aasta jooksul ecstasy-tarbimise levimus kõigi täiskasvanute (vanuses 15–64) ning noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 ja 15–24) seas



(1) Inglismaa ja Wales.

NB: Andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Riigid on järjestatud üldise (kõikide täiskasvanute tarbimise) levimuse alusel. Täiendava teabe saamiseks vt tabeleid GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), koostatud rahvastikuküsitluste aruannete või teadusartiklite põhjal.

teatab mitu riiki, sealhulgas Hispaania ja Ühendkuningriik kui kaks suure levimusega maad, viimastel aastatel mõningasest stabiliseerumisest või isegi mõõdukast langusest. Mõnes riigis täheldatakse levimuse langust 15–24aastaste vanuserühmas, kuid mitte 15–34aastaste hulgas ⁽⁷⁴⁾, mis viitab uimasti populaarsuse langusele nooremate vanuserühmade seas. Mõnede riikide (Hispaania, Taani, Ühendkuningriik) andmete põhjal tekib küsimus, kas kokaiini ja stimulantide valikus asendamas amfetamiini ja ecstasy't ⁽⁷⁵⁾.

Äsjaavalminud riiklike või piirkondlike kooliuuringute järgi, mis esitati 2006. aastal (Itaalia, Poola, Rootsi, Flandria Belgias), ei ole elu jooksul amfetamiinide ja ecstasy tarbimine muutunud või on märgata isegi mõningast langust ⁽⁷⁶⁾.

Meelelahutusasutused

Uuringud uimastitarbimise kohta meelelahutusasutustes, näiteks tantsupidudel, võivad anda kasulikku teavet

stimulantide regulaarsete ja intensiivsete tarbijate käitumismallide kohta. Uimastitarbimise määr kõnealustes asutustes on tavaliselt kõrge, kuid selle alusel ei saa teha üldistusi laiema elanikkonna kohta. Näiteks näitavad uuringud valitud tantsumuusikaasutustes küsitatud inimeste kohta kõrget ecstasy tarbimise taset ning madalamat, kuid siiski kõrget amfetamiini tarbimise taset ⁽⁷⁷⁾.

Ühendkuningriigi muusikaajakirja *Mixmag* regulaarsetest tantsuklubikülastajatest lugejaskonna iga-aastane küsitlus näitab, et tõsiste ecstasy-kasutajatena (kes tarbivad tavaliselt enam kui neli tabletti öhtu kohta) määratletud inimeste osakaal ajavahemikus 1999–2003 enam kui kahekordistus, tõustes 16%-lt 36%-ni (McCambrige et al., 2005). Ehkki kõnealuse valimi representatiivsus on küsitav, toetab see üldist kahtlust, et ecstasy-tablettide tarbimine on mõnede tarbijarühmade hulgas kasvanud. Kogenud ecstasy-tarbijate kasvavalt intensiivset ecstasy ja mitme uimasti tarbimist kinnitab ka

⁽⁷⁴⁾ Vt tabeleid GPS-4 ja GPS-15 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁵⁾ Vt tabelit GPS-20 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁶⁾ Vt joonist EYE-4 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁷⁾ Vt 2006. a valikteemat uimastite tarbimisest meelelahutusasutustes.

Ühendkuningriigi Interneti-uuring (Scholey *et al.*, 2004). Siiski tuleb märkida, et Amsterdamis aruannete kohaselt langes viimase aasta ja viimase kuu jooksul *ecstasy* tarbimine 20% võrra ajavahemikus 1998–2003 ning ühekordselt tarbitud keskmine *ecstasy*-kogus vähenes kõnealusel perioodil samuti (2005, Reitoxi riikide aruanded). Aastal 2005 Amsterdamis pubikülastajate hulgas läbiviidud küsitluse kohaselt tarbis õhtu jooksul *ecstasy*'t vaid 3%.

Ehkki olemasolevad andmed uimastite ja alkoholi koostarbimise kohta on jätkuvalt piiratud, paneb üha enam muretsema meelelahutuslikes tantsumuusikaasutustes alkoholi tarbimine, mis sageli toimub tervisele ohtlikuks peetavates kogustes ning koos stimulantidega.

Andmed ravinõudluse kohta

Amfetamiinide või *ecstasy* tarbimisega seotud ravitaotluste arv on suhteliselt väike. Üldiselt on enamikus 21 riigist, mille kohta on andmed kättesaadavad, need uimastid harva esmaseks põhjuseks ravile pöördumisel (⁷⁸). Sellisel juhul on ravitaotlused enamasti seotud esmase uimastina amfetamiinide tarbimisega ning vaid väga väike osa on seotud *ecstasy*'ga (⁷⁹).

Ainult mõnes riigis on amfetamiinide ja *ecstasy* tarbijate osakaal uimastiravipatsientide hulgas teistest erinev ning need riigid võib jagada kolme rühma. Tšehhi Vabariik ja Slovakkia teatavad esmaselt amfetamiinide tarbimisega seotud ravitaotluste olulisest osakaalust (vastavalt 58% ja 24% kõikidest klientidest), enamasti on tegu esmase metamfetamiiniprobleemiga; Rootsi, Soome ja Läti teatavad, et umbes kolmandik kõikidest patsientidest alustab ravi esmase põhjusena amfetamiinide tarbimise tõttu; Iirimaa, Madalmaad, Ühendkuningriik ja Prantsusmaa teatavad, et esmase uimastina *ecstasy* tarbimise tõttu pöördub ravile 1–5% patsientidest (⁸⁰).

Kõikides riikides peale Kreeka ja Rootsi on esmase põhjusena amfetamiinide ja *ecstasy* tõttu ravile pöörduvate uute klientide osakaal suurem kui kõikide kõnealuste uimastite tõttu ravi saavate klientide osakaal (⁸¹). Kuigi siinkohal võib olla mitmeid põhjendusi, on see kooskõlas andmetega suundumuste kohta: aastatel 1999–2005 kasvas esmase

põhjusena amfetamiinide ja *ecstasy* tarbimise tõttu esitatud ravitaotluste arv enam kui 3000 võrra, 6500 pealt 10 000 peale (⁸²).

Muude stimulantide kui kokaiini tarbimise tõttu ravile pöörduvad patsiendid on keskmiselt umbes 27 aastat vanad (esmakordselt ravile pöördumisel 26) ning tarbisid uimastit esimest korda keskmiselt 19 aastaseks (⁸³). *Ecstasy*-tarbijatest kliendid on koos kanepitarbijatega noorim uimastiravile pöörduv rühm. Madalmaade andmetel on uimastiravis kõrgeim naiste osakaal *ecstasy*-klientide hulgas. Naiste osakaal amfetamiinide tõttu ravi saavate klientide hulgas on suurem kui muude uimastite puhul, kusjuures suurim ambulatoorset ravi saavate naispatsientide osakaal on noorimas vanuserühmas (⁸⁴).

Amfetamiiniravi kliendid tarbivad uimastit tavaliselt koos muude ainetega, põhiliselt kanepi ja alkoholiga, ning esitatud andmete järgi on osas riikides levinud süstimine (⁸⁵). Tšehhi Vabariigis on andmete kohaselt huvitav geograafiline erinevus: rohkem tarbijaid on väljaspool pealinna; see on sarnane Ameerika Ühendriikide aruannetega, kus suurlinnadest eemale jäävates piirkondades on metamfetamiini ja amfetamiini tarbimise tõttu ravilevõtmise määr kõrgem (Dasis, 2006).

Uimastitarbimisvastased meetmed meelelahutusasutustes

Uimastiennetustegevus

Üldiselt on toimunud muutus ennetamise käsitluses: üha enam tunnustatakse elustiilitegurite võtmerolli suhtumise kujundamisel uimastitarbimisse ning mõistetakse, kui oluline on võidelda arvamuse vastu, et uimastitarbimine on normaalne või vastuvõetav käitumine. Sedalaadi lähenemine on eriti oluline ennetustöö puhul asutustes, mis on kultuuriliselt uimastitarbimisega seotud. Uimastitarbimise suur levimus mõnedes meelelahutusasutustes, näiteks klubides, baarides ja tantsupidudel, tähendab, et need kohad on sobivad sihtmärgid algatustele uimastinõudluse vähendamiseks. Ka ELi narkootikumidealases tegevuskavas (2005–2008) märgitakse vajadust arendada edasi ennetustegevust meelelahutusasutustes.

(⁷⁸) Vt joonist TDI-2 (ii osa) ja tabelit TDI-5 2007. a statistikabülletäänis.

(⁷⁹) Vt tabelit TDI-1 13 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸⁰) Vt tabelit TDI-5 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸¹) Vt tabelleid TDI-4 (ii osa) ja TDI-5 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸²) Vt joonist TDI-1 (ii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸³) Vt tabelleid TDI-10, TDI-11 ja TDI-102 kuni TDI-109 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸⁴) Vt tabelleid TDI-21 ja TDI-25 2007. a statistikabülletäänis.

(⁸⁵) Vt tabelleid TDI-4, TDI-5 (ii osa), TDI-24, TDI-116 ja TDI-117 2007. a statistikabülletäänis.

Üks meede on teha meelelahutusasutustes kättesaadavaks infomaterjal ennetusalaste ja vahel ka kahjude vähendamise alaste sõnumitega. Materjal koostatakse tavaliselt kasutajasõbralikus stiilis, mis kajastab sihtrühma noortekultuuri, ning seda jaotavad mõnikord mobiilsed, otse sihtrühmani minevad meeskonnad. Noorteni jõudmiseks on meeskondade lähenemine tavaliselt mitte hukkamõistev ning kinnitades, et ohutuim valik on üldse mitte uimasteid tarbida, võivad nad samal ajal anda ka kahjude vähendamise alast nõu (Belgia, Tšehhi Vabariik, Portugal, Austria).

Lisaks lahendustele, mille eesmärk on inimesi teavitada ja veenda neid uimasteid mitte tarbima, töötab üha rohkem liikmesriike välja meetmeid meelelahutuskeskkonna paremaks reguleerimiseks. Osaga kõnealustest meetmetest, sealhulgas rangelt uimastivabade ürituste korraldamisega, üritati muuta mõnede inimeste seas levinud arvamust, et uimastitarbimine hõlbustab nende vaba aja veetmist. Üha suuremas hulgas riikides (Belgia, Taani, Iirimaa, Itaalia, Leedu, Madalmaad, Rootsi, Ühendkuningriik, Norra) tunduvad omavalitsused olevat huvitatud tihedamate kontaktide loomisest meelelahutustööstusega ning tantsumuusikaklubides ja muudes asutustes uimastite kättesaadavuse piiramise ja terviseriskide vähendamise meetmete väljaarendamisest. Näiteks Ühendkuningriigis välja töötatud ohutu klubiskäimise

juhendiga ⁽⁸⁶⁾ sarnaseid juhiseid antakse nüüd välja paljudes riikides.

Kõige sagedamini kasutatud *ecstasy*-, amfetamiini- ja psühhotroopsete uimastite tarbimise vastaste meetmete hulgas on sihipärased avalikud teavituskampaaniad ning üha enam ka veebilehed. Ennetusstrateegiate käigus kasutatakse Interneti madala läve kontaktide loomiseks noortega, kes tarbivad *ecstasy*'t, amfetamiini või muid psühhotroopseid aineid või kes võivad kaaluda nende tarbimist. Paljudes liikmesriikides edastatakse teavet ja tehakse ennetustööd veebilehete kaudu, et levitada noorte seas kriitilist mõtlemist omaenda tarbimiskäitumise kohta. Kõnealused veebilehed annavad nõu näiteks „mõistlikult“ peole mineku, turvalise seksi, liiklusohtude, tervisliku toitumise, pidutsemise eesmärgil reisimise ja õigusküsimuste kohta (Belgia) ⁽⁸⁷⁾.

Uimastiravi

Ecstasy, amfetamiinide ja teiste psühhotroopsete ainete raviteenuseid osutatakse tavaliselt probleemsetele uimastitarbijatele ettenähtud uimastiraviasutustes või enam spetsialiseerunud asutustes kokaiini või muude stimulantide tarbijatele. Lisateabe saamiseks uimastiraviteenuste kohta ELis vt 2. ja 5. peatükki.

⁽⁸⁶⁾ Vt 2006. a valikteemat uimastite tarbimisest meelelahutusasutustes.

⁽⁸⁷⁾ Linke mõnede mainitud küsimuste kohta võib leida aadressil <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>

5. peatükk

Kokaiin ja *crack*-kokaiin

Kuna kokaiini tarbimine on kasvanud, on see uimasti muutunud Euroopa uimastipoliitika põhiküsimuseks. Teadvustades teema kasvavat tähtsust, uuritakse kokaiini tarbimise harjumusi põhjalikult 2007. aasta valikteemas kokaiini kohta.

Pakkumine ja kättesaadavus ⁽⁸⁸⁾

Tootmine ja kaubandus

Kokaiin on kanepi järel kõige laialdasemalt kaubitsetav illegaalne uimasti maailmas. Kokaiini konfiskeeritud kogused kogu maailmas kasvasid 2005. aastal jätkuvalt, moodustades nüüd kokku 756 tonni, kusjuures suurimad uimastikogused tabati Lõuna-Ameerikas ja selle järel Põhja-Ameerikas.

Kolumbia on jätkuvalt ülekaalukalt suurim illegaalse kokapõõsa päritoluriik maailmas, järgnevad Peruu ja Boliivia (UNODC, 2007). Suurem osa Euroopas konfiskeeritud kokaiinist on sisse toodud otse Lõuna-Ameerikast või Kesk-Ameerika, Kariibi mere riikide ja Lääne-Aafrika kaudu.

Peamine piiriületuskoht ELi sisenemisel on endiselt Ibeeria poolsaar, kusjuures kasvab Portugali tähtsus. Kokaiini imporditakse ka otse teistesse riikidesse, sel juhul on peamiseks piiriületuskohaks endiselt Madalmaad. Hispaania ja Madalmaad on ka uimasti peamised jaotuskeskused. Väljastpoolt Euroopat sisse toodud partiidest teatab veel mitu riiki, sealhulgas Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa ja Ühendkuningriik. Ka jaotamine võib olla mitmekesisumas, kuna teatatakse Ida- ja Kesk-Euroopa kaudu toimuva vahendustegevuse tihenemisest ning nii ELi kui ka selle naaberriike nimetatakse nüüd kui teiseseid transiidikohti.

Konfiskeerimised

2005. aastal viidi Euroopas läbi hinnanguliselt 70 000 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 107 tonni

kokaiini. Enamik kokaiini konfiskeerimisi leidis endiselt aset Lääne-Euroopa riikides, eelkõige Hispaanias, mille arvel on umbes pool Euroopa konfiskeerimiste üldarvust ja tabatud kogustest ⁽⁸⁹⁾. Ajavahemikul 2000–2005 suurenes kogu Euroopa ulatuses nii kokaiini konfiskeerimiste üldarv kui ka konfiskeeritud kogus ⁽⁹⁰⁾. Selle peamiseks põhjuseks oli oluline kasv Hispaanias ja Portugalis, kusjuures Portugal edestas 2005. aastal Madalmaid, olles enim kokaiini konfiskeerinud riikidest Hispaania järel teisel kohal.

Hind ja puhtus

2005. aastal kõikus kokaiini keskmine või tüüpiline jaehind Euroopas märgatavalt, ulatudes 45 eurost grammi kohta 120 euroni; enamik riike teatas grammihindadest vahemikus 50–80 eurot ⁽⁹¹⁾. Kokaiini keskmist hinda (inflatsiooni arvestades) iseloomustas enamikus 19-s piisavalt andmeid esitanud riigis ajavahemikul 2000–2005 üldine langustendents.

Kokaiini keskmine või tüüpiline puhtus tarbija tasandil kõikus 2005. aastal 20%-st 78%-ni, enamik riike teatas kokaiini puhtusest vahemikus 30–60% ⁽⁹²⁾. Aastatest 2000–2005 pärinevad andmed viitavad üldisele langusele kokaiini keskmises puhtusetasemes enamikus 21-st andmeid esitanud riigist.

Kokaiinitarbimise levimus ja harjumused

Kokaiin on praegu paljudes ELi liikmesriikides ning ELis tervikuna kanepi järel kõige ulatuslikumalt tarbitav illegaalne uimasti. Viimaste ELi ja Norra siseriiklike rahvastiku-uuringute andmetel on vähemalt üks kord proovinud kokaiini (elu jooksul tarbimine) hinnanguliselt enam kui 12 miljonit eurooplast, see on peaaegu 4% kõikidest täiskasvanutest ⁽⁹³⁾. Riikide näitajad elu jooksul tarbimise kohta jäävad vahemikku

⁽⁸⁸⁾ Vt „Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine“, lk 37.

⁽⁸⁹⁾ Seda tuleks võrrelda puuduvate 2005. a andmetega, kui need on kättesaadavad. Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati puuduvate 2005. a andmete asemel 2004. a omi.

⁽⁹⁰⁾ Vt tabelid SZR-9 ja SZR-10 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹¹⁾ Vt tabelit PPP-3 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹²⁾ Vt tabelit PPP-7 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹³⁾ Arvutusmeetodit vt joonealuses märkuses (30).

0,2–7,3%, kusjuures kolm riiki teatas üle 5% ulatuvast määrast (Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik) ⁽⁹⁴⁾.

Viimase aasta jooksul teatas kokaiini tarbimisest vähemalt 4,5 miljonit eurooplast (keskmiselt 1,3%). Viimase aasta jooksul kokaiini tarbimine ulatub 0,1%-st Kreekas 3,0%-ni Hispaanias, kusjuures ka Itaalia ja Ühendkuningriik teatasid üle 2% ulatuvast levimusest ⁽⁹⁵⁾. Uuringu hinnangul on 2 miljonit eurooplast (keskmiselt 0,6%) tarbinud kokaiini viimase kuu jooksul ⁽⁹⁶⁾.

Kokaiinitarbimise levimus on samalaadselt teiste illegaalsete uimastitega koondunud peamiselt noorte täiskasvanute hulka (15–34aastased). Umbes 7,5 miljonit noort täiskasvanut Euroopas (keskmiselt 5,3%) on kokaiini tarbinud vähemalt üks kord elus, kusjuures viis riiki teatavad levimuseks 5% või enam (Saksamaa, Itaalia, Taani, Hispaania, Ühendkuningriik) ⁽⁹⁷⁾. Kokaiinitarbimise hinnangud lühemate perioodide kohta ⁽⁹⁸⁾ näitavad, et 3,5 miljonist (2,4%) möödunud aastal uimastit tarbinud noorest täiskasvanust tegi 1,5 miljonit (1%) seda viimasel kuul.

Kooliõpilaste hulgas on üldine kokaiinitarbimise levimus palju madalam kanepitarbimise määrast. Enamikus riikides on elu jooksul kokaiini tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas 2% või alla selle, ulatudes 6%-ni vaid Hispaanias ja Ühendkuningriigis ⁽⁹⁹⁾. 16 riigis kättesaadavad andmed 17–18aastaste kooliõpilaste kohta näitavad märkimisväärselt kõrgemat kokaiinitarbimise levimust vanema vanuserühma seas Hispaanias, kuigi kõnealuse riigi esialgsed andmed viitavad hiljutisele langusele ⁽¹⁰⁰⁾. Ülejäänud 15 riigist enamikus on levimus vanemate õpilaste seas kõrgem, kuid erinevus ei ole nii suur. Tuleb aga märkida, et viimase aasta ja viimase kuu jooksul on kokaiinitarbimise levimus palju madalam.

Kokaiinitarbimine ei piirdu teatud ühiskonnarühmadega, kuid sotsiaalselt integreeritud noorte täiskasvanute uimastitarbimise määr meelelahutusasutustes võib tõusta kõrgemale rahvastikuuuringutes toodud üldisest määrast. Tantsumuusikaklubide uuringud mitmes Euroopa riigis näitasid, et elu jooksul kokaiinitarbimise määr jäi vahemikku 10–75% ⁽¹⁰¹⁾.

Eri tarbijarühmades on kokaiinitarbimise harjumused väga erinevad. Sotsiaalselt integreeritud tarbijate hulgas tõmmatakse seda tavaliselt ninna; paljud tarbivad ka muid aineid, sealhulgas alkoholi, tubakatooteid, kanepit ja muid stimulante peale kokaiini ⁽¹⁰²⁾ ning selline mitme uimasti tarbimine võib tuua kaasa suuri terviseriske.

Crack'i tarbimine on Euroopas endiselt üldiselt vähe levinud ning koondunud mõnede linnade marginaliseerunud ja tõrjutud rahvastikurühmade sekka. Siiski moodustavad kokaiini suitsetajad olulise osa ravinõudlusest, ehkki nad jäävad endiselt vähemusse. Nende hulgas, kes muid uimasteid ei süsti, ei tundu ka kokaiini süstimine olevat levinud, seda isegi mitte ravialuste patsientide seas (vt allpool). Seevastu on üha enam andmeid heroïinisüstijatest, kes süstivad ka kokaiini või kokaiini ja heroïini segu.

Probleemse kokaiinitarbimise ⁽¹⁰³⁾ levimuse hinnangud on olemas vaid kolme riigi kohta (Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik). Kõnealuste riikide näitajad jäävad vahemikku 3–6 probleemset kokaiinitarbijat 1000 täiskasvanu (vanuses 15–64 aastat) kohta ⁽¹⁰⁴⁾.

Kokaiinitarbimise suundumused

Uuemad andmed ei toeta 2006. aasta aruandes märgitud kokaiinitarbimise stabiliseerumise märke noorte täiskasvanute hulgas. Viimase aasta jooksul kokaiini tarbimise levimuse kasvu vanuserühmas 15–34 on registreeritud kõikides uuemaid uuringuandmeid esitanud riikides, kuigi mõningal määral on olukord stabiliseerunud Hispaanias ja Ühendkuningriigis (Inglismaa ja Wales) kui kõrgeima levimusega liikmesriikides. Märkimisväärselt tõusust teatasid ka Itaalia ja Taani (joonis 7).

Pikemaajaliste andmeseeriade ja märgatavate levimuse näitajatega riikide andmete analüüsimine võimaldab tuvastada suundumusi rahvastikurühmades. Nii Hispaanias kui Ühendkuningriigis oli levimuse kasv üldiselt suurem meeste kui naiste hulgas. Hispaanias alates 2001. aastast täheldatud viimase aasta kokaiinitarbimise suurenemist võib seletada pigem tarbimismäära tõusuga 15–24aastaste vanuserühmas ning mitte 15–34aastaste seas tervikuna.

⁽⁹⁴⁾ Vt tabelit GPS-8 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁵⁾ Vt tabelit GPS-10 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁶⁾ Vt tabelit GPS-12 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁷⁾ Vt tabelit GPS-9 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁸⁾ Vt tabeleid GPS-11 ja GPS-13 2007. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁹⁾ Vt tabelit EYE-3 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁰⁰⁾ Vt tabelit EYE-2 2007. a statistikabülletäänis.

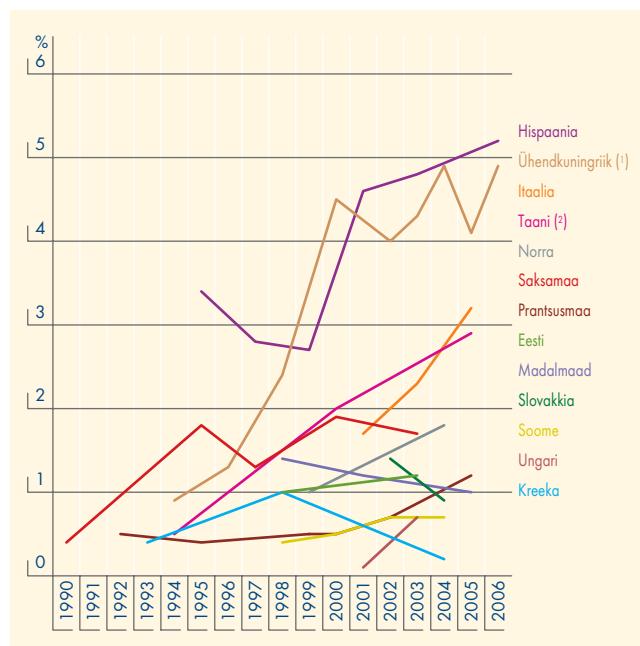
⁽¹⁰¹⁾ Vt 2006. a valikteemat uimastitarbimisest meelelahutusasutustes.

⁽¹⁰²⁾ Vt joonist 15 2006. aasta aruandes.

⁽¹⁰³⁾ Selle all mõistetakse pikaajalist ja/või regulaarset kokaiinitarbimist ja/või kokaiini süstimist.

⁽¹⁰⁴⁾ Vt tabelit PDU-2 2007. a statistikabülletäänis ja 2007. a valikteemat kokaiini kohta.

Joonis 7: suundumused viimase aasta jooksul kokaiinitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas



⁽¹⁾ Inglismaa ja Wales.

⁽²⁾ Taani 1994. aasta andmed käsitlevad tugevaid narkootikume.

NB: Andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabelit GPS-4 2007. aasta statistikabülletäanis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), koostatud rahvastikuküsitluste aruannete või teadusartiklite põhjal.

On avaldatud arvamust, et mõnedes Euroopa riikides on toimunud muude stimulantide „asendamine” kokaiiniga ⁽¹⁰⁵⁾. Tantsumuusikaklubides noorte seas läbi viidud uuringute andmeid tuleb käsitleda ettevaatusega, sest kõnealune valim on väga selektiivset laadi. Sellegipoolest võivad need anda võimaluse jälgida regulaarsete uimastitarbijate käitumist ning Madalmaades läbi viidud uuringud näitavad, et osas omavalitsustes edestab klubiküllastajate hulgas kokaiin kõige enam kasutatava stimulantina *ecstasy*’t, muutudes osas rühmades üha aktsepteeritumaks uimastiks.

Kokaiin. Andmed ravinõudluse kohta

Opioidide ja kanepi järel on kokaiin kõige sagedamini ravile pöördumise põhjusena nimetatud uimasti Euroopas. Aastal 2005 teatati ligikaudu 48 000 ravitaotlusest kokaiini kui esmase uimasti tõttu, mis moodustab umbes 13% kõikidest teatatud ravitaotlustest kogu ELis ⁽¹⁰⁶⁾; lisaks nimetas

kokaiini teise uimastina umbes 15% kõikidest ambulatoorset ravi saavatest patsientidest ⁽¹⁰⁷⁾. Üldnäitaja varjab suuri erinevusi riikide vahel: enamik riike teatab väikesest kokaiinitarbijate osast uimastiravipatsientide hulgas, samas kui kõrgeist kokaiinitarbijate määrast uimastiravipatsientide hulgas teatavad Madalmaad (35%) ja Hispaania (42% 2004. a). Uute patsientide hulgas on kokaiinipatsientide osakaal suurem: kokku umbes 22% uutest ravitaotlustest (33 000 inimest 22 riigi andmete põhjal) olid aruannete järgi seotud kokaiiniga.

Varasematel aastatel teatatud kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlejate arvu suurenemine üha jätkub. Aastatel 1999–2005 suurenes kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlejate uute patsientide osakaal kõikide uute patsientide hulgas 11%-lt 24%-ni ning teatatud juhtumite arv kasvas 13 000-lt 33 000-le ⁽¹⁰⁸⁾. Üksikasjalikum analüüs ravinõudluse suundumuste kohta on esitatud 2007. aasta valikteemas kokaiini kohta.

Euroopa andmete põhjal on uimastitarbijate kokaiini kui esmase uimasti tõttu ravile pöördumine seotud peamiselt kokaiinipulbriga (85%) ning vaid 15% nimetab *crack*-kokaiini. Andmete järgi toimub peaaegu kogu kokaiinisõltuvuse ravi ambulatoorsetes ravikeskustes (94%) ⁽¹⁰⁹⁾. Tuleb siiski märkida, et andmed kokaiini ravinõudluse kohta statsionaarsetes raviasutustes ja perearstikeskustes ei ole täielikud.

Kokaiini tarbimise tõttu ambulatoorsetesse ravikeskustesse pöörduvad kliendid on keskmiselt 31 aastat vanad ja sellega uimastiravipatsientidest opioidide tarbijate järel vanuselt teisel kohal ⁽¹¹⁰⁾. Nad on valdavalt mehed, kõikidest uimastiravipatsientidest suurima meeste-naiste suhtarvuga (peaaegu viis meest ühe naise kohta kõikide klientide ja kuus meest ühe naise kohta uute klientide puhul) ⁽¹¹¹⁾. Enamik ambulatoorset ravi saavatest kokaiinitarbijatest alustas uimastitarbimist 15–24aastaselt ⁽¹¹²⁾.

Kokaiiniravi

Eri lahenduste pakkumine probleemsetele kokaiini ja *crack*-kokaiini tarbijatele Euroopas on endiselt piiratud ning, nagu eespool märgitud, pärinevad teated kokaiiniravi kohta praegu peamiselt Hispaaniast ja Madalmaadest. Siiski on olulise kokaiinitarbijate osakaaluga riikides tekkinud

⁽¹⁰⁵⁾ Vt käesoleva aruande 4. peatükki.

⁽¹⁰⁶⁾ Vt joonist TDI-2 2007. a statistikabülletäanis.

⁽¹⁰⁷⁾ Vt tabelit TDI-22 (i osa) 2006. a statistikabülletäanis.

⁽¹⁰⁸⁾ Vt joonist TDI-1 2007. a statistikabülletäanis.

⁽¹⁰⁹⁾ Vt tabelit TDI-24 ja TDI-11 5 2007. a statistikabülletäanis.

⁽¹¹⁰⁾ Vt tabelit TDI-10 2007. a statistikabülletäanis.

⁽¹¹¹⁾ Vt tabelit TDI-21 2007. a statistikabülletäanis.

⁽¹¹²⁾ Vt tabelit TDI-11 (i osa) kuni (iv osa) 2007. a statistikabülletäanis.

kasvav huvi eriteenuste osutamiseks. Ei ole üllatav, et vähesel levimusega riigid ei nimeta spetsiaalset kokaiiniravi oma poliitika prioriteediks. Vastupidiselt opioidiravile, mille sihtrühm on suhteliselt homogeenne, on Euroopas kokaiiniravi puhul vaja tegeleda mitmekesisema tarbijarühmaga. Kokaiini esmase uimastina tarbijate puhul on ambulatoorse ravi patsientide andmetel põhiline manustamisviis nuusutamine, sellele järgneb suitsetamine või sissehingamine; suhteliselt vähe patsiente (alla 10%) nimetasid uimasti süstimist. Uute ravisaajate seas on süstimise määr veelgi madalam (5%) ⁽¹¹³⁾. Umbes 16% kokaiiniravipatsientidest teatab selle uimasti tarbimisest koos opioididega ning mõnes riigis tarbivad paljud opioidiprobleemide tõttu ravi saavatest patsientidest vähemalt aeg-ajalt ka kokaiini.

Raviteenistustel tuleb seega tõenäoliselt pakkuda ravi kolmele tarbijarühmale, mida võib lihtsustatult iseloomustada järgmiselt: esiteks, sotsiaalselt enam integreeritud kokaiinitarbijad, kes võivad „meelelahutuslikult” olla regulaarselt tarbinud ka mitut uimastit, sealhulgas alkoholi; teiseks, kokaiinitarbijad, kellel võivad olla ka opioididega seotud probleemid; ning kolmandaks, väga marginaliseerunud ja probleemsed crack-kokaiini tarbijad.

Eespool nimetatud kolme rühma vajadused on tõenäoliselt erinevad ning teenuste osutajatel tuleb neile erinevalt läheneda. Enamik kokaiinisõltuvuse ravi, mille kohta on andmed esitatud, toimub Euroopas ambulatoorsetes raviasutustes, mis paljudel juhtudel on suunatud opioiditarbijate vajadustele. On küsitav, kui ligitõmbavad on sellised teenused suhteliselt hästi integreeritud kokaiinitarbijatele, kelle probleemid on tekkinud uimasti meelelahutusliku tarbimise kaudu. On tõenäoline, et osa kõnealusest rühmast otsib abi kas üldistelt tervishoiuteenuste pakkujalt, nagu perearstid ja nõustajad, või võimaluse korral spetsialiseerunud erakliinikutest.

Vastupidiselt opioidisõltuvuse ravile on kokaiini puhul farmakoloogilised ravivõimalused piiratud, ehkki kasulik võib olla ravimite väljakirjutamine kaasnevate sümptomite vastu. Praegu ei ole saadaval ühtegi farmakoloogilist toimeainet, mis aitaks tarbijatel taluda kokaiinist loobumist, kuigi tulevikus võib mõningaid sellesuunalisi võimalusi tekkida. Euroopas on rõhk pandud psühhosotsiaalsetele meetmetele, mis põhinevad enamasti kognitiivkäitumuslikel lähenemistel. Põhjalikuma ülevaate kokaiiniravi võimalustest leiab 2007. aasta valikteemast kokaiini kohta ja EMCDDA tehnilisest ülevaatest (EMCDDA, 2007b).

Crack-kokaiini probleemide vähenenud levimus ja äärmiselt geograafiline piiratus Euroopas tähendab, et kogemused kõnealuse uimastitarbijate rühma vajadustega tegelemisel on veelgi rohkem piiratud. Suur hulk kirjandust põhineb Ameerika Ühendriikide kogemusel crack-kokaiini probleemide valdkonnas, kuid on endiselt ebaselge, millises ulatuses saab seda kogemust otse rakendada Euroopa kontekstis. Ühendkuningriik, kus probleemne crack'i tarbimine on võrreldes teiste Euroopa riikidega suhteliselt levinud, on välja andnud juhised erialaspetsialistidele, milles soovitatakse anda crack'ivastast ravi struktureeritud uimastiraviprogrammi raames, mis sisaldab tarbimisest hoidumise ja kahjude vähendamise meetmeid (NTA, 2002). Värske hinnang teenuste osutamisele Ühendkuningriigis teatab mõningatest positiivsetest tulemustest crack-kokaiinivastast statsionaarset ravi saavate klientide seas (Weaver, 2007).

Riskide ja kahjude vähendamine

Meelelahutuslikult kokaiini tarbijaid ohustab mitte ainult uimastisõltuvuse väljakujunemine, vaid ka kokaiini koos teiste uimastitega tarbimise koosmõju või kaasnevad südame-veresoonkonna probleemid. Enamiku Euroopa riikide andmetel võivad kokaiinitarbijad kokaiini ja selle tarbimise riskide kohta saada kergesti teavet mitmesuguste teabeallikate kaudu, nagu veebilehed, abitelefoniid ja muud meediakanalid. Huvitav on märkida, et Euroopa Uimastiabitelefoniid Fond teatab kokaiiniga seotud kõnede arvu kasvust ajavahemikus 2005–2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Kokaiinitarbimist võib seostada ka kõrge riskiga seksuaalkäitumisega või seksitööstusse kaasamisega. Uuringud on näidanud, et crack-kokaiini tarbivad naised võivad olla eriti tundlikud ning võivad kas raha või uimastite eest alustada kõrge riskiga seksuaalkäitumist. Mõnes riigis töötatakse kahjude vähendamise ja abivajaja juurde mineku programmide raames eraldi seksitöötajatega, suunates oma tegevust nii seksuaalkäitumisele kui ka uimastitarbimisele.

Vähesel arvul vaatamata võib crack-kokaiini tarbijatel olla eriti suur oht probleemide tekkimiseks ning ravile suunamine või muude teenuste osutamine võib nende puhul olla raske. Mõnedes märkimisväärtsetes crack-kokaiini probleemidega linnades on üritatud sekkuda kahjude vähendamise programmide raames abivajajate juurde mineku, kriisisekkumise, akuutsete terviseprobleemide korral abi andmise ja struktureeritud teenuste poole suunamise kaudu. Näiteks Viinis on ambulatoorsete teenistuste kaudu kasutusel

⁽¹¹³⁾ Vt tabelit TDI-17 (ii osa) ja (vi osa) ning tabelit TDI-110 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

ruumid, mis pakuvad ohutut kohta kokaiini- ja crack'itarbijatele, kes kannatavad sageli ärevuse all, ning kus neile antakse esmast arstiabi ja suunatakse muude teenistuste poole. Riikides, kus on olemas narkootikumitoad süstivatele narkomaanidele, laiendatakse seda võimalust vahel ka crack-kokaiini tarbijatele, näiteks Saksamaal Frankfurdis ja Hamburgis crack'isuitsetajatele ette nähtud spetsiaalsed ruumid.

Kahjude vähendamise meetmed kokaiinisüstijatele ei erine üldiselt muude süstijate puhul kasutatavatest meetmetest (vt 8. peatükki), kuigi mõned uuringud väidavad, et stimulantide tarbijaid süstivad rohkem ning on seega potentsiaalselt suuremas ohus. Lisaks sellele on olemas teatud riskid seoses valesti valmistatud crack-kokaiini süstimisega.

Kokaiin ja crack-kokaiin on kasvav rahvatervise probleem. EMCDDA 2007. aasta valikteema

Viimastel aastatel on olnud märke sellest, et kokaiinitarbimine on Euroopas kasvav probleem. Kõnealusel valikteemas täheldatakse, et mitmes Euroopa riigis on toimunud kokaiinitarbimise, kokaiiniga seotud ravinõudluse ja kõnealuse uimasti konfiskeerimiste märkimisväärne kasv. Uuritakse kokaiinitarbimise võimalikku

suurt mõju rahvatervisele. Erilist tähelepanu pööratakse kokaiini tõttu tekkivatele terviseprobleemidele, mida olemasolevates aruandlussüsteemides tihti kuigi hästi ei eristata. Valikteema vaatleb üksikasjalikult probleeme kokaiini- ja crack-kokaiinisõltuvuse tõhusal ravimisel, mis on osutunud eriti keeruliseks eriti selle tõttu, et kokaiinitarbijate tüübid ning nende vajadused on väga erinevad.

Kõnealune valikteema on kättesaadav trükituna ja Internetis ainult inglise keeles (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

6. peatükk

Opioidide tarbimine ja uimastite süstimine

Heroiini pakkumine ja kättesaadavus ⁽¹¹⁵⁾

Euroopas on imporditud heroini läbi aegade tarbitud kahel kujul: põhiliselt Afganistanist pärit laiemalt kättesaadav pruun heroini (selle keemiline baasvorm) ning vähem levinud ja tavaliselt kallim valge heroini (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast, kuigi sellel kujul on uimasti muutumas üha haruldasemaks. Väikeses koguses toodetakse opioidideks liigitatavaid uimasteid ka Euroopas, kuid tootmine oli 2005. aastal väiksemahuline ja piirdus peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatoodetega (nt unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kupardest valmistatud kontsentraat), mida toodetakse mitmes Ida-Euroopa riigis (Lätis, Leedus, Poolas).

Tootmine ja kaubitsemine

Suur osa Euroopas tarbitavast heroiinist on valmistatud Afganistanis, mis on illegaalses oopiumitootmises maailmas endiselt esikohal; sellele järgneb Myanmar. Hinnanguliselt toodeti 2006. aastal umbes 6610 tonni oopiumi, sellest 92% Afganistanis. See tähendab 2005. aastaga võrreldes 43% tõusu, mille põhjuseks on kasvatusel kasutatava maa-ala oluline suurenemine. Ülemaailmne potentsiaalne heroini tootang tõusis 472 tonnilt 2005. aastal hinnanguliselt 606 tonnini 2006. aastal (UNODC, 2007). Opioidide konfiskeerimiste ja demonteeritud laborite põhjal tundub, et Afganistanis toodetud oopium töödeldakse üha sagedamini morfiiniks ja heroiniks enne eksportimist (CND, 2007).

Heroini tuuakse Euroopasse kaht peamist kaubateed pidi. Ajalooliselt tähtsal ja lühimal Balkani marsruudil on jätkuvalt oluline roll heroini salakaubaveos. Pärast transiiti läbi Pakistani, Iraani ja Türgi hargneb marsruut lõunaharuks, mis kulgeb läbi Kreeka, endise Jugoslaavia Makedoonia Vabariigi, Albaania, Itaalia, Serbia, Montenegro ning Bosnia ja Hertsegoviina, ning põhjaharuks, mis kulgeb läbi Bulgaaria, Rumeenia, Ungari, Austria, Saksamaa ja Madalmaade, kusjuures viimane on teine

jaotuskeskus edasitoimetamisel teistesse Lääne-Euroopa riikidesse. 1990. aastate keskpaigast alates tuuakse heroini salakaubana Euroopasse üha sagedamini (aga väiksemas ulatuses kui Balkani marsruuti pidi) mööda nn siiditeed üle Kesk-Aasia vabariikide, Kaspia mere ja Vene Föderatsiooni, Valgevene või Ukraina Eestisse, Lätisse, mõnesse Põhjamaasse, Saksamaale ja Bulgaariasse. Ehkki need marsruudid on kõige olulisemad, on mõned Araabia poolsaare riigid (Omaan, Araabia Ühendemiraadid) muutunud transiitriikideks Edela- ja Kagu-Aasiast tulevatele heroini partiidele (INCB, 2006), millest osa toimetatakse läbi Ida-Aafrika (Etioopia, Kenya, Mauritius) ja vahel ka läbi Lääne-Aafrika (Nigeeria), et tuua need salakaubana Euroopa mustale turule ja vähemal määral Põhja-Ameerikasse (INCB, 2007). Samuti on andmeid Edela-Aasiast pärit heroiinist, mis tuuakse salakaubana Euroopasse läbi Lõuna- ja Ida-Aasia riikide (India, Bangladesh, Sri Lanka, Hiina).

Konfiskeerimised

2005. aastal konfiskeeriti kogu maailmas 342 tonni oopiumi, 32 tonni morfiini ja 58 tonni heroini. Aasia (Hiina, Afganistan, Iraan, Pakistan) oli maailmas endiselt esikohal konfiskeeritud heroini koguse poolest (54%), sellele järgnes Euroopa (38%) (UNODC, 2007).

2005. aastal viidi läbi hinnanguliselt 52 000 konfiskeerimist, mille käigus tabati ELi liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras umbes 16,8 tonni heroini. Ühendkuningriik oli (2004. a andmete põhjal) Euroopas läbi viidud konfiskeerimiste arvu poolest jätkuvalt esikohal, järgnesid Hispaania, Saksamaa ja Kreeka; tabatud kogused olid kõige suuremad Türgis, kus konfiskeeriti peaaegu pool 2005. aasta üldkogusest (järgnesid Ühendkuningriik, Itaalia ja Madalmaad) ⁽¹¹⁶⁾. Heroini konfiskeerimiste arv üldiselt vähenes ajavahemikus 2000–2003, pärast seda on see olemasolevate andmete põhjal kasvanud. Ajavahemikul 2000–2005 ELi liikmesriikides konfiskeeritud heroini

⁽¹¹⁵⁾ Vt „Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine“, lk 37.

⁽¹¹⁶⁾ Seda tuleks võrrelda puuduvate 2005. a andmetega, kui need on kättesaadavad. Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati puuduvate 2005. a andmete asemel 2004. a omi.

üldkogus kõikus kerge langustendentsiga, samas kui Türgist teatati sama ajavahemiku kohta suurt kasvu ⁽¹¹⁷⁾.

Hind ja puhtus

Nii hinna kui puhtuse suundumuste väljaselgitamist takistab järjekindlate andmete puudumine ning hinnangud põhinevad seetõttu vaid piiratud hulgal riikidel ⁽¹¹⁸⁾. Enamik riike teatas pruuni heroini keskmiseks või tüüpiliseks müügihinnaks tänavakaubanduses 35–80 eurot grammi kohta.

Ajavahemikul 2000–2005 tunduvad heroini keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) olevat langenud enamikus 18 riigist, kes esitasid võrreldavad andmed. Tänaval müüdava pruuni heroini keskmine või tüüpiline puhtus kõikus andmete kohaselt märkimisväärselt: enamik riike teatas näitajatest vahemikus 15–50%; valge heroini näitajad, kus need olid kättesaadavad, olid tavaliselt kõrgemad (30–70%). Heroinitoodete keskmine puhtus on enamikus andmeid esitanud riikides kõikunud alates 2000. aastast.

Opioidide probleemse tarbimise levimus

Selle osa andmed põhinevad EMCDDA probleemse uimastitarbimise (*problem drug use*, PDU) indikaatoril, mis sisaldab põhiliselt uimastite süstimise ja opioidide tarbimise määrasid, kuigi mõnedes riikides moodustavad olulise osa ka amfetamiinitarbijat ⁽¹¹⁹⁾. Opioidide probleemsete tarbijate arvu on raske hinnata ning levimuse näitajate väljaselgitamine kättesaadavate andmete põhjal nõuab keerukat analüüsi. Kuna suurem osa uuringuid põhineb geograafiliselt lokaliseeritud piirkonnal, näiteks linnal või rajoonil, on ka ekstrapoleerimine üleriigiliste määrade saamiseks raske.

Hinnangu andmine on raske ka seetõttu, et probleemse uimastitarbimise harjumused Euroopas näivad muutuvat mitmekesisemaks. Näiteks on enamikus riikides mitme uimasti koostarbimise probleemid muutunud järjest olulisemaks ning mõned riigid, kus läbi aegade on olnud ülekaalus opioidiprobleemid (pea eranditult heroiniiprobleemid), teatavad nüüd muutustest muude uimastite, näiteks kokaiini tarbimise suunas.

Uuemate hinnangute järgi ulatub opioidide probleemse tarbimise levimus ühe riigi ulatuses laias laastus ühest kuni kuue juhtumini 1 000 inimese kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Võrdluseks võib öelda, et üldine probleemse

uimastitarbimise levimus on hinnanguliselt 1–8 juhtumit 1 000 elaniku kohta. Eli uute riikide määrad on praegu olemasolevate hästi dokumenteeritud määrade hulgas ühed madalaimad, see ei kehti aga Malta kohta, kus teatati suhteliselt kõrge levimusest (5,8–6,7 juhtumit 1 000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas) (joonis 8).

Olemasolevatest piiratud andmetest saab tuletada probleemse opioiditarbimise levimuse, mis on keskmiselt neli kuni viis juhtumit 1 000 inimese kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Selle järgi on ELis ja Norras umbes 1,5 miljonit (1,3–1,7 miljonit) probleemset opioiditarbijat. See määr on siiski täpsusest kaugel ja vaja on ulatuslikumaid andmeid.

Opioidide probleemse tarbimise suundumused ajalisel plaanis

Usaldusväärsete ja järjepidevate andmete puudumine pikema aja kohta raskendab probleemse opioidide tarbimise suundumuste hindamist ajalisel plaanis ning neid suundumusi tuleb seega tõlgendada ettevaatusega. Mõnede riikide aruanded annavad põhjust arvata, et viimastel aastatel võis probleemne opioidide tarbimine mõnevõrra stabiliseeruda. Korduvate hinnangute andmed probleemse opioidide tarbimise kohta ajavahemikul 2001–2005 on kättesaadavad vaid kaheksa riigi kohta. Nende järgi on üldpilt suhteliselt stabiilne ning vaid üks riik (Austria) teatas selgest kasvust ⁽¹²⁰⁾.

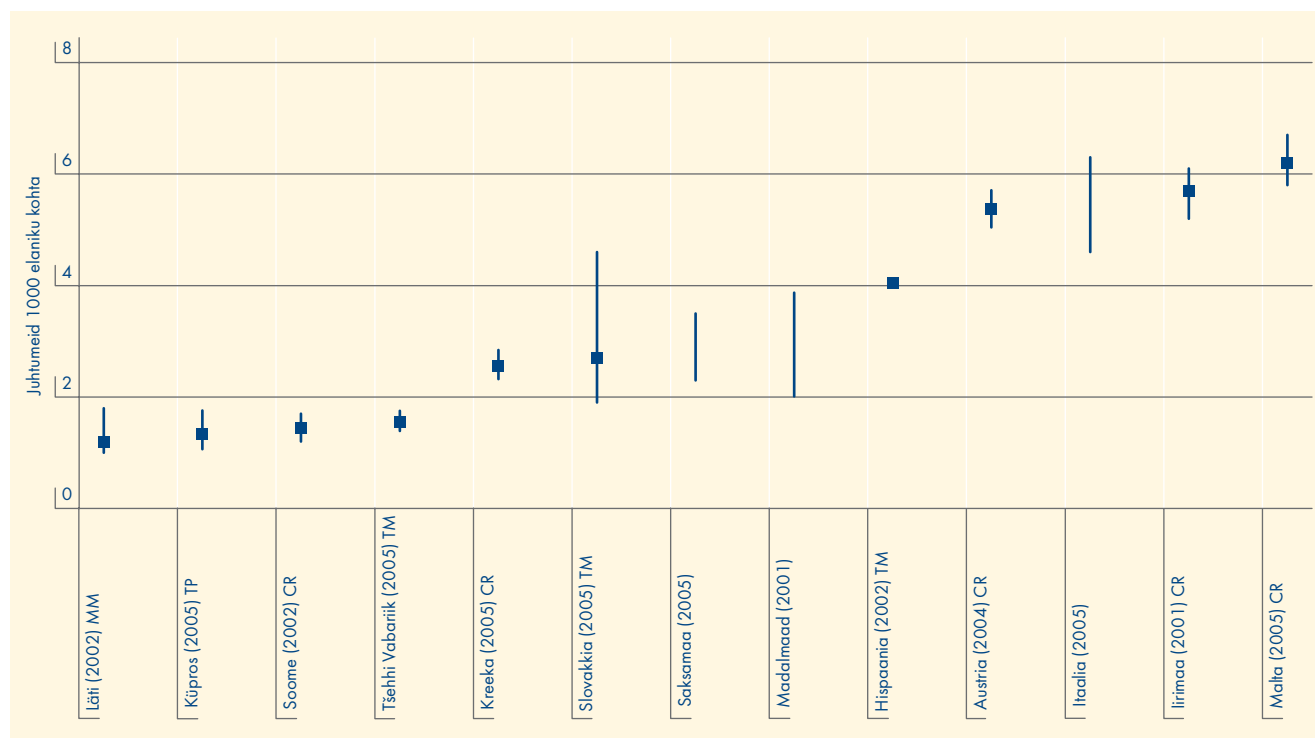
Vaatamata üldistele märkidele, et opioidide tarbimise levimus on suhteliselt stabiilne, on märke heroini konfiskeerimise kasvust (vt ülalpool), mis võib olla seotud heroini kättesaadavuse kasvuga Euroopa turul, ning üha rohkem teatakse seaduslikust tarbimisest kõrvale suunatud opioidide tarbimisest. Ravinõudluse andmetel põhinevad hinnangud opioidide tarbimise sagedusest Itaalias osutavad langusperioodile järgnenud tõusule alates 1998. aastast. Aastal 2005 oli aastane sagedus umbes 30 000 uut heroinitarbijat. Ka Austrias on tõusnud alla 25aastaste osakaal uute asendusravi patsientide seas, mis osutab sellele, et on kasvanud noorte arv, kellel on probleeme seoses väljakirjutatud opioidide kõrvalesuunamise ja kontrollimatu kasutamisega. Ka Tšehhi Vabariik teatab pärast langusperioodi jälle süstimise ja kõrvalesuunatud ainete (antud juhul buprenorfiini) levimuse suurenemisest ning Belgiast saadud andmed annavad põhjust arvata,

⁽¹¹⁷⁾ Vt tabelleid SZR-7 ja SZR-8 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁸⁾ Vt tabelleid PPP-2 ja PPP-6 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁹⁾ Kuigi EMCDDA kasutab probleemse uimastitarbimise tehnilise definitsioonina „uimastite süstimist või pikaajalist/regulaarset heroini, kokaiini ja/või amfetamiinide tarbimist“, kajastavad probleemse uimastitarbimise hinnangud peamiselt heroinitarbimist. Väheste riikide kohta, kus teatati probleemsest amfetamiinitarbimisest, on olemas hästi dokumenteeritud hinnangud. Hinnangud probleemse kokaiinitarbimise kohta on haruldased ja kui välja arvata mõni suure levimusega riik, on probleemse uimastitarbimise indikaator kõnealuse uimasti puhul tõenäoliselt vähem usaldusväärne.

⁽¹²⁰⁾ Vt joonist PDU-4 (iii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

Joonis 8: hinnanguline opioidide probleemse tarbimise levimus (1000 elaniku kohta vanuses 15–64) aastatel 2001–2005

NB: Sümbol näitab punkthinnanguid ja kriipsu hinnangu määramatusvahemiku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil (täpsema teabe saamiseks vt tabelit PDU-3). Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtühmad veidi erineda; seetõttu tuleks võrdlemiseks olla ettevaatlik. Kui ei viidata meetodile, siis tähistab esitatud rida vahemiku kõikide olemasolevate hinnangute madalaima alampiiri ja kõrgeima ülempiiri vahel. Hinnangumeetodid: CR = püüdmine-taastamine; TM = ravikordist; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; MM = suremuse kordist. Täiendava teabe saamiseks vt tabeleid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2007. aasta statistikaülevaates.

Allikad: Riikide teabekeskused.

et suurenenud on metadooni ebaseaduslik kasutamine. Hiljutine madala läve teenuste kontrollimine Prantsusmaal tekitab muret buprenorfiini ebaseadusliku tarbimise, sealhulgas süstimise osas ning tarbimise osas noorte hulgas, kes on probleemset uimastitarbimist alustanud pigem buprenorfiini kui heroiniiniga; samuti on teatatud murest noorte ja marginaliseerunud süstijate uute rühmade pärast. Ka Soomes tundub uute opioididega seotud ravitaotluste puhul buprenorfiin olevat suurel määral asendanud heroiniini ning buprenorfiini nimetatakse üha enam aruannetes üleannustamisest tingitud surmade kohta.

Uimastite süstimine

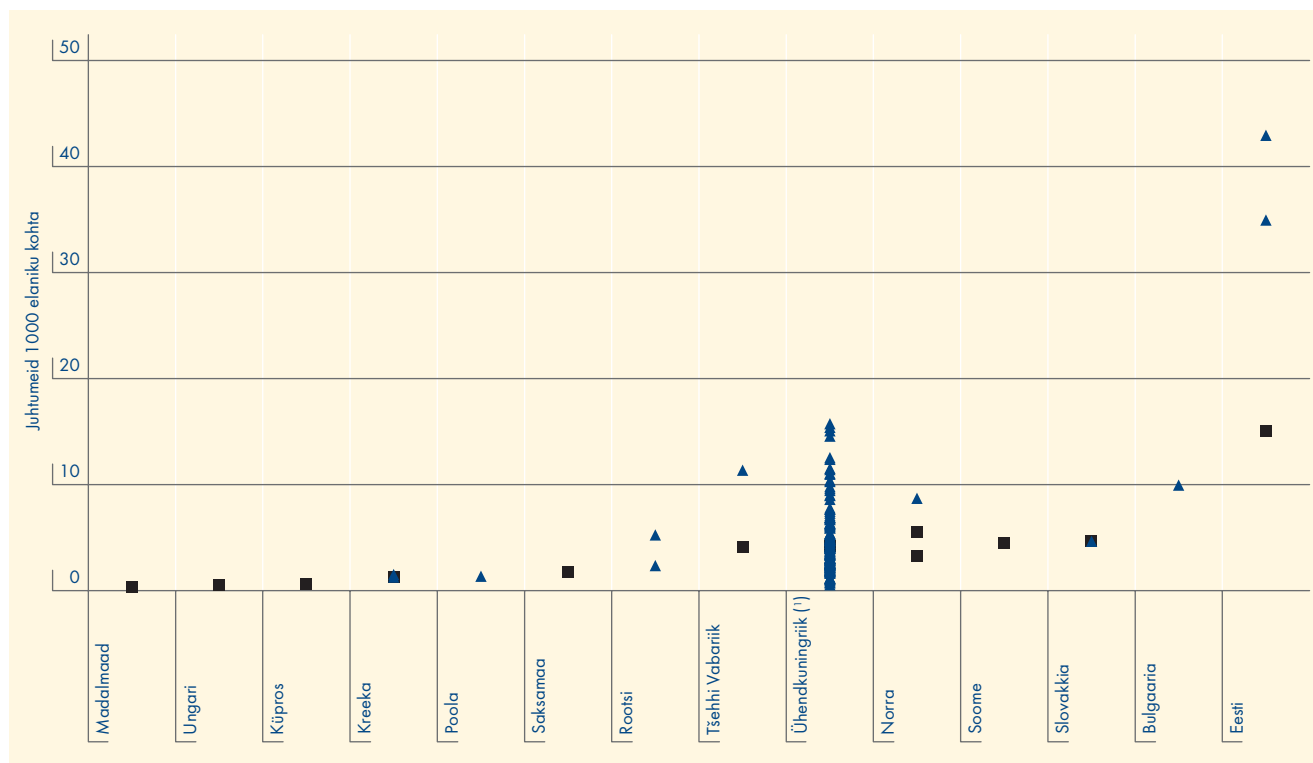
Süstivatel narkomaanidel on uimastite tarbimise tõttu väga suur oht terviseprobleemide, näiteks vere kaudu levivate nakkushaiguste (nagu HIV/AIDS, hepatiit) tekkeks või uimasti üleannustamiseks. Vähesed riigid suudavad praegu esitada üleriigilisi või kohalikke näitajaid uimastite süstimise kohta, kuigi need on rahvatervise seisukohast väga olulised (joonis 9). Seega on selle konkreetse elanikkonna osa jälgimise parandamine oluline väljakutse tervishoiu seiresüsteemide väljaarendamisel Euroopas.

Kaudsed hinnangud süstivate uimastitarbijate osakaalu kohta

Enamik olemasolevaid uimastite süstimist käsitlevaid näitajaid on tuletatud kas surmaga lõppenud üleannustamise määradest või andmetest nakkushaiguste (nagu HIV) kohta. Riigiti on andmed märkimisväärselt erinevad: riiklikud näitajad ajavahemikul 2001–2005 jäävad enamasti 0,5 ja 6 juhtumi vahele 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Erandiks on Eesti, kus teatatakse palju kõrgemast näitajast – 15 juhtumit 1000 elaniku kohta. Teistest riikidest, kellel oli võimalik andmeid esitada, teatasid kõrgeimast määradest Tšehhi Vabariik, Slovakkia, Soome ja Ühendkuningriik – neli kuni viis juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas – ning madalaimast määradest Küpros, Ungari ja Madalmaad – vähem kui üks juhtum 1000 elaniku kohta.

Olemasolevate piiratud andmete põhjal tuleb üldistusi teha ettevaatlikult, kuid need annavad alust arvata, et süstivate narkomaanide (praeguste süstijate) keskmine osakaal on kolm kuni neli juhtumit 1000 täisealise elaniku kohta. See tähendab, et Elis ja Norras võib praegu olla ligikaudu 1,1 miljonit (0,9–1,3 miljonit) süstivat narkomaani. Tegemist

Joonis 9: üleriigiliste ja piirkondlike uuringute hinnangud uimastite süstimise levimuse kohta (1 000 elaniku kohta vanuses 15–64) aastatel 2001–2005



(¹) Inglismaa piirkondlikud hinnangud aastate 2004/05 kohta.

NB: Must ruut = üleriigilise katvusega valim; sinine kolmnurk = piirkondliku katvusega valim.

Piirkondliku levimuse hinnangute mudelid sõltuvad palju uuringute kättesaadavusest ja läbiviimise kohast riigis. Erinevate uuringute meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtühmad veidi erineda; seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik.

Täpsema teabe saamiseks vt tabeleid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Riikide teabekeskused.

on valdavalt opioidisüstijatega, kuigi nad võivad süstida ka muid uimasteid ning mõned riigid teatavad olulisest amfetamiini- või metamfetamiinisüstimise probleemist (Tšehhi Vabariik, Slovakkia, Soome, Rootsi).

Süstiva uimastitarbimise suundumused ravinõudluse põhjal

Andmete vähesuse tõttu on järelduste tegemine süstimissuundumuste kohta raske, ehkki ühe jälgimisvõimaluse annavad andmed ravi alustavate uimastitarbijate kohta. Näiteks opioidide tarbijate ravitaotlused võivad anda viite laiema elanikkonna tarbimisharjumuste kohta. Süstijate osakaal kõikide ravi alustavate uimastitarbijate hulgas, kelle esmane uimasti on heroiin (2001–2005), viitab samuti märkimisväärsetele riikidevahelistele erinevustele uimastisüstimise määrades. Üldiselt annavad need andmed alust arvata, et süstimine on muutumas vähem populaarseks: langust on täheldatud Taanis, Iirimaa, Kreekas, Ungaris, Ühendkuningriigis ja Türgis. Mõnes riigis (Hispaanias, Madalmaades, Portugalis) on süstijate osakaal ravi saanud heroinitarbijate hulgas praegu suhteliselt väike. Nii ei ole

see aga kõikjal, näiteks mitmes uues liikmesriigis tundub süstimine olevat jätkuvalt valdav herooinimanustamise viis. Tuleb märkida, et süstimissuundumused heroini mittetarbivate narkomaanide puhul võivad olla erinevad.

Opioidisõltuvuse ravi

Asendusravi

Heroiini või muude opioidide ravimiseks kasutatava uimastiasendusravi mõjususe kohta on olemas suhteliselt kindel tõendibaas, mida toetavad ravitulemuste uuringute andmed ja kontrollitud katsed (ülevaate saamiseks vt Gossop, 2006). Positiivseid mõjusid näitavad ebaseaduslike uimastite tarbimise, terviseriske põhjustava käitumise ja kuritegevuse vähenemine ning paranenud sotsiaalkäitumine. Asendusraviprogrammid sisaldavad tavaliselt lisaks väljakirjutamisele ka muid sekkumismeetmeid, et toetada käitumismallide muutmist. Üldiselt ollakse üksmeelel, et programme loomine laiemasse ravi- ja sotsiaalabiraamistikku on hea tava.

Kvaliteedi tagamine ja asendusravi

Mis tahes teenuse tulemuslikkus oleneb osutatava raviteenuse kvaliteedist. On väljendatud muret, et osa asendusravi programme on halva kvaliteediga, kuna tegevus on liialt keskendunud ravimite väljakirjutamisele ega pöörata piisavalt tähelepanu laialdasema sotsiaalse ja meditsiinilise abi andmisele. Kritiseeritud on muu hulgas ka asjakohase kliinilise järelevalve puudumist, ravimite väljakirjutamise halba taset, mis toob kaasa uimastite kõrvaesunamiste mustale turule, ja asjaolu, et väikesearvu raviprogrammid ei ole kooskõlas kliiniliste tõenditega tulemuslikkuse kohta (Loth *et al.*, 2007; Schifano *et al.*, 2006; Strang *et al.*, 2005).

Paljud riigid on suhtunud kriitikasse tõsiselt ning Taani, Saksamaa ja Ühendkuningriik teatavad, et käimas on revisjonid, mille eesmärk on osutatava raviteenuse kvaliteedi parandamine. Taanis viidi ka hiljuti lõpule kolmeaastane projekt, mille käigus dokumenteeriti asendusraviga kaasneva laiemaa psühhosotsiaalse abi mõju ning kontrolliti kvaliteedi tagamise protsessi.

Saksamaal uuriti kahes viimases uuringus asendusravi andmist, vaadeldi ravi parandamise võimalusi (COBRA) ning uuriti kvaliteedi tagamise küsimusi, mille tulemusena anti välja uus käsiraamat arstipraktistele (ASTO). Ühendkuningriigis viidi Inglismaal hiljuti läbi uuring, milles analüüsiti ravimite väljakirjutamise ja kliinilise haldamise tavasid ning hinnati, mil määral on need kooskõlas olemasolevate kliiniliste suunistega.

Asendusravi kvaliteedi tagamiseks on oluline riiklike kliiniliste suuniste, standardite ja raviprotokollide olemasolu. Riiklikud kliinilised suunised ja raviprotokollid on aruannete kohaselt ettevalmistamisel või läbivaatamisel Taanis, Iirimaa, Ungaris, Portugalis, Ühendkuningriigis ja Norras; Slovakkia andis 2004. aastal välja juhise metadooniravi andmise kohta. Madalmaades viiakse asendusravi nüüd üha enam läbi vastavalt ravistandarditele ning esimeses ravijärgus toimub metadooni manustamine järelevalve all. Austrias koostati 2005. aastal kaks dekreeti, millega kehtestatakse ravimitega ravimist käsitlev raamistik, mille eesmärk on parandada asendusravi ja mis sisaldab meetmeid järelevalve all toimuva manustamise kohta ning kõnealuses valdkonnas tegutsevate arstide tööeeskirja.

Ka riiklikud seiresüsteemid asendusraviprogrammides osalevate patsientide kohta aruannete esitamiseks annavad kasulikku teavet teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse kohta. Praegu teatab selliste skeemide olemasolust 17 liikmesriiki, lisaks on Belgias ja Luksemburgis ettevalmistamisel riiklikud asendusravi registrid ning Tšehhi Vabariigis laiendatakse olemasolevat registrit kõikidele tervisekeskustele.

Asendusravi meetodid Euroopas

Viimase viieteist aasta jooksul on heroiinisõltuvuse ravi kättesaadavus ELis oluliselt tõusnud. Olemasolevate andmete kohaselt on see peamiselt tingitud asendusraviteenuste pakkumise enam kui seitsmekordsest tõusust ELi 15 liikmesriigis alates aastast 1993.

Kui kõrvale jätta viis riiki (Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa, Läti, Soome, Rootsi), on metadoon ülekaalukalt kõige levinum asendusraviks kasutatav aine, mis on kasutusel umbes 72% asendusravist⁽¹²¹⁾. Üldiselt toimub metadooniravi spetsialiseeritud ambulatoorsetes ravikeskustes, kuid osas riikides võivad seda pakkuda ka perearstikeskused või, kui patsiendid on saavutanud stabiilsuse, kogukonnapõhised hooldusasutused. Metadooni väljaandmise tavad on erinevad, mõnikord on see kättesaadav vaid erikeskustest ning tarbimine toimub järelevalve all, kuid osas riikides, näiteks Ühendkuningriigis, on oluline roll ka apteekidel ning võib olla lubatud kirjutada välja retsepte kodus tarbimiseks.

Viimastel aastatel on kogu ELis tuntud huvi ka muude farmakoloogiliste toimeainete vastu uimastisõltuvuse raviks ning tavalisemaks on muutunud eelkõige buprenorfiini kasutamine. 2005. aastal liitus Sloveenia ja 2006. aastal Malta nende Euroopa riikidega, kus spetsiaalsetes raviüksustes on lubatud buprenorfiini asendusravi⁽¹²²⁾, ning hetkel on Bulgaaria, Ungari, Poola ja Rumeenia ainsad riigid, kus puudub kõnealune ravivõimalus.

Üks huvi põhjus buprenorfiini kasutamise vastu on asjaolu, et kogukonnakeskseks kasutamiseks on see vaieldamatult sobivam farmatseutiline võimalus kui metadoon. Küsimus on keeruline ning seda käsitletakse põhjalikult 2005. aasta valikteemas buprenorfiini kohta. Enamikus riikides tohivad buprenorfiini välja kirjutada vaid väljaõppinud akrediteeritud arstid ning kontrollitava uimastina reguleeritakse seda vastavalt rahvusvahelistele konventsioonidele (ÜRO 1988. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni III nimekiri).

Buprenorfiini turustatakse keelealuste tablettide kujul ning ehkki seda ei peeta süstimiseks kuigi sobivaks aineks, on andmeid ka tablettide lahustamise ja süstimise kohta. Buprenorfiini potentsiaalse kuritarvitamise võimalust näitavad mõne riigi aruanded, kus teatatakse aine kõrvaletimetamisest mustale turule. Buprenorfiini ebaseadusliku tarbimise tõrjumiseks on välja töötatud aine uuel kujul, kombineerituna naloksooniga. Kõnealusele kombinatsioonile – suboksoonile – anti 2006. aastal välja Euroopa müügiluba.

⁽¹²¹⁾ Vt tabelleid HSR-7, HSR-9 ja HSR-11 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹²²⁾ Vt joonist HSR-1 ja tabelit HSR-8 2007. a statistikabülletäänis.

Ravimitele Euroopa müügiloo andmise kord

Euroopa Ravimihindamisamet (EMA) vastutab ravimitele Euroopa müügiloo taotluste teadusliku hindamise eest. Keskse menetluskorra kaudu kinnitatud ravimitele antakse üks müügiluba, mis kehtib kõikides Euroopa Liidu liikmesriikides.

Kõikide müügiloo saanud ravimite üle teostatakse ka ohutusjärelvalvet. Seda korraldatakse ELi riiklike ravimiametite võrgustiku kaudu tihedas koostöös tervishoiutöötajate ja ravimifirmadega.

EMA annab iga keske süsteemi kaudu kinnitatud ja müügiloo saanud toote kohta välja Euroopa avaliku hindamisaruande (EPAR); avalikud hindamisarvanded avaldatakse EMA veebilehel (<http://www.emea.europa.eu/>) ja kokkuvõtte neist on saadaval kõikides ELi ametlike keeltes. EMA teeb nõukogu otsuse kontekstis koostööd EMCDDA ja Europoliga, et aidata kaasa uute uimastiohtude avastamisele Euroopas (vt 7. peatükki).

2007. aasta jaanuaris alustasid Madalmaad heroini abil ravimist kui üht võimalust opioidisõltuvuse ravis, suurendades ravikohtade arvu umbes tuhandeni ning olles nõnda Ühendkuningriigi kõrval teine Euroopa riik, kus kõnealune meetod on kasutusel. Kokku on heroini saavate patsientide arv Euroopas väga väike ning sellist ravi antakse tavaliselt vaid eriti kroonilistel juhtumitel, mille puhul muud raviviisid on jäänud tulemuseta. Heroini kui asendusravi toimeaine tõhusust on uuritud ka eksperimentaalsetes teadusuuringutes Hispaanias (March *et al.*, 2006) ja Saksamaal (Naber, Haasen, 2006). Mõlemad uuringud teatasid positiivsetest ravitulemustest, näidates, et kõnealune lähenemine võib olla sobiv ravivõimalus tõsiste probleemidega, sotsiaalselt tõrjutud opioiditarbijatele, kellele muud ravivõimalused ei ole sobinud. Koos eelnevate töödega on kõnealused uuringud heroini väljakirjutamise kohta tekitanud arutelu vajaduse üle võtta antud ravivõimalus laiemalt kasutusele.

Raviandmed

EMCDDA kogub ravi kirjeldamiseks Euroopas kahte tüüpi andmeid. Ravinõudluse indikaator põhineb kogu Euroopas ravi alustavate patsientide tunnuste seirel. Lisaks sellele palutakse liikmesriikidel esitada andmeid, mis kirjeldavad teenuste üldist ülesehitust ja kättesaadavust.

Ravinõudluse indikaatori andmed

Euroopas uimastiravi alustavate patsientide seireandmed annavad võimaluse vaadelda mitte ainult laiemat

epidemioloogilist olukorda tarbimisharjumuste ja suundumuste põhjal, vaid ka eri ravivormide suhtelist nõudlust ja kättesaadavust. See võib põhjustada raskusi olemasoleva teabe tõlgendamisel, kuna kindla uimastiprobleemi tõttu ravi saajate arvu kasv võib näidata, et nõudlus teenuste järele on kasvanud, või ka seda, et teatud kindla teenusetüübi kättesaadavus on suurenenud. Sedalaadi andmete analüüsimise hõlbustamiseks tehakse vahet uute ravitaotluste ja kõikide ravitaotluste vahel, eeldades, et uued ravitaotlused peegeldavad paremini laiemaid muutusi uimastitarbimise harjumustes ning kogu ravi peegeldab paremini kogu ravisektoris esitatud taotlusi kokku.

Ravinõudluse indikaatori (*treatment demand indicator*, TDI) kaudu saadavad andmed ei hõlma kõiki uimastiravi saavaid inimesi, keda on palju rohkem, vaid ainult neid patsiente, kes taotlesid ravi vastaval aruandeaastal, kuid 2007. aastal on rakendamisel pilootprojekt, mille eesmärk on laiendada andmekogumist Euroopas, hõlmates ka kestvat ravi saavad patsiendid (¹²³), ning hinnata riiklike süsteemide andmete esitamise katvust.

Paljudes riikides on opioidid, põhiliselt heroiin, endiselt peamine uimasti, mille tõttu kliendid ravi soovivad. 2005. aasta ravinõudluse indikaatori põhjal teatatud 326 000 ravitaotluses nimetati opioide peamise uimastina umbes 40% juhtudest, kusjuures umbes 46% kõnealustest patsientidest teatas uimasti süstimisest (¹²⁴).

Mõned riigid teatavad olulisest ravitaotluste osakaalust, mis on seotud muude opioididega kui heroiin. Soome andmete järgi on muud opioidid, eelkõige buprenorfiin, esmaseks tarbitavaks uimastiks 41% uimastiravi patsientidest ning Prantsusmaal teatatakse, et 7,5% kõikidest patsientidest tarbivad buprenorfiini. Ühendkuningriigis ja Madalmaades teatatakse, et umbes 4% patsientidest tarbivad esmase uimastina metadooni. Hispaanias, Lätis ja Rootsis alustab 5–7% uimastiravi patsiente ravi määratlemata opioidide, kuid mitte heroini ega metadooni tarbimise tõttu (¹²⁵). Ungaris, kus on pikka aega tarbitud kodusel teel valmistatud unimagunatooteid, on umbes 4% ravitaotlustest seotud oopiumiga.

Kõige enam opioidide tarbijaid on aruannete kohaselt ambulatoorsetes raviüksustes, kuid Rootsis saab 71% opioidipatsientidest ravi statsionaarsetes ravikeskustes, mis näitab, et selles riigis on teenused teisiti üles ehitatud. Väikene hulk (3%) opioidide tõttu statsionaarse ravi taotlustest kajastub

(¹²³) Vt <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (2006. a koosoleku aruanne).

(¹²⁴) Vt jooniseid TDI-2 ja TDI-5 2007. a statistikabülletäänis.

(¹²⁵) Vt tabelit TDI-1 14 2007. a statistikabülletäänis.

ka Ühendkuningriigi aruandes ⁽¹²⁶⁾. Vähestes riikides, mis esitasid andmed ravinõudluse kohta madala läve keskustes, soovib oluline hulk uimastiravi patsiente ravi opioidide kui esmase uimasti tarbimise tõttu ⁽¹²⁷⁾.

Opioide mittetarbivate patsientide ravinõudluse suhtarv ravinõudluse indikaatori andmekogus kasvab ning ka praegused arvud uute opioidipatsientide kohta on mitmes riigis vähenemas, kusjuures esmase uimastina heroini tarbimise tõttu esitatud uute ravitaotluste arv on andmete järgi langenud 80 000 taotluselt 1999. aastal 51 000 taotluseni aastal 2005 ⁽¹²⁸⁾.

Uimastiasendusravi määrad

Eli liikmesriikides ja Norras hinnati 2005. aastal uimastiasendusravi saajate arvuks vähemalt 585 000. Kõnealune näitaja põhineb raviseirel, mis viidi läbi enamikus riikides ja mis annab üldpildi teenuse kättesaadavusest. Tegu on arvatavasti miinimumhinnanguga, kuna on võimalik, et osade raviviiside kohta, näiteks ravist perearstide juures ja kinnipidamisasutustes, ei ole piisavalt andmeid.

Valdav enamus ravitud klientidest (97%) pärineb aruannete kohaselt EL-15 riikidest, ka enamik (80%) kõikidest ravinõudluse indikaatori andmekogusse kantud ravitaotlustest on esitatud seal. Selles kajastub enam kui seitsmekordne tõus alates 1993. aastast, mil asendusravi juhtumeid oli hinnanguliselt umbes 73 000 (Farrell, 1995). Andmed näitavad ajavahemikus 2003–2005 patsientide arvu umbes 15% kasvu Elis ja Norras, mille põhjustas peamiselt kasv Saksamaal (hinnanguliselt 8300 juhtumit rohkem), Prantsusmaal (5706), Itaalias (6234), Portugalis (4168) ja Ühendkuningriigis (41 500) ⁽¹²⁹⁾. Aastal 2005 teatati asendusravipatsientide arvu stabiliseerumisest Madalmaades (122 juhtumit 100 000 elaniku kohta) ja Luksemburgis (355 juhtumit 100 000 elaniku kohta).

Suurimast suhtelisest kasvust aastatel 2003–2005 teatati osas uutes liikmesriikides (kuid mitte ainult seal): olulisest kasvust (üle 40%) teatavate riikide hulgas olid Bulgaaria, Eesti, Kreeka, Leedu, Rumeenia ja Norra. Kõnealune kasv ühtis asendusravivõimaluse kättesaadavuse geograafilise laienemisega paljudes kõnealustes riikides. Asendusraviteenuse näitajad ei tõusnud kõikides uutes liikmesriikides: Ungari, Poola ja Slovakkia teatasid suhteliselt stabiilsest olukorrast, samas kui Läti kõrge läve metadooniprogrammi klientide arv isegi langes 67 pealt 50 peale. Hispaanias ja Malta, kahes läbi aegade

kõrge raviteenuse pakkumisega riigis, on see viimasel ajal vähenenud; võimalik, et see peegeldab üldiseid ravinõudluse määrasid neis riikides.

Korduvate ravitaotluste, asendusravi määrade ja probleemse opioiditarbimise levimuse omavaheline suhe on keerukas. Klientide korduvate ravitaotluste määra ja asendusraviprogrammides osalevate patsientide arvu määrab opioidide tarbimise sagedus ja levimus läbi aegade, samuti raviteenuste korraldus ja laad. Vähestes riikides puhul on võimalik kasutada opioiditarbimise hinnangulist levimust, et arvutada asendusravipatsientide ja probleemsete opioiditarbijate suhtarvu.

Eli riikides, kus probleemse opioidide tarbimise hinnangud 2005. aasta kohta olid kättesaadavad, arvutati välja asendusravi ulatus probleemsete opioiditarbijate hulgas (joonis 10). Tulemused näitavad riigiti olulisi erinevusi: määrad ulatuvad vähem kui 10%-st (Slovakkias) kuni umbes 50%-ni (Itaalias) opioidide tarbijatest. Siiski tuleneb andmetest vajadus kontrollida ravivõimaluste kättesaadavust kõikides riikides, et tagada piisav, hinnangulisele vajadusele vastav pakkumine.

Vaatamata asendusravipakkumise mõningasele suurenemisele Balti riikides ja Kesk-Euroopa riikides, on selle määr endiselt madal võrreldes opioiditarbijate hinnangulise arvuga asjaomastes liikmesriikides, välja arvatud Sloveenias. Eesti esitatud hinnangust võib näha, et vaid 5% heroinitarbijatest nelja suurema linna piirkonnas on kaasatud asendusraviprogrammidesse ning riigi tasandil on see määr vaid 1%.

Opioidisõltuvuse ravinõudlus

Opioidide kui esmase uimasti tõttu esitatud ravitaotluste osakaal kajastab teatud määral ebaseaduslike opioidide suhtelist levimust probleemse uimastina, mis nõuab (edasist) ravi, kuigi seda mõjutavad raviteenuste korraldus ja aruandlussüsteem.

Opioidide tarbimise tõttu ravi taotlevate patsientide osakaal on riigiti erinev. Kõige uuemate olemasolevate andmete alusel moodustavad opioiditarbijate taotlused 12 riigis 40–70% kõikidest ravitaotlustest, seitsmes riigis vähem kui 40% ja kuues riigis enam kui 70% ⁽¹³⁰⁾.

Heroini tõttu esitatud ravitaotluste osakaal kõikide uimastiravi taotluste hulgas on langenud 74%-lt 1999. aastal 61%-ni

⁽¹²⁶⁾ Vt tabelit TDI-24 2007. a statistikabülletäänis.

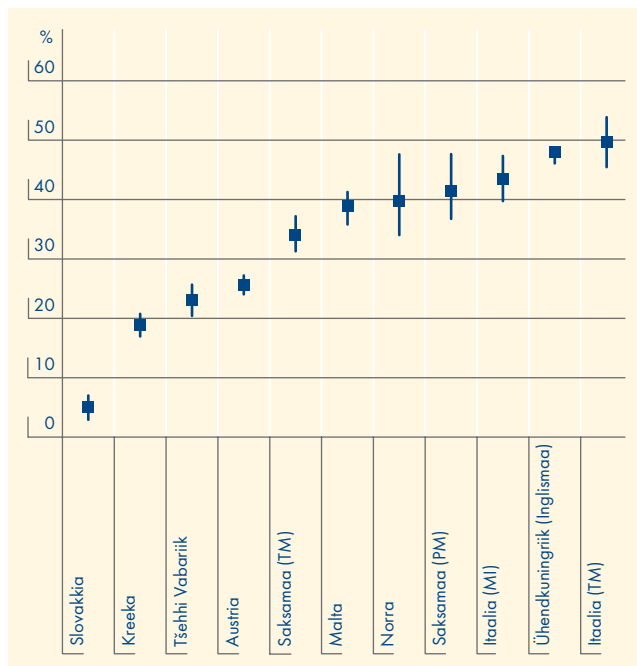
⁽¹²⁷⁾ Vt tabelit TDI-119 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹²⁸⁾ Vt joonist TDI-1 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹²⁹⁾ Vt tabelit HSR-7 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁰⁾ Vt tabelit TDI-5 2007. a statistikabülletäänis.

Joonis 10: opioidi asendusravi patsientide arv protsendina probleemsete opioiditarbijate hinnangulisest arvust 2005. aastal



NB: Nimetatud teave on kättesaadav vaid üheksa riigi kohta. Sümbol näitab punkthinnangut ja kriips hinnanguprotseduuridest tulenevat määramatusvahemikku; opioiditarbijate arvu kohta tehakse hinnanguid erinevate meetodite abil: TM = ravikordisti; PM = politseikordisti; MI = mitmemõõtmeline indikaator. Kui ei viidata meetodile, siis tähistab esitatud rida vahemikku kõikide olemasolevate hinnangute madalaima alampiiri ja kõrgeima ülempiiri vahel. Täiendava teabe saamiseks vt joonist HSR-3, 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Riiklikud teabekeskused.

2005. aastal. Ainsad riigid, kes ei teata langusest, on Bulgaaria ja Ühendkuningriik ⁽¹³¹⁾.

Opioide, peamiselt heroini tõttu esitatud uute ravitaotluste üldist vähenemist kinnitab suundumus heroiniiravile pöörduvate uute patsientide osas: kõik riigid peale Bulgaaria ja Kreeka teatavad heroini tarbimise tõttu esitatud uute taotluste osakaalu vähenemisest uute uimastiravipatsientide hulgas viimase seitsme aasta jooksul. Aastatel 1999–2005 langes uute heroiniinipatsientide osakaal kõigi uute uimastiravipatsientide hulgas 70%-lt 37%-le.

Ravi taotlevad patsiendid

Opioidi probleemide tõttu ravi taotlevad patsiendid on tavaliselt suhteliselt vanad, võrreldes muude uimastitega

seotud probleemide tõttu ravi taotlejatega ⁽¹³²⁾ ning nendega seoses teatakse ka halvematest sotsiaalsetest tingimustest. Töötuse määr opioidipatsientide hulgas on üldiselt kõrge, haridustase madal ja esitatud andmete järgi on 10–18% neist kodutud.

Enamik patsiente (60%) teatab, et nad alustasid opioidide tarbimist enne 20. eluaastat; esmakordne opioidide tarbimine pärast 25. eluaastat on väga haruldane ⁽¹³³⁾. Keskmiselt teatatakse 7–8aastasest ajalisest vahest esmakordse opioidide tarbimise ja esmakordse uimastiraviga kokkupuutumise vahel: keskmine vanus opioiditarbimise alguses oli 22 aastat ja esmakordsel ravitaotluse esitamisel 29–30 aastat. Statsionaarse ravi taotlejad on tavaliselt pisut vanemad kui ambulatoorse ravi saajad ning andmed annavad alust arvata, et ajavahemik esmakordse raviga kokkupuutumise ja järgnevate raviuhtude vahel on suhteliselt lühike.

Ambulatoorset ravi saavate patsientide hulgas on kolm meest ühe naise kohta ning statsionaarsete patsientide hulgas neli meest ühe naise kohta; olukord oli aga riigiti erinev, kusjuures Lõuna-Euroopa riikides oli tavaliselt ravi saajate hulgas suurem meeste osakaal.

Nendest opioidipatsientidest, kelle kohta on uimastite manustamise viis teada, süstib seda ainet Euroopas keskmiselt 58% (53% uutest patsientidest). Süstijate osakaal on kõrgeim Rumeenias, Tšehhi Vabariigis ja Soomes ning madalaim Madalmaades, Taanis ja Hispaanias ⁽¹³⁴⁾.

Enamik opioidipatsiente tarbib mitut uimastit, tarvitades opioide koos mõne teise uimastiga, peamiselt muude opioide (35%), kokaiini (23%) ja kanepiga (17%) ⁽¹³⁵⁾.

Mõned riigid teatavad, et opioidide tarbijate hulgas esineb opioidide sõltuvus tihti koos muude psühhiaatriliste häiretega; sama on täheldatud ka paljudes kliinilistes uuringutes, mis kinnitavad, et raske depressioon, ärevushäired ning antisotsiaalsed ja piiripealsed isiksusehäired on opioiditarbijate hulgas suhteliselt tavalised (Mateu *et al.*, 2005).

⁽¹³¹⁾ Vt tabelit TDI-3 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹³²⁾ Vt tabelit TDI-10 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹³³⁾ Vt tabeleid TDI-11, TDI-107 ja TDI-109 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁴⁾ Vt tabeleid TDI-4 ja TDI-5 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁵⁾ Vt tabelit TDI-23 2007. a statistikabülletäänis.



7. peatükk

Uued ja esilekerkivad suundumused uimastitarbimises ning uute uimastite suhtes võetavad meetmed

Esilekerkivad suundumused uimastitarbimises jälgendavad tihti eelnevaid suundumusi, arenevad nende põhjal edasi või asendavad neid ning tõstatavad küsimusi psühhoaktiivsete ainete tarbimise põhjuste kohta. Seega tuleb uimasti- ja alkoholitarbimise uusi ja tekkivaid suundumusi mõista mitte ainult seoses riikliku poliitikaga, vaid ka nende omavahelises seoses ning hetke moe ja vaba aja veetmise sotsiaalkultuuriliste muutuste laiemas kontekstis.

Infotehnoloogia ja sidevahendite arengu tulemusel tekkinud, eelkõige Interneti pakutavad kanalid hõlbustavad uute suundumuste levitamist ja võimaldavad avaldada erinevaid arvamusi uimastitarbimise ja sellega seonduvate riskide kohta.

Uued või muutuvad uimastitarbimise harjumused tekivad tavaliselt kohalikul või linna tasandil ning väga vähestel liikmesriikidel on olemas näiteks seiresüsteemid, mis näitaksid uute või esilekerkivate psühhoaktiivsete ainete põhjustatud surmaga lõppenud või mitte lõppenud mürgistuste ulatust. Vältimatult erapooliku pildi taustal hinnatakse esilekerkivate uimastitarbimise suundumuste kohta kogutud teavet Euroopas teabe trianguleerimise abil suurest hulgast erinevatest allikatest.

Käesolevas peatükis esitatakse teavet nende psühhoaktiivsete ainete ebaseadusliku tarbimise viimaste arengute kohta, mida ei käsitleta tavapäraselt peamiste uimastiindikaatorite alusel ning mida poliitikutel on alles hiljuti määratlenud võimaliku probleemina või mis on huvi äratanud massimeedia kaudu.

Piperasiinid on uued psühhoaktiivsed ained

Kõige olulisem uute psühhoaktiivsete ainetega seotud areng viimastel aastatel on erinevate uute piperasiini derivaatide levik, millest suur hulk ilmus Euroopasse ajavahemikul 2004–2006.

Kõnealune sünteetiliste ainete rühm on tuletatud lähteainest piperasiinist ning sisaldab 1-bensüülpiperasiini (BZP) ja 1-(3-klorofenüül)piperasiini (mCPP). Nimetatud kaks ainet on kergesti kättesaadavad kemikaalitarbijate käest ja Internetist

ning ebaseaduslik tootmine piirdub põhiliselt tablettide või kapslite valmistamisega.

BZP

Uuringutes on võrreldud BZP psühholoogilist ja subjektiivset toimet amfetamiini omaga ning on põhjust arvata, et BZP kangus on umbes üks kümnendik deksamfetamiini omast.

Viimastel aastatel on mitmed jaemüüjad hakanud BZPd sisaldavad tooteid trükimeedia, veebilehtede, volitatud poodide ning klubide ja festivalide müügilehtide kaudu agressiivselt turustama kui legaalselt alternatiivi *ecstasy'*le ning seda võidakse müüa *ecstasy* pähe. BZPd pakutakse erinevates kombinatsioonides koos muude piperasiinidega ning osade, eriti BZP kombinatsiooni kohta TFMPPga⁽¹³⁶⁾, arvatakse, et sel on sarnane toime *ecstasy'*ga. Kõnealustel toodetel on tavaliselt nähtav etikett piperasiini sisalduse kohta, kuid neid esitletakse sageli väärtalt kui looduslikke või taimseid.

ELis kogutud tõendid esilekerkivate suundumuste kohta uimastitarbimises annavad alust arvata, et need võivad vastata seadusliku turu tarbimissuundumustele – näiteks täiesti sünteetiliste ainete nagu BZP müümine väidetavalt loodusliku või taimse tootena võib olla tingitud laiema tarbijaskonna huvist looduslike toodete vastu. Lisaks sellele soodustab arvamust BZP ohutusest asjaolu, et seda müüakse tihti pigem volitatud jaemüüjate kaudu või spetsiaalsetes poodides kui tärnava.

BZPd on leitud neljateistkümnes ELi liikmesriigis (Belgia, Taani, Saksamaa, Iirimaa, Kreeka, Prantsusmaa, Malta, Madalmaad, Austria, Portugal, Hispaania, Rootsi, Soome, Ühendkuningriik) ja Norras.

BZPga seotud terviseriskide kohta on mõningaid tõendeid ning ilmneb, et meelelahutuslikult tarbimisel on selle ohutusvaru väike. Ühendkuningriigist on teada juhtumeid, kus kliiniliselt on täheldatud BZP mürgistusi ning BZP kohta on toksikoloogiliselt kinnitatud, et see oli ainus tarbitud psühhoaktiivne aine, mille tagajärjel tarbijad kannatasid tõsiste, mõnikord meditsiiniliselt kriitiliste kõrvaltoimete

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluorometüülfenüül)piperasiin.

all. Siiski ei ole teada surmaga lõppenud juhtumeid, mida saaks otseselt seostada BZPga. 2007. aasta märtsis reageeris EL kasvavale murele BZP tarbimise üle, nõudes ametlikult nimetatud aine kohta sotsiaalsete ja terviseriskide hinnangut ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPPd kirjeldatakse kui ainet, mille stimuleeriv ja hallutsinogeenne toime sarnaneb *ecstasy* (MDMA) omaga. mCPPd sisaldavad tabletid kujundatakse sageli nõnda, et need sarnaneksid *ecstasy*'ga, neid müüakse peaaegu alati *ecstasy* pähe ning nimetatud uimasteid võib vahel leida kombineerituna. Võib oletada, et mCPP lisamise eesmärk on tugevdada või parandada MDMA toimet.

Alates 2004. aastast on mCPPd leitud 26 liikmesriigis (kõikides peale Küprose) ja Norras ning nõnda on sellest kujunemas kõige levinum uus psühhotropne aine ELis sellest ajast peale, kui 1997. aastal hakati Euroopa varajase hoiatamise süsteemi kaudu uimasteid kontrollima.

Euroopa Liidust ei ole teada mCPPga seotud tõsistest mürgistustest ega surmaga lõppenud juhtumitest. On väheseid tõendeid selle kohta, et aine on eriti ohtlik ägeda mürgisuse tõttu, kuigi kroonilist (pikaajalise tarbimisega seotud) mürgisust ei ole tõendatud.

Uimastitega seotud seksuaalkuriteod

Massiteabevahendites ja meditsiinilastes kirjutistes on alates 1980. aastatest üha rohkem teatatud seksuaalkuritegudest, mille käigus ohvri vastupanu vältimiseks pannakse tema joogi sisse salaja uimastit. Siiski on kohtuekspertiisi tõendeid sedalaadi kuritegude kohta raske saada. Kohtuekspertiisi uuringud küll näitavad, et väidetavate seksuaalkuritegude puhul tuvastatakse tihti suuri alkoholikoguseid ja samuti retseptiravimitena väljakirjutatavaid bensodiasepiine (üle 80% juhtumitest Prantsusmaal ja 30% Ühendkuningriigis), kuid GHB-laadsete uimastite kindlakstegemise võimaluste piiratus takistab tõendite kogumist väidetavate kuritegude puhul, millest ei teatata kiiresti. Alates 2000. aastast (Ühendkuningriigis, Prantsusmaal, Ameerika Ühendriikides ja Austraalias) läbi viidud uuringutes esitatud kohtuekspertiisi tõendid näitavad, et vägistamise eesmärgil ohvri salaja uimastamine on vähelevinud, kuigi andmete esitamata jätmise või sellega viivitamise tõttu võib selle tegelik sagedus olla teadaolevast suurem.

Gamma-hüdroksübutüraat (GHB)

GHB avalikku Interneti-müüki ⁽¹³⁸⁾ on kärbitud pärast seda, kui nimetatud aine lisati 2001. aasta märtsis ÜRO psühhotropsete ainete konventsiooni IV nimekirja, ning seega on kõik ELi riigid kohustatud kontrollima seda vastavalt psühhotropseid aineid käsitlevale riiklikule seadusandlusele. GHBd on Prantsusmaal ja Saksamaal kasutatud ravieesmärgil anestesias ning Austrias ja Itaalias alkoholi võõrutusravis. 2005. aasta juunis soovitas Euroopa Ravimihindamisemeti (EMA) inimtervishoiu kasutatavate ravimite komitee (CHMP) anda müügiluba ravimile Xyrem (mille toimeaineks on GHB), et kasutada seda narkolepsiaga täisealiste patsientide katapleksiaraviks (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHBd on kerge toota selle lähteainetest gamma-butürolaktoonist (GBL) ja 1,4-butaandioolist (1,4-BD), mis on tööstuses laialdaselt kasutatavad ja kaubanduses kättesaadavad lahustid. Teadvustades nimetatud lähteainete potentsiaalset väärkasutamist, on mõned riigid otsustanud üht või mõlemat ainet kontrollida uimastikontrollialaste või nendega samaväärsete õigusaktide alusel (Itaalia, Läti, Rootsi). Kuna enamikus liikmesriikidest GBLi ei kontrollita ja tänu Interneti kaudu kemikaalide tarnijale on seda lihtne kätte saada, on mõned GHB tarbijad läinud üle GBLi kasutamisele. Interneti teel müüdava GHB ning Ühendkuningriigis, Saksamaal ja Madalmaades põhinevate uimastifoorumite kvalitatiivsed analüüsid annavad alust arvata, et tarbijad saavad GBLi kemikaalitarnijatelt, kes turustavad seda erinevaks seaduslikuks kasutuseks.

Levimus ja tarbimisharjumused

Kõik olemasolevad teabeallikad annavad alust arvata, et GHB tarbimise üldine levimus on väike. Olulisel määral tarbitakse seda ainult mõnedes spetsiifilistes elanikkonnarühmades. Ühendkuningriigis läbi viidud Interneti-küsitluse kohaselt tarbitakse GHBd pigem kodus (67%) kui ööelu kontekstis (26%) (Sumnall *et al.*, 2007). Amsterdamis 2005. aastal läbi viidud 408 pubikülastaja küsitluse andmetel olid GHB elu jooksul tarbimise näitajad oluliselt kõrgemad homoseksuaalide baarides ja trendikates kohvikutes (vastavalt 17,5% ja 19%) kui tavalistes ja üliõpilaspubides ning kohvikutes (vastavalt 5,7% ja 2,7%) (Nabben *et al.*, 2006).

⁽¹³⁷⁾ Vt <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ Mõiste GHB hõlmab ka GBLi või 1,4-BD võimalikku tarbimist.

⁽¹³⁹⁾ Vt „Ravimitele Euroopa müügiloo andmise kord“, lk 68.

Internet kui teabeallikas esilekerkivate uimastisuundumuste kohta

2004. aastal teatas üle kolmandiku ELi noortest, et kui nad tahaksid saada rohkem teavet uimastite kohta, kasutaksid nad Interneti (Eurobarometer, 2004). Kui noored otsivad uimastialast teavet Internetist, siis tekib küsimus, mis ulatuses on neile kättesaadav teave erapooletu ja täpne. Paljud veebilehed käsitlevad uimastialaseid küsimusi, osa neist toetab valitsus, teisi haldavad lobistid, tarbija- või propageerimisvõrgustikud. Lisaks sellele, et Internet toimib kui uimastialane teabeallikas, on see ka koht nii seaduslike kui ka ebaseaduslike uimastitega kaubitsemiseks. Veebilehtedel pakutakse müügiks ebaseaduslikke uimasteid ja nende legaalseid alternatiive. Kasutades ära Interneti turustamispotentsiaali veebiturundusstrateegiate kaudu, mis reageerivad väga kiiresti tarbijate nõudmistele ning olukorramuutustele seadusandluses ja turul, on Internetis tegutsevatel uimastite jaemüüjatel üha suuremad võimalused levitada uusi uimastitarbimisharjumusi või -tooteid.

Projekti E-POD (*European Perspectives on Drugs – Euroopa perspektiivid uimastiküsimuses*) raames uurib EMCDDA viise, kuidas kasutada Interneti teabeallikana esilekerkivate uimastisuundumuste kohta. ELi tasandil tegutsetakse samuti usaldusväärse rahvaterviseteemalise teabe pakkumise vallas: ELi uue rahvatervise portaali kaudu on võimalik pääseda ligi hulgale Euroopa rahvatervisealastele vahenditele, sealhulgas uimastitega seotud teabele (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Suundumused

Teabe puudumise tõttu on GHB tarbimise suundumusi raske hinnata, kuigi kättesaadavad tõendid näitavad, et GHB tarbimine piirdub mõnede väikeste elanikkonnarühmadega. Tantsumuusikaklubide uuringute andmed Belgias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis annavad alust arvata, et GHB tarbimine saavutas haripunkti umbes aastail 2000–2003 ning seejärel vähenes. Siiski pole selge, millises ulatuses käib kõnealune järelus muude elanikkonnarühmade kohta. Tuleb märkida, et 2005. aastal teatasid Soome uimastialased abitelefoni esimest korda GBLiga seotud telefonikõnedest (FESAT, 2005).

Terviseriskid

Põhiline GHB tarbimisega seotud terviserisk on suur teadvuse kaotamise oht, eriti kui uimastit tarbitakse koos alkoholi või rahustitega. GHB tarbimine võib põhjustada ka muid probleeme, sealhulgas koomat, kehatemperatuuri langust, hüpotooniat, hallutsinatsioone, iiveldust, oksendamist,

bradükardiat ja hingamisdepressiooni. Pärast pikaajalist tarbimist on täheldatud füüsilist sõltuvust GHBst ning terviseriske võib lisaks põhjustada lahustite või raskmetallide võimalik sisaldus.

1993. aastast on viis liikmesriiki ja Norra teatanud EMCDDA-le GHBga seotud surmadest: Taani ja Itaalia (kummalgi üks juhtum), Soome ja Norra (kummalgi kolm juhtumit) ning Rootsi ja Ühendkuningriik (umbes 40 GHBga seotud surmajuhtu).

Amsterdamis teatati 2005. aastal GHB tarbimisest tingitud mittefataalsete õnnetusjuhtumite arvuks 76, mis sarnaselt eelmise aastaga ületas nende õnnetusjuhtumite arvu, mis olid seotud hallutsinogeensete seente (70), *ecstasy* (63), amfetamiini (3) ja LSDga (1). Võrreldes muude ainetega oli kõrge GHB juhtumite osakaal, mille puhul kannatanu tuli haiglasse toimetada. GHBga seotud infopäringute arv Madalmaade Riiklikus Mürkide Teabekeskuses kasvas 2005. aastal võrreldes 2004. aastaga 27% (kokku 241 päringut 1383-st).

Riskide vähendamine

GHB tarbimise suhtes võetakse meetmeid üldjuhul riiklike või kogukonna tasandi projektide kaudu, mis on suunatud ööklubidele ning koosnevad tavaliselt klubitöötajate koolitamisest ja teabe levitamisest GHB tarbimisega seotud riskide kohta (Saksamaa, Prantsusmaa, Madalmaad, Austria, Ühendkuningriik). GHB kohta levitatava teabe kesketeks punktideks on nõuanded ettevaatusabinõude kohta ööklubides, et vältida jookidesse ainete segamist, ja meetmed, mida tuleb võtta potentsiaalse üleannustamise puhul. Üha enam kasutatakse suurte ürituste puhul rühmi, mis annavad esmaabi uimastite ja alkoholi tõttu

Uued psühhoaktiivsed ained

Nõukogu 10. mai 2005. aasta otsus 2005/387/JSK uusi psühhoaktiivseid aineid käsitleva teabe vahetuse, riski hindamise ja kontrolli kohta loob mehhanismi kiireks infovahetuseks uute psühhoaktiivsete ainete kohta, mis võivad ohustada rahvatervist või kujutavad endast sotsiaalset ohtu. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ja Europol koos oma võrgustikega – vastavalt Reitoxi riikide teabekeskuste ning Europoli siseriiklike üksustega – on määratud täitma kesket rolli uute psühhoaktiivsete ainete avastamise alase varajase hoiatamise süsteemi rakendamisel (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

tekkivate probleemide korral, et lahendada GHB või teiste uimastitega seotud vahejuhtumeid.

Ketamiin

Ketamiini on ELis kontrollitud alates 2000. aastast, mil esimest korda tekkisid kahtlused selle kuritarvitamise kohta (EMCDDA, 2002). Riikide tasandil kehtivad ketamiini suhtes kontrollitavaid uimasteid käsitlevad õigusaktid (ja mitte meditsiinieeskirjad) peaaegu pooltes ELi liikmesriikides ning ketamiin lisati narkootiliste ainete nimekirja Rootsis 2005. aastal ja Ühendkuningriigis 2006. aastal. WHO korraldatud hiljutises ketamiini kriitilises analüüsis tehti järeldus, et rahvusvahelised kontrollid tekitaksid kättesaadavusprobleeme aine kasutamisel inimmeditsiinis maailma kaugemates piirkondades ning veterinaarias, kuna sellele ei ole sobivat asendajat

(WHO, 2006). Pärast nimetatud analüüsi innustas ÜRO narkootikumide komisjoni resolutsiooni eelnõu, mis käsitleb ketamiini kuritarvitamise ja kõrvaesuunamise ohu suhtes võetavaid meetmeid, 2007. aasta märtsis liikmesriike kaaluma sellise ettevaatusmeetmete süsteemi vastuvõtmist, mida saaksid kasutada riikide valitsusasutused, et hõlbustada ketamiini kõrvaesuunamise varajast tuvastamist.

Ketamiini tarbimise kohta on olemas vähe epidemioloogilisi andmeid, kuid hiljutises Ühendkuningriigi kooliuuringus teatatakse levimuseks alla 0,5%. Mõningal määral on olemas andmeid ka tantsumuusikaklubides läbiviidud küsitlustest ning mainitud kõrge riski all oleva elanikkonnarühma puhul ulatub ketamiini elu jooksul tarbimise määr erinevate uuringute andmetel 7%-st Tšehhi Vabariigi uuringus kuni 21%-ni Ungari valimi puhul.

8. peatükk

Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad

Uimastitega seotud nakkushaigused

EMCDDA-le ja AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskusele (EuroHIV, 2006) esitatud andmed annavad alust arvata, et 2005. aasta lõpuks oli HIVi edasikandumise määr süstivate narkomaanide hulgas enamikus Euroopa Liidu riikides madal. See võib vähemalt osaliselt tuleneda ennetustegevuse, ravi ja kahjude vähendamise meetmete, sealhulgas asendusravi ning nõela- ja süstlavahetusprogrammide paranenud kättesaadavusest, kuigi oluline osa võib olla ka muudel teguritel, näiteks uimastite süstimise vähenemisel, mida on täheldatud mitmes riigis. Mitmes ELi riigis ja piirkonnas uimastite süstimisega seotud HIVi edasikandumine 2005. aastal siiski tõenäoliselt jätkus suhteliselt suures ulatuses ⁽¹⁴⁰⁾, mis rõhutab vajadust tagada kohaliku ennetustegevuse katvus ja tõhusus.

Uimastitega seotud nakkushaiguste jälgimine süstivate narkomaanide hulgas Euroopas keskendub praegu HIVile/ AIDSi ning viiruslikule B- ja C-hepatiidile. See koosneb kahest teineteist täiendavast süsteemist: andmete esitamistest haigusjuhtude kohta (ehk teatamistest – teatatud uute juhtumite üldarv) ja seropositiivsuse seirest (ehk pidevast järelevalvesüsteemist – positiivsete testitulemuste protsent süstivate narkomaanide valimites) (joonis 11) ⁽¹⁴¹⁾. Mõlemad süsteemid on pigem ebatäiuslikud ning riigiti on andmete kättesaadavus erinev. Kuigi kummagi süsteemi kaudu esitatud andmeid tuleb tõlgendada ettevaatusega, annavad need üheskoos siiski täielikuma pildi uuemate epidemioloogiliste suundumuste kohta.

HIVi esinemissageduse ja levimuse indikaatorid

Andmete esitamine HIVi juhtude kohta

Uute nakkuste arvu (esinemissageduse) oluline indikaator süstivate narkomaanide hulgas on andmed uute diagnoositud HIVi nakkusjuhtude kohta. Nimetatud andmete tõlgendamisel

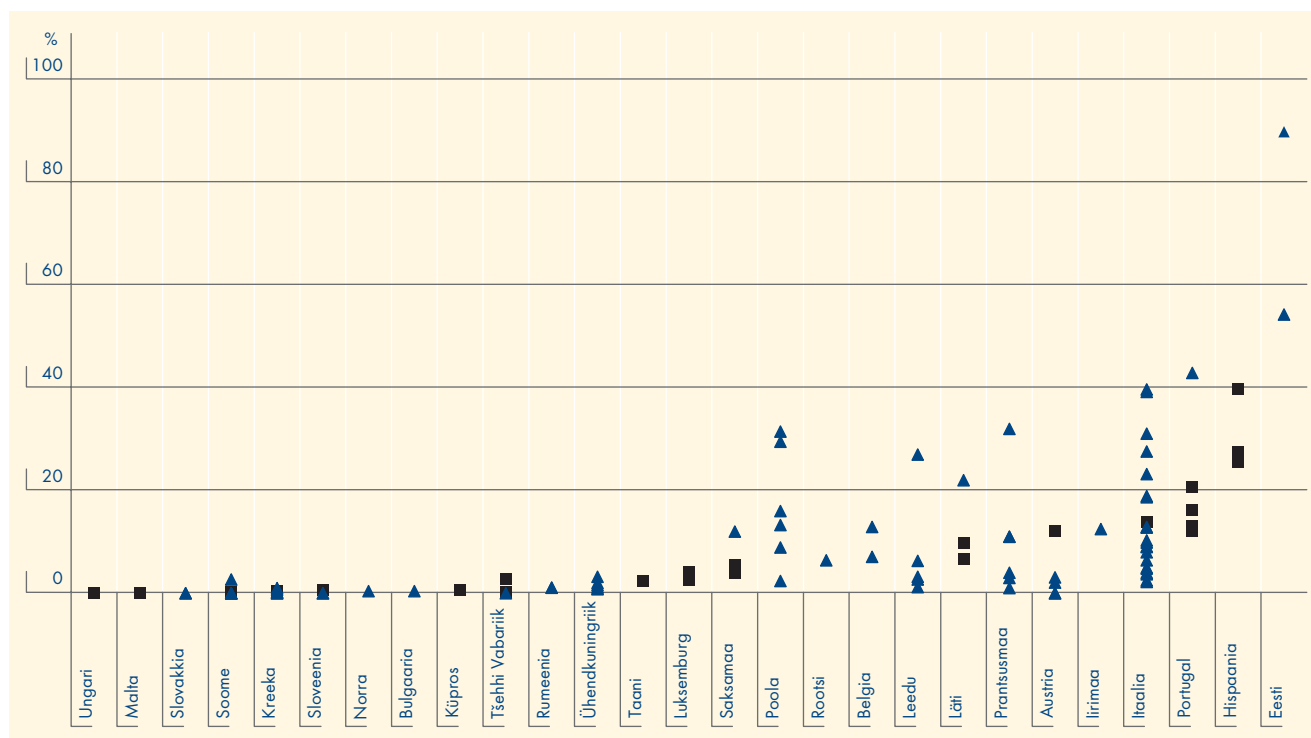
tuleb arvestada mitut asjaolu: nakatunud süstivad narkomaanid ei pruugi olla diagnoositud, kui nad pole kokku puutunud tervishoiuteenistustega; uute nakkusjuhtude põhjuseks ei pruugi tingimata olla uimasti süstimine; tuvastatud juhtude arvu võivad mõjutada riikidevahelised või ajalised erinevused testimise ja teatamise määrades.

Olemasolevad andmed annavad alust arvata, et 2005. aastaks oli süstivate narkomaanidega seotud uute nakkusjuhtude arv enamikus riikides väike. Selle analüüsi seab kahtluse alla asjaolu, et mitu suure levimusega riiki ei ole esitanud uuemaid andmeid nakkusjuhtude kohta (Eesti, Hispaania, Itaalia, Austria). 19 liikmesriigis, millest enamik ei ole kunagi kogenud ulatuslikku HIVi epideemiat süstivate narkomaanide hulgas, olid süstivate uimastitarbijatega seotud endiselt alla viie HIVi juhtumi miljoni elaniku kohta 2005. aastal. Kõrgematest näitajatest teatasid Lirimaa ja Luksemburg, kus oli vastavalt 16 ja 15 uut juhtu miljoni elaniku kohta. Portugalis, kus olid süstivate narkomaanide kohta andmeid esitanud riikidest kõrgeimad määrad (85 uut juhtu miljoni elaniku kohta 2005. a), tundub olukord pärast langust aastatel 2000–2003 nüüdseks stabiliseerunud olevat ⁽¹⁴²⁾. Lätis, Leedus ja arvatavasti ka Eestis on süstivate uimastitarbijatega seotud uute nakatumiste määr aruannete järgi pärast epideemia haripunkti aastatel 2001–2002 nüüdseks oluliselt vähenenud, kuigi see on enamiku teiste riikidega võrreldes ikka veel kõrge. Lätis on nakatumine vähenenud 283 juhult miljoni elaniku kohta 2001. aastal 49 juhule miljoni elaniku kohta 2005. aastal. Leedus on pärast vangide hulgas puhkenud epideemiale 2002. aastal järgnenud haripunkti (109 juhtu miljoni elaniku kohta) toimunud langus 25 uue juhuni miljoni elaniku kohta 2005. aastal. Kuigi Eestis on HIVi nakatumine oluliselt vähenenud, on seal endiselt kõrgeim uute HIVi nakkusjuhtude määr ELis. Ning kuigi Eestist ei ole eraldi andmeid süstivate narkomaanide kohta, on uimastite süstimine selles riigis ilmselt endiselt põhiline HIVi edasikandumise viis.

⁽¹⁴⁰⁾ Vt joonist INF-2 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴¹⁾ Osa selle valdkonna levimusuuringuid on väikesemõõdulised. Käesolevas osas käsitletakse ainult enam kui 50 inimesest koosnevaid valimeid ja statistiliselt olulisi ($p < 0,05$) ajalisi suundumusi.

⁽¹⁴²⁾ Portugalis täheldatud tõus 2004. (HIVi juhtudes) ja 2005. aastal (AIDSi juhtudes) võib olla tingitud asjatundjate kasvavast tähelepanust ja andmete esitamisest, mis järgnes arutelule kohustusliku HIV-alase aruandluse sisseviimise kohta.

Joonis 11: üleriigiliste ja piirkondlike uuringute hinnangud HIVi levimuse kohta süstivate narkomaanide hulgas aastatel 2004/05

NB: Must ruut = üleriigilise katvusega valim; sinine kolmnurk = piirkondliku (kohaliku ja regionaalse) katvusega valim. Hinnangutes Hispaania ja Rootsi kohta kasutatakse 2006. aasta andmeid; andmed Iirimaa ja Läti kohta pärinevad 2003. aastast; Slovakkia andmed on ajavahemiku kohta 2003/04. Riigid on esitatud kasvavas järjekorras levimuse järgi, riiklike andmete keskmise põhjal või selle puudumisel piirkondlike andmete põhjal. Riikide võrdlemisel tuleks olla ettevaatlik, arvestades asutuste ja uuringumeetodite tüüpide erinevusi; riikide valimi koostamise strateegiad on erinevad – täiendava teabe saamiseks vt joonist INF-3 2007. aasta statistikabülletäänis. Kõik esitatud valimid on suuremad kui 50. Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused. Algallikate, uuringute üksikasjade ja andmete saamiseks 2004. varasemate aastate kohta vt tabelleid INF-8 (i osa) ja (ii osa) ning INF-0 (i osa) 2007. aasta statistikabülletäänis.

HIVi levimus noorte ja uute süstivate narkomaanide hulgas

Olemasolevate aruandlusandmete põhjal tehtud järeldused leiavad kinnitust, kui analüüsida HIVi nakkuse määra uute (süstinud vähem kui kaks aastat) ning noorte (alla 25aastased) süstivate narkomaanide valimites. Kuna kõnealustes rühmades on nakatumine tõenäoliselt toimunud hiljuti, pakuvad need andmed asendusnäitajaid HIVi esinemissageduse kohta. Kõnealuste rahvastikurühmade puhul (allpool esitatud levimusuuringute järgi) kinnitab suur HIVi nakkuse määr (üle 5% aastatel 2004–2005) märke viimase aja kõrgeist esinemissagedusest süstivate narkomaanide hulgas Portugalis (üleriigilised andmed), Leedus ja Eestis (piirkondliku või linna tasandi andmed), ning on alust arvata, et sama kehtib ka Poolas andmetes toodud ühe linna kohta kolmest⁽¹⁴³⁾. Tuleb meele pidada, et kõnealused osavalimid on üldiselt väikesed ning noorte ja uute uimastisüstitajate HIV-seropositiivsuse andmed ei ole mõne riigi kohta kättesaadavad.

HIVi levimuse suundumused

Kasvav HIVi levimus uimastisüstitajate korduvates valimites võib osutada ka jätkuval nakkusele, kuigi nakatunud

süstivate narkomaanide suremuse vähenemine või nakatunute uimastisüstitajate arvu vähenemine võib seda tulemust oluliselt segada. Enamik olemasolevaid aegridasid ELi kohta näitavad stabiilset levimust, andes alust arvata, et nakatunud uimastisüstitajate surmade arvu tasakaalustab HIV-nakkuse saanud uimastisüstitajate arv. Siiski täheldatakse mõnedes aegridade uuringutes alates 2001. aastast levimuse geograafiliselt hajutatud suurenemist üheksas riigis, kuigi teistes piirkondades samal ajal esinevate stabiilsete või langevate suundumuste tõttu on üldisi suundumusi raske tuvastada. Nende riikide hulka kuuluvad jällegi Läti (üleriigiline kasv) ja Leedu (kasv ühes linnas), aga ka Austria (üleriigiline kasv), Ühendkuningriik (kasv Inglismaal ja Walesis, ehkki endiselt vähesel määral) ning mõned riigid, kus levimus on veel väga väike (vähem kui 1%). Kokku annavad need HIVi levimuse suurenemised kohalikul või üleriigilisel tasandil alust arvata, et süstivatele narkomaanidele mõeldud ennetusmeetmete pakkumise osas pole põhjust rahuloluks.

Kontrastina teatavad langevast levimusest Kreeka (üleriigilisel ja ühe piirkonna tasandil), Hispaania (üleriigilisel ja ühe piirkonna tasandil) ning Soome (üleriigilisel tasandil).

⁽¹⁴³⁾ Vt tabelleid INF-9 ja INF-10 2007. a statistikabülletäänis. Aastaruandes esitatakse andmed vaid valimite kohta, mille suurus on 50 või rohkem.

Lisaks teatavad alates 2001. aastast järjekindlalt väikesest levimusest (vähem kui 1% kõikidest olemasolevatest andmetest) neli riiki, mis kõik on uued liikmesriigid: Bulgaaria (Sofias, kuid levimus kasvab), Ungari (üleriigilisel tasandil), Sloveenia (kahes linnas, kuid levimus kasvab) ja Slovakkia (kahes linnas).

Enam kui üheksakümnes ajavahemikus 2001–2005 süstivate narkomaanide valimises tehtud HIVi levimuse korduvate mõõtmiste aegreast, mis hõlmavad 22 ELi liikmesriiki ja Norrat, ilmneb rohkemates piirkondades suundumus vähenemisele kui suurenemisele. Andmed annavad alust arvata, et eriti piirkondades, kus levimus on olnud suur, paistab süstivate narkomaanide nakatumus nüüdseks vähenevat, ning on võimalik, et kahjude vähendamise ja ennetuspoliitika annab tulemusi ⁽¹⁴⁴⁾.

ELi hinnang

Olemasolevate teatamis- ja seropositiivsuse andmete ning hinnangute põhjal uimastisüstijate ja probleemsete uimastitarbijate arvu kohta (vt 6. peatükki) hinnatakse, et ELis võib olla 100 000 kuni 200 000 HI-viirusega inimest, kes mingil ajal oma elu jooksul on olnud süstivad narkomaanid. Uute diagnoositud HIVi juhtude arv uimastisüstijate hulgas on praegu ELis hinnanguliselt umbes 3500 juhtu aastas.

AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus

Kuna 1996. aastal kasutusele võetud aktiivne retroviirusevastane ravi hoiab tõhusalt ära AIDSi tekkimise HIViga nakatunud inimestel, on AIDSi haigestumuse andmete väärtus HIVi leviku indikaatorina kahanenud. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on aktiivse retroviirusevastase ravi katvuse määr ELi liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras kõrge: kõik riigid teatavad vähemalt 75% katvusest ⁽¹⁴⁵⁾, kuigi puuduvad konkreetsed andmed süstivate narkomaanide kohta. Andmed AIDSi haigestumuse kohta on endiselt olulised, kuna need näitavad sümptomaatilise haigestumise taset ning retroviirusevastase ravi kasutamist ja kättesaadavust.

Portugalis on AIDSi haigestumus uimastisüstijate hulgas endiselt kõige kõrgem, ning see on ainus riik, kus viimasel ajal on täheldatud kasvu: 30 juhult miljoni elaniku kohta 2004. aastal kasvas haigestumus 2005. aastal hinnanguliselt

36 uue juhuni miljoni elaniku kohta. Lisaks sellele ei ole ajavahemikus 1997–2002 AIDSi suremus (mis on kõige tõenäolisemalt seotud uimastisüstimisega) tervikuna langenud, mis annab alust arvata, et kõnealuses ajavahemikus võis retroviirusevastase ravi kättesaadavus olla piiratud ⁽¹⁴⁶⁾. Balti riikidest registreeriti Lätis AIDSi haigestumuse vähenemist (2005. a oli see 23 uut juhtu miljoni elaniku kohta, mis tähendab langust võrreldes haripunktiga 2004. a, mil näitaja oli 26 uut juhtu miljoni elaniku kohta), samas Eesti ei esitanud 2005. aasta andmeid süstivate narkomaanide kohta, kuid teatas tõusust aastatel 2003–2004 (neljalt juhult 13 juhuni miljoni elaniku kohta) ⁽¹⁴⁷⁾.

B- ja C-hepatiiti nakatumine

Kui HIVi nakatumine uimastisüstijate hulgas ELis on koondunud peamiselt vähestesse suure levimusega riikidesse, siis viiruslik hepatiit ja eriti C-hepatiidi viiruse (HCV) põhjustatud nakkus on palju ühtlasemalt jaotunud ning ulatuslikumalt levinud.

17 riigi 60 uuringus esitatud andmete järgi (kuue riigi kohta 28-st andmed puuduvad) oli ajavahemikus 2004–2005 testitud süstivate narkomaanide valimises HCV antikehade levimus üle 60% ⁽¹⁴⁸⁾. Kõnealustes valimises tuvastati seitsmes riigis kõrge levimus (üle 40% vähemalt ühes valimis) noorte (alla 25aastaste) uimastisüstijate hulgas, uute süstivate narkomaanide hulgas, kelle kohta paljudes riikides puuduvad andmed, tuvastati kõrge levimus Poolas ja Ühendkuningriigis ⁽¹⁴⁹⁾. Vaid viis riiki teatasid uuringutest, mille järgi levimus oli alla 25%.

Olemasolevatest andmetest ja hinnangutest süstivate narkomaanide ning probleemsete uimastitarbijate arvu kohta (vt 6. peatükki) võib järeldada, et ELis võib olla umbes üks miljon HCV kandjat, kes on elu jooksul olnud uimastisüstijad.

B-hepatiidi viiruse (HBV) levimuses on suuremaid erinevusi kui HCV puhul; võimalik, et selle põhjuseks on erinevused vaktsineerimise määrades. Kõige täielikumad andmekogud on olemas hepatiidi tuumaantigeeni antikeha (anti-HBc) kohta, mis viitab varasemale nakkusele. Aastatel 2004–2005 teatasid kuus riiki levimusest üle 40%.

Ajalises plaanis on B- ja C-hepatiidi nakkusjuhtude üldpilt erinev. B-hepatiidi puhul on uimastisüstijate osakaal kõikidest teatatud juhtudest üldiselt langenud, peegeldades ilmselt vaktsineerimisprogrammide kasvavat mõju. C-hepatiidi

⁽¹⁴⁴⁾ Vt tabeleid INF-8, INF-9 ja INF-10 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁵⁾ Vt joonist INF-14 2006. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁶⁾ HIVi/AIDSi nakkuse riiklik koordineerimine Portugalis, Tervishoiuministeerium, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Vt joonist INF-1 2007. a statistikabülletäänis. Kahe viimase aasta andmed on hinnangud, mida täpsustatakse pärast hilinenud aruannete kättesaamist, ning muutuvad seega aja jooksul (allikas: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Vt tabeleid INF-11, INF-12 ja INF-13 2007. a statistikabülletäänis. Aastaruandes esitatakse vaid valimeid suurusega 50 ja enam.

⁽¹⁴⁹⁾ Vt joonist INF-6 (vii osa) 2007. a statistikabülletäänis.

Hea tervishoid vanglas tähendab head rahvatervishoidu

Viimase kahe aastakümne suurimate rahvatervishoiu väljakutsete hulgas on selliste nakkushaiguste nagu tuberkuloosi uuesti esilekerkimine, HIVi/AIDSi esiletõus ja kiire levik ning näiliselt kontrollimatu pandeemiline psühhotroopsete ainete probleemne tarbimine. Kõige tundlikumad elanikkonna osad kannatavad kõnealuste probleemide all teistest rohkem. Vangide seas on uimastiprobleemid tihti eriti levinud ning suhteliselt palju esineb nakkushaigusi. Peale selle vanglas tihti jätkatakse või vahel ka alustatakse uimastitarbimist ning seal võib olla levinud kõrge riskiga käitumine. Vanglad võivad seega viia potentsiaalselt eluohtlikesse haigustesse nakatumise kõrge määran, kuid need võivad ka anda võimaluse sekkumiseks eriti olulises sihtrühmas.

Väheste eranditega (Prantsusmaa, Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales), Norra) on tervishoid vanglas üldiselt pigem kohtu- või julgeolekusüsteemi kui tervishoiusüsteemi lahutamatu osa; seega on oht, et vanglatervishoid eraldatakse üldistest rahvatervishoiu lähenemisviisidest ning see omakorda tõstatab küsimuse vanglates pakutavate tervishoiuteenuste sõltumatuse, kvaliteedi, kättesaadavuse ja taseme kohta.

Vangide halb tervislik seisund võib avaldada mõju rahvatervisele laiemalt, kui uimastitarbijad vabanevad ja puutuvad uuesti kokku oma perekonna ning teiste kogukonnaliikmetega. Seetõttu võib tõsiste nakkushaiguste, nagu HIVi ja tuberkuloosi avastamine koos sobiva ravi ja kahjude vähendamise meetmetega aidata oluliselt parandada tervishoiu olukorda kogukondades, kust vangid tulevad ning kuhu nad tagasi pöörduvad. Uimastisõltlastele võivad vanglas läbi viidavad programmid anda võimaluse, mis võib tuua kasu mitte ainult nende isiklikele tervisele, vaid ka vähendada tulevase seadusrikkumisi.

Selleks et parandada teadmisi tervishoiu olukorrast vanglates ja erimeetmetest selles valdkonnas, toetab Euroopa Komisjon oma rahvatervise programmiga Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo projekti „Tervishoid vanglates“, et luua andmebaas teabe kogumiseks oluliste tervishoiuindikaatorite ja muude tervishoiuga seotud tegurite kohta vanglates. EMCDDA teeb ühise andmebaasi väljatöötamisel koostööd Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo ning vanglates uimastite kasutamise ja nakkuste leviku ärahoidmise Euroopa võrgustikuga (*European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison*, ENDIPP) (¹).

(¹) <http://data.euro.who.int/hip/>

juhtude hulgas ei ole märgata üldisi suundumusi süstivate narkomaanide osakaalu osas (¹⁵⁰); see suhe on riigiti siiski üsna erinev, millest võib järeldada, et C-hepatiit kandub

edasi erineval moel. Nakkusmäärade erinevusi riikide vahel põhjustavate tegurite mõistmine võib olla oluline paremaks kahjude vähendamise ja ennetusstrateegiatega kujundamiseks selles valdkonnas.

Nakkushaiguste ennetamine

Viimasel aastakümnel on ELi tasandil jõutud üksmeelele põhielementide osas, mis on vajalikud süstivate narkomaanide seas levivate nakkushaiguste vastu võitlemiseks. Euroopas on hästi sisse töötatud mitmeosalised ennetusmeetmed, mille hulka võib kuuluda juurdepääs sobivale uimastiravile, eelkõige asendusravile, nõela- ja süstlavahetusprogrammid, teavitamine ja ennetusalaste materjalide jaotamine, harimine, sealhulgas eakaaslaste harimine riskide vähendamise osas, vabatahtlik nõustamine ja nakkushaiguste analüüs, vaksineerimine ning nakkushaiguste ravi.

Olenemata antud elementide osakaalust erinevate riikide poliitikas, ollakse selgelt ühel meelel, et kooskõlastatud ja kõikehõlmav lähenemine rahvatervisele on nakkushaiguste leviku vähendamiseks uimastitarbijate hulgas elulise tähtsusega.

Diagnoosimata HIVi probleemiga tegelemiseks on käesoleval aastal välja antud uued juhised (WHO/UNAIDS, 2007). Tervishoiutöötajatele soovitatakse selles aktiivsemat ennetavat lähenemist HIVi testide soovitamisel ja nõustamisel, seda eriti asutustes, mis tegelevad kõige suurema riski all olevate elanikkonnarühmadega, nagu süstivad narkomaanid, et selle tulemusel kasvaks vabatahtlike HIVi analüüsides arv. EMCDDA samateemalise töö sõnum on, et korrapärane vabatahtlik tervisekontroll, sealhulgas analüüsides tegemine ning HIVi ja teiste nakkushaiguste alane nõustamine on eriti kohane teenus uimastisüstitajatele.

A- ja B-hepatiidi ennetamisel on oluline roll vaksineerimisel. Mõnes riigis vaksineeritakse B-hepatiidi vastu kogu elanikkonda, teistes on sihtrühmaks erilise riski all olevad inimesed. Norras suurendati A- ja B-hepatiidi vastu vaksineerimist pärast seda, kui nende maksapõletike epideemia vallandumine näitas, et uimastisüstimine on levinud väiksemate omaavalitsuste piirkondadesse.

C-hepatiidi kõrge levimus süstivate narkomaanide hulgas näitab tõsist vajadust uute tõhusamate meetmete järele selle haiguse vastu võitlemisel, sest vaksineerimine sel puhul ei aita. Paljudel riikidel on konkreetsed C-hepatiidi ennetusprogrammid ning selles valdkonnas on välja töötatud huvitavaid projekte, näiteks kampaania „stop hep C“

(¹⁵⁰) Vt jooniseid INF-8 ja INF-11 2007. a statistikabülletäänis.

(peatage C-hepatiit), mida on korraldatud Oslos alates 2003. aastast ja mille eesmärk on jõuda uimastitarbijateni enne, kui nad süstima hakkavad, või siis, kui nad on seda teinud veel vähe aega.

Uimastiravi ja kahjude vähendamise teenistused peavad välja töötama ka meetmed patsientide seksuaalkäitumise tõttu tekkivate riskide suhtes. Lisaks uimastite süstimisele võib uimastitarbijatel olla suur oht saada HIV-nakkus oma seksuaalkäitumise tõttu – kas nõrgenenud otsustusvõime tõttu, mõnede uimastite seose tõttu kõrge riskiga seksuaalkäitumisega või uimastitarbijate osalemise tõttu seksitöös või seksi uimastite vastu vahetamise puhul. Naissoost uimastitarbijad võivad olla eriti tundlikud, kuigi muret tekitab ka vastastoime uimastitarbimise ja kõrge riskiga seksuaalkäitumise vahel mõningate meeste hulgas, kes on seksuaalvahekorras teiste meestega. Lisaks HIVile võib uimastitarbijatel olla suurem sugulisel teel levivatesse haigustesse nakatumise oht ning uimastiraviteenistustel võib olla oluline roll tuvastamata suguhaiguste diagnoosimisel. Näiteks esitas hiljutine Malta uuring andmeid inimestel esineva tuvastamata papilloomiviiruse nakkusjuhtude kohta ambulatoorse raviüksuse naispatsientide hulgas.

Nõela- ja süstlavahetusprogrammid

Nõelte ja süstade vahetuse või jaotamise kavade kuulumine uimastikeskustes osutatavate teenuste hulka, mida kombineeritakse riskinõustamis- ja nõuannete jagamise teenustega, samuti uimastitarbijate ravile suunamisega, on ELis üldlevinud. Nõela- ja süstlavahetusprogrammid on neljast ELi riigist ja Norrast kolmes riigis määratletud kui prioriteetne meede, et tõkestada nakkushaiguste levikut uimastisüstijate hulgas⁽¹⁵¹⁾. Puhaste nõelte ja süstalde jagamisest teatavad kõik riigid peale Küprose, kus kõnealust meedet soovitas eksperdirühm 2006. aastal, et ohjeldada süstimisega seotud nakkusjuhtude arvu võimalikku kasvu. Teenuseosutajate hulgas on muutumas üldiseks koos puhaste süstaldega muu steriilse varustuse, näiteks piiritusega immutatud vatipadjakeste ja kuivade lappide, vee, filtrite ja keeduseadiste jagamine. Kuigi steriilse süstimismaterjali jagamist nõela- ja süstlavahetusprogrammide kaudu ei peeta enam vastuoluliseks teemaks, ei ole need programmid sugugi kõikides riikides prioriteetsed ning mõnedes peetakse täiesti piisavaks apteegimüüki.

Steriilse süstimismaterjali jagamise laad ja ulatus on riigiti erinev. Üldiselt asuvad süstalde jaotuskohad spetsialiseeritud uimastikeskustes ning kõikides riikides peale kolme on sellele lisaks olemas ka mobiilsed teenused,

mille abil saab jõuda marginaliseerunud ümbruskonnas asuvate uimastisüstijate rühmadeni. Kümnes riigis on lisaks nõela- ja süstlavahetusprogrammidele olemas ka süstlaautomaadid⁽¹⁵²⁾, kuid andmed nende käibe kohta on vähe ning puuduvad uurimused selle meetme tulemuslikkuse kohta. Väheste riikide hulka, kus nõela- ja süstlavahetus toimub ka vanglates, on lisaks Hispaaniale ja Saksamaale asunud Luksemburg; tõsi, Saksamaal piirdub kõnealune teenus ühe vanglaga Berliinis.

Kohalike apteegivõrkude olemasolu tähendab, et apteekide kaudu teostatavad süstlavahetuskavad võivad märkimisväärselt parandada süstalde geograafilist kättesaadavust ning täiendada seega uimastikeskuste teenuseid. Näiteks Šotimaal jaotati 2004. aastal 116 osaleva apteegi kaudu 1,7 miljonit süstalt ning Portugalis osales kavas enam kui 1300 apteeki ning jaotati 1,4 miljonit süstalt⁽¹⁵³⁾. Ametlikult korraldatud apteegipõhistest süstlavahetuse või -jaotuskavadest teatab kaheksa Euroopa riiki (Belgia, Taani, Hispaania, Prantsusmaa, Madalmaad, Portugal, Sloveenia, Ühendkuningriik).

Riikides, kus apteegid on uimastitarbijatele tavapärane koht süstimisvarustuse saamiseks, võiks apteekidel olla olulisem roll muude tervishoiumeetmete pakkumisel uimastitarbijatele, sealhulgas teabe levitamine seksuaalsete ja süstimisega seotud riskide kohta, analüüsi- ja nõustamisteenused ning ravile suunamine. Praegu teatavad vaid Prantsusmaa, Portugal ja Ühendkuningriik tegevusest, mille eesmärk on motiveerida apteekreid süstlavahetusprogrammidega ühinema ning toetada neid, kes on juba asjaomastesse programmidesse kaasatud.

Nõela- ja süstlavahetusprogrammide geograafiline katvus ja nende kaudu süstimismaterjalide jagamine on riigiti väga erinev. Siiski on üha suuremal hulgal riikidel üleriigilised nõela- ja süstlavahetusprogrammide võrgustikud. Nõela- ja süstlavahetusprogrammide heast üleriigilisest katvusest teatavate riikide hulgas on kaks väikeriiki, Luksemburg ja Malta, samuti Itaalia, kus nõela- ja süstlavahetusprogramme rakendatakse tavaliselt või tihti umbes 70%-s kõikidest kohalikest tervishoiujaoskondadest, Tšehhi Vabariik, kus need on kättesaadavad kõigis 77 piirkonnas ja pealinnas Prahas, ning Soome, kus seadused kohustavad omavalitsusi osutama nakkushaiguste ennetamiseks vajalikke teenuseid, muu hulgas nõela- ja süstlavahetusprogramme. Portugali hinnangul katavad apteekide kaudu teostatavad ja abivajaja juurde minekul põhinevad nõela- ja süstlavahetusprogrammid umbes 50% riigi territooriumist ning Taanis rakendatakse nõela- ja süstlavahetusprogramme

⁽¹⁵¹⁾ Vt joonist 11 2006. aasta aruandes.

⁽¹⁵²⁾ Vt tabelit HSR-2 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁵³⁾ Vt tabelit HSR-4 2007. a statistikabülletäänis.

kolmeteistkümnest maakonnast kümnes. Kõikides Austria linnades, kus on palju uimastisüstijaid, on vähemalt üks nõela- ja süstlavahetuskoht ning Bulgaarias on teenused kättesaadavad kümnes linnas, kus on suhteliselt kõrge probleemse uimastitarbimise määr. Eestis puutus 2005. aastal hinnangu kohaselt 37% uimastisüstijatest kokku nõela- ja süstlavahetusprogrammidega, samas kui sihtrühmade hõlmamine Slovakkias ja Rumeenias oli märkimisväärselt madalam (vastavalt 20% ja 10–15%).

Ajavahemikul 2003–2005 teatas mitu riiki (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Eesti, Ungari, Austria, Slovakkia, Soome) nõela- ja süstlavahetusprogrammide kaudu vahetatud või jaotatud süstalde koguarvu kasvust (¹⁵⁴).

Nõela- ja süstlavahetusprogramme ellu viivatel keskustel võib olla muidki rahvatervisega seotud olulisi rolle, näiteks võivad nad hinnata ja suurendada teadlikkust riskikäitumise kohta oma klientide hulgas, motiveerida neid tegema analüüse ja vaksineerimisi, samuti juhtida esmase arstiabi ja uimastiravi juurde. Kuigi pole selge, millises ulatuses need keskused nimetatud teenuseid osutavad, rõhutavad hiljuti Inglismaal läbi viidud riikliku auditi tulemused vajadust sedalaadi teenuse järele. Nimetatud auditi aruandes järeldatakse, et nakkushaigustest teadlikkuse tase klientide hulgas on suhteliselt madal ning keskused võiksid aktiivsemalt pakkuda ennetavaid nõustamis-, analüüsi- ja vaksineerimisteenuseid.

Uimastitega seotud surmad ja suremus

Uimastitega seotud surmad

EMCDDA defineerib uimastitega seotud surmadena neid surmajuhtumeid, mis on otseselt põhjustatud ühe või mitme uimasti tarbimisest. Tavaliselt leiavad uimastitega seotud surmad aset lühikese ajavahemiku jooksul pärast kõnealus(e) aine(te) tarbimist. Selliste surmajuhtumite kohta kasutatakse ka väljendeid „üleannustamine“, „mürgistus“, „uimastitest põhjustatud surm“ või „uimastitest põhjustatud äkksurm“ (¹⁵⁵). Uimastitega seotud surmade arv kogukonnas oleneb üleannustamisega seotuvaid uimasteid (eriti opioide) tarbivate inimeste arvust. Muude, samuti oluliste tegurite hulka kuuluvad: süstijate osakaal, mitme uimasti tarbimise levimus, ravi- ja hädaabiteenuste kättesaadavus ning sellealane poliitika.

Kuigi Euroopa andmete võrreldavus on viimastel aastatel paranenud, tähendavad erinevused riikide aruannete kvaliteedis ikka veel, et otseste võrdluste tegemisel tuleb olla ettevaatlik. Uimastitega seotud surmade ulatust võib väljendada teatatud juhtumite arvuna, määrana elanikkonnast või proportsionaalse suremusena. Kuigi riigiti on aruannete kvaliteet erinev, saab aja jooksul muutumatute meetodite korral jälgida suundumusi üleannustamisjuhtude arvus ja tunnustes.

Aastatel 1990–2004 teatasid ELi liikmesriigid 6500 kuni rohkem kui 9000 surmajuhtumist aastas, mis teeb kokku üle 122 000 surmajuhtumi selle aja jooksul. Neid näitajaid tuleb pidada miinimumhinnanguks (¹⁵⁶).

Uimastitega seotud suremus elanikkonna hulgas on riigiti väga erinev, ulatudes 3–5 (¹⁵⁷) kuni rohkem kui viiekümne surmajuhtumini miljoni elaniku kohta (keskmine 18,3), kusjuures 11 Euroopa riigis oli rohkem kui 20 juhtumit miljoni elaniku kohta. 15–39aastaste meeste hulgas on suremus tavaliselt kolm korda kõrgem (keskmiselt 61 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta). Aastatel 2004–2005 langes uimastitega seotud surmade arvele 4% kõikidest 15–39aastaste täiskasvanute surmajuhtumitest kogu Euroopas ning üheksas riigis oli see määr suurem kui 7% (¹⁵⁸).

Lisaks üleannustamisele surevad uimastitarbijad kaudsalt uimastitarbimisega seotud põhjuste tõttu. Näiteks oli uimastisüstimisega seotud AIDS 2003. aastal surma põhjuseks peaaegu 1400 juht (EuroHIV, 2006) (¹⁵⁹), kuid siinkohal on tõenäoliselt tegemist alahindamisega. Muude kaudsalt uimastitarbimisega seotud surmapõhjuste (nt hepatiit, vägivald, enesetapp või õnnetused) arvu on raskem hinnata. Mõnede hinnangute kohaselt saab 10–20% noorte täiskasvanute surmajuhtumitest vähemalt mõnes Euroopa linnas otseselt või kaudsalt kanda opioidide tarbimise arvele (Bargagli *et al.*, 2006) (vt allpool). Sellele näitajale lisandub muude uimastite (nt kokaiini) tarbimisega seotud suremus, mille ulatust on raskem hinnata.

Probleemsest uimastitarbimisest tuleneva üldise suremuse kindlakstegemine riiklikul või Euroopa tasandil nõuab andmete kogumise ja analüüsi edasiarendamist. Sellealasest üritusest riiklikul tasandil teatati Madalmaade

(¹⁵⁴) Vt tabelit HSR-3 2007. a statistikabülletäänis.

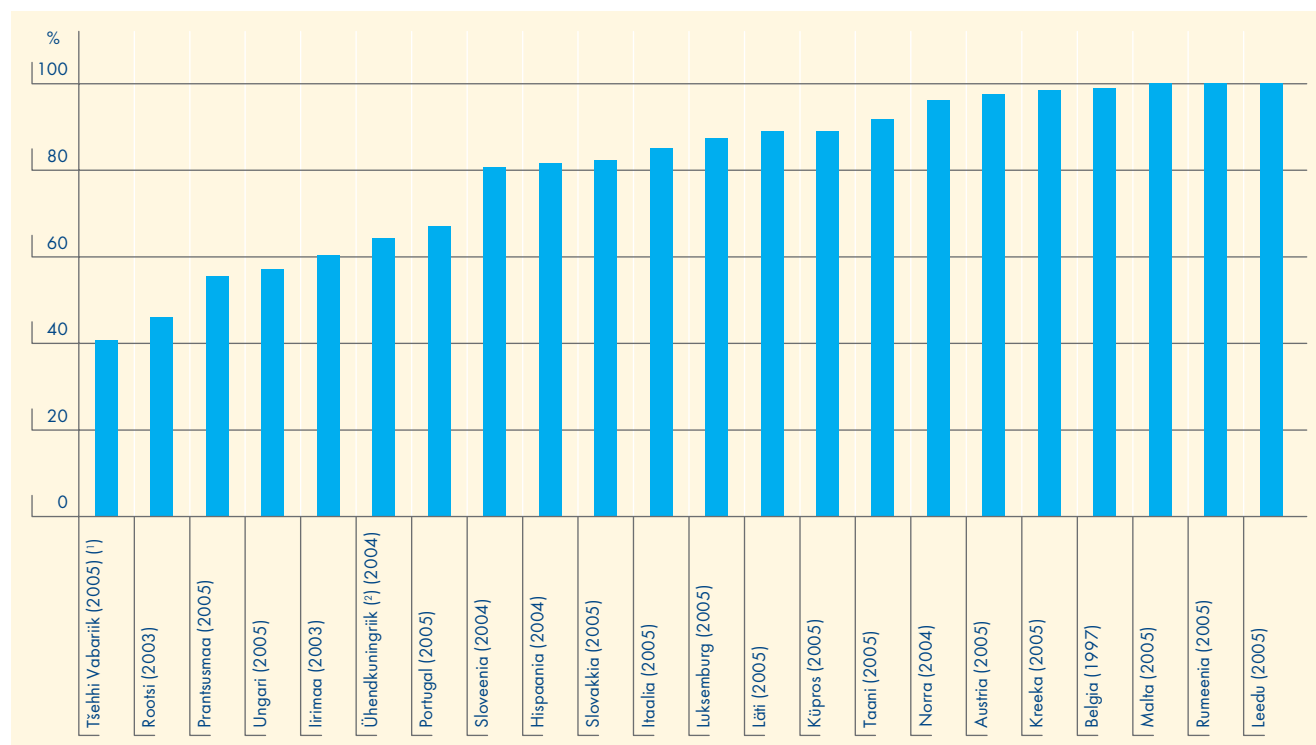
(¹⁵⁵) Enamiku riikide definitsioonid uimastitega seotud surmade kohta kattuvad EMCDDA definitsiooniga või on sellega väga sarnased, kuid mõnes riigis liigitatakse selle mõiste alla ikka veel ka psühhootilistest ravimitest või mitte-üleannustamisest põhjustatud surmad, tavaliselt eraldiseisva osana (vt 2007. a statistikabülletäänist metoodilist märkust „Kokkuvõtte uimastitega seotud surmadest: definitsioonid ja metoodilised küsimused“ ja „Uimastitega seotud surmade standardprotokoll, versioon 3.1“).

(¹⁵⁶) Vt tabeleid DRD-2 (i osa), DRD-3 ja DRD-4 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁵⁷) Prantsusmaal oli nimetatud määr 2005. aastal 0,9 juhtumit miljoni elaniku kohta, mida võib seostada mittetäielike andmetega, kuid tuleb märkida, et 1994. aastal, mil üleannustamise põhjustatud surmajuhtumid hakkasid vähenema, oli see näitaja umbes kümme korda kõrgem.

(¹⁵⁸) Vt tabelit DRD-5 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁵⁹) Juhime tähelepanu asjaolule, et see näitaja tähistab Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni Lääne- ja Kesk-Euroopa piirkonda, mis hõlmab mõnda riiki väljaspool ELi, ning surmajuhtumite koguarvu Eesti, Läti ja Leedu kohta (Ida-Euroopa piirkond).

Joonis 12: uimastitega seotud nende äkksurmade osakaal, mille korral on tuvastatud opioidide tarbimist

⁽¹⁾ Tšehhi Vabariigi puhul kasutati riikliku definitsiooni asemel EMCDDA valikus D esitatud uimastitega seotud äkksurmade definitsiooni. Riiklik definitsioon sisaldab mürgistust psühoaktiivsete ravimite tõttu, mille alla kuulub enamasti juhtumeid (156 juhtumit 218-st).

⁽²⁾ Riikliku statistikaameti definitsioon.

NB: Mõnes riigis hõlmavad uimastitega seotud surmade riiklikud definitsioonid piiratud hulka kaudselt uimastitarbimisega seotud surmajuhumiteid.

Andmed 2005. aasta kohta või viimase aasta kohta, mille andmed on olemas. Täiendava teabe saamiseks vt tabelit DRD-1 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), andmed saadud riiklikest surmaregistritest või eriregistritest.

riiklikus aruandes. Andmete ekstrapoleerimise kaudu kohalikust uuringust hinnati otseselt ja kaudselt probleemse uimastitarbimise põhjustatud suremust, võttes arvesse piirkondlikke erinevusi. Kuigi edasine metodoloogiline töö on vajalik, võib sedalaadi uuring kaudselt uimastitarbimisega seotud surmajuhumite ulatuse mõõtmist täiendades lahendada võimaliku mittetäieliku aruandluse probleemi üleannustamise põhjustatud surmajuhumite osas.

Opioididega seotud äkksurmad

Heroiiniga seotud surmad ⁽¹⁶⁰⁾

Euroopas on opioidide üleannustamine üks peamisi noorte inimeste surmapõhjuseid, seda eelkõige linnapiirkondades elavate meeste hulgas. Opioidid kaasnevad enamikuga ELis registreeritud illegaalsete uimastitega seotud äkksurmades, moodustades 46–100% juhtudest (joonis 12), enamasti on tegu heroiiniga või selle metaboliitidega. Euroopas on enamiku opioididega seotud surmajuhumite puhul tegu heroiiniga, kuid tihti tuvastatakse ka teisi aineid, mis võisid surmale kaasa aidata, eelkõige alkohol, bensodiasepiinid või muud opioidid ning mõnes riigis ka kokaiin. Vabatahtlik

andmete kogumine uimastite põhjustatud surmadega seotud ainete kohta, milles osales 2006. aastal üheksa riiki ⁽¹⁶¹⁾, kinnitas, et opioidide üleannustamise puhul nimetatakse tavaliselt (60–90% juhtudest) rohkem kui ühte uimastit ning neid juhtusid võis pidada seega mitme uimasti tarbimisega seotud surmadeks.

Enamik opioidide üleannustamise tõttu surnutest on mehed (59–100%), kusjuures naiste osakaal on kõige suurem Tšehhi Vabariigis, Poolas ja Slovakkias ning kõige väiksem Itaalias, Leedus ja Luksemburgis. Enamik surmaga lõppenud üleannustamise ohvritest on 20–40 aastat vanad, enamikus riikides on nad keskmiselt 30. eluaastate keskel ⁽¹⁶²⁾. Üleannustamise tõttu surnute keskmine vanus on kõige madalam Bulgaarias, Eestis, Lätis ja Rumeenias ning kõige kõrgem Poolas, Soomes ja Ühendkuningriigis. Alla 15 aastaste hulgas teatatakse üleannustamisest tingitud surmajuhumitest väga vähe, kuid on võimalik, et selle vanuserühma osas pole esitatud andmed täielikud. Ka üle 65 aastaste hulgas on registreeritud mõned uimastitega seotud surmajuhumid, kuid ainult seitse riiki teatab rohkem kui 5% surmajuhumitest selles vanuserühmas. Paljudes alates

⁽¹⁶⁰⁾ Kuna enamik surmajuhumiteid, millest EMCDDA-le teatatakse, on põhjustatud opioidide üleannustamisest, siis kirjeldatakse opioidide tarbimisest põhjustatud surmajuhumiteid uimastitest põhjustatud äkksurmade tavapäraste tunnuste abil.

⁽¹⁶¹⁾ Austria, Läti, Madalmaad, Malta, Portugal, Saksamaa, Taani, Tšehhi Vabariik ja Ühendkuningriik.

⁽¹⁶²⁾ Vt tabelit DRD-1 (i osa) 2007. a statistikabülletäänis.

2004. aastast ELiga liitunud liikmesriikides võib suhteliselt madal keskmine vanus surmajuhtumite puhul ning suur alla 25aastaste osakaal üleannustamisjuhtumites tähendada, et nendes riikides on heroiniitarbijad nooremad ⁽¹⁶³⁾.

Paljudes liikmesriikides on surmaga lõppenud üleannustamise ohvrite vanus tõusmas, mis viitab heroini tarbimise vähenemisele noorte inimeste hulgas. EL-15 riikides on see suundumus üldine, kuigi Austrias ja Luksemburgis on viimastel aastatel täheldatud vanuse vähenemist. Muudes liikmesriikides ei ole kõnealune suundumus nii selgelt märgatav ning juhtumite vähesus teeb näitajate tõlgendamise raskeks ⁽¹⁶⁴⁾.

Metadooni ja buprenorfiiniga seotud surmad

Kuigi uuringud näitavad, et asendusravi vähendab surmaga lõppeva üleannustamise riski, registreeritakse igal aastal mõni asendusravivahendite kuritarvitamisega seotud surm. Metadooni ja buprenorfiiniga seotud surmajuhtumite arvu ning surma asjaolude jälgimine võib anda olulist teavet asendusraviprogrammide kvaliteedi tagamiseks ning ennetus- ja kahjude vähendamise algatuste teavitamiseks.

Paljud riigid teatavad metadooni esinemisest arvestatava osa uimastitega seotud surmajuhtumite puhul, kuigi metadooni roll surmajuhtumises ei ole alati selge ning oma osa võis olla ka muudel ainetel. Taani teatel oli metadoon (üks või koos muude ainetega) mürgistuse põhjustajaks 43% uimastitega seotud surmajuhtumite puhul (89-l juhul 2006-st 2005. a); Saksamaa teatel oli 2005. aastal 255 juhtumit (1477-st) põhjustatud asendusravivahenditega (75 korral üks ja 180 korral koos muude uimastitega), 2004. aastal oli see näitaja 345 juhtumit; Ühendkuningriik teatas 280 surmajuhtumist (1972-st, uimastistrateegia määratlus), mille puhul mainiti metadooni (2004. a); Norras leiti 55 lahangu puhul metadooni jälgi. Hispaania teatas (Reitoxi riikide aruanded, 2005), et metadoon üks esines üleannustamisjuhtumite puhul harva (2% kõikidest juhtumitest), kuid seda leidis sageli kombineerituna opioidide põhjustatud surmade (42%) ja kokaiini põhjustatud surmade (20%) puhul. Teised riigid metadooniga seotud surmajuhtumitest ei teatanud või siis olid esitatud näitajad väga väikesed.

Buprenorfiinimürgistusest põhjustatud surmajuhtumeid esineb harva, mis tuleneb ilmselt selle aine kui agonisti-antagonisti farmakoloogilistest omadustest. Siiski on Euroopa riigid teatanud mõnest surmajuhtumist. 2006. ja 2005. aasta riiklikes aruannetes teatasid ainult Prantsusmaa ja Soome selle ainega seotud surmajuhtumitest. Soomes tuvastati 2005. aastal buprenorfiini 83 surmajuhtumit (73 juhul

2004. a), tavaliselt koos bensodiasepiini, rahustite või alkoholi või manustatuna süstimise teel. Prantsusmaal teatati 2005. aastal ainult kahest buprenorfiiniga seotud surmaga lõppenud üleannustamisest (neli juhtumit 2004. a). Buprenorfiin on mõlemas nimetatud riigis peamine opioidide asendusraviks kasutatav aine, kuid aine saajate arv Prantsusmaal – hinnanguliselt 70 000–85 000 inimest – on palju suurem kui Soomes. Lisaks Prantsusmaale ja Soomele teatas 2004. aastal veel kolm riiki surmajuhtumitest, mille puhul mainiti buprenorfiini (igas riigis kaks-kolm juhtumit). Uuring, mille käigus Ühendkuningriigis tutvuti põhjalikult buprenorfiiniga seotud surmajuhtumitega ajavahemikus 1980–2002, tegi kindlaks ainult 43 juhtumit, milles buprenorfiin esines sageli koos bensodiasepiini või muude opioididega (Schifano *et al.*, 2005).

Opioidide hulka mittekuuluvate uimastitega seotud äkksurmad

Ecstasy ja amfetamiinidega seotud surmad

Ecstasy'ga seotud surmad on harvad, ent tekitasid tõsist muret, kui neist mõni aasta tagasi teatama hakati, sest neid esineb sageli ootamatult ja sotsiaalselt integreeritud noorte inimeste hulgas. Reitoxi riikide teabeskuste 2006. aasta aruannetes toodud piiratud andmetest ilmneb, et *ecstasy*'ga seotud surmajuhtumid olid varasemate aastatega samal tasemel. Euroopas teatati kokku 78 *ecstasy*'ga seotud surmajuhtumist ⁽¹⁶⁵⁾.

Amfetamiinidega seotud surmadest teatatakse samuti harva, kuigi Tšehhi Vabariigis langes 2004. aastal pervitiini (metamfetamiini) arvele 16 surmajuhtumit ning 2005. aastal 14 juhtumit, mis vastab pervitiini probleemsete tarbijate ja ravitaotluste hinnangulise arvu suurenemisele. Soomes teatati 65-st amfetamiinidega seotud surmajuhtumist, kuigi kõnealuse uimasti rolli nendes juhtumites ei täpsustatud.

Kokaiiniga seotud surmad

Kokaiini puhul on üleannustamisega seotud surmajuhtumeid raskem kindlaks teha kui opioidide puhul ning neid peetakse tihti pigem erinevate põhjuste koosmõjuna kui kokaiinimürgistuse tulemuseks ⁽¹⁶⁶⁾. Uuringud näitavad, et enamik kokaiini põhjustatud surmadest on seotud uimasti kroonilise tarbimisega ning surma põhjuseks on tihti südame-veresoonkonna ning neuroloogilised probleemid, mille on tekitanud kokaiini pikaajaline tarbimine, eriti eelsoodumuse või riskifaktorite olemasolu korral. Euroopas mainitakse kokaiiniga seotud surmade korral tavaliselt ka muid aineid (sealhulgas alkoholi ja opioide), mis näitab kokaiini tarbimist koos muude uimastitega.

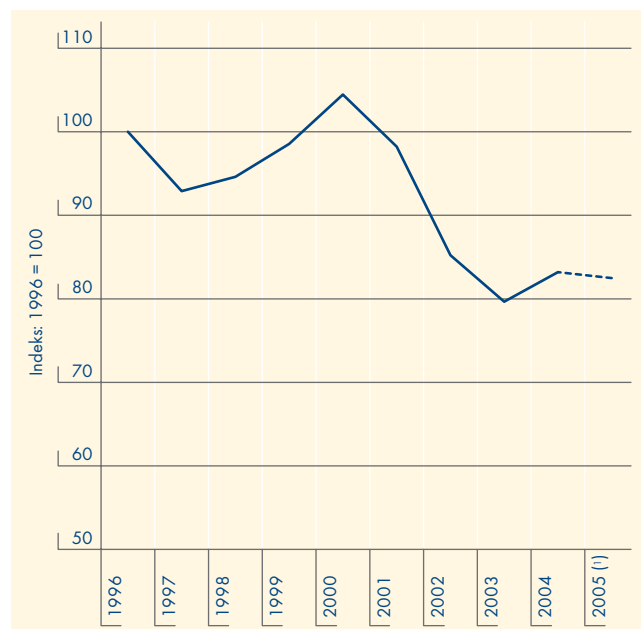
⁽¹⁶³⁾ Vt joonist DRD-2 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁶⁴⁾ Vt jooniseid DRD-3 ja DRD-4 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁶⁵⁾ 2004. a või 2005. a näitajad, olenevalt riigist, *ecstasy* ja kokaiini kohta.

⁽¹⁶⁶⁾ Täpsemate andmete saamiseks kõnealuse uimastiga seotud surmade kohta vt 2007. a valikteemat kokaiini kohta.

Joonis 13: üldised suundumused uimastitega seotud äkksurmade esinemises aastatel 1996–2005 kõikides liikmesriikides, mille kohta on olemas andmed



(¹) 2005. aasta andmed on ligikaudsed, põhinedes 2004. ja 2005. aasta võrdlusel ainult nende riikide kohta, kes esitasid andmed mõlema aasta kohta.

NB: Indekseeritud muutus arvutati riikide põhjal, mille kohta oli olemas teave nimetatud aasta ja sellele eelneva aasta kohta. Surmade arvu igas riigis ja meetodilisi märkusi vt tabelist DRD-2 2007. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2006), andmed saadud riiklikest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest.

Nii 2005. kui ka 2006. aasta riiklikes aruannetes tuvastasid andmeid esitanud riigid rohkem kui 400 kokaiiniga seotud surmajuhtumit. Kokaiini tarbimise tagajärgi tervisele ja sellega seotud suremust on kindlasti vaja edasi uurida.

Uimastitega seotud äkksurmade suundumused

Siseriiklikud suundumused uimastitega seotud surmade osas võivad heita valgust nii probleemse uimastitarbimise harjumuste kujunemisele eri riikides kui ka lahenduste väljakujundamisele. ELi käsitlevad andmed annavad ülevaate mõnedest üldistest suundumustest uimastitega seotud surmade osas. Pikemas perspektiivis toimus EL-15 riikides ja Norras 1980. aastatel ning 1990. aastate alguses uimastitega seotud surmade arvu järsk tõus, mis oli oletatavasti paralleelne heroini tarbimise ja süstimise ulatusliku levikuga (¹⁶⁷). Uimastitega seotud surmade arv suurenes endiselt aastatel 1990–2000, kuid mitte enam nii järsult.

Alates 2000. aastast on paljud ELi riigid teatanud uimastitega seotud surmajuhtumite arvu vähenemisest, mis

võib olla seotud ravi kättesaadavuse paranemise ja kahjude vähendamise algatuste arvu suurenemisega, kuid oluline võib olla ka võimalik süstimisest loobumise suundumus või heroini kättesaadavuse vähenemine. Euroopa ulatuses vähenes uimastitega seotud surmade arv 6% 2001. aastal, 14% 2002. aastal ja 5% 2003. aastal (joonis 13). Seevastu näitavad 2004. aasta aruanded ja 2005. aasta esialgsed andmed, et uimastitega seotud surmade arvu vähenemine ei ole pärast 2003. aastat jätkunud.

Mõnede riikide uimastitega seotud surmade alastes aruannetes on hakanud ilmnenema murettekitav suundumus. Pärast uimastitega seotud surmade arvu järsku tõusu aastatel 1999–2001 ning sellele kahe või kolme aasta jooksul järgnenud selget langust täheldatakse 2004. ja 2005. aasta andmetes surmajuhtumite arvu suurenemist (¹⁶⁸). See tendents kirjeldab uimastitega seotud surmade üldiseid suundumusi viimaste aastate jooksul liirimaal, Kreekas, Portugalis, Soomes ja Norras ning vähemal määral Madalmaades, Austrias ja Ühendkuningriigis. Itaalias on pärast mitu aastat kestnud uimastitega seotud surmade arvu langust viimasel kahel aastal registreeritud mõningast tõusu (¹⁶⁹). Selle hiljutise tõusu seletuseks on toodud mitu põhjust, sealhulgas mitme uimasti tarbimist opioiditarbijate poolt või heroini kättesaadavuse võimalikku tõusu.

Uimastitega seotud surmajuhtumite suundumused erinevad märkimisväärselt EL-15 liikmesriikides ja alates 2004. aastast ELiga liitunud riikides. EL-15 riikides on alates 1996. aastast ilmnenu üldine langus, mis oli eriti märgatav aastatel 2000–2002, viidates noorte opioidisüstijate arvu vähenemisele pikas perspektiivis. Viimase aja suundumused nimetatud riikides on siiski vastuolulised. Uutes liikmesriikides täheldati kuni aastani 2002 järsku tõusu ning langust aastatel 2003–2004.

Uimastitega seotud surmajuhtumite osakaalu kasvu täheldati alla 30aastaste uimastitarbijate hulgas Kreekas ning alla 25aastaste uimastitarbijate hulgas Eestis, Luksemburgis ja Austrias ning vähemal määral Lätis ja Madalmaades, kuigi enamikus riikidest noorte uimastitarbijate osakaal üleannustamise juhtumite hulgas väheneb (¹⁷⁰).

Uimastitega seotud surmajuhtumite suundumustes on selgeid erinevusi ka sugupoolte vahel (¹⁷¹). Põhjalikuma teabe saamiseks vt 2006. aasta valikteemat soolistest erinevustest uimastite tarvitamisel.

(¹⁶⁷) Vt joonist DRD-8 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁶⁸) Vt tabelleid DRD-2 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁶⁹) Vt joonist DRD-11 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁷⁰) Vt joonist DRD-9 2007. a statistikabülletäänis.

(¹⁷¹) Vt joonist DRD-6 2007. a statistikabülletäänis.

Probleemsete uimastitarbijate üldine suremus

Enamik andmeid probleemsete uimastitarbijate (otseselt või kaudselt) uimastite põhjustatud suremuse kohta puudutab opioidide tarbijaid, samas kui muude uimastite tarbimisega seotud suremuse kohta ei ole tavaliselt piisavalt teavet, ehkki selle tähtsus rahvatervise seisukohalt on kasvamas, näiteks korrapärase, kuid sotsiaalselt integreeritud kokaiinitarbijate osas.

Euroopa erinevates asutustes opioiditarbijate hulgas läbi viidud teadusuuringute tulemused näitavad, et võrreldes üldise elanikkonnaga on kõnealuses rühmas suremus kõrge. Ühe EMCDDA projekti raames alustatud ühisuuringu käigus selgus, et kaheksas kohas Euroopas asuvates ravikeskustes uuringusse värvatud opioidide tarbijate suremus on oma eakaaslastega võrreldes väga kõrge (vt EMCDDA, 2006). Tšehhi Vabariigis uimastitarbijate kogukondades läbi viidud suremusuuring näitas, et stimulantide tarbijate standardiseeritud suremuse suhtarv oli 4–6 korda kõrgem ning opioidide tarbijate suremuse suhtarv 9–12 korda kõrgem kui elanikkonna üldine suremus (Reitoxi riikide aruanded, 2005). Prantsusmaal uimastitarbijate kogukondades läbi viidud uuring, mille käigus jälgiti heroini, kokaiini või crack'i tarbimise tõttu vahistatud inimesi, näitas, et meeste puhul oli suremus viis korda kõrgem ja naiste puhul 9,5 korda kõrgem kui elanikkonna üldine suremus, ent suundumus oli vähenemas (Reitoxi riikide aruanded, 2005). Edasist teavet uimastitarbijate suremusest on oodata mitmes Euroopa riigis (Bulgaaria, Hispaania, Malta, Austria, Poola, Rumeenia, Rootsi, Ühendkuningriik, Norra) uimastitarbijate kogukondades praegu läbi viidavatest uuringutest.

Hiljutiste uuringutega Madalmaades ja Norras ei leitud seost vanuse ja üleannustamise tõttu suremise riski vahel (Cruts *et al.*, ilumas; Ødegård *et al.*, 2006, tsiteeritud Norra riiklikus aruandes), kuid opioiditarbijate vananedes võib suremus krooniliste haiguste tagajärjel järk-järgult lisanduda surmapõhjustele, mis on tingitud välistest teguritest, nagu enesetapud ja vägivald. Uimastitarbijate halvad elutingimused ning vaimse tervise probleemid võivad samuti märgatavalt suurendada kõrget suremust selles elanikkonnarühmas.

Mõnes uimastitarbijate seas läbi viidud uuringus määratletakse uimastite üleannustamisega seotud surmade põhjuseks ka enesetappu. Teadaolevad enesetapud koos teadmata kavatsusega surmadega moodustasid 2005. aastal Šotimaal 30% kõikidest uimastitega seotud surmadest. Aastal 2003 moodustasid enesetapud 13% kõikidest uimastitega seotud surmadest (Scottish Executive, 2005). Ainete kuritarvitamise probleeme peetakse enesetapule kalduvale käitumisele mitmel viisil kaasaaitavaks teguriks: tavaliste

Kaasnev haigestumus ja projekt ISADORA

Probleemse uimastitarbimisega on tihti seotud psühhiaatrilised häired. Kuigi kaasneva haigestumuse kohta ei koguta Euroopa tasandil süstemaatiliselt teavet, annavad mitmes Euroopa riigis läbi viidud kohalike uuringute järeldused põhjust arvata, et 30–90%-l uimastiravi patsientidest võib olla samaaegselt psühhiaatrilisi häireid. Kõige tavalisemad uimastisõltlastel diagnoositud häired on isiksusehäired, depressioon, antisotsiaalsed isiksusehäired, ärevus-, meeleolu- ja söömishäired. Nimetatakse ka skisofreeniat ja enesetapukalduvust. Kaasnev haigestumus on aruannete järgi levinum heroinitarbijate hulgas, eriti pikaajaliste uimastitarbijate seas ja nende hulgas, kes on metadooni asendusravi mitu korda katkestanud ning kelle sotsiaalne seisund ja elamistingimused on alla käinud. Sarnaselt on uimastisõltuvus levinud tõsise vaimuhaiguse all kannatavate inimeste hulgas.

Pärast kolm aastat kestnud uuringuid viidi 2005. aastal lõpule Euroopa projekt ISADORA (*integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addictio* – topeltdiagnoosile ja optimaalsele sõltuvusest paranemisele suunatud integreeritud teenused)(¹). Projekti eesmärgiks oli põhiliste institutsionaalsete ja individuaalsete riskitegurite tuvastamine ning see hõlmas seitset üksust üle Euroopa ning 352 patsienti psühhiaatrilise aktiivravi saajate seast. Tulemuste järgi ei tulene halval tasemel prognoosid ja ebaühtlased topeltdiagnoosimise viisid mitte ainult klientide tunnustest, vaid ka ebaühtlaselt osutatud teenustest, mille tagajärg on tihti ravi ebatõhus killustatus. ISADORA raames anti muu hulgas välja ka põhjalik topeltdiagnoosialase koolitamise käsiraamat.

(¹) <http://isadora.advsh.net/>

riskitegurite puhul ohutab ainete kuritarvitamine kalduvust kõrge riskiga käitumisele.

Uimastitega seotud surmade vähendamine

Tunnustades uimastite üleannustamist suhteliselt olulise rahvatervise küsimusena, on üleannustamise ennetusmeetmetele hakatud pöörama rohkem tähelepanu. Kuigi ravi alustamine ja muud teenused võivad uimastitega seotud surmade arvu vähendada, on endiselt märkimisväärne arenguruum konkreetsetelt üleannustamise riskidele suunatud sekkumismetmete väljatöötamiseks ning Euroopas puudub ikka veel kõikehõlmav lähenemine ennetustööle üleannustamise vallas.

Liikmesriigid, eriti need, kus heroini epideemiad on kauem kestnud, on viimaste aastate jooksul üha rohkem suurendanud

uimastiravi kättesaadavust ning jõudmas nüüd üha kasvava arvu raskesti kättesaadavate probleemsete uimastitarbijateni (vt ka 2. ja 6. peatükki). Kergemini kättesaadav ravi ja suurem valik erinevaid lähenemisi, sealhulgas asendusravi, parandab ravil püsimise määra, mis aitab oluliselt kaasa uimastitega seotud surmade ja suremuse vähendamisele. Mitu riiki on uimastiasendusravi kättesaadavuse läve alandanud ning toimunud on ilmsed mõtteviisi muutused metadooni asendusravile pääsemise ja uuesti vastuvõtmise osas (meetmed, mis on näidanud ellujäämise määra suurenemist). Lisaks sellele näitavad kõrge läve programmide uuringud, et karmid ravilevõtu kriteeriumid ja ravireeglid toovad kaasa rohkem distsiplinaarseid ravilt väljaheitmisi, suurendades väljaheidetute suremise riski võrreldes ravile jäänutega (Fugelstad *et al.*, 2007). Praegu on Itaalias käimas pikaajaline uuring heroinisõltuvuse ravi mõjususe kohta, milles uuritakse seost ravil püsimise ja suremuse vahel (Bargagli *et al.*, 2006).

Esimese paari nädala jooksul pärast vanglast või ravilt vabanemist on opioididest võõrutatud patsientidel, kui nad hakkavad uuesti uimasteid kasutama, kõrgendatud üleannustamise risk, kuna nende endine taluvus on vähenenud. Seega on kahjude vähendamise meetmena oluline teavitada kõnealustest asutustest lahkujaid riskidest, mida uimastite tarbimisega uuesti alustamine võib põhjustada, ning arutada nendega riskide vähendamise strateegiaid. Hoolduse jätkumisel sotsiaaltoetuse ja raviteenuste kaudu võib siin eriti vanglast vabanejate puhul olla oluline roll.

Muude üleannustamise ennetusmeetmete hulgas on uimastitarbijatele esmaabi saamise kohtadest teavitamine ja hädaolukordadele parema reageerimise õpetamine; samuti töö politsei, kiirabiteenistuse ja uimastitarbijate endiga, et innustada kiirabi väljakutsumist üleannustamise varases järgus. Uurimused näitavad, et muude uimastite, eriti alkoholi ja rahustite koostarvitamine võib suurendada surmaga lõppevat opioidide üleannustamist ning seega on mitme uimasti koos tarbimine oluline teema, millega asjaomastel teenistustel tuleb tegeleda. Mõnes eksperimentaalses töös on uuritud võimalust anda opioiditarbijatele opioidide antagonistide: selle üks näide on Šoti katseprojekt, mille käigus jaotati uimastitarbijatele, nende perekondadele ja sõpradele naloksooni. Seni ei ole seda lähenemist Euroopas laialdaselt välja arendatud, kuid sellel võib olla potentsiaali.

Levinum, kuigi mitte üldlevinud lähenemine on opioidide antagonistide kättesaadavaks tegemine kiirabis, raviuasutustes või muudes kohtades, kus võib tekkida kokkupuude uimastite üleannustamisega. Arvestades kõnealuste ainete mõjusust kiire manustamise korral, on olemas selge vajadus vaadata uuesti üle sedalaadi lahenduse kättesaadavaks tegemise võimalused mis tahes üleannustamise ennetusmeetmete ülevaatuse raames.

Teatavaid vastuolusid tekitanud meede on narkootikumitubade teenus, kus uimastitarbijad saavad tarbida uimasteid kindlaksmääratud ruumides, kus võivad olla kättesaadavad ka meditsiini- ja muud teenused. Narkootikumitubasid kritiseeris Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu oma viimastes aastaaruannetes, kuid mitu ELi liikmesriiki peab neid mõne väga probleemse uimastitarbimise vormi suhtes võetavate meetmete tõhusaks osaks. Narkootikumitubade kaitseks esitatud argumentide hulgas nimetatakse, et need võivad pakkuda abinõud üleannustamise ennetamiseks, vähendada muid süstimisega seotud riske, annavad võimaluse teabe levitamiseks ning võivad juhtida esmaste tervishoiu-, ravi- või muude uimastitega seotud teenusteni. Narkootikumitubasid nähakse vahel ka kui võimalust piirata avalikku häirimist, mida põhjustab uimastite tarbimine. Praegu on ELis ja Norras rohkem kui 70 narkootikumituba: umbes 40 Madalmaades, 25 Saksamaal, kuus Hispaanias ja üks nii Luksemburgis kui ka Norras.

Kõikjal Euroopas kasutatakse algatustes, mille eesmärk on vähendada uimastitega seotud surmade arvu, info-, haridus- ja suhtlemisprogramme. Mitmes riigis jaotatakse uimastitarbijatele, nende kaaslastele ja perekondadele või politseile spetsiaalselt välja töötanud teabematerjale. Lisaks uimastikeskuste töötajatele või uimastitarbijatele endile mõeldud esmaabikursustele tundub üleannustamise riski hindamine ja riskijuhtimisalane nõustamine Euroopas enam levivat, seda nimetavad oma aruannetes näiteks Rumeenia, Madalmaad ja Malta. Aastal 2005 algatas Šotimaa tegevuskava uimastitega seotud surmade vähendamiseks. Selle alla kuulub üleannustamisalase teadlikkuse tõstmiseks mõeldud DVD, uued uuringud abi kutsumise aegade kohta ja üleriigiline foorum, et uurida suundumusi ja selgitada välja valdkonnad, kus on vaja edasi tegutseda.



- Aveyard, P., Markham, W. A., Lancashire, E. *et al.* (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils”, *Social science and medicine* 58, lk 1767–1780.
- Bargagli, A. M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. *et al.* (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population”, *Substance use misuse* 41, lk 1861–1879.
- Binnie, I., Kinver, A., Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation”, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C. H., Berndt, D., Brinales, J. *et al.* (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science”, *Addictive behaviours* 25, lk 955–964.
- Bühler, A., Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs”, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T., Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D. D., Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth”, *Journal of abnormal child psychology* 33, lk 363–374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Viin.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Viin.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P., Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (ilmumas), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004”, *The DASIS Report*, nr 27.
- Dishion, T. J., Dodge, K. A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change”, *Journal of abnormal child psychology* 33, lk 395–400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic”, Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in the Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in the Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No. 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion”, viitedokument emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs”, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union”, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Euroopa Komisjon, Luxembourg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005” (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. R. F. et al. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination”, *Prevention science* 6, lk 151–175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M., Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings”, *Addiction* 102, lk 406–412.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use”, Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake”, National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Genf.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns”, Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy”, *Drugs: education, prevention and policy* 13, lk 389–391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lissabon (avaldamata).
- Kouvonen, P., Skretting, A., Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E., Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors”, *Drug and alcohol dependence* 84, lk 167–174.
- Lohrmann, D. K., Alter, R. J., Greene, R., Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use”, *Journal of drug education* 35, lk 233–253.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues” (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G. M., Hart, H., van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation”, *Journal of advanced nursing* 57, lk 422–431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season”, report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al. (2006), ‘Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction’, *Journal of substance abuse treatment* 31, lk 203–211.
- Mateu, G., Astals, M., Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento”, Miranda, J. J. F., Melich, M. T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, lk 111–121.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A., Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom”, *Addiction* 100, lk 1140–1149.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D. ja Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners’ briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

Parkin, S., McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches”, *Drugs: education, prevention and policy* 7, lk 293–310.

Reitox riikide aruanded (2006)

(<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures”, *Addiction*, 101, lk 315–322.

Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights”, *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, lk 117–124.

SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) ja (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Schifano, F. et al. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002”, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, lk 343–348.

Schifano, P., Bargagli, A. M., Belleudi, V. et al. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement”, *European addiction research* 12, lk 121–127.

Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study”, *Addictive behaviours* 29, lk 743–752.

Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.

Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.

Sonntag, D., Bauer, C., Hellwich, W. K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen”, *Sucht* 52, lk S7–43.

Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project”, *Addiction* 101, lk 813–823.

Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales”, *British journal of general practice* 55, lk 444–451.

Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J., Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, avaldamata ettekanne, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Ühendkuningriik.

UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC ja Maroko valitsus (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services”, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.

WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006”, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).

WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities”, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).

Wikström, M., Holmgren, P. ja Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden”, *Journal of analytical toxicology* 28, lk 67–70.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

2007. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2007 – 91 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-290-4

ELi trükiste tellimine

Väljaannete talituse trükiseid saab tellida veebipõhisest raamatupoest EU Bookshop
<http://bookshop.europa.eu>. Trükised väljastatakse Teie valitud müügiesindusest.

Kõikide müügiesinduste nimekirja tellimiseks saatke kiri faksinumbril (+352) 2929 42758.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kohta

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on üks Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutusi. Asutus on rajatud 1993. aastal ja asub Lissabonis ning on keskseks igakülgse teabe allikaks uimastite ja uimastisõltuvuse kohta.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus kogub, analüüsib ja avaldab uimastite ja uimastisõltuvuse alast objektiivset, usaldusväärset ja võrreldavat teavet. Sellega annab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus avalikkusele tõenditel põhineva pildi narkoprobleemist Euroopas.

Keskuse trükised on esmaseks teabeallikaks mitmekesisele huviliste ringile, kaasa arvatud poliitikutele ja nende nõustajatele, uimastivastase võitluse valdkonnas töötavate spetsialistidele ja teadlastele ning üldisemalt kogu meediale ja avalikkusele.

Aastaruandes esitatakse Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse iga-aastane ülevaade narkomaania kui nähtuse kohta Euroopa Liidus ning see on heaks käsiraamatuks neile, kes otsivad uusimat teavet uimastiprobleemist Euroopas.

