



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

2008. AASTA ARUANNE



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

2008.
AASTA ARUANNE

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

(*) Teatud juhtudel ei võimalda mobiilsideoperaatorid helistamist 00 800 numbritele või on need kõned tasulised.

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

Kataloogimisandmed on esitatud käesoleva väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2008

ISBN 978-92-9168-326-0

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2008

Reprodutseerimine on lubatud, kui viidatakse algallikale.

Printed in Luxembourg

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



**Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus**

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel: (+351) 218 11 30 00 • Faks: (+351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	9
Ülevaade: Narkootikumid Euroopas – uued väljavaated ja mõned minevikufaktid	11
1. peatük. Poliitika ja õigusnormid	
Arengud rahvusvahelises ja ELi poliitikas • Riiklikud strateegiad • Riiklikud kulutused • Riiklikud õigusaktid • Kuritegevus • Riikide teadusuuringud	18
2. peatük. Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas	
Ennetamine • Ravi • Kahjude vähendamine • Ühiskonda taasintegreerimine • Tervishoiualane ja sotsiaaltegevus vanglas	28
3. peatük. Kanep	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Ravi	36
4. peatük. Amfetamiinid, ecstasy ja LSD	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Meelelahutusasutused • Ravivõimalused	47
5. peatük. Kokaiin ja crack-kokaiin	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Ravi ja kahjude vähendamine	58
6. peatük. Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine	
Heroiini pakkumine ja kättesaadavus • Probleemse opioiditarbimise levimus • Narkootikumide süstimine • Probleemse opioiditarbimise ravi	68
7. peatük. Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad	
Nakkushaigused • Nakkushaiguste ennetamine • Surmad ja suremus • Surmade vähendamine	78
8. peatük. Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused	
ELi meetmed uute psühhoaktiivsete ainete suhtes • Veebipoed • GHB ja GBL	90
Kirjandus	95



Eessõna

Meil on hea meel esitleda Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 13. aastaaruannet. Aruanne valmis tänu meie Reitoxi riikide teabekeskuste võrgustiku partnerite ning analüüsi koostamise panuse andnud Euroopa ekspertide raskele tööle ja pühendumusele. Samuti võlgname tänu narkootikumide valdkonnaga tegelevatele ELi asutustele ja rahvusvahelistele organisatsioonidele. Käesolev aruanne on kollektiivse töö tulemus ning me täname kõiki, kes on selle valmimisele kaasa aidanud. See töö põhineb põhimõttel, et uimastilukorra kaine analüüs on teadliku, produktiivse ja mõistliku arutelu eeltingimus. Selle kaudu rajatakse arvamused faktidele ning isikud, kes peavad tegema keerulisi poliitilisi valikuid, mõistavad selgelt olemasolevate võimaluste plusse ja miinuseid.

Sel aastal on narkopoliitikas olnud erakordselt kiire aeg ning EMCDDA-l on olnud au osutada kaasabi nii praeguse ELi narkootikumidealase tegevuskava lõplikul hindamisel kui ka ÜRO Peaassamblee 1998. aastal peetud maailma narkoprobleeme käsitleval eristungjärgul vastuvõetud materjalide läbivaatamisel. On hea meel märkida, et rahvusvaheliste standardite osas paistab Euroopa maailmas silma kõige enam arenenud seiresuutlikkusega. Oleme aga teadlikud ka oma praeguste teabeallikate piiratusest ning töötame partneritega pidevalt selle nimel, et olemasolevate andmete kvaliteeti ja asjakohasust parandada.

Üks narkopoliitika arutelu küsimusi on Euroopa narkoprobleemidega seotud kulud – nii varjatud kui ka nähtavad. Seda küsimust on käsitletud aruande mitmes osas. EMCDDA on teinud tööd selle nimel, et aidata paremini mõista narkootikumide tarbimisega seotud kulutusi ELi liikmesriikides. See töö on alles lapsekingades ning tuletatud hinnangud on pigem ligikaudsed kui täpsed. Ometi osutavad need märkimisväärsed kulutused, mis esialgsete näitajate põhjal ulatuvad 28 miljardist eurost 40 miljardi euron. Keerulisem on väljendada narkootikumide tarbimisest tingitud majanduslikku kahju. Kuidas mõõta kulusid, mis on seotud narkootikumide tõttu traagiliselt kaotatud eludega Euroopas, negatiivset mõju ühiskonnale, kus narkootikume toodetakse või müüakse, või mil viisil pidurdab narkootikumidega kaubitsemine ühiskonna arengut ja poliitilist stabiilsust riigis, kus narkootikume toodetakse või mille kaudu toimub nende transiit?

Piisab sellest, kui mõelda muret tekitavatele arengutele, mis on tingitud kokaiini transiidist Lääne-Aafrika kaudu, saamaks aimu kahjust, mida see probleem endaga kaasa võib tuua.

Positiivse küljena võib märkida, et narkootikumide tarbimine Euroopas näib olevat stabiliseerunud ning edusamme võib täheldada viisis, kuidas ELi liikmesriigid seda probleemi käsitlevad. Meie üldine hinnang on, et enamiku narkotarbimise vormide osas ei ole märgata kasvu ning et mõne vormi puhul näib tarbimine langevat. Vastumeetmete osas on peaaegu kõigis liikmesriikides näha strateegilist lähenemist ning Euroopa tasandil võib märgata suuremat ühtekuuluvust. Pidevalt paraneb ravi kättesaadavus ning mõnes riigis on see jõudnud tasemele, kus enamik heroiniitarbijaid, keda kunagi peeti varjatud elanikkonnarühmaks, saab nüüd üht või teist tüüpi terviseteenust. Mõni aasta tagasi oli narkopoliitika arutelude keskseks mureks HIVi nakatumine süstijate seas. Sellest alates kujunes Euroopas normiks pragmaatiline koostöö ennetustegevusest, ravist ja kahjude vähendamise meetmetest ning tänu sellele on narkotarbimisega seotud uute nakkuste määr langenud ja langeb edaspidigi.

Headest uudistest ei saa pilkupüüdvaid pealkirju ning seetõttu võivad need märkamata jääda. Ometi on oluline tunnustada tehtud edusamme. Üha enam on Euroopas hakatud aru saama, millised meetmed võivad võitluses narkoprobleemidega tõhusateks osutada. Kui mõistame, et meie oma tegevusega võime olukorda muuta, on ka investeeringud ja poliitiline toetus tagatud. See aga ei tähenda, et käesolevas aruandes ei tõstetaks esile paljusid Euroopa Liidu jaoks probleemseid valdkondi. Näiteks võib tuua kokaiinitarbimise jätkuva suurenemise ning riikide märgatavad erinevused probleemidega inimestele pakutavate asjakohaste teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi osas. Seetõttu tuleb tõdeda, et kuigi edusamme on tehtud, ei ole teekond kaugeltki veel lõppenud. Ometi on nüüdses Euroopas saavutatud tugevam üksmeel selles, millises suunas peaksime liikuma.

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 tööühma – 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 sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN) ning AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskust (EuroHIV);
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitust.

Reitoxi riikide teabekeskused

Reitox 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/about/partners/reitox-network>



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 2006. 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.

EMCDDA-le teatatud narkootikumide jaehinnad on hinnad uimastitarbija jaoks. Enamiku riikide aruanded uimastite puhtuse ja kanguse kohta põhinevad kõikide konfiskeeritud narkootikumide valimil ning üldiselt ei ole võimalik esitatud andmeid seostada uimastituru kindla tasandiga. Kõik puhtuse või kanguse ja jaehindade analüüsid põhinevad tüüpilistel (modaalsetel) väärtustel või nende puudumise korral keskmistel (mediaan)väärtustel.

Üldistel rahvastiku-uuringutel põhinevates narkootikumide levimuse aruannetes on enamasti arvestatud rahvastikku vanuses 15–64 aastat. Muid ülemisi või alumisi vanusepiire kasutavad riigid on järgmised: Bulgaaria (18–60), Tšehhi Vabariik (18), Taani (16), Saksamaa (18), Ungari (18–59), Malta (18), Rootsi (16) ja Ühendkuningriik (16–59).

Aruannetes ravinõudluse kohta tähendab termin „uued kliendid/patsiendid“ esmakordselt elus ravile pöördujaid ja „kõik kliendid/patsiendid“ kõiki ravile pöördujaid. Kõnealuse aasta alguses juba ravil olevaid kliente andmed ei kajasta. Kui esitatakse ravinõudluse osakaal esmase uimasti kohta, on nimetajaks juhtude arv, mille puhul esmane uimasti on teada.

Suundumuste analüüs põhineb ainult nendel riikidel, mis esitasid piisavalt andmeid kõnealuse perioodi jooksul toimunud muutuste kirjeldamiseks. Uimastituru suundumuste analüüsis võivad 2005. aasta näitajad asendada puuduvaid 2006. aasta väärtusi, muude suundumuste analüüsis võivad puuduvad andmed olla interpoleeritud. Hinnasuundumusi on kohandatud vastavalt riigi inflatsioonitasemele.

Narkoseaduste rikkumiste puhul võib mõiste „raport“ eri riikides olla eri tähendusega.

Lisateave andmete ja analüüsimeetodite kohta on saadaval 2008. aasta statistikabülletäänis.

Aastaaruanne 23 keeles allalaadimiseks on kättesaadav aadressil <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

2008. aasta statistikabülletään (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) sisaldab kõiki statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabelleid. Bülletäänis on esitatud ka kasutatud meetoodika üksikasjad ja üle saja statistikagraafiku.

Riikide ülevaated (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) sisaldavad iga riigi kohta kokkuvõtet uimastialasest olukorrast.

Reitoxi riikide teabekeskuste aruanded sisaldavad põhjalikku ülevaadet ja analüüsi uimastiprobleemidest igas riigis ning need aruanded on kättesaadavad EMCDDA koduleheküljel (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Ülevaade

Narkootikumid Euroopas – uued väljavaated ja mõned minevikufaktid

Tugev Euroopa häääl olulisel järelemõtlemise ja poliitikakujundamise aastal

2008. aastal on Euroopas hinnatud 2005.–2008. aasta narkootikumidealast tegevuskava ja samaaegselt koostatud uut kava, et viia ELi narkostrategiat edasi selle teisel perioodil (2009–2012). Samal ajal muudab või vaatab 13 liikmesriiki läbi oma riiklikke narkootikumidealaseid strateegiaid või tegevuskavasid. Rahvusvaheliselt vaadatakse käesoleval aastal pärast kümnet aastat läbi ka ÜRO Peaassamblee 20. eristungjärgul vastu võetud deklaratsioonid ja tegevuskavad. See tähendab, et 2008 on enneolematu aasta, mil Euroopas ja kogu maailmas vaadeldakse narkopoliitika seniseid arenguid ning kaalutakse, millises suunas peaks tulevikus liikuma.

Liikmesriikide narkostrategiate vastuvõtmise viisis ja nende panuses ülemaailmsesse narkoalasesse arutellu võib näha kasvavat Euroopa üksmeelt. Kõigil, välja arvatud ühel ELi liikmesriigil, on nüüd kehtestatud riiklik narkopoliitika dokument ja umbes pooled neist struktureerivad oma riiklikud poliitikadokumendid sarnaselt ELi tegevuskavaga, mis näitab, et narkoprobleemide lahendamise küsimuses koonduvad Euroopa poliitikad üha enam. Komisjoni toetusel on ELi liikmesriigid ÜRO Peaassamblee eristungjärgu tulemuste läbivaatamisega kaasnenud aruteludel esinenud aina ühtsema ELi positsiooniga. Euroopa on aruteludes rõhutanud vajadust põhjaliku, tasakaaluka ja tõenditel põhineva poliitika ja meetmete järele ning ülemaailmse narkoprobleemi parema seire väärtust ÜRO Peaassamblee eristungjärgu järgsel ajal.

Narkootikumide tarbimise ja kriminaalkaristuste kohaldamise mitmekesine pilt

Viimastel aastatel on EMCDDA teatanud Euroopa riikide suundumusest eristada oma narkoseadustes selgemalt narkootikumide kaubitsejaid ja müüjaid ning tarbijaid. See eristamine on kajastunud asjaolus, et mõnes riigis on karistusi narkootikumide tarbimise eest vähendatud, kuigi teised riigid on karistuste vähendamisest keeldunud või neid isegi karmistanud. Tegelikult on pakkuja ja tarbija eristamine tihti keerukas ning liikmesriikides on joon nende kahe kategooria vahele tõmmatud väga erinevalt.

Arvamust, et Euroopa riigid määravad narkootikumide tarbimise eest kriminaalkaristusi harvem, kättesaadavad andmed ei kinnita. Viimase viie aasta jooksul on

narkoseaduste rikkumiste arv Euroopas kasvanud. Enamik teatatud narkoseaduste rikkumistest on seotud pigem tarbimise ja tarbimiseks omamisega kui pakkumisega ning samal ajal kui pakkumisega seotud rikkumised on suurenenud 12%, on omamisega seotud rikkumiste arv tõusnud enam kui 50%. Narkoseaduste rikkumistega seostatakse kõige enam endiselt kanepit.

Narkootikumide tarbimisega seotud rikkumiste arvu kasvu põhjused ei ole selged ja see võib olla seotud isegi võimalusega, et mõnes riigis on omamise eest süüdimõistmine administratiivselt lihtsamaks muutunud. Samas ei toeta aga andmed arvamust, et narkootikumide ja eriti kanepi tarbijate jaoks on narkokuritegudes süüdistamise tõenäosus viimastel aastatel vähenenud. Peale selle ei ole selge, millises ulatuses on narkootikumide omamise eest kohaldatavad karistused muutunud – EMCDDA uurib seda küsimust ühes järgmise aasta valikteemas.

Uues uuringus vaadeldakse noorte suhtumist narkootikumide tarbimisse

Hiljutises Eurobaromeetri uuringus vaadeldi noorte inimeste suhtumist narkootikumidesse ja leiti, et see on võrdlemisi sarnane. Üldiselt hindas narkootikumide, näiteks heroini, kokaiini ja ecstasy tarbimisega seotud riske kõrgeks 81–96% küsitletutest. Suurem osa vastajaist (95%) arvas, et neid narkootikume peaks Euroopas jätkuvalt kontrollima. Arvamused kanepi kohta lahknesid aga enam – 40% uskus, et selle narkootikumi tarbimisega on seotud kõrge risk, aga peaaegu sama palju (43%) arvas, et kanepitarbimisel on keskmine terviserisk, mis on üldiselt sarnane tubakasuitsetamise riskiga. Kanepitarbimisega seotud terviseriskide tajumine kajastus kanepikeelu säilitamise madalamas toetuses (67%) ja märkimisväärse vähemuse arvamuses (31%), mille kohaselt peaks kanepit reguleerima sarnaselt alkoholi- ja tubakatoodetega.

Narkootikumide tarbimise ennetamisel tõendibaas kasvab, aga tavad muutuvad aeglaselt

Hoolimata peaaegu üldisest toetusest narkoennetusele on selle valdkonna ametlikud hindamised metodoloogiliselt keerukad ja seni on sekkumiste tõhusust näitavaid tõendeid selles valdkonnas olnud vähe. Olukord on aga muutumas, sest narkoennetuse teaduslik alus laieneb jätkuvalt ja korraldatakse üha põhjalikumaid uuringuid.

Olgugi et järeldusi peab endiselt tihti tegema USA uuringute tulemuste põhjal, mille asjakohasus võib Euroopa kontekstis kaheldav olla, kasvab käesoleval ajal ka Euroopa tööde hulk. Praegu kättesaadav teave võimaldab paremini mõista, millised tegevused tõenäoliselt edu saavutavad ja kuidas keskenduda kõige ebasoodsamas olukorras olevatele inimestele. Uued andmed viitavad aga ometi sellele, et paljudes riikides on ülekaalus nõrga tõendibaasiga lähenemised, sealhulgas vahel isegi edasiminekut takistavad meetmed. Poliitikutele võib probleemiks olla see, et programmid, mis on teadaolevalt tulemuslikud, nõuavad tihti suuremate vahendite investeerimist ning koolitusele ja kvaliteedikontrollile tähelepanu pööramist.

Selleks et toetada teadmiste edasiandmist ja parimat tava narkootikumide valdkonnas, käivitas EMCDDA 2008. aastal parima tava veebiportaali. Portaal, mis sisaldab ka ennetusmoodulit, antakse ülevaade uuematest programmide tõhususe tõenditest, aga ka vahenditest ja standarditest, mille eesmärk on parandada sekkumiste kvaliteeti. Esitatakse ka näiteid üle kogu Euroopa hinnatud tavadest.

Narkoravi suurem rõhuasetus tulemustele ja klientide vajadustele

Sõltuvusravi saavate narkotarbijate arv on viimastel aastatel märkimisväärselt kasvanud ja paljudes riikides on oluline osa probleemsetest opioiditarbijatest nüüd pikaajalisel asendusravi. Selle suundumuse taustal on laiendatud olemasolevaid ravivõimalusi ning keskendutud rohkem ravi kvaliteedile ja tulemusele võrreldes ravi alustamise kui peamise poliitilise probleemiga. Arutelu käigus on eelkõige liigutud küsimusele, mis on asendusravi realistlikud pikaajalised eesmärgid ja kui suurel määral saavad ravikliendid uuesti ühiskonda integreeruda ning normaalset elu elama hakata. Tööleasumine on üks ühiskonda taasintegreerimise saavutamise põhielemente ja sellel on olnud kõrge prognoosiväärtus. Samas on tööturule tihti keeruline siseneda, arvestades kehvi oskusi ja madalat haridustaset, mis iseloomustavad paljusid Euroopas asendusravi saavaid vananevaid kroonilisi narkotarbijaid. Üksmeele saavutamine selles, mis on pikaajaliste narkoprobleemidega inimeste jaoks tõhusad tulemused ja millisel määral võib selle rühma liikmeid edukalt ühiskonda taasintegreerida, on Euroopa narkoraviteenuste pakkujate jaoks muutumas aina olulisemaks.

Kuigi narkoravi pakkumine laieneb Euroopas endiselt, erineb riikides ikka märkimisväärselt hooldusteenuste kättesaadavus või eri tüüpi narkoprobleemide lahendamise

ulatus. Peale selle tunnistatakse laialdaselt vanglates narkoravi pakkumise väärtust, aga investeringuid kõnealuse valdkonna teenustesse, mis on enamikus riikides vähearenenud, ei suunata. Euroopa narkoraviasutuste jaoks on oluliseks probleemiks vajadus töötada välja ravimudelid, mis on kohandatud narkotarbijate heterogeense rühma vajadustele. Üldisel taustal, kus tõendid ei osuta kindlale parimale lähenemisele, töötab osa Euroopa riike välja uusi huvitavaid meetodeid kanepi- või kokaiinitarbijate raviks. Komplekssed probleemid, mis tulenevad mitme aine, sealhulgas alkoholi tarbimise eri harjumustest, muudavad teenuste arendamise keeruliseks. Seetõttu on tõenäoline, et kui Euroopa narkoravi teenuste pakkujad soovivad vastata oma klientide üha mitmekesisematele vajadustele, peavad nad tulevikus töötama välja aina mitmekesisemaid lahendusi.

Tugevamad signaalid kanepi populaarsuse vähenemise kohta

Koolides ja täiskasvanute seas tehtud uuringute hiljutised andmed viitavad sellele, et üldine kanepitarbimine on stabiliseerunud või väheneb mõnes riigis. Riikide eri suundumused on aga ikkagi ilmsed ja erinevused riikide vahel märgatavad. See kajastub keskpikkades suundumustes, mida on mõjutanud tarbimise kasv väiksema levimusega riikides, stabiilne olukord paljudes teistes riikides ja vähenemine, mida on märgatud mõnes kõrge levimusega riigis.

Levimuse langus on kõige nähtavam nooremate vanuserühmade hulgas. Viimase kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) andmed näitavad narkotarbimise stabiilset või langustendentsi enamiku riikide 15-aastaste kooliõpilaste hulgas ajavahemikus 2001–2006 ning aruannete järgi võib seda pilti kinnitada Euroopa koolide alkoholi ja narkootikumide tarbimise küsitlusuuringu viimane etapp (European School Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), mille andmed avaldatakse 2008. aasta lõpus. Kanepitarbimise kõrge taseme poolest silma paistnud Ühendkuningriigis on nüüd näha kindlat langustrendi ja see on kõige märgatavam 16–24-aastaste vanuserühmas. Põhjused, miks kanepitarbimise populaarsus võib olla noorte hulgas vähenenud, ei ole väga põhjalikult dokumenteeritud, kuigi need võivad olla seotud võimalike muutustega kõnealuse narkootikumi tarbimisega seotud riskide tajumises. Mõni kommenteerija on arvanud, et kanepitarbimise populaarsuse vähenemist võib seostada muutuva suhtumisega tubakasuitsetamisega. Kanepit suitsetatakse Euroopas tihti koos tubakaga ja narkoennetusprogrammid käsitlevad ebaseaduslike ja seaduslike ainete kasutamise tervisemõjusid üha rohkem koos.

Hoolimata hiljutistest suundumustest on kanepitarbimise tase Euroopas varasemaga võrreldes ikka veel kõrge ja paljudes riikides on märkimisväärne hulk regulaarseid ja intensiivseid tarbijaid, enamasti noored mehed. Suundumused regulaarsete ja intensiivsete kanepitarbijate arvus ei pruugi olla seotud tarbimise levimusega kogu elanikkonna hulgas ja nendele tarbimisharjumustele ning seonduvatele probleemidele peab pöörama rohkem tähelepanu.

Sisemaisest kanepitootmisest palju ei teata

Kanepivaik on paljudes ELi liikmesriikides olnud domineeriv toode ja Lääne-Euroopa on endiselt selle narkootikumiliigi suurimaid tarbijaid maailmas. Samas on kanepiürdi enamjaolt avastamata sisemine tootmine Euroopas kasvanud. Enamik riike teatab nüüd kohalikust tootmisest, mis võib ulatuda mõnest isiklikuks tarbeks kasvatatavast taimest suurte ärieesmärkidel peetavate istandusteni.

Sisemaise kanepiüritoodangu ulatus ja suhteline turuosa ei ole endiselt teada ning seetõttu korraldab EMCDDA uuringu Euroopa kanepituru kaardistamiseks. Arutelu kasvava kanepituru mõjude üle kogub samuti hoogu. Muret on avaldatud kanepitootmispaikade negatiivse mõju üle kohalikule kogukonnale suurenenud kuritegevuse tõttu ja selle üle, et kodumaal toodetud kanep on tavaliselt väga kange. Kohalik tootmine on probleem ka õiguskaitseorganite jaoks, sest tootmispaigad asuvad tarbijale lähedal, neid on suhteliselt lihtne varjata ja narkootikume ei ole vaja üle riigipiiride vedada.

Kasvav kokaiinitarbimine Euroopa killustatud stimulantide turul

Stimulandid mängivad olulist rolli nii Euroopa probleemsete narkotarbijate kroonilises ja marginaliseerunud rühmas kui ka ühiskonnas paremini integreerunud noorte inimeste hulgas, kes kasutavad narkootikume pigem meelelahutuseks. Stimulantide tarbimisharjumused on Euroopas aga erinevad – praegu on kokaiin kõige sagedamini tarbitav stimulant paljudes Lõuna- ja Lääne-Euroopa riikides ning selle kasutamine kasvab. Vastupidiselt kokaiinile viitavad amfetamiini ja ecstasy tarbimise näitajad üldiselt stabiilsele või vähenevale levimusele. Sellest hoolimata kasutatakse amfetamiine stimulantidest jätkuvalt kõige rohkem enamikus Kesk-, Põhja- ja Ida-Euroopa riikides, kus nad moodustavad mõnel juhul olulise osa üldisest narkoprobleemist. Metamfetamiini tarbitakse väljaspool Tšehhi Vabariiki ja Slovakkiaat vähe, kuigi selle narkootikumi kättesaadavusest ja tarbimisest teatavad aeg-ajalt ka teised riigid.

Lühiülevaade – uimastitarbimise hinnangud Euroopas

Kõnealused hinnangud põhinevad täiskasvanud elanikkonnal (15–64aastased) ja kõige uuematel olemasolevatel andmetel. Täieliku andmekogu ja metoodikaalase teabe jaoks vt asjaomast statistikabülletäni.

Kanep

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 71 miljonit (22% Euroopa täiskasvanutest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: umbes 23 miljonit Euroopa täiskasvanut ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase kuu jooksul: enam kui 12 miljonit eurooplast

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimise osas: üldine vahemik 0,8–11,2%

Kokaiin

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 12 miljonit (3,6% Euroopa täiskasvanutest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: 4 miljonit Euroopa täiskasvanut ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase kuu jooksul: umbes 2 miljonit

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

Ecstasy

Elu jooksul tarbimise levimus: umbes 9,5 miljonit (2,8% Euroopa täiskasvanutest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: enam kui 2,6 miljonit ehk üks kolmandik elu jooksul tarbinutest

Tarbimine viimase kuu jooksul: enam kui 1 miljon

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

Amfetamiinid

Elu jooksul tarbimise levimus: peaaegu 11 miljonit (3,3% Euroopa täiskasvanutest)

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

Tarbimine viimase kuu jooksul: vähem kui 1 miljon

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

Opioidid

Probleemne opioidide tarbimine: vahemikus üks kuni kuus juhtumit 1000 täiskasvanud inimese kohta

2005.–2006. aastal moodustasid narkootikumidest põhjustatud surmad 3,5% kõikidest 15–39aastaste eurooplaste surmadest, kusjuures opioide leiti 70%-l juhtudest

Esmane narkootikum umbes 50%-l kõikidest uimastiravi taotlejatest

2006. aastal sai asendusravi enam kui 600 000 opioiditarbijat

Kuna sarnasusi esineb nii oludes, kus eri stimulantide kasutatakse, kui ka nende tarbimise põhjendustes, võib kõnealuseid aineid mingil määral pidada Euroopa turul võistlevateks toodeteks. See eeldaks, et peale üksikute ainete sihtmärgiks võtmise peavad sekkumised arvestama pigem stimulantide kui rühmaga, mitte üksnes eraldiseisvate probleemidega. See on oluline asjaolu, sest ühe aine kättesaadavust mõjutavaid meetmeid võib õonestada, kui tulemuseks on see, et tarbijad hakkavad eelistama alternatiivseid tooteid.

Süntetiliste narkootikumide tootmise arengud Euroopas suurendavad muret keskkonnakulude üle

Euroopa riikides toodetakse jätkuvalt suurem osa amfetamiini ja MDMA-d, kuigi nende suhteline tähtsus võib olla vähenenud, kuna muudes riikides on tootmine kasvanud. Tavaliselt avastatakse igal aastal 70–90 tootmisüksust, mis on peamiselt koondunud üksikutesse Lääne- ja Ida-Euroopa riikidesse. Õiguskaitseandmete järgi võib süntetiliste ainete, sealhulgas metamfetamiini tootmine olla muutumas keerukamaks – suuremad tootepartiid tänu suurematele reaktsioonianumatele, tööstuslikud ja eritellimusel valmistatud seadmed ning mobiilsed üksused.

Tavapäraste tootepartiide suurenemine võib teravdada jäätmete ladestamise probleemi. Tavaliselt tekib ühe kilogrammi amfetamiini või MDMA tootmisel 15–20 kilogrammi jäätmematerjali, sealhulgas keskkonnale ohtlikke mürgiseid ja kergsüttivaid kemikaale. Keskkonnakahju ja süntetiliste narkootikumide tootmisel tekkinud keemiliste jäätmete ebaseaduslike kõrvaldamiskohtade likvideerimise kulud võivad olla märkimisväärsed.

Kokaiiniäri Lääne-Aafrika kaudu on muret tekitav tegevusvaldkond

Kokaiinitarbimine suureneb Euroopas jätkuvalt ja seega püütakse enam keskenduda kokaiini leviku tõkestamisele. Nii kokaiini konfiskeeritud kogused kui ka partiide arv tõusevad jätkuvalt ning aastast konfiskeeritakse nüüd enam kui 120 tonni – kolm neljandikku sellest Hispaanias ja Portugalis. Kokaiini Euroopasse toomise vastu võitlemise püüdlusi on toetanud narkootikumidega tegeleva mereanalüüsi ja -rakenduskeskuse (MAOC-N) asutamine Lissabonis, millel on oluline roll tõkestamistegevuste koordineerimisel ja kriminaalteabe edastamisel osalevate liikmesriikide vahel.

Kuigi kokaiini Euroopasse toimetamiseks kasutatakse mitut teed, on salakaubavedu oluliselt suurenenud Lääne-Aafrika kaudu, mis on nüüd Euroopa turu jaoks mõeldud kokaiini peamine marsruut. Selline olukord võib destabiliseerida ja

õonestada arengupüüdlusi selles piirkonnas, mis juba niigi seisab silmitsi paljude sotsiaal-, tervishoiu- ja poliitiliste probleemidega. Elukõige võib kokaiinikaubitsemisega teenitud tulu õonestada kriminaalõigussüsteemi ja ohutada korruptsiooni. Euroopa Liit ja tema liikmesriigid teevad koostööd Lääne-Aafrika riikidega, et töötada välja eri meetmeid selle kasvava ohu vastu võitlemiseks.

Heroiiniprobleemid ei vähene ja aruanded näitavad sünteetiliste opioidide suuremat tarbimist

Kõige uuemad hinnangud näitavad, et võimalik ülemaailmne heroinitoodang on oma hinnangulise 733-tonnise mahuga jätkuvalt kasvanud. Samas on kõnealuse narkootikumi kättesaadavuse ja tarbimise suurenemise mõju Euroopas keeruline mõõta. Kättesaadavate andmete põhjal on selles valdkonnas keeruline järeldusi teha. Näiteks on Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini kogus vähesel määral langenud, aga seda tasakaalustab oluline konfiskeerimiste kasv Türgis.

Heroiiniprobleemide epideemilise kasvu kohta, nagu 1990. aastatel paljudes Euroopa paikades, pole määravaid andmeid; üldiselt viitavad andmed stabiilsele, kuid mitte enam kahanevale probleemile. Nii on heroini-tarbimine Euroopas jätkuvalt tõsine rahvatervise probleem ja moodustab suure osa narkootikumide tarbimisega seotud üldistest tervishoiu- ja sotsiaalkulutustest. Andmed näitavad, et opioidide ja enamasti heroini tarbimine on Euroopas narkoravi saamise põhjus umbes 60%-l patsientidest. Uute ravisaajate hulgas opioiditarbijate suhteline osakaal langes – nende tegelikud arvud aga mitte –, kuid see suundumus paistab nüüd olevat ühtlustunud. Kuigi on tõendeid selle kohta, et Euroopas opioide tarbiv elanikkonnarühm vananeb pikkamisi, viitavad andmed sellele, et uusi tarbijaid lisandub ikka veel sellisel määral, mis välistab võimaluse, et probleemi tõsidus lähitulevikus oluliselt väheneb.

Hoolimata olukorrast Afganistanis paistavad kõrvale suunatud ja ebaseaduslikult toodetud sünteetilised opioidid olevat mõnes riigis üha levinumad. Näiteks Lätis, Leedus ja Eestis on märke kasvavast probleemist, mille põhjus on väljaspool ELi ebaseaduslikult toodetud 3-metüülfentanüüli kättesaadavus. Kanguse tõttu (fentanüül on palju kangem kui heroiin) võib selle narkootikumi tarbimine olla üliohtlik, mida näitab tõsiasi, et 2006. aastal suri Eestis fentanüülimürgistuse tagajärjel 70 inimest. Teistes riikides otsib üha suurem arv inimesi abi probleemidele, mis on seotud meditsiinilisteks eesmärkideks mõeldud opioididega, ja see suurendab veelgi kasvavat mitme narkootikumi tarbimist, mis on mõnel pool Euroopas praegu krooniliste narkotarbijate seas levinud probleem.

Narkootikumide süstimise ja HIVi üldine pilt on positiivne, kuid erinevused riikide vahel on märkimisväärsed

Enam kui 40% ambulatoorset ravi alustavatest heroiniitarbijatest teatab süstimisest, mis annab tunnistust asjaolust, et kõnealune eriti kahjulik manustamisviis on Euroopas ikka veel oluline terviseprobleem. Süstimist seostatakse mitme probleemiga, sealhulgas (kuid mitte üksnes) vere kaudu levivate nakkushaigustega, näiteks HIV ja C-hepatiit. Muutused süstimise osakaalus ravi alustajate hulgas viitavad sellele, et paljudes riikides on üldine suundumus vähesema süstimise suunas, kuigi andmetest võib välja lugeda selgeid piirkondlikke ja riiklikke erinevusi. Mõnes riigis, eriti Ida-Euroopas, on süstimine endiselt peamine heroini manustamise viis ja sellest teatab enam kui 80% ravi alustavatest heroiniitarbijatest. Mõnes liikmesriigis paistab süstimise alustamise tase olevat endiselt kõrge – seda näitavad süstivate tarbijate hulgas korraldatud uuringud, kust ilmneb noorte ja uute süstijate suhteliselt suur osakaal.

Üldiselt hakkas HIVsse nakatumise määr Euroopas langema pärast käesoleva kümnendi algust, kui kohalikud epideemiad teatud riikides tõstsid asjaomase näitaja lakke. Süstimise vähenemine koos ravi- ja kahjude vähendamise teenuste parema kättesaadavusega paistab olevat olukorda üldiselt parandanud ja uute nakkuste mõningane kasv, mida mõnes kohas täheldatud, on olnud väike. Riikide vahel on aga märkimisväärsed erinevusi. Kuigi andmed viitavad olukorra paranemisele Eestis, Lätis ja Portugalis, teatavad need riigid ikka ebaproportsionaalselt kõrgeist uute nakatumiste määrast ja moodustavad olulise osa kõikidest narkootikumide tarbimisest põhjustatud uutest HIV-juhtumitest Euroopas. Piirkondlike ja kohalike uuringute andmed näitavad, et HIVisse nakatumine on endiselt oluline probleem Hispaanias ja Itaalias, kuigi juhtumite riiklike registreerimisandmete puudumine muudab suundumuste jälgimise neis riikides keeruliseks. Muijal jätkub riskikäitumine ja uued epideemiad on endiselt võimalikud, mistõttu tuleks olla eriti valvas – näiteks teatas Bulgaaria 2006. aastal 34 uuest juhtumist, samas kui aastatel 2000–2003 ei teatanud riik uutest nakkustest peaaegu üldse.

Narkootikumidega seotud surmajuhtumite suur koormus rahvatervisele

EMCDDA jälgib narkootikumide tarbimisest otseselt tingitud surmaga lõppevaid mürgistusi (narkootikumidest põhjustatud surmad). Keskmiselt teatatakse Euroopas igal aastal 7000–8000 narkootikumidest põhjustatud surmast ja kuna juhtumitest teatatakse teadaolevalt vähe,

kujutab see näitaja endast miinimumhinnangut. Opioidide, peamiselt heroini, seostatakse üleannustamisega kõige enam, kuigi tihti on põhjuseks ka teised narkootikumid ja alkohol. Pärast mõne aastast langust käesoleva kümnendi alguses on narkootikumidest põhjustatud surmajuhtumite suundumus nüüd ühtlustunud. Selle põhjused on ebaselged, mis näitab, et nii üleannustamisega seotud tegureid kui ka ennetusmeetmete tõhusust on vaja rohkem uurida. Eriti suur risk võib olla vanglast vabanevatel narkotarbijatel, kusjuures hiljutises uuringus teatatakse eeldatust kaheksa kuni kümme korda suuremast suremusmäärast. Üldiselt on üleannustamise ennetamine valdkond, kuhu tuleks rohkem investeerida.

Samuti on uuringud näidanud, et üldine suremus, kus arvestatakse ka haigusi, õnnetusi ja vägivaldajuhtumeid, on narkootikumide tarbijate hulgas kuni viiskümmend korda kõrgem kui kogu elanikkonna hulgas. Seetõttu on vaja investeerida hästi läbimõeldud rühmauuringutesse, et mõista paremini üldise narkootikumidega seotud suremuse põhjuseid ja ulatust ning uurida eri riske, nagu näiteks neid, mis puudutavad vabanenud vange ja ravi katkestajaid.

Internet ja turu-uudendused on narkopoliitika proovikivid

Hiljutisest EMCDDA uuringust selgus, et Euroopa veebipoed müüvad enam kui 200 looduslikku, poolsünteetilist ja sünteetilist psühhoaktiivset toodet. Paljusid aineid kategoriseeritakse seaduslike või taimsete uimastitena ja reklaamitakse kontrollitavate ainete alternatiivina, kuigi nende tegelik õiguslik staatus võib Euroopa riikides märkimisväärselt erineda. Aruanded näitavad, et nende toodete jaemüüjate arv veebis kasvab ja nad kohanevad kiiresti turu kontrollimise püüetega – näiteks võivad nad hakata müüma uusi tooteid. Peale selle pakuvad näiliselt seaduslikel eesmärkidel psühhoaktiivseid aineid müüvad veebiapteegid ja jaemüüjad uusi võimalusi keelatud ainete pakkumiseks. Kokkuvõttes on veebimüük praegusel ajal rahvusvaheliste ja riiklike narkopoliitikate ning kontrollmehhanismide jaoks oluline probleem. Arvestades uute toodete turuletuleku ja levitamise võimalikku kiirust, on veebitegevuste seirest saamas oluline arenguvaldkond.

Kodanikuühiskonnaga dialoogi pidamise olulisust tunnistatakse rohkem

Narkoprobleemid on läbi põimunud paljude teiste sotsiaal- ja tervishoiuteemadega. Järelikult nõuavad kõnealuse valdkonna edukad sekkumised suurt osalejate rühma ja neid võivad toetada kogukonnad, kus neid

rakendatakse. Seda arusaama kajastab tõsiasi, et üha enam tunnistatakse, et poliitilistes aruteludes tuleb arvesse võtta dialoogi kodanikuühiskonnaga. Nimetatud eesmärki silmas pidades on Euroopa narkoalase arutelu raames hiljuti võetud mitu meetet. Üks olulisemaid neist on Euroopa Komisjoni asutatud kodanikuühiskonna foorum, mis võimaldab tagada, et ELi uue narkostrategia väljatöötamise menetluses kasutatakse kõige vahetumaid kogemusi ja et neid võetakse arvesse ELi narkootikumidealase tegevuskava hindamisel. Vabaühenduste ja kohalike kogukondadega konsulteerimise olulisust tunnistatakse nüüd ka ELi narkostrategias ja seda näitab Euroopa Parlamendis 2008. aasta märtsis vastu võetud aruanne, kus tunnistatakse, et kodanikuühiskonnal on narkopoliitika väljatöötamises, rakendamises, hindamises ja järelvalves põhiroll.

Euroopa narkoalased teadusuuringud ja riikidevahelise koostöö vajadus

Viimase kümne aasta jooksul on narkootikumidega seotud teadusuuringud ja neid toetav infrastruktuur (teaduskeskused, teadusajakirjad, rahastamismehhanismid) Euroopas palju arenenud, mida näitab EMCDDA 2008. aastal avaldatud valikteema. Varjukülg on aga see, et nende edusammudega ei ole suurenenud ELi liikmesriikide vaheline koostöö ja koordineerimine narkoalase teadustegevusega seotud jõupingutuste vallas. Sellele teemale pööratakse üha rohkem tähelepanu ja Euroopa Komisjon on tellinud uue uuringu, kus esitatakse ülevaade teadustegevusest ning võrdlev analüüs Euroopas ja muudes maailma piirkondades olemasolevast infrastruktuurist. Arvandes antakse soovitusi koostöö parandamiseks ELi tasandil ja see aitab kaasa arutelule küsimuse üle, kuidas siduda paremini Euroopa teadustegevuse rahastamisvõimalusi ning teaduslikke ja poliitilisi vajadusi.



1. peatükk

Poliitika ja õigusnormid

Sissejuhatus

Uimastipoliitika on 2008. aastal oluline teema. Nii Ühinenud Rahvaste Organisatsioon kui ka Euroopa Liit hindavad kõnealusel aastal oma uimastipoliitika tulemusi seoses ebaseaduslike narkootikumide tarbimise ja nende põhjustatud kahjuga. ÜRO vaatab üle edusammud, mis on tehtud ÜRO Peaassamblee 1998. aasta maailma uimastiprobleemide eristungjärgul kindlaks määratud abinõude rakendamisel ja eesmärkide saavutamisel. Euroopas toimub 2008. aastal kehtiva ELi narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) lõplik hindamine ja uue tegevuskava koostamine aastateks 2009–2012. Lisaks sellele vaatab kõnealusel aastal tavalult palju ELi liikmesriike üle oma riiklikud uimastistrateegiad ja tegevuskavad ning koostab uusi uimastipoliitika dokumente ⁽¹⁾.

2008. aasta tulemusi ja arenguid kajastab EMCDDA oma järgmises aastaaruandes. Käesoleval aastal keskendutakse 1. peatükis hiljutistele muutustele uimastipoliitikas, esitatakse uusi andmeid uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta, uuritakse narkoseaduste kolme konkreetset mõõdet – isiklikuks tarbimiseks omamist, karistamise alternatiive ja elanikkonna kaitsmisele keskendumist – ning tuuakse esile narkootikumidega seotud rikkumiste viimased suundumused. Peatükk lõpeb ülevaatega ELi liikmesriikide uimastialastest teadusuuringutest.

Arengud rahvusvahelises ja ELi poliitikas

ÜRO Peaassamblee eristungjärgu kümne aasta ülevaade

1998. juunis kogunes 20. ÜRO Peaassamblee New Yorgis eristungjärgule, et arutada maailma uimastiprobleeme. Nn narkootikumide tippkohtumisel kehtestati kolme põhidokumendi vastuvõtmisega ⁽²⁾ rahvusvahelise üldsuse jaoks uus tegevuskava. Nendeks dokumentideks olid poliitiline deklaratsioon, deklaratsioon uimastinõudluse vähendamise põhimõtetest ja rahvusvahelise koostöö

edendamise meetmeid sisaldav viieosaline resolutsioon. Poliitilise deklaratsiooni vastuvõtmisega kohustusid ÜRO liikmesriigid saavutama 2008. aastaks mõõdetavaid tulemusi keelatud ainete pakkumise ja nõudluse vähendamisel.

ÜRO narkootikumide komisjoni (CND) käesoleva aasta istungjärg alustas 1998. aasta peaassamblee eristungjärgul püstitatud eesmärkide ja sihtide saavutamisel tehtud edusammude kümne aasta ülevaate koostamist. ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo (UNODC) esitatud aruandes tõdeti, et viimase kümne aasta jooksul on saavutatud märkimisväärset edu, kuigi mõnedes piirkondades ja regioonides ei ole ÜRO liikmesriigid poliitilises deklaratsioonis ⁽³⁾ nimetatud eesmärgid ja sihte täielikult saavutanud. Sellele hindamisele järgneb ühe aasta pikkune järelemõtlemisaeg, mille jooksul peetakse kõnelusi kõigepealt valitsustevaheliste eksperdirühmade vahel ja seejärel istungjärgudevahelistel nõupidamistel. See võimaldab teha ettevalmistusi narkootikumide komisjoni 2009. aasta istungjärgu kahepäevaseks kõrgetasemeliseks sektsiooniks, kus tehakse otsus võimaliku tulevase poliitilise deklaratsiooni ja meetmete osas.

Euroopa Liidul on ÜRO Peaassamblee eristungjärgu ülevaate koostamisel aktiivne roll. 2006. aasta (49/1), 2007. aasta (50/12) ja 2008. aasta (51/4) narkootikumide komisjoni istungjärgudel võeti vastu ELi koostatud resolutsioonid, mis nõuavad teaduslikku ja läbipaistvat ülevaatemenetlust. EMCDDA osales ka Euroopa Komisjoni rahastatud ja UNODC korraldatud eksperdikonsultatsioonidel ning andis kõnealuses kontekstis ülevaate Euroopa uimastistrateegiatest ja sellealastest meetmetest alates 1998. aastast.

ELi narkootikumidealase tegevuskava hindamine

2007. aasta detsembris esitas Euroopa Komisjon teise arenguülevaate ELi narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) täitmisest. Ülevaates on kasutatud ELi liikmesriikide, EMCDDA, Europoli ja Euroopa Komisjoni esitatud andmeid ning selles hinnatakse 2007. aastaks

⁽¹⁾ Riiklik uimastipoliitika dokument on valitsuse heakskiidetud mis tahes ametlik dokument, kus määratletakse uimastivaldkonna üldised põhimõtted ja kindlad sekkumised või eesmärgid ning mida esitletakse ametlikult kui uimastistrateegiat, tegevuskava, programmi või muud poliitikadokumenti.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

planeeritud meetmete täitmise ulatust. Ülevaate ühe põhijäreldusena tuli esile, et liikmesriikide uimastipoliitikas ilmneb lähenemise märke. Selles rõhutati ka probleeme andmete kogumisel pakkumise vähendamise kohta ja mõne kavandatud meetme seostamisel selle rakendamise hindamiseks valitud indikaatoriga.

Kehtiva ELi narkootikumidealase tegevuskava lõplik hindamine toimus 2008. aastal ja selles osalesid ELi liikmesriigid, Europol ning EMCDDA. Hindamisaruande avaldab komisjon 2008. aasta sügisel ja selle järeldusi kasutatakse teise tegevuskava (2009–2012) koostamisel kehtiva ELi narkootikumidevastase võitluse strateegia (2005–2012) raames.

Muud ELi arengud

2007. aasta septembris võtsid nõukogu ja Euroopa Parlament finantsraamistiku 2007–2013 ning tsiviilõiguse ja põhiõiguste üldprogrammi raames vastu narkomaania ennetus- ja teavitustprogrammi ⁽⁴⁾. Programmi põhieesmärgid on uimastitarbimise, -sõltuvuse ja uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine, uimastitarbimisealase teabe parandamisele kaasaaitamine ning ELi narkootikumidevastase võitluse strateegia (2005–2012) raames võetud meetmete toetamine. Programmi raames on komisjoni uuringuteks, uimastivastase võitluse valdkonnas tegutsevate Euroopa valitsusväliste organisatsioonide tegevuskuludeks ja riikidevahelisteks projektideks eraldatud 21,35 miljonit eurot. Ühistegevusi võib kavandada ka muude ühenduse programmidega, nagu ühenduse teise tervisevaldkonna tegevusprogrammiga (2008–2013) ⁽⁵⁾, mis tervishoiu edendamiseks seotud tervisetegurite osas sisaldab meetmeid ebaseaduslike narkootikumidega võitlemiseks teatud asutustes, nagu koolides ja töökohtades.

2006. aasta juunis andis Euroopa Komisjon vastavalt narkootikumidealases tegevuskavas sätestatule välja roheline raamatu kodanikuühiskonna rolli kohta Euroopa Liidu uimastipoliitikas. Sellele järgnes 2007. aastal valikumenetlus uue uimastiteemalise kodanikuühiskonna foorumi loomiseks. Foorumi eesmärk on toimida mitteametliku arvamuse- ja teabevahetusplatvormina komisjoni, ELi kodanikuühiskonna organisatsioonide, kandidaatriikide ning vajaduse korral Euroopa naabruspoliitikas osalevate riikide vahel. Foorum hõlmab 26 organisatsiooni, kes esindavad väga erinevaid vaateid. Esimest korda tuldi kokku 2007. aasta detsembris ning uuesti 2008. aasta mais, et arutada kehtiva ELi

narkootikumidealase tegevuskava hindamist ja uut tegevuskava.

Riiklikud narkostrategiad

Uued arengud

2007. aasta teisel poolel võtsid neli ELi liikmesriiki (Tšehhi Vabariik, Eesti, Ungari, Soome) ning Türgi ja Norra vastu uued narkootikumidealased tegevuskavad või programmid. Kõik need dokumendid kehtivad kolm kuni neli aastat ning kõigile peale Türgi tegevuskava on eelnenud varasemad tegevuskavad või programmid. Lisaks võttis Hispaania 2007. aastal vastu täiendava riikliku kokaiinivastase tegevusprogrammi (2007–2010).

2008. aasta alguses võtsid veel kolm liikmesriiki vastu uued poliitikadokumendid. Itaalia esimene narkootikumidealane tegevuskava kehtib ühe aasta ja sellele peab järgnema nelja aasta tegevuskava (2009–2012), mis on ühtlustatud ELi uue narkootikumidealase tegevuskavaga. Malta kõigi aegade esimeses riiklikus uimastipoliitika dokumendis ei määratleta küll ajapiire, kuid tuuakse ära ligikaudu viiskümmend järgmistel aastatel võetavat meetet. Ühendkuningriigi uut kümneaastast narkostrategiat (2008–2018) täiendab esimest korda kolmeaastane tegevuskava (2008–2011), milles määratletakse lähitulevikus võetavad põhimeetmed.

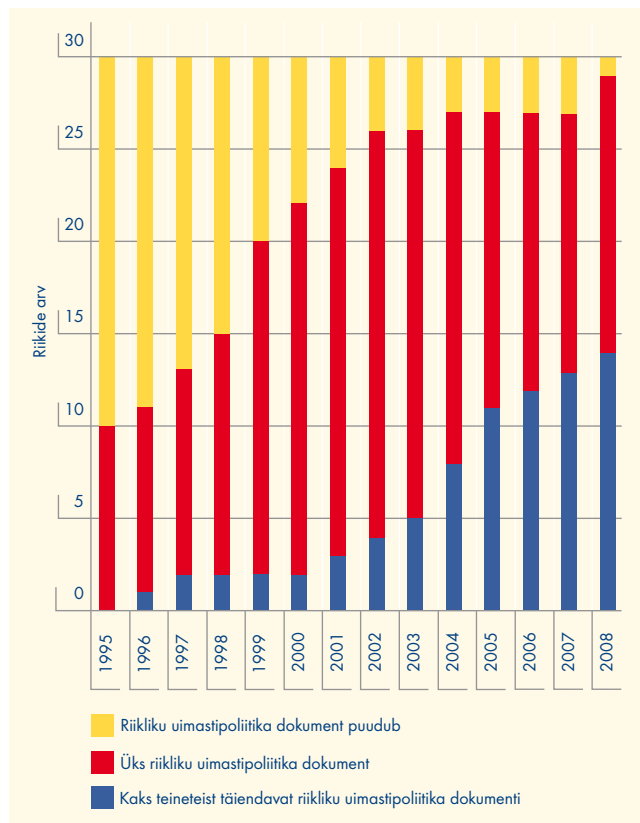
Enamik 2007. aasta lõpus ja 2008. aasta alguses vastu võetud riiklike uimastipoliitika dokumente keskendub peamiselt ebaseaduslikele uimastitele, kuid mõned käsitlevad ka muid aineid, nagu alkoholi, tubakat, ravimeid ja suutlikkust tõstvaid aineid. Selles kajastub Euroopa riikides levinud tendents, et keelatud ja lubatud ainete tarvitamise vahelisi seoseid ja sarnasusi küll tunnistatakse, kuid uimastipoliitika dokumentides käsitletakse enamasti põhjalikult ainult keelatud aineid ⁽⁶⁾. Kõnealuses suundumuses on jätkuvalt erandiks Norra, kus hiljuti vastu võetud tegevuskavva on täielikult lõimitud nii ebaseaduslikud uimastid kui ka alkohol. Arvukad 2009. aastal koostatavad riiklikud narkootikumidealased strateegiad ja tegevuskavad koos hiljuti vastu võetud dokumentidega võimaldavad EMCDDA-l kindlaks teha, kas 2006. aasta valikteemas tuvastatud seaduslike ja ebaseaduslike uimastite suurema integreerimise suundumus riikide uimastipoliitikas on jätkumas.

⁽⁴⁾ Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1150/2007/EÜ, 25. september 2007, millega luuakse ajavahemikuks 2007–2013 üldprogrammi „Põhiõigused ja õigusasjad” raames eriprogramm „Narkomaania ennetus- ja teavitustegevus” (ELT L 257, 3.10.2007, lk 23).

⁽⁵⁾ Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1350/2007/EÜ, 23. oktoober 2007, millega kehtestatakse ühenduse teine tervisevaldkonna tegevusprogramm (2008–2013) (ELT L 301, 20.11.2007, lk 3).

⁽⁶⁾ Vt 2006. aasta valikteemat „Euroopa narkopoliitika: kas see käsitleb probleemi laiemalt kui vaid ebaseaduslikud narkootilised ained?”.

Joonis 1: suundumused riikliku uimastipoliitika dokumentidega riikide arvus 27 ELi liikmesriigi, Horvaatia, Türgi ja Norra seas



Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

Üldine olukord

Austria on praegu ainus ELi liikmesriik, kes ei ole riiklikku narkootikumidealast strateegiat või tegevuskava vastu võtnud, kuigi igal sealsel liidumaal on oma piirkondlik uimasti- või sõltuvusstrateegia või tegevuskava. Ülejäänud 26 liikmesriigis ning Horvaatias, Türgis ja Norras on uimastipoliitika sätestatud riiklikes uimastipoliitika dokumentides. Võrdlusena oli 1995. aastal vaid kümme neist 30 riigist asjakohase vahendi välja töötanud (joonis 1).

Lähenedist võib leida ka narkootikumidealaste strateegiate ja tegevuskavade vormis. Neljateistkümne riigi uimastipoliitika dokumendi ülesehitus järgib kehtiva ELi narkootikumidealase strateegia ja tegevuskava struktuuri. Peale selle kasutab hetkel sama palju riike oma uimastipoliitikat korraldades kaht teineteist täiendavat vahendit: strateegilist raamistikku ja tegevuskava (joonis 1). Kui Euroopa Liit 2000. aastal kõnealust lähenedist esimest korda kasutas, oli vaid kahel liikmesriigil kaks teineteist täiendavat uimastipoliitika dokumenti.

Riiklike uimastipoliitika dokumentide sisu on teine valdkond, milles ELi liikmesriikide, Horvaatia, Türgi ja Norra vahel on näha lähenemise märke, ning järk-järgult on rohkem tõendeid selle kohta, et eri riikide vastuvõetud narkootikumidealased strateegiad ja tegevuskavad sisaldavad ühiseid eesmärgi ja sekkumisi. Euroopa riikide narkoprobleemid ning poliitiline, sotsiaalne ja majanduslik kontekst on aga erinevad ja kuigi riiklike uimastipoliitikate mitmekesisus väheneb, jääb see tulevikus tõenäoliselt mingil määral alles. Mõned näited sellest mitmekesisusest on toodud 2. peatükis.

Hindamine

2008. aastal on 13 ELi liikmesriiki oma riiklike uimastipoliitika dokumente juba muutnud või kavatsevad dokumentide ülevaatamise järel seda teha, mis tähendab, et kõnealusel aastal on uimastipoliitika vallas tegevus riiklikul tasandil enneolematult aktiivne. Itaalia, Malta ja Ühendkuningriigi järel uuendab 2008. aastal oma narkootikumidealast strateegiat Iirimaa. Prantsusmaa, Portugal ja Rumeenia uuendavad oma narkootikumidealast tegevuskava. Bulgaaria, Hispaania, Küpros, Leedu ja Slovakkia uuendavad nii narkostrateegiat kui ka tegevuskava. Peale selle kavatsevad Madalmaad, mille riiklik uimastipoliitika dokument on Euroopa vanim, 2008. aasta jooksul uue koostada.

Euroopas tunnustatakse üha enam vajadust lisada olulise osana riiklikesse narkootikumidealastesse strateegiatesse ja tegevuskavadesse seire ja hindamine. Peaaegu kõik eespool nimetatud riigid on koostanud või kavatsevad koostada oma riiklike narkootikumidealaste strateegiate ja tegevuskavade rakendamise arenguülevaate ja mõned, nagu Iirimaa, Küpros ja Portugal, saavad 2008. aastal teha põhjalikuma hindamise.

Siiski kasutavad ELi liikmesriigid oma narkootikumidealaste strateegiate ja tegevuskavade hindamisel eri meetodeid ja lähenemisi ning kõnealuses valdkonnas oleks vaja tuvastada parimad tavad. Seda rõhutati hindamisalasel konverentsil, mille korraldas 2007. aasta septembris ELi eesistujariik Portugal. Probleemi lahendamiseks uurib EMCDDA koostöös liikmesriikidega võimalust töötada kõnealuses valdkonnas välja Euroopa suunised.

Uimastitega seotud riiklikud kulutused

Uimastivastase võitlusega seotud 2006. aasta riiklike kulutuste kohta esitas üksikasjalikku teavet neli ELi liikmesriiki (Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Poola, Portugal) (vt kokkuvõtet tabelist 1). Neljast riigist kaks esitas teavet uimastitega seotud kulutuste jagunemisest keskvalitsuse ja

piirkondlike ning kohalike omavalitsuste vahel, mis lubab võrrelda valitsuse eri sektorite rolli. Riikides, mille andmed on kättesaadavad, on suurem osa uimastitega seotud riiklikest kulutustest eraldatud keskvalitsuse rahastatavatele tegevustele.

Üksteist liikmesriiki esitas üksikasju uimastiprobleemiga võitlemise konkreetsete tegevustega seotud riigipoolsete kulutuste kohta. Kaks riiki (Hispaania, Malta) esitasid ligikaudse hinnangu narkoprobleemiga seotud riiklike kogukulutuste kohta, aga ei lisanud teavet tegevuste kohta, mille jaoks raha kasutati.

Euroopa riikide uimastivastase võitlusega seotud kogukulutused jäid aastal 2005 hinnanguliselt vahemikku 13–36 miljardit eurot (EMCDDA, 2007a). Summa saadi ekstrapoleerides kuue riigi (Belgia, Ungari, Madalmaad, Soome, Rootsi, Ühendkuningriik) uimastivastase võitlusega seotud kogukulutused teistele riikidele. Hiljuti esitati parandatud hinnang, mis sisaldab täiendavate riikide andmeid (Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa, Luksemburg, Poola, Slovakkia) (EMCDDA, 2008d). Uimastivastase võitlusega seotud riiklikud kulutused hinnatakse nüüd olevat 34 miljardit eurot (95% usaldusvahemik, 28–40 miljardit eurot), mis on 0,3% kõigi ELi liikmesriikide summaarsest sisemajanduse kogutoodangust. Selle põhjal võib oletada, et uimastivastasesse võitlusse tehtavad riiklikud kulutused maksavad keskmisele ELi kodanikule 60 eurot aastas. Nimetatud näitajaid tuleb siiski pidada ligikaudseks, sest andmed, millel need põhinevad, on piiratud.

Aruanded uimastitarbimise tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulutuste kohta

Uimastitarbimise tõttu ühiskonna tasandil tehtud kulutuste kohta (uimastitarbimise põhjustatud otsesed ja kaudsed kulud) esitas andmeid neli liikmesriiki. Olgugi et aruanded

võivad aidata mõista uimastitarbimise mõju andmeid kogunud riigis, ei võimalda eri meetodid ja tulemuste esitamise viisid riike omavahel võrrelda. Eri riikide andmete võrreldamatus toob esile vajaduse võtta Euroopas kasutusele uimastitarbimise tõttu tehtavate ühiskondlike kulutuste seire ühine lähenemine.

Itaalias hinnati ebaseaduslike narkootikumide tarbimise ühiskondlikuks kuluks 6473 miljonit eurot, kusjuures õiguskaitsealased tegevused moodustasid kogukuludest kõige suurema osa (43%) ning ülejäänud jagunes tervishoiu ja sotsiaalteenuste (27%) ning uimastitarbijate ja uimastite tarbimisest kaudselt mõjutatud inimeste tootlikkuse vähenemise (30%) vahel. Peale selle arvestati, et uimastitarbijad kulutasid ebaseaduslike narkootikumide ostmiseks hinnanguliselt 3980 miljonit eurot. Nende andmete põhjal on uimastitarbimise kulu Itaalias hinnanguliselt 0,7% riigi sisemajanduse kogutoodangust. Austria 2004. aasta andmetes oli otseste ja kaudsete kulude vahetult Itaaliale vastupidine: uimastitarbimisega seotud hinnanguliselt 1444 miljoni euro suurusest ühiskondlikust kulust arvestati kaudseteks kuludeks 72%.

Ühendkuningriik teatas, et aastatel 2003 ja 2004 oli Inglismaal ja Walesis A-klassi ⁽⁷⁾ uimastite tarbimise majanduslik ja ühiskondlik kulu 22,26 miljardit eurot, mis tähendab 63 940 euro suurust aastakulu iga probleemse uimastitarbija kohta. Oletati, et probleemne uimastitarbimine moodustab 99% kogukuludest. Uimastitega seotud kuritegevuse kulud, sealhulgas kulutused õiguskaitsele ja uimastitega seotud kuritegudes kannatanutele, moodustasid kõigist kuludest suurima osa (90% ehk 20,1 miljardit eurot).

Muutused riiklikes õigusaktides

Käesoleval, rahvusvaheliste, Euroopa ja riiklike narkopoliitika dokumentide ülevaatamise ja hindamise

Tabel 1: uimastitega seotud kuludena märgitud riiklikud kulutused ⁽¹⁾ mõnes ELi liikmesriigis

Riik	Märgitud kulutused valitsussektori kaupa (eurodes)				Kokku osakaaluna kõigist riiklikest kulutustest ⁽²⁾ (%)
	Keskvalitsus	Piirkondlik omavalitsus	Kohalik omavalitsus	Kokku	
Tšehhi Vabariik	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Iirimaa ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Poola	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11
⁽¹⁾ Riiklikud kulutused, mis on ametlikes raamatupidamisdokumentides märgitud kui uimastitega seotud kulutused. ⁽²⁾ Kõik riiklikud kulutused aastas. ⁽³⁾ Iirimaa palutakse ministeeriumidel ja riigiasutustel oma uimastitega seotud aastastest kulutustest teatada koordineerivale kogukondade, maaelu ja iirikeelsete piirkondade ministeeriumile. Ametlikes raamatupidamisdokumentides ei ole need kulutused tingimata märgitud kui uimastitega seotud. Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused ja Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/).					

⁽⁷⁾ A-klassi narkootikumid on need, mida peetakse kõige kahjulikumaks.

aastal, on erilise huvi all alates 1998. aasta ÜRO Peaassamblee uimastitealasest eristungjärgust uimastivastase võitluse alastes õigusaktides tehtud muudatuste hindamine. Kolme võtmevaldkonna muudatusi vaadeldes püstitatakse käesolevas osas küsimus, kas muutused õiguslikes määratlustes ja uimastitarbijatega tegelemises viitavad uuele, avaramale suundumusele riikide suhtumises uimastitarbijatesse.

Uimastite omamine isiklikuks tarbeks

Viimase kümne aasta jooksul on enamik Euroopa riike liikunud lähenemise suunas, milles eristatakse narkokaubitsejat, keda peetakse kurjategijaks, ja narkootikumi tarbijat, keda peetakse pigem ravi vajavaks haigeks inimeseks. Selles osas, kuidas viimastel aastatel vastu võetud uutes seadustes nimetatud kategooriaid määratletakse, esineb riigiti siiski märkimisväärsed erinevusi.

Üks küsimus, milles liikmesriikide arvamused kõige enam lahknevad, on isiklikuks tarbeks omamise piirkoguste kehtestamine. Ajavahemikus 2004–2006 kaotas Bulgaaria isiklikuks tarbeks omamise mõiste, Itaalia kehtestas selle pärast 12 aastat uuesti ning Ühendkuningriik küll kehtestas kõnealuse mõiste, kuid otsustas seda mitte rakendada. Küpros ja Belgia kehtestasid 2003. aastal vastavalt kõigile uimastitele ja kanepile kindlad piirkogused, samas kui Saksamaal töötavad liidumaad järjekindlamalt, et rakendada konstitutsioonikohtu otsust, milles „tähtsusetud kogused“ oli jäänud määratlemata, mille tulemuseks on tõlgendused kolme ja 30 grammi vahel. Slovakkias laiendati 2005. aastal isikliku tarbimise õiguslikku määratlust maksimaalselt ühelt annuselt kolmele ja suurema koguse korral kümnele annusele. Teisalt tõsteti minimaalset karistust nimetatust suurema koguse omamise eest neljale aastale vangistusele, millega see võrdsustati narkokaubandusega.

Teine probleem tarbijate ja pakkujate eristamisel on uimastite tarbimine väikestes rühmades. Belgias tühistati 2003. aastal rühmiti tarbimine konkreetse süüteona. Samal aastal lubas muudatus Ungari kriminaalkoodeksis väikese „ühiselt“ tarbitava koguse varustaja ravile suunata (kuna see kaevati edasi kui juriidiliselt ebaselge). 2006. aastal leidis Malta, et vähemalt kuuekuuline karistus pakkumise eest ei olnud jagamise olukorras alati sobiv, ja muutis erandite lubamiseks seadust.

Alates 2001. aastast on mitmes Euroopa riigis vähendatud maksimaalset või võimalikku karistust isikliku tarbimise või sel eesmärgil omamise eest raskendavate asjaolude puudumisel kas kõigi uimastite (Eesti, Kreeka, Ungari, Portugal, Soome), ainult kanepi (Belgia, Luksemburg, Ühendkuningriik) või vähemohtlike uimastite puhul

Kuidas mõista paremini uimastitega seotud riiklike kulutusi Euroopas – EMCDDA 2008. aasta valikteema

Lähtuvalt ELi narkootikumidealasest tegevuskavast (2005–2008) töötas EMCDDA välja projekti, mille eesmärk on tuvastada, arendada ja katsetada uimastitega seotud riiklike kulutuste suuruse hindamise meetodeid. Selles valikteemas antakse ülevaade 2005. aastal ELi liikmesriikides ja Norras tehtud kõigi uimastitega seotud riiklike kulutuste üldsumma kohta. Enamik tuvastatud summadest on algselt olnud märgitud uimastitega seotud kulutusteks ning neid oli üldiselt võimalik leida ametlikke raamatupidamisdokumente läbi vaadates. Siia alla võisid kuuluda ka riikide poolt uimastivaldkonnas tehtud vabatahtlikud kulutused. Võimaluse korral hinnati modelleerimismeetodeid kasutades ka avaramate eesmärkidega programmides sisalduvaid uimastivaldkonnaga seotud peidetud või määratlemata kulutusi. See uus topeltlähenemine võimaldab anda standardseid hinnanguid, et maksimaalselt kontrollida uimastite ja uimastisõltuvusega seotud riiklike kulusid ning võrrelda andmeid riigiti.

Kõnealune valikteema on kättesaadav trükituna ja Internetis ainult inglise keeles (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

(Rumeenia). Samas pole selle aja jooksul kõik riigid karistusi vähendanud: Prantsusmaa ja Poola otsustasid pärast konsulteerimist oma seadusi mitte muuta ning Taani tõstis „tavapärased“ karistused hoiatustelt trahvidele (mida seejärel suurendati). Itaalia uue seadusega ennistati uimastitarbimine administratiivse õigusrikkumisena ja kanepi omamise eest karistatakse taas võrdselt muude keelatud uimastitega, nagu heroiin ja kokaiin. Ühendkuningriigis on teatatud, et kanep klassifitseeritakse uuesti kõrgemale tasemele.

Karistamise alternatiivid

Muudatustel uimastitarbijate ravilepääsemises kriminaalõigussüsteemi kaudu on tavaliselt kaks ühisjoont. Esiteks laiendatakse uimastitarbijate ravile suunamise mahtu. Samas on riigiti erinevusi raviettepaneku tegemise tasandil – enamik riike pakub ravi pigem kohtu tasandil kui varasema kontakti ajal politsei või prokuratuuriga. Teiseks on need tingimuslikud: ravikäsu rikkumisel alustatakse kriminaalsüüdistuse, vastutusele võtmise ja karistuse menetlemist uuesti.

Kooskõlas ÜRO Peaassamblee eristungjärgu ja ELi tegevuskava eesmärkidega on riigid sätestanud või laiendanud võimalusi või süsteeme õigusrikkujate ravile või nõustamisele suunamiseks karistuse või vangistuse alternatiivina. Iirimaa ja Maltal saab uimastitarbijad

nüüd pärast vahistamist ravile suunata. Nii on see ka Ühendkuningriigis, kus narkokontroll vahistamise ajal on konkreetsetes olukordades lubatud. Iirimaa, Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Šotimaal) ja Norras on rajatud spetsiaalsed narkokohtud ning nende moodustamist arutatakse Maltal. Portugal seadis sisse uimastitarbimise eest hoiatamise komisjonid, mis koosnevad juristist, arstist ja sotsiaaltöötajast. Teistes riikides on uute seadustega sätestatud mõned ravivormid karistuse alternatiivina: Prantsusmaal võivad mittesõltlastest narkoseaduste rikkujad osaleda omal kulul teadlikustamiskursustel; Hispaanias, Ungaris ja Lätis võidakse ravi saavate uimastitarbijate vabadusekaotus ajutiselt peatada; Bulgaarias, Ungaris, Rumeenias ja Türgis võidakse tingimisi vabastamist raviga kombineerida. Madalmaad on eesmärgiks seadnud ravi kasutamise suurendamise ennetähtaegselt vanglast vabastamise tingimusena. Kui seda peetakse asjakohaseks, võib Soomes süüdimõistatud õigusrikkujad uimastivabaks jäämisel suunata avavanglasse; Kreekas võib nad spetsiaalsesse raviosakonda suunata. Uimastisõltuvuse raviprogrammide kättesaadavust on laiendatud rängemates õigusrikkumistes süüdimõistatud isikutele Itaalias (õigusrikkumiseni, mille eest võib karistada kuni kuue aastaga vanglas varasema kuni nelja aasta asemel) ja Hispaanias (laiendatud kolmelt viiele aastale). Belgias on kriminaalõigusmenetluse igal tasandil olemas alternatiivid uimasteid tarbivate õigusrikkujate ravileaatmiseks.

Täiendavad kirjeldused karistuse eri ravialternatiivide ja nende kasutamise mahu kohta on kättesaadavad Euroopa narkootikumidealaste õigusaktide andmebaasi (ELDD) teemade ülevaate (Topic overview) ja õiguslike aruannete (Legal reports) osas ⁽⁸⁾.

Keskendumine üldsuse kaitsmisele

Viimasel kümnendil on kriminaalõigust kasutatud üha enam selleks, et kaitsta üldsust uimastitarbijate eest, ning paralleelselt haige uimastitarbija ja kuritegeliku kaubitseja eristamisega jagatakse ka tarbija kategooria õiguslikult nendeks, kes teevad teistele ühiskonnaliikmetele tüli ja kahju, ja nendeks, kes seda ei tee. Kõnealuse arengu osaks on ülalkirjeldatud meetmed, mis vähendavad kriminaalkaristusi isiklikuks tarbeks omamise eest või pakuvad karistamise alternatiive. Asjakohaseid ravivõimalusi või kergendatud karistusi kohaldatakse näiteks tingimusel, et uimastitarbija ei riku avalikku korda.

Samas on laiendatud kriteeriume ja suurendatud karistusi nende õigusrikkujate osas, kes ohustavad teisi ühiskonnaliikmeid. Seadusandlikus tegevuses on enamasti keskendunud narkojoobes sõidukijuhtimisele

(Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Hispaania, Prantsusmaa, Läti, Leedu, Portugal, Soome). Uued seadused, mis Iirimaa, Soomes ja Norras reguleerivad narkokontrolli teostamist töökohtadel, rõhutavad, et kontrollimine on lubatud peamiselt olukordades, kus uimastite mõju all olek põhjustaks märkimisväärset ohtu või riski. Uute seadustega kontrollitakse uimastitarbimist eri transpordivahendites: Iirimaa rongides ja laevades, Lätis laevades ja Soomes õhusõidukites. Lisaks on paaril viimasel aastal kehtestatud uusi seadusi ja strateegiaid avaliku korra häirimise ennetamiseks või karistamiseks (vt 2005. aasta valiktemat), uusi volitusi baaride või muude ruumide sulgemiseks või neile juurdepääsu takistamiseks (Belgia, Iirimaa, Madalmaad) ning volitusi eluruumide sulgemiseks, kui seal toimub uimastikaubandus või süstemaatiline uimastite tarbimine (vastavalt Madalmaad ja Ühendkuningriik). Paralleelselt on selle aja jooksul kogu Euroopas vastu võetud uued seadused mittesuitsetajate kaitsmiseks tubakatarbimise eest: alates 2004. aastast on 24 Euroopa liikmesriiki (kõik peale Kreeka, Ungari ja Poola) keelanud suitsetamise avalikes suletud ruumides või seda oluliselt piiranud ning õiguserikkujaid karistatakse tihti üsna suurte trahvidega.

Kirjeldatud õigusalaheid muudatusi kokku võttes ilmneb, et üksiku uimastitarbija jaoks, kes väldib mis tahes raskendavaid asjaolusid, on kriminaalkaristusi tihti vähendatud, kuid sellele justnagu vastukaaluks on suurendatud nende karistusi, kelle tegevus võib mõjutada teisi ühiskonnaliikmeid. Viimane näitab, et suuremat rõhku pannakse kriminaalõiguse kasutamisele üldsuse kaitsmiseks.

Narkootikumidega seotud kuritegevus

Narkootikumidega seotud kuritegevus on lai mõiste, mis võib hõlmata kõiki narkootikumidega mingil viisil seostatavaid kuritegusid ⁽⁹⁾. Tegelikult on Euroopas pidevad andmed saadaval ainult uimastiseaduse rikkumise esialgsete raportite kohta ja need pärinevad peamiselt politseilt. Olgugi, et kõnealuseid andmeid käsitletakse tihti uimastitarbimise ja narkokaubanduse kaudse indikaatorina, on oluline märkida, et andmed peegeldavad erinevusi riiklikes õigusaktides ja viisides, kuidas seadusi rakendatakse ja jõustatakse. Andmed kajastavad ka erinevusi kriminaalõigusasutuste prioriteetides ja konkreetsete õigusrikkumiste jaoks eraldatud ressurssides. Lisaks erinevad ka narkoseaduste rikkumisi kajastavad riiklikud infosüsteemid, eriti rikkumistest teatamise ja nende registreerimise korra osas. Kuna nende erinevuste tõttu on riikidevaheliste võrdluste tegemine keeruline, on kohasem võrrelda pigem suundumusi kui absoluutarve.

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Vt arutelu narkootikumide ja kuritegevuse vaheliste seoste kohta EMCDDA (2007b).

Eli tasandil kokku suurenes narkoseaduste rikkumiste raportite arv ajavahemikus 2001–2006 keskmiselt 36% (joonis 2). Andmed näitavad tõusutendentsi kõigis andmeid esitanud riikides peale Bulgaaria, Kreeka, Läti ja Sloveenia, kes teatasid viieaastase ajavahemiku jooksul toimunud üldisest langusest ⁽¹⁰⁾.

Tarbimise ja pakkumisega seotud rikkumised

Tasakaal ühelt poolt tarbimise ja teiselt poolt pakkumisega (vahendamine, kaubitsemine, tootmine) seotud narkoseaduste rikkumiste vahel on sarnane eelmiste aastatega. Enamik Euroopa riike teatas, et suurem osa 2006. aasta rikkumistest oli seotud uimastite tarbimisega või tarbimiseks omamisega, näitajate ulatudes Hispaanias 93%-ni ⁽¹¹⁾. Samas olid Tšehhi Vabariigis, Madalmaades, Türgis ja Norras ülekaalus pakkumisega seotud rikkumised, mille osakaal 2006. aastal kõikidest narkoseaduste rikkumistest raportites ulatus 52%-st (Türgis) kuni 88%-ni (Tšehhi Vabariigis).

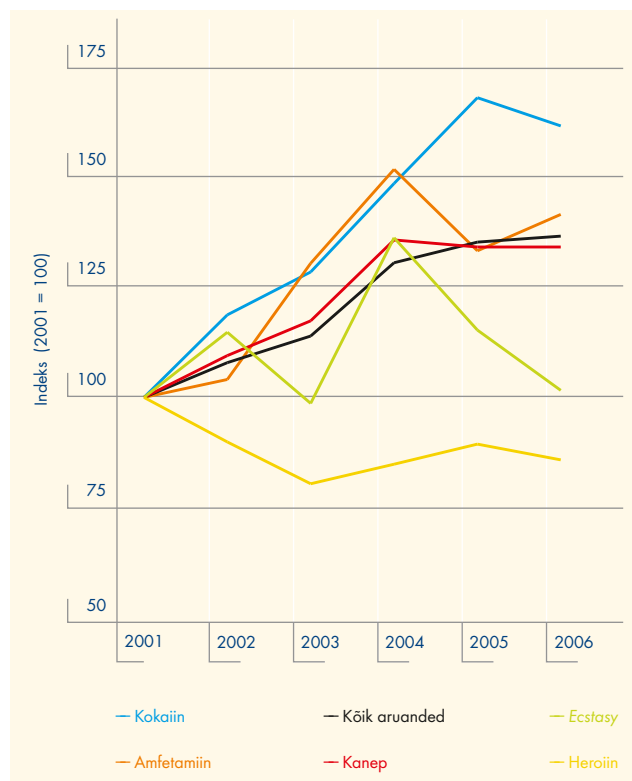
Tarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv suurenes Euroopa Liidus ajavahemikus 2001–2006 keskmiselt 51%, kusjuures kahe kolmandiku riikide andmed näitavad tõusutendentsi ning ainult Sloveenias ja Norras esines viie aasta jooksul langustendents ⁽¹²⁾. Lisaks vääril mainimist, et kõikide narkoseaduste rikkumistega võrreldes suurenes tarbimisega seotud rikkumiste arv sama ajavahemiku jooksul pooltes andmeid esitanud riikides.

Narkootikumide pakkumisega seotud rikkumiste arv on ajavahemikus 2001–2006 samuti kasvanud, aga palju aeglasemalt – keskmiselt 12% kogu Euroopa Liidus. Selle aja jooksul suurenes pakkumisega seotud rikkumiste arv enam kui pooltes andmeid esitanud riikides ja vähenes neljas riigis (Saksamaa, Küpros, Madalmaad, Sloveenia) ⁽¹³⁾.

Suundumused narkootikumide kaupa

Enamikus Euroopa riikides olid 2006. aastal narkoseaduste rikkumiste registreeritud juhud jätkuvalt kõige enam seotud kanepiga ⁽¹⁴⁾. Nimetatud riikides moodustas kanepiga seotud rikkumiste osakaal 36–86% kõigist narkoseaduste rikkumistest. Mõnes riigis oli narkoseaduste rikkumistes suurim osakaal teistel narkootikumidel: Tšehhi Vabariigis moodustasid metamfetamiiniga seotud rikkumised 60% kõigist rikkumistest, Maltal oli heroini näitaja 41%. Luksemburgis jagunesid kanepi, heroini ja kokaiiniga seotud narkoseaduste rikkumised peaaegu võrdselt.

Joonis 2: indekseeritud suundumused narkoseaduste rikkumiste raportites ELi liikmesriikides aastatel 2001–2006



NB: Suundumustes kajastub kõigi ELi liikmesriikide õiguskaitseorganite esitatud teave narkoseaduste rikkumiste (kriminaalkuritegude ja muude õigusrikkumiste) raportite arvu kohta riigis; kõigi seeriade indekseerimise alus on 2001 = 100 ja arvutatud vastavalt riigi rahvaarvule, moodustades üldise ELi suundumuse; 2006. aastal registreeritud narkoseaduste rikkumiste arv suundumusse kaasatud riikides (enne kaalumist) oli: amfetamiin: 41 069, kanep: 550 878, kokaiin: 100 117, ecstasy: 17 598, heroini: 77 242, kõik raportid 936 866.

Suundumuse arvestamise ei kaasatud riike, mille kohta puuduvad andmed kahe või enama järjestikuse aasta kohta: üldine suundumus põhineb kõigil ELi riikidel peale Ühendkuningriigi; kanepi suundumus põhineb 18 riigi, heroini oma 18 riigi, kokaiini oma 17 riigi, amfetamiini oma 12 riigi ja ecstasy oma 13 riigi andmetel. Täiendava teabe saamiseks metodoloogia kohta vt joonist DLO-3 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused, rahvastikuandmete osas Eurostat (<http://elkeurostat.ec.europa.eu/>).

Viieaastase ajavahemiku jooksul aastatel 2001–2006 oli kanepiga seotud narkoseaduste rikkumiste arv stabiilne või tõusis enamikus andmeid esitanud riikides, mille tulemuseks oli keskmine tõus 34% ELi tasandil (joonis 2). Langustendentsist teatasid aga Bulgaaria, Tšehhi Vabariik (2002–2006), Itaalia ja Sloveenia ⁽¹⁵⁾.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv kasvas ajavahemikus 2001–2006 kõikides Euroopa riikides peale Bulgaaria,

⁽¹⁰⁾ Vt tabelit DLO-1 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁾ Vt tabelit DLO-2 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹²⁾ Vt joonist DLO-2 ja tabelit DLO-4 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁾ Vt tabelit DLO-5 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁾ Vt tabelit DLO-3 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁾ Vt tabelit DLO-6 2008. a statistikabülletäänis. Kanepiga seotud rikkumiste täiendava analüüsi kohta vt 3. peatükki.

Saksamaa ja Slovakkia. Eli keskmine kasvas samal perioodil 61%.

Heroiiniga seotud narkoseaduste rikkumised ajavahemikus 2001–2006 näitavad kanepi ja kokaiiniga võrreldes erinevat olukorda: rikkumiste arv langes Euroopa Liidus kokku keskmiselt 14% ning seda põhiliselt aastatel 2001–2003. Riikide suundumused heroiiniga seotud rikkumiste osas on kõnealuses ajavahemikus siiski erinevad ning kolmandik riike teatab kasvutendentsist (¹⁶).

Nii amfetamiini kui ka ecstasy'ga seotud rikkumiste keskmised tipnesid ELis 2004. aastal. Kui amfetamiiniga seotud rikkumiste arv näitas jätkuvalt tõusutendentsi (keskmine tõus ajavahemikus 2001–2006 oli 41%), siis ecstasy'ga seotud rikkumiste Eli keskmine kõikus ega näidanud ajavahemikus 2001–2006 suuremaid muutusi.

Riikide uimastialased teadusuuringud

Uimastiprobleemidealaseid teadusuuringuid viiakse läbi kõikides Euroopa riikides ning need annavad hädavajalikku teavet ebaseaduslike narkootikumide riikliku tasandi mõju kirjeldamiseks ja mõistmiseks. 25 liikmesriigi, Horvaatia ja Norra aruannete põhjal saab anda ülevaate uimastialaste teadusuuringute korraldamisest Euroopa riikides. Ajal, mil üha enam tunnistatakse tõenditel põhinevate sekkumiste olulisust, on märkimisväärne, et 21 riigi teatel annavad sealsete uuringute tulemused vähemalt mingil määral narkopoliitikale teavet.

Koordineerimine ja rahastamine

Uimastitealast teadustegevust mainitakse 27 andmeid esitanud riigi hulgast 20 riigi narkostrategias või tegevuskavas kas konkreetse teemana või viidatakse sellele kui tõenditel põhineva poliitika olulisele osale. 27 andmeid esitanud riigi hulgast on 15 riigis olemas riikliku tasandi struktuurid uimastitega seotud teadusuuringute koordineerimiseks. Ainult viis riiki teatab, et narkoalaseid teadusuuringuid nende riiklikes strateegiates ei mainita või et neil pole selles valdkonnas riiklikku koordineerimisstruktuuri.

Liikmesriikide andmetel on narkoteemaliste teadusuuringute peamine rahastaja riik, seda kas üldiste teadusprogrammide või uimastivaldkonna teadusprogrammide kaudu. Kaks peamist üldise teadustegevuse valdkonda, kus uimastitega seotud uuringuid rahastatakse, on tervishoid ja sotsiaalteadused. Konkreetselt uimastivaldkonna teadustegevuseks määratud rahastamine toimub riiklike narkoordineerimisasutuste kaudu (Tšehhi Vabariik, Hispaania, Prantsusmaa, Luksemburg, Ungari, Poola, Portugal, Norra). Mõlemat tüüpi rahastamisprogrammid

ühendavad tihti ebaseaduslike uimastite alased teadusuuringud muude sõltuvusvaldkonna probleemidega, nagu alkohol, tubakas ja hasartmängud. Rahastamine toimub enamasti teadusuuringute tellimuste kaudu või raamprogrammide vahendusel, kuhu teadlased esitavad taotluse. Muude rahastamisallikadena on nimetatud fonde, teadusakadeemiaid, eraasutusi, konkreetselt uimastivastase võitluse fonde, Euroopa Komisjoni ja Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni.

Struktuurid ja projektid

Enamik riike teatas, et teadusuuringuid korraldatakse peamiselt ülikoolides ja spetsiaalsetes keskustes, millest mõnedes asuvad ka riiklikud teabekeskused, ning lisaks sellele ka avalikes ja erateaduskeskustes. Mõned riigid teatasid riiklikest teadusvõrgustikest (Saksamaa, Hispaania, Portugal). Need võivad teadustöö organiseerimises ja rahastamises olulist rolli mängida ning edendada otsesemaid sidemeid teadusuuringute ja praktika vahel.

Alates 2000. aastast liikmesriikides korraldatud olulisematest uuringutest olid enam kui pooled epidemioloogialased ning umbes üks kolmandik rakendusuuringud (peamiselt sekkumiste hindamised ennetustegevuses ja ravis). Nimetati ka otsustavate tegurite, uimastitarbimise riski- ja kaitsetegurite, uimastitarbimise tagajärgede ja uimastimehhanismide ning mõjude alaseid uuringuid.

Mitu riiki teatas takistustest uimastitealases teadustegevuses. Nimetatud probleemide hulka kuulusid korralduslikud aspektid, nagu puudulik koordineerimine ja hajutatud ressursid (Saksamaa, Prantsusmaa, Austria), kvalifitseeritud teadustöötajate puudumine (Läti, Ungari), ning metodoloogilised aspektid (andmekaitseprobleemid, probleemid varjatud elanikkonnarühmadeni jõudmises, uurimisprojektide vähene järjepidevus). Mitu riiki mainis peamise takistusena uimastialaste teadusuuringute piiratud rahastamist (Belgia, Kreeka, Poola, Rumeenia, Soome).

Levitamine

Aruannetes nimetati kokku 25 narkoteemalist Euroopa eelretsenseeritavat ajakirja, mida kirjutatakse 11 muus keeles peale inglise keele. Enamik neist eri riikide ajakirjadest avaldab ka ingliskeelseid kokkuvõtteid ja on avatud rahvusvahelistele kaastöödele.

Peale ebaseaduslikele ainetele ja sõltuvusele keskenduvate väljaannete avaldatakse ebaseaduslike uimastite teemalisi artikleid ka mitmesuguste valdkondade eelretsenseeritud ajakirjades ja erialajakirjades. 2006. aastal avaldati

(¹⁶) Vt tabelit DLO-7 2008. a statistikabülletäänis.

uimastivaldkonna uurimistulemusi enam kui 100 sellises Euroopa ajakirjas. Levitamises on oluline roll ka muud tüüpi kirjutistel, sealhulgas ka riiklike teabekeskuste trükistel.

Rohkem teavet uimastialastest teadusuuringutest

Täpsemat teavet uimastivaldkonna teadusuuringute kohta Euroopa riikides kogub EMCDDA Reitoxi riikide teabekeskuste võrgustiku kaudu. Liikmesriikide esitatud teave kirjeldab nii riiklikke teadusasutusi kui ka rahastamismeetodeid. Lisaks sellele on liikmesriigid esitanud alates 2000. aastast läbi viidud peamiste teadusuuringute loendid ning toonud ära teaduslikud kirjutised, teadusajakirjad ja veebilehed, mille kaudu riigis läbi viidud uimastiteemaliste teadusuuringute tulemusi levitatakse. EMCDDA teeb nii selle kui ka muu teabe kättesaadavaks erinevate teabelevivahendite ja kanalite kaudu (vt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Põhjalikuma teabe saamiseks vt 2008. aasta valikteemat uimastialastest teadusuuringutest (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Reitoxi riikide teabekeskused mängivad uurimistulemuste levitamises kõigis andmeid esitanud riikides olulist rolli, seda peamiselt oma riiklike aruannete vahendusel.

Euroopa Komisjon on tellinud põhjaliku võrdleva analüüsi ebaseaduslike narkootikumide käsitleva teadustegevuse kohta Euroopa Liidus. Nimetatud analüüs peaks andma ülevaate uimastialaseks teadustegevuseks ette nähtud Euroopa Liidu ja riiklikest rahastamisvõimalustest, tuginema teadusuuringutealase valikteema tulemustele ning avardama teemat, kaasates sinna ka uimastite pakkumise vähendamise ja turvalisuse valdkonna teadusuuringud. Analüüsis vaadatakse üle olemasolev liikmesriikide ja Euroopa tasandi teadustegevuse infrastruktuur ning võrreldakse seda teiste piirkondade, näiteks Põhja-Ameerika ja Austraaliaga. Analüüsi tulemusena esitatakse soovitusel poliitiliste meetmete võtmiseks, et täita teabelüngad ning parandada koostööd Euroopa tasandil. Töös antakse hinnang ka olemasolevatele Euroopa võrgustikele, sealhulgas EMCDDA ning Reitoxi riikide teabekeskuste omale. Töö tulemused avalikustatakse 2009. aasta alguses.



2. peatükk

Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas

Sissejuhatus

Käesolevas peatükis esitatakse ülevaade narkoprobleemidega tegelemisest Euroopas, tuues võimaluse korral esile suundumused, arengud ja kvaliteediprobleemid. Siin vaadeldavate meetmete hulka kuuluvad ennetamine, ravi, kahjude vähendamine ja ühiskonda taasintegreerimine, mis kokku moodustavad tervikliku nõudluse vähendamise süsteemi. Peatükis esitatakse ka ülevaade olemasolevatest andmetest uimastitarbijate vajaduste kohta vanglates ja selles konkreetses keskkonnas kasutatavate lahenduste kohta. Peale selle arutatakse lühidalt tuleviku seireküsimusi teises narkopoliitika valdkonnas – narkootikumide pakkumise vähendamises.

Ennetamine

Narkoennetust võib jagada eri tasanditeks või strateegiateks alates ennetavast keskkonnast kuni näidustatud ennetuseni, mis ideaalolukorras mitte ei võistle omavahel, vaid täiendavad üksteist. Järgnev Euroopa hetkeolukorra ja suundumuste kirjeldus põhineb 2007. aastal üldise ja valikulise ennetuse meetmete kohta EMCDDA-le esitatud kvalitatiivsetel andmetel ⁽¹⁷⁾ ning kirjanduse ülevaatel näidustatud ennetuse kohta (EMCDDA, 2008f).

Üldine ennetamine

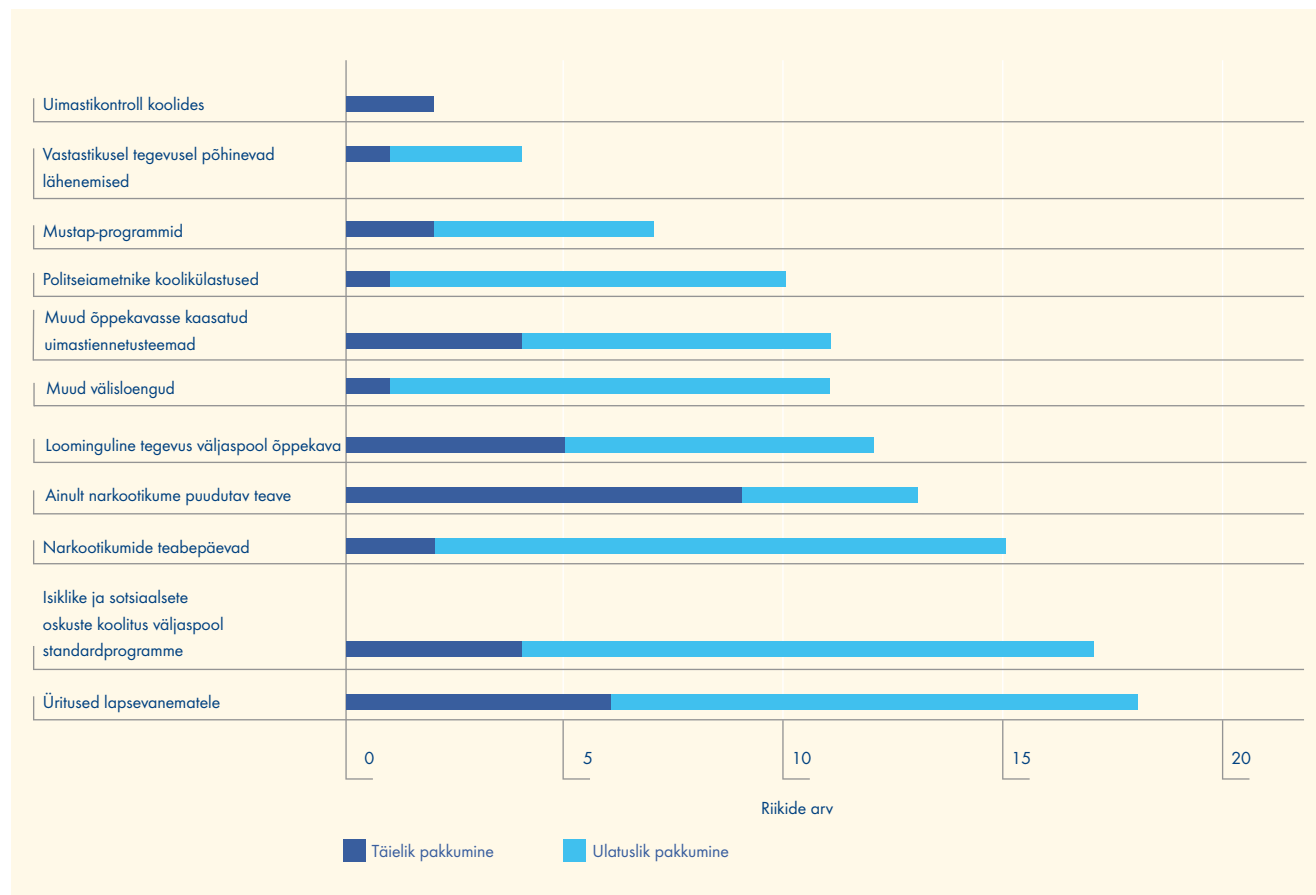
Üldise koolipõhise narkoennetuse eesmärgid paistavad olevat Euroopas viimastel aastatel nihkunud. 2007. aastal oli eluliste oskuste arendamine ennetustegevuste kõige enam teatatud eesmärk (12 andmeid esitanud riiki 28-st), samas kui 2004. aastal teatasid pooled riigid (13/26), et nende peaeesmärk on teadlikkuse suurendamine ja teabe jagamine. Kaitsva koolikeskkonna loomist, mis on üks struktuurimeetmeid, mainiti 2007. aastal peaeesmärgina samuti enam (kuus riiki) kui 2004. aastal (neli riiki). Muutused sõnastatud eesmärkides võivad kajastada ratsionaalsemat ja enam tõenditel põhinevat lähenemist, kuid pole selge, mil määral see eesmärkide muutus tegelikku pakkumist peegeldab.

Kuidas parandada uimastite pakkumise vähendamise seiret

Uimastite pakkumise vähendamist saab määratleda kui meedet, mis hõlmab kõiki tegevusi, mille eesmärk on ennetada ebaseaduslike uimastite jõudmist tarbijani. Need võivad hõlmata niisuguseid vahendeid nagu rahvusvahelised konventsioonid, ELi ja riikide õigusaktid ja poliitikad, samuti tegevusi, mis on suunatud ebaseaduslike uimastite tootmise ja kaubitsemise eri protsesside ja nendega seotud isikute vastu, aga ka lubatud ainete (ravimite, lähteainete) kõrvalasuunamist või illegaalset töötlemist keelatud aineteks ning uimastitega seotud rahapesu. Ebaseaduslike uimastite pakkumise vähendamisele aitavad kaasa ka õiguskaitsealane tegevus, alternatiivsed algatused ning projektid, mille eesmärk on uimastitega seotud kuritegevuse ennetamine. Nagu uimastinõudluse vähendamise puhul, toetab ka antud tegevusi ning nende hindamist oluliselt vastava valdkonna seire ja analüüs.

Hiljutine andmete kogumine ELi narkootikumidealase tegevuskava iga-aastaste arenguülevaadete ja ÜRO Peaassamblee eristungjärgu ülevaade (vt 1. peatükki) raames andis uimastite pakkumise vähendamise meetmetest vastuolulise pildi. Üldiselt hästi on dokumenteeritud tegevused, mis on seotud rahvusvaheliste projektidega, samas kui riiklikul tasandil läbi viidud tegevusi on sageli raske hinnata ja võrrelda. Euroopa Komisjon, Eurostat, Europol ja EMCDDA töötavad selle nimel, et parandada olukorda järgmise ELi narkootikumidealase tegevuskava (2009–2012) raames. Üle tuleb vaadata olemasolevad kontseptuaalsed raamistikud ja teabesüsteemid ning võimalikud teabeallikad uimastite pakkumise vähendamise alaste tegevuste seireks ja analüüsiks liikmesriikides. Samuti on vaja paremini tundma õppida uimastiturgusid, eelkõige pakkumis- ja levitusviise nii nende majanduslikus kui ka sotsiaalses ulatuses. Kahe Euroopa Komisjoni rahastatava uuringuga püütakse anda selgem pilt nii uimastite pakkumise vähendamise teabesüsteemidest ja allikatest kui ka rahvusvahelistest uimastiturgudest.

⁽¹⁷⁾ Andmed pärinevad liikmesriikide riiklikelt ekspertidelt.

Joonis 3: kõige sagedasemad sekkumismeetodid üldise ennetustegevuse raames koolides

NB: Mustap: mitut perioodi hõlmavad standardprogrammid trükiste levitamiseks.
 Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

Kõige rohkem riike teatas koolipõhise ennetustegevusena üritustest vanematele ja ainult teabe jagamisele keskenduvatest strateegiatest (teabepäevad, ekspertide või politseinike koolikülastused) (joonis 3). Kõnealuste meetmete tõhusus ei ole teada. Vaid üksikud riigid teatavad aga mõnedest rohkem tõenditel põhinevatest sekkumismeetmetest. Siia kuuluvad standardiseeritud programmid, eakaaslaste meetodid või konkreetselt poistele mõeldud meetmed – nende kõigi eesmärk on parandada suhtlusoskusi, tõhustada konflikt-, stressi- või pettumuse olukorras hakkamasaamist või korrigeerida uimastitarbimise teemalisi normiks kujunenud eksiarmusi. Vähestel või nõrkadel tõenditel põhinevate sekkumismeetmete valdava ülekaalu põhjuseks võib olla asjaolu, et nimetatud meetmete jaoks on vaja vähem ressursse ja personalikoolitust.

Peale konkreetselt uimastitarbimisele suunatud tegevuste kasutatakse koolides ka struktuurimeetmeid. Kaitsva ja normatiivse sotsiaalkeskonna loomisega püüavad struktuurimeetmed mõjutada noorte uimastitarbimisalaseid

valikuid (Toumbourou et al., 2007). Kõnealune lähenemine on kooskõlas üldise ennetuspoliitikaga, mis üha enam pooldab karmimaid alkoholi- ja tubakatarbimise reegleid koolides. Nii teatab 20 riiki täielikust suitsetamiskeelust koolides ja 18 täielikust või ulatuslikust ⁽¹⁸⁾ narkopoliitikameetmete pakkumisest koolides. Eriti Kesk- ja Lääne-Euroopa liikmesriigid teatavad struktuurimeetmete rakendamise, mille sihtiks on vähendada tubaka- ja alkoholitarbimist koolides. Kõnealuseid ennetusmeetmeid võivad täiendada muud struktuurimeetmed, nagu koolihoonete projektide ja koolielu parandamine.

Perekonnapõhine ennetamine on teine laialt kasutatav ennetusmeetod. Üksteist riiki teatab täielikust või ulatuslikust perekonnohtumiste või -õhtute pakkumisest. Nii nagu koolipõhine ennetamine, paistab ka perekonnapõhine ennetustöö keskenduvat eelkõige teabe jagamisele. Intensiivset perekondade juhendamist ja koolitamist, mille püsivat tõhusust on uuringud näidanud (Petrie et al., 2007), pakutakse vähe: ainult seitse riiki teatab kõrgeimast pakkumise tasemest.

⁽¹⁸⁾ Ulatuslik pakkumine – sekkumismeetod pakutakse enamikus kohtades, kus sihtrühma suurus on selle rakendamiseks piisav. Täielik pakkumine – sekkumismeetod on kättesaadav peaaegu kõikides kohtades, kus sihtrühma suurus on selle rakendamiseks piisav.

Valikuline ennetamine

Valikulist ennetamist suunavad sotsiaalsed ja demograafilised näitajad, nagu töötuse, õigusrikkumiste või koolist puudumise määr. Sekkumine on suunatud konkreetsetele rühmadele, perekondadele või tervetele kogukondadele, kus inimesed puudulike ühiskondlike sidemete ja ressursside tõttu võivad tõenäolisemalt uimasteid tarbima hakata või sõltuvusse langeda.

Kolmteist riiki teatab, et suurem osa nende perekonnapõhisest ennetustegevusest on valikuline. Samas tegeletakse oluliste perekondlike riskiteguritega Euroopas väga vähe. 30-st andmeid esitanud riigist teatab ainult seitse täielikust või ulatuslikust uimastitarbimise sekkumismeetmete pakkumisest perekondades ja viis teatab sekkumismeetmetest perekonnakonfliktide või hooletussejätmise olukorras. Peale selle teatas igast järgmisest sekkumiskategooriast neli riiki: ebasoodsa sotsiaalse olukorraga (nt töötus) tegelemine, abi kriminaalõigusprobleemide korral, rahvusvähemustesse kuuluvate tõrjutud perekondade abistamine. Lisaks tegeleb ainult kolm riiki vaimse tervise probleemidega perekondade vajadustega.

Hoolimata teema kasvavast poliitilisest tähtsusest tegeldakse harva ka haavatavate noorterühmade – näiteks noorte õigusrikkujate, kodutute, koolist puudujate, ebasoodsas olukorras olevate ja vähemusrühmadesse kuuluvate noorte – riskitingimustega. Alates 2004. aastast nimetab üha enam uimastipoliitika dokumente neid noori kõige tähtsama ennetussekkumiste sihtrühmana, kuid samas pole teatatud sekkumismeetmete hulk selle aja jooksul kasvanud. Üksikasjalikum teave selle kohta on toodud 2008. aasta haavatavate noorte valikteemas.

Näidustatud ennetamine

Näidustatud ennetustöö eesmärk on tuvastada käitumis- või psühholoogiliste probleemidega inimesed, kellest võib selle tõttu hilisemas elus saada probleemne uimastitarbija, ja suunata neile konkreetsed sekkumismeetmed. Siia hulka kuuluvad kooli pooleli jätnud noored, psühhiaatriliste häiretega inimesed ja antisotsiaalselt käituvad või varajasi uimastitarbimise märke ilmutavad isikud. Narkootikumide ja narkomaania seirekeskuse hiljuti avaldatud aruandes (EMCDDA, 2008f) tutvustatakse kestevuuringuid, kus määratletakse probleemsed trajektoolid, neuroloogilisi käitumisuuringuid ja üha suurenevaid teadmisi aju plastilisusest ja neurotransmitterite rollist ning tuuakse esile liikmesriikide sekkumiste tulemused.

Käitumishäiretega lastel, kellel näiteks tähelepanu puudulikkuse (hüperaktiivsuse) sündroom esineb koos käitumishäirega, on suurem risk uimastiprobleemide

Uimastid ja haavatavad noorterühmad on EMCDDA 2008. aasta valikteema

Teatavatel noorterühmadel on oht muutuda sotsiaalselt tõrjutuks ning see võib olla seotud uimastitarbimise ja sellega kaasnevate probleemide tekkimise suurenenud tõenäosusega. Uimastitarbimise ja sellega kaasneva kahju vähendamiseks ettenähtud sekkumiste suunamisega konkreetsetele rühmadele on võimalik kõnealuste rühmade vajadusi rohkem rahuldada ning suurendada tõenäosust, et sekkumine on edukas.

Valikteemas pakutakse põhjalikku teavet konkreetsete rühmade riskitegurite ja haavatavuse kohta ning uuritakse nende rühmade uimastitarbimist ja sellega kaasnevaid probleeme. Valikteemas uuritakse ka koolist puudumisest, ülikooliõpingute ebaõnnestumisest, sotsiaalselt ebasoodsast olukorrast, pereprobleemidest ja õigusrikkumisest tingitud haavatavuse tagajärgi. Peale selle arutatakse valikteemas haavatavate rühmade uimastitarbimise ning sellega kaasnevate probleemide vastu võitlemise meetmeid, sealhulgas õigusakte, ennetamist ja ravi.

Valikteema trüki- ja veebiversioon on kättesaadavad ainult inglise keeles (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

väljakujunemiseks. Käitumishäiretega laste puhul on varajase sekkumise eelduseks meditsiini-, sotsiaal- ja noorsooteenuste tõhus koostöö. Saksamaal kasutatav mitme mooduli ravi põhimõte pakub näiteks kombineeritud nõustamist vanematele ja hooldajatele, üheaegset meditsiinilist, psühhoterapeutilist ja psühhosotsiaalset tuge ning õpituge lasteaias või koolis. Iirimaa noortele suunatud haridus- ja psühholoogilise nõustamise teenus, mis on mõeldud eelkõige arenguprobleemide ennetamiseks koolides, haridusasutustes ja perekonnas, sai kõigjal positiivse hindamistulemuse. Madalmaades läbi viidud keskmises lapseas (vanuses 8–13) noorte agressiivse käitumise ravi pikaajalise ennetusmõju uuringus leiti, et manuaalsetel käitumisteraapiatel oli suitsetamise ja kanepitarbimise vastu märkimisväärselt parem mõju kui tavalisel ravil (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Sekkumiste tõhusus ja ohud

Uimastitarbimine laste hulgas ja perekondades on Euroopas jätkuvalt suunatud ennetustöö peamine eesmärk. Paljud uimastitarbimise väljakujunemise sotsiaalsete ja neuroloogiliste käitumuslike märkide alased uuringud näitavad, et ennetustegevusel, mis ei keskendu uimastitele, võib olla mõju ka narkootikumide tarbimisele. Nii valikuline kui ka näidustatud ennetustöö võib leevendada varajase ebasoodsa arengu mõjusid, selle kujunemist ühiskondlikuks

EMCDDA parima tava portaal

Seal aastal käivitas EMCDDA Internetis esimese mooduli oma uimastialaste sekkumiste (ennetustegevus, ravi, kahjude vähendamine ja taasintegreerumine ühiskonda) parima tava portaalist. Portaal antakse ülevaade uuematest tõenditest eri sekkumiste tõhususe ja mõju kohta, tutvustatakse vahendeid ja standardeid, mille eesmärk on parandada sekkumiste kvaliteeti, ning tuuakse hinnatud tavade näiteid kõikjal Euroopast. Portaali sihtrühmaks on uimastialal tegutsevad inimesed, poliitikud ja selle valdkonna teadlased ning see annab pildi olukorrast kogu Euroopas.

Portaali esimene moodul keskendub üldisele ennetustegevusele, eelkõige mõjususe tõenditele, mis põhinevad alates 2000. aastast avaldatud mitmel ülevaatel. Tulemustest täpsema ülevaate saamiseks vt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Portaalist saab teavet mitme sekkumise mõjususe kohta, kuid tuleb märkida, et tõendite hulk on mõnikord piiratud ning valikute tegemise eri sekkumiste vahel tuleb suhtuda ettevaatusega. Kuna programmide tõhusust näitavad kontrollkatsed, pole teada, kuidas konkreetsed sekkumised erinevates keskkondades toimivad. Täiendavat abi võib leida portaali kaudu kättesaadavast EDDRA andmebaasi uuest versioonist, milles tutvustatakse eri maades ja kohtades toimunud hinnatud sekkumisi.

tõrjutuseks ning järgnevat uimastite kuritarvitamist. Mitmed teadusuuringud on näidanud, et esimeste kooliaastaste sekkumistel, mille eesmärgiks on õpikeskkonna parandamine ja sotsiaalse tõrjutuse vähendamine, on tasakaalustav mõju ka hilisemale uimastitarbimisele (Toumbourou *et al.*, 2007).

Kahtluse alla on seatud koolipõhise ennetustegevuse üldine mõju (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007). Hiljutised kirjandusülevaated ⁽¹⁹⁾ näitavad aga, et koolipõhise ennetuse mõned osad, nagu keskendumine normatiivsetele ettekujutustele ja elulistele oskustele, paistavad olevat tõhusad. Näiteks teatas positiivsetest tulemustest Euroopa Komisjoni kaasrahastatav randomiseeritud kontrollkatsena läbi viidud ELi uimastisõltuvuse ennetamise uuring (*EU-Dap study*), mille eesmärk oli koolipõhise sekkumisprogrammi väljatöötamine ja hindamine ⁽²⁰⁾. Järeluuringus leiti, et viisteist kuud pärast sekkumist oli programmi mõju stabiilne ning joobeseisundi ja kanepitarbimise sagedus osalejate hulgas oli vähenenud. Uuringus kasutatud programm „Unplugged“ seadis küsimuse alla uimastitarbimise heakskiitmise ja levimuse ettekujutused noorte hulgas.

Lisaks tõhususele peab ennetustegevus olema ka ohutu – soovimatuid mõjusid tuleb igati vältida. Seega peab sekkumisi plaanides ja hinnates hoolikalt kaaluma negatiivsete mõjude ohtu. Eriti oluline on see üldises koolipõhises ennetustöös, mis on suunatud arvukale ja mitmekesisele sihtrühmale. Näiteks pole ainult narkootikumide mõjudest teavitamine, mis on Euroopas laialt levinud lähenemine, kuigi tõhus ja lisaks kaasneb sellega soovimatute mõjude oht (Werch, Owen, 2002). Sama kehtib massimeedia kampaaniate kohta, millel võib olla uimastitarbimise kalduvust suurendav mõju ⁽²¹⁾.

Et ennetusprogrammid oleksid tõenditel põhinevad ja soovimatute mõjude risk oleks väike, võib ühe võimalusena välja töötada ennetusprojektide pakkumise ja sisu standardid. Projektide koostamise ja hindamise standarditest teatavate liikmesriikide arv on suurenenud kolmelt riigilt 2004. aastal üheksale riigile 2007. aastal. Mitu liikmesriiki töötab välja sertifitseerimismenetlusi, et tagada programmide hea kvaliteet ja riigieelarve ressursside tõhus kasutamine (Tšehhi Vabariik, Ungari, Poola, Portugal). Tšehhi Vabariigis on näiteks ennetustegevuste sertifitseerimine üks riigieelarvest toetuse saamise tingimusi.

Ravi

Järgneva osa eesmärk on anda ülevaade Euroopa uimastiravist, kirjeldades teenuste korraldust ja pakkumist.

Korraldus

Üldiselt osutatakse ELi liikmesriikides uimastiravi teenuseid avaliku sektori kaudu, kuigi valitsusvälistel organisatsioonidel võib olla samaväärne roll (seitsmes liikmesriigis) või need võivad isegi olla peamised raviteenuse osutajad (viies liikmesriigis). Tähtis roll on ka üld- ja perearstidel ning mõnes riigis on nad peamised asendusravi pakkujad. Mõnes riigis võib ka erasektor raviteenuste pakkumises osaleda, seda eelkõige koduhoolduses. Uimastiravi rahastamine toimub aga peamiselt riigi rahakotist või on see seotud sotsiaal- ja tervisekindlustusteenustega.

Pakkumine

Uimastiraviga tegeletakse erinevates kohtades, nii ambulatoorsetes kui ka statsionaarsetes ravikeskustes, perearstipraksistes, madala läve asutustes ja vanglas. Enamik Euroopa uimastiravist toimub ambulatoorsetes asutustes, sealhulgas perearstipraksistes, eelkõige seetõttu, et need on kohad, kus toimub asendusravi.

⁽¹⁹⁾ Vt parima tava portaali (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Vt käesoleva aruande 3. peatükki ja 2007. aasta aruannet.

Viimastele ravinõudluse indikaatori andmetele tuginedes on ambulatoorset ravi alustavad uimastitarbijad keskmiselt 30 aastat vanad ja enamjaolt mehed ⁽²²⁾. Umbes üks kolmandik tuleb ravile ise, kriminaalõigussüsteem suunab ravile 22%, kusjuures see arv kasvab viimastel aastatel, ülejäänud on ravile suunatud sotsiaal- ja tervishoiuasutuste või mitteformaalsete võrgustike kaudu ⁽²³⁾.

Pooled ambulatoorset ravi alustavatest patsientidest nimetasid opioide oma esmaseks uimastiks, 21% puhul oli selleks kanep ja 16% puhul kokaiin. Tõusutendents ravile suunatud patsientide, eriti uute patsientide osakaalus, kelle probleemiks on opioidide hulka mittekuuluv uimasti, võib kajastada nii positiivset arengut kanepi- ja kokaiiniravi kättesaadavuses mitmes liikmesriigis kui ka kõnealuste uimastite tarbijate sagedasemat ravilepöördumist (vt 3. ja 5. peatükk). Samas on spetsiaalselt opioide mittetarvitavate narkomaanide vajadustele suunatud teenuste üldine kättesaadavus endiselt piiratud.

Statsionaarne ravi leiab peamiselt aset teraapiarühmades, psühhiaatriahaiglates ja üldhaiglate eriosakondades. Pakutavad teenused ulatuvad lühiajalisest detoksifitseerimisest pikemate psühhiaatriliste ja karskusel põhinevate raviprogrammideni. Statsionaariteenused võivad eriti hästi sobida uimastitarbijatele, kelle ravivajadused on kaasnevate füüsilise ja vaimse tervise probleemide tõttu keerulised. Statsionaarsed patsiendid on sarnaselt ambulatoorset ravi saajatele keskmiselt 30 aastat vanad, enamjaolt mehed ja alustavad uimastiravi esmaselt opioidide tarbimise pärast ⁽²⁴⁾. Töötute ja kindla elupaigata uimastipatsientide osakaal on enamikus riikides, kus asjakohane võrdlus on võimalik, statsionaaris siiski tunduvalt suurem kui ambulatoorse ravi patsientide hulgas ⁽²⁵⁾.

Algselt on uimastiravi korraldatud opioiditarbijate vajadusi silmas pidades, nemad on ka senini peamine ravi saav uimastitarbijate rühm. Enamikus liikmesriikides on asendusravist koos psühhosotsiaalse hooldusega saanud opioiditarbijate peamine raviviis. Pärast seda, kui Kuprosl 2007. aastal alustati ravi suurtes annustes buprenorfiiniga, on asendusravi saadaval kõikides liikmesriikides ning Horvaatias ja Norras ⁽²⁶⁾. Türgis pole asendusravi veel kasutama hakatud, aga seda lubab 2004. aasta ravikeskuste määrus. Buprenorfiin on metadooni järel levinuim opioidiasendaja ja selle kasutamine opioidisõltuvuse ravis on viimastel aastatel suurenenud (vt 6. peatükk). Buprenorfiin on ravivõimalusena saadaval kõikides liikmesriikides peale Bulgaaria, Ungari ja Poola.

Hinnanguliselt sai 2006. aastal Euroopas asendusravi 600 000 opioiditarbijat, kusjuures nende arv oli võrreldes eelmise aruandeaastaga kasvanud kahekümne kahest andmeid esitanud riigist kuuteistkümnes.

Kahjude vähendamine

Uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on rahvatervise eesmärk kõikides liikmesriikides ning ELi narkootikumidealases strateegias ja tegevuskavas (Euroopa Komisjon, 2007a). Peamised meetmed selles valdkonnas on opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetusprogrammid, mis võitlevad üledooside põhjustatud surmade ja nakkushaiguste levikuga. Kõnealused meetmed on andmete põhjal saadaval kõikides riikides peale Türgi (vt ka 6. ja 8. peatükk) ning ehkki teenuse pakkumise ulatus ja tase on küllaltki erinev, valitseb Euroopas üldiselt kahjude vähendamise meetmete kasvu ja konsolideerumise suundumus.

Lisaks pakub enamik riike mitmesuguseid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid madala läve asutustes. Mõned riigid teatavad siiski, et kahjude vähendamise meetmete rakendamine on hilineunud vähese poliitilise toetuse tõttu. Kreekas on madala läve teenuste ja asendusravi laienemine peatunud. Pärast välisrahastamise lõppu tõmmati koomale Rumeenia ja Poola nõela- ja süstlavahetusprogramme. Kuprose ainukesel nõela- ja süstlavahetusprogrammil ei ole ametlikku toetust. Ungaris, kus nõela- ja süstlavahetusprogrammid ning otse abivajajateni jõudmine on suurenenud, viitab ravi mitte saava elanikkonna hulgas korraldatud uuring, et meetmete hulk on ikka ebapiisav ja juurdepääs neile piiratud.

Balti riikides ja Rumeenias valitseva erilise olukorra tõttu HIVi/AIDSi vallas mängivad seal jätkuvalt olulist rolli rahvusvahelised rahastajad. Kahjude vähendamist toetab rahaliselt Ülemaailmne AIDSi, Malaaria ja Tuberkuloosi Vastu Võitlemise Fond ning Eestis, Leedus ja Lätis algatas UNODC hiljuti projekti „HIVI/AIDSi ennetamine ja hooldus süstivate narkomaanide hulgas ja kinnipidamisasutustes“.

Mõned liikmesriigid on hiljuti analüüsinud kahjude vähendamise meetmete tulemusi. Prantsusmaal langes uimastitarbijate suremuse vähenemine kokku viirusevastase kolmikravi kasutuselevõtu, kahjude vähendamise poliitika välja töötamise ja opioidiasendusravi kättesaadavusega. Hispaanias seostati süstivate narkomaanide arvu vähenemist ning metadooni asendusravi head kättesaadavust nakkushaiguste ja uimastitega seotud surmade

⁽²²⁾ Vt tabelleid TDI-10 (iii osa) ja TDI-21 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²³⁾ Vt tabelit TDI-16 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²⁴⁾ Vt tabelleid TDI-10 (vii osa) ja TDI-21 (iv osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²⁵⁾ Vt tabelleid TDI-13 ja TDI-15 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²⁶⁾ Vt tabelleid HSR-1 ja HSR-2 2008. a statistikabülletäänis.

arvu vähenemisega uimastitarbijate hulgas (De la Fuente *et al.*, 2006). Portugalis näitavad olemasolevad andmed nakkushaiguste määra stabiliseerumist, mida võib osaliselt seostada kahjude vähendamise meetmete ja ravilahenduste parema kättesaadavusega.

Ühiskonda taasintegreerimine

Ravi saavate narkomaanide hulgas on töötuse ja kodutuse tase tihti kõrge. Selline ebasoodne olukord paistab olevat rohkem levinud teatud uimastitarbijate rühmade hulgas, eriti naiste seas, heroini ja crack'i tarbijate hulgas ning vähemusrühvuste esindajate ja kaasnevate psühhiaatriliste probleemidega inimeste seas.

Ühiskonda taasintegreerimist tunnustatakse terviklike uimastistrateegiade olulise osana ja seda võib rakendada uimastitarbimise igal astmel ja eri tingimustes. Ühiskonda taasintegreerimise eesmärki võib saavutada suutlikkuse arendamise, sotsiaalsete võimete parandamise, tööhoiue lihtsustamise ja edendamise ning elamispinna saamise või parandamise abil. Praktikas võib taasintegreerimise teenustena pakkuda kutsenõustamist, töökohti ja majutustuge, samas kui vanglapõhised sekkumised võivad siduda vange kogukonnapõhiste majutus- ja sotsiaalteenustega, valmistades neid ette vabadusse pääsemiseks.

Kodutus ja ebakindel eluase on üks tõsisemaid sotsiaalse tõrjutuse vorme, millega uimastitarbijad kokku puutuvad ning mis mõjutas 2006. aastal ravile pöördunud uimastitarbijatest umbes 10%⁽²⁷⁾. Kuigi paljudes riikides saavad uimastipatsiendid eluaseme leidmisel abi, on dokumenteeritud ka puudujääke ning kaks riiki teatavad, et uimastitarbijatel on raske pääseda ligi kodututele mõeldud üldteenustele, mida tavaliselt kasutavad probleemsed alkoholitarbijad (Iirimaa, Itaalia). Kolm riiki (Belgia, Taani, Madalmaad) võtavad uusi meetmeid, mis aitavad lahendada uimastitarbijate eluasemevajadusi, ja teatavad, et nad tsentraliseerivad asutusi kodutute pikaajaliste sõltlaste jaoks ning avavad spetsiaalseid hooldekodusid probleemse käitumise või kaasnevate terviseprobleemidega uimastitarbijate jaoks.

Uimastiravi klientide aitamine töö otsimisel on ühiskonda taasintegreerimise võtmelemente, kuna iga teine ravi alustav patsient on töötu⁽²⁸⁾. Teatatakse uutest edukatest lähenemistest, mis aitavad klientidel tööd leida ja seda hoida. Siia hulka kuuluvad juhendamisskeemid,

subsideeritud töökohad (alates 2006. aastast ka Leedus), tööandjate ja töötajate spetsiaalne koolitus, mida tehakse näiteks Iirimaa projekti „Ready for Work“ („Töös valmis“) raames, ning mitmesugused töö- ja sotsiaalametid Tšehhi Vabariigis.

Tervishoiualane ja sotsiaaltegevus vanglas

Vanglad on uimastitarbijatele suunatud tervishoiu- ja sotsiaaltöö seisukohast oluline keskkond. Järgnevas osas antakse ülevaade uimastitarbimisest ja uimastitarbijatest Euroopa vanglates koos viimase teabega kinnipeetavatele uimastitarbijatele pakutavate teenuste kohta ning uute seaduste kohta, mis käsitlevad uimastiravi vanglates.

Uimastite tarbimine

Erinevate uuringute andmed viitavad jätkuvalt sellele, et kogu elanikkonnaga võrreldes on uimastitarbijad Euroopa vanglates ülesindatud. Aastatel 2001–2006 korraldatud uuringutest ilmneb, et nende vangide osakaal⁽²⁹⁾, kes on kunagi keelatud uimastit tarvitanud, erineb kinnipeetavate, kinnipidamiskeskuste ja riikide lõikes üsna palju, ulatudes kuni kolmandikust (Bulgaaria, Ungari, Rumeenia) enam kui 50%-ni enamikus uuringutes ning 84%-ni Inglismaa ja Walesi naistevanglates. Kanep on jätkuvalt keelatud uimasti, millest vangid kõige enam teatavad, ning elu jooksul kanepi tarbimise levimus ulatub 78%-ni. Kuigi muude uimastite elu jooksul tarbimise levimus võib mõnes vanglas olla väga madal (kõigest 1%), ilmneb mõnest uuringust, et 50–60% vangidest on elu jooksul heroini, amfetamiini või kokaiini tarbinud⁽³⁰⁾. Ka kõige laastavam mõjuga uimastitarbimise vormid võivad olla vangide hulgas enam levinud: mõnede uuringute andmetel on enam kui kolmandik küsitletutest elu jooksul narkootikumide süstinud⁽³¹⁾.

Nii vanglaspetsialistid kui ka poliitikakujundajad tunnistavad asjaolu, et hoolimata kõigist narkootikumide pakkumise vähendamiseks võetud meetmetest leiavad uimastid tee vanglatesse. Aastatel 2001–2006 Euroopas korraldatud uuringutest ilmneb, et 1–56% kinnipeetavatest on vanglas uimasteid tarbinud ning kuni kolmandik on kinnipidamise ajal uimasteid süstinud⁽³²⁾. See tekitab muret nakkushaiguste võimaliku leviku pärast, eriti seoses süstimisvahendite ühise kasutamisega.

Euroopa Liidus on enam kui 607 000 kinnipeetavat⁽³³⁾ ning aasta jooksul läbib vanglaid hinnanguliselt

⁽²⁷⁾ Vt tabelit TDI-15 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²⁸⁾ Vt tabelit TDI-20 2008. a statistikabülletäänis.

⁽²⁹⁾ Terminit „vangid“ kasutatakse siin laiemas tähenduses, mis hõlmab nii eeluurimise all olevaid kui ka süüdimõistetud kinnipeetavaid.

⁽³⁰⁾ Vt tabelit DUP-1 2008. a statistikabülletäänis.

⁽³¹⁾ Vt tabelit DUP-2 2008. a statistikabülletäänis.

⁽³²⁾ Vt tabeleid DUP-3 ja DUP-4 2008. a statistikabülletäänis.

⁽³³⁾ Euroopa Nõukogu iga-aastane kuritegevuse statistika (SPACE), mis põhineb kinnipeetavate uuringul seisuga 1. september 2006.

860 000 vangi. Enamikus riikides jääb narkokuritegudes süüdimõistetud vangide osakaal vahemikku 10–30%. Olemasolevate andmete põhjal võib oletada, et ELi vanglatest käib igal aastal läbi enam kui 400 000 inimest, kes on varem ebaseaduslikke uimasteid tarvitanud või teeb seda hetkel. Nende hulgas on märkimisväärne hulk probleemseid uimastitarbijaid. Selle suure endiste või praeguste uimastitarbijate rühma tervishoiuvajadused on teatud määran seotud uimastitarbimisest tulenevate terviseprobleemidega, eriti nakkushaigustega, nagu B- ja C-hepatiit ning HIV/AIDS (vt 7. peatükki).

Tervishoid

Vanglateralvishoid kuulub enamikus riikides justiitsministeeriumi vastutusalasse. Selles vallas toimuvad aga muutused ja üha enam läheb Euroopa riikides vastutus üle tervishoiusüsteemile (Prantsusmaa, Itaalia, Inglismaa ja Wales Ühendkuningriigis, Norra). Hispaanias on vastavalt riiklikule narkootikumidealase strateegia tegevuskavale (2000–2008) ning 2005. aastal allkirjastatud tervishoiuministeeriumi ja siseministeeriumi koostööprotokollil põhinedes välja töötatud uimastitarbijatele mõeldud tervikteenused kõikides vanglates. Teistes riikides teevad vanglad üha suurema hulga kinnipeetavate uimastitarbijate vajaduste

rahuldamiseks koostööd riiklike tervishoiuteenuste pakujate ja valitsusväliste kogukondlike narkoasutustega.

Narkomaanidest vangidele suunatud meetmete valik on Euroopa Liidus laienenud. Viie aasta taguse ajaga võrreldes teatab rohkem riike tegevustest järgmistes valdkondades: uimastiteemaline teavitus- ja ennetustöö, nakkushaiguste kontroll ja vaktsineerimine ning uimastisõltuvuse ravi, sh asendusravi. Lisaks on nimetatud sekkumised riikides kättesaadavamaks muutunud. Vanglapõhine asendusravi on ametlikult saadaval kõikides riikides peale Bulgaaria, Eesti, Läti, Leedu, Küprose, Slovakkia ja Türgi, ehkki paljudes riikides on kõnealuse ravivõimaluse üldine kättesaadavus piiratud. Hispaania on praegu ainus Euroopa riik, mis pakub vanglates mitmekesiseid kahjude vähendamise meetmeid.

2006. aastal esitas ainult neli liikmesriiki riiklike raviseire süsteemide kaudu sotsiodemograafilisi andmeid ja teavet ravi saavate vangide uimastitarbimise harjumuste kohta. Prantsusmaal, Küprosel ja Slovakkias on ravi alustavate kinnipeetavate esmane narkootikum opioidid, peamiselt heroiin, samas kui Rootsis on vanglas ravile pöördumise peamine põhjus esmaselt amfetamiinitarbimine, mis kajastab probleemse uimastitarbimise üldpilti riigis.

Uuemad õigusaktid uimastiravi kohta vanglas

2006. aastal ja 2007. aasta alguses vaatas kuus riiki üle oma õigusaktid ja suunised, mis käsitlevad kinnipeetavate õigusi uimastiravi osas.

Belgias sätestati 2006. aasta justiitsministri direktiiviga, et vangidel on õigus saada samas ulatuses ravi, mis on kättesaadav väljaspool vanglat. Iirimaa uutes vanglateenuste suunistes rõhutatakse raviteenuste tervishoiustandardeid, mis peavad vanglateskkonna nõuetele vastates olema võrreldavad kogukonnas üldiselt kehtivate standarditega.

Taanis võeti 2007. aasta jaanuaris vastu seadusemuudatus, mille kohaselt on kinnipeetavail uimastitarbijail õigus saada tasuta uimastiravi. Seadus näeb ette, et ravi peab algama 14 päeva jooksul pärast seda, kui kinnipeetav on seda Taani Vangla- ja Kriminaalhooldusametilt taotlenud. Seda õigust ei kohaldata juhul, kui kurjategija vabaneb kolme kuu

jooksul või kui teda peetakse ravi jaoks sobimatuks või mitte piisavalt motiveerituks.

Rumeenias võeti seoses vangidele suunatud integreeritud meditsiinilise, psühholoogilise ja sotsiaalse programmi 2006. aasta mais justiits-, tervishoiu- ning haldus- ja siseministri ühise korraldusega vastu uus õiguslik alusdokument asendusravi osutamiseks vanglates.

Norras tugevdati justiitsministri ning tervishoiu- ja sotsiaalministri ühise ringkirjaga nimetatud kahe sektori koostööd, eesmärgiga teha paremat järelkontrolli karistuse kandmise ajal ning pärast seda. Slovakkias lubati 2006. aastal vastu võetud seadusega psühholoogiliste teenuste osutamist eelvangistuses viibivatele võõrutusnähtudega uimastitarbijatele. Seaduse eesmärk on osutada uimastitarbijatele nimetatud teenuseid ajal, mil neid kõige rohkem vajatakse, nimelt sunnitud võõrutuse ajal kohe vangistuse alguses. Sellega kehtestati ka õiguslik raamistik süüdimõistetud uimastitarbijatega tegelevate olemasolevate eriraviasutuste toetuseks.



3. peatükk

Kanep

Sissejuhatus

Kanepitarbimise pilt Euroopas on viimase kümnendi jooksul märkimisväärselt muutunud nagu ka arutelud selle üle, kuidas oleks kõige parem selle uimasti laia leviku vastu võidelda. 1990. aastate alguses ja keskpaigas paistsid mõned riigid silma suure levimuse poolest, samas kui Euroopa tavaline levimus oli tänapäeva seisuga võrreldes madal. 1990. aastatel ja 2000. aastate alguses kasvas kanepitarbimine peaaegu kõigis riikides, mille tulemusena pole praegune seis Euroopas enam nii mitmekesine, ehkki riigiti ilmneb siiski veel erinevusi. Peale selle on viimasel paaril aastal suurenenud arusaamine kõnealuse uimasti pikaajalise ja laialdase tarbimise mõjudest rahvatervisele ning tõusnud on kanepiga seotud probleemide ravinõudluse tase. Euroopa võib olla jõudmas uude arengujärku, sest andmed viitavad olukorra stabiliseerumisele või isegi leevenemisele. Tarbimise tase on aga ajaloolises perspektiivis siiski kõrge ja Euroopa narkootikumidealases debatis on endiselt määrava tähtsusega küsimus, kuidas kanepitarbimise vastu tõhusalt võidelda.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubitsemine

Kanepit saab kasvatada väga erinevates keskkonnatingimustes, see kasvab paljudes maailma paikades metsikult ning praegu arvatakse, et taime kasvatatakse 172 riigis ja territooriumil (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Kokkuvõttes tähendab see, et ülemaailmse kanepitootmise mahtusid täpsemalt hinnata on üsnagi keeruline. UNODC viimane hinnang kanepiürdi ülemaailmse tootmise kohta on 41 600 tonni (2006), millest pool kasvatatakse Põhja- ja Lõuna-Ameerikas ning ligikaudu veerand Aafrikas (UNODC, 2008).

Kanepikasvatuse lai ulatus tähendab ka seda, et oluline osa kaubitsemisest toimub suure tõenäosusega piirkondade siseselt. See kehtib osaliselt kanepiürdi kohta Euroopas, kus lisaks omamaisele tootmisele ⁽³⁵⁾ on Albaaniat ja Madalmaid märgitud lähteriikidena (Reitoxi riikide aruanded). Kanepiürti

Narkootikumide pakkumise ja kättesaadavuse andmed ja allikad

Süsteemaatiline ja järjepidev teave illegaalsete uimastiturgude ja kaubitsemise kohta on siiani puudulik. Hinnangulisi andmeid heroïini, kokaiini ja kanepi tootmise kohta saadakse külvihinnangutest, mis põhinevad välitöödel (maapinnal võetavad proovid) ning aero- või satelliituuringutel. Niisugustel hinnangutel on mõned olulised puudused, mis on seotud näiteks saagikuse varieeruvusega või raskusega jälgida kultuure, mida ei kasvatata piiratud geograafilistel aladel (näiteks kanep).

Uimastite konfiskeerimisi peetakse sageli pakkumise, salakaubamarsruutide ja uimastite kättesaadavuse kaudseks indikaatoriks, kuigi need peegeldavad ka õiguskaitsealaseid prioriteete, vahendeid ja strateegiaid, kaubitsejate tundlikkust ja teavitamistavasid. Ebaseaduslike uimastite puhtuse, tugevuse ja jaehindade analüüs võib samuti aidata mõista uimastite jaeturgudel toimuvat. Niisuguste andmete kättesaadavus on aga piiratud ning nende usaldusväärsus ja võrreldavus võib olla küsitav. Selles osas võib pilti täiendada õiguskaitseorganite jälitusteave.

EMCDDA kogub riikide andmeid uimastite konfiskeerimise, puhtuse ja jaehindade kohta Euroopas. Muid andmeid uimastite pakkumise kohta saadakse enamasti UNODC teabesüsteemide ja analüüsides kaudu, mida täiendab Europolilt saadud teave. Uimastite lähteainete kohta saadakse teavet Rahvusvaheliselt Narkootikumide Kontrollinõukogult (INCB), mis on kaasatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvale-suunamise vastastesse rahvusvahelistesse algatustesse.

Kuna mitmes maailma piirkonnas puuduvad kaasaegsed uimastite pakkumisega seotud teabesüsteemid, tuleb – hoolimata sellest, et tegu on parima kättesaadava teabega – mõningaid hinnanguid ja muid esitatud andmeid tõlgendada ettevaatusega.

tuuakse Euroopasse ka mujalt maailmast, näiteks Lääne- ja Lõuna-Aafrikast (Nigeeria, Angola), Kagu-Aasiast (Tai), Edela-Aasiast (Pakistan) ja Ameerikast (Kolumbia, Jamaica) (CND, 2008, Europol, 2008).

Kanepivaigu ülemaailmne toodang oli 2006. aastal hinnanguliselt 6000 tonni, mis on vähem kui 2004. aasta 7500 tonni (UNODC, 2007). kusjuures Maroko

⁽³⁴⁾ Narkootikumide pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta vt selle lehekülje kasti.

⁽³⁵⁾ Vt Kanepitootmine Euroopas, lk 37.

on jätkuvalt suurim rahvusvaheline tootja. Kanepivaigu tootmise all olev pind vähenes 134 000 hektarilt 2003. aastal 2005. aastaks 76 400 hektarile, millelt saadi 1066 tonni kanepivaiku (UNODC ja Maroko valitsus, 2007). Kanepivaigu tootmisest teatatakse ka Afganistanis, kus tootmine kasvab kiiresti, Pakistanis, Indias, Nepalis ja Kesk-Aasia ning muudes SRÜ riikides (UNODC, 2008). Marokos kasvatatud kanepivaik tuuakse tavaliselt Euroopasse salakaubana Pürenee poolsaare kaudu (Europol, 2008), millest osa jaotatakse edasi Madalmaade kaudu.

Konfiskeerimised

2006. aastal konfiskeeriti maailmas 5230 tonni kanepiürti ja 1025 tonni kanepivaiku, mis on vähem kui 2004. aasta tippnäitajad. Jätkuvalt konfiskeeriti suurem osa kanepiürti Põhja-Ameerikas (58%), samas kui suurem osa kanepivaigust konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas (62%) (UNODC, 2008).

Euroopas konfiskeeriti 2006. aastal kanepiürti hinnanguliselt 177 000 korral, kokku 86 tonni ⁽³⁶⁾. Ühendkuningriigis leiab ELi liikmesriikide hulgas aset kõige rohkem kanepiürdi konfiskeerimisi, kuigi 2006. aasta kohta ei ole andmeid veel esitatud. Türgi teatas 2006. aastal kanepiürdi rekordkoguste konfiskeerimisest. Alates 2001. aastast on kanepi konfiskeerimiste arv Euroopas pidevalt suurenenud, ehkki konfiskeeritud kogused kuni 2005. aastani üldiselt vähenesid ning alles viimaste andmete põhjal on märgata koguste suurenemist.

Kanepivaigu konfiskeerimised ületavad Euroopas kanepiürdi konfiskeerimisi nii arvu kui ka koguse poolest: konfiskeerimisi toimus kaks korda rohkem (325 000) ja kättesaadud kogus (713 tonni) oli kaheksa korda suurem. Enamik kanepivaigu konfiskeerimisi leiab jätkuvalt aset Hispaanias (kus toimus 2006. aastal umbes pool kõigist konfiskeerimistest ja võeti ära umbes kaks kolmandikku üldkogusest), millele järgnevad mõningase vahemaa järel Prantsusmaa ja Ühendkuningriik. Pärast stabiliseerumisperioodi aastatel 2001–2003 suureneb kanepivaigu konfiskeerimiste arv Euroopas, samas kui kättesaadud kogused suurenesid aastateni 2003–2004 ning on seejärel vähenenud.

2006. aastal oli Euroopas hinnanguliselt 10 500 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte umbes 2,3 miljonit kanepitaimet ⁽³⁷⁾, mille kogus oli 22 tonni (64% Hispaanias). Pärast 2001. aastal alanud pidevat töusutendentsi stabiliseerus kanepitaimede konfiskeerimiste

Kanepitootmine Euroopas

Kanepi sisemaise tootmise küsimus on viimastel aastatel kogu Euroopas üha tähtsamaks muutunud, kajastades fakti, et enamik Euroopa riike teatab kohalikust kanepi kasvatamisest ning mõnest suuremast kanepitaimede konfiskeerimisest. Aruannete põhjal kasvatatakse Euroopas kanepit nii sisetingimustes (kus seda tehakse kohati intensiivselt) kui ka avamaastandustes. Istanduste suurus on väga erinev, sõltudes kasvataja motivatsioonist ja võimalustest, alates mõnest taimest isiklikuks tarbeks kuni suurel pinnal ärieesmärkidel kasvatatavate tuhandete taimedeni.

Olemasolev teave on ebaühtlane ega võimalda täpselt hinnata, kui suures mahus Euroopas kanepit kasvatatakse. Siiski võib rea riikide aruannete põhjal järeldada, et seda ei saa enam pidada tähtsusetuks. Näiteks Prantsusmaa 2005. aasta rahvastikuküsitluste põhjal on ligikaudu 200 000 inimest vähemalt kord elus kanepit kasvanud. Ühendkuningriigi andmetel sulges politsei Londonis aastatel 2005–2006 üle 1500 kanepiistanduse, igas ühes keskmiselt 400 taime (Daly, 2007), ning enamik praegu kättesaadavast kanepist arvatakse olevat toodetud kas kohapeal või teistes Euroopa riikides. Madalmaades on kanepi kasvatamine mõnedes piirkondades laialt levinud; aastatel 2005–2006 likvideeriti seal hinnanguliselt kokku 6000 istandust.

Mõnedes Lääne-Euroopa riikides näib kanepitootmine olevat 1990. aastate keskepaigast kuni lõpuni järsult kasvanud, osaliselt kanepitarbijate reaktsioonina imporditud kanepivaigu, tollase kõige levinuma kanepitoote, väidetavalt kehvale kvaliteedile ja kõrgele hinnale. Mõnedes riikides näib nüüd enamik kanepitarbijaid tarbivat kohapeal toodetud kanepiürti. Imporditud kanepivaigu osaline asendumine kohapeal toodetud kanepiürdiga sai võimalikuks tänu paranenud aianduslastele teadmiste ja tehnoloogiatele (saagikuse suurendamine ja avastamisest hoidumine), mis seejärel levisid Interneti kaudu (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Kohapeal kasvatatud kanepil on tootja seisukohast veel see eelis, et seda ei pea toimetama üle riigipiiride.

arv 2006. aastal ⁽³⁸⁾. 2002. aastal toimus 2001. aasta rekordkogustega võrreldes järsk langus, pärast seda on aga konfiskeeritud kanepitaimede arv Euroopas suurenenud, kuigi see jäi 2006. aastal 2001. aasta näitajaga võrreldes pidama umbes poole peale. Kõnealuse viie aasta jooksul on Euroopas konfiskeeritud kanepitaimede kogus kilogrammides esitatuna pidevalt kasvanud, kasv kiirenes 2006. aastal Leedu rekordkonfiskeerimiste tõttu.

⁽³⁶⁾ Andmed käesolevas peatükis nimetatud uimastikonfiskeerimiste kohta Euroopas on esitatud 2008. a statistikabülletääni tabelites SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 ja SZR-6.

⁽³⁷⁾ Kuna Türgi teatas, et ei konfiskeerinud 2005. ja 2006. aastal ühtegi kanepitaimet, kuigi ajavahemikus 2001–2004 oli sealne konfiskeerimise tase kõrge, jäeti riik Euroopa analüüsist välja.

⁽³⁸⁾ See pilt on esialgne, sest Ühendkuningriik, mis konfiskeeris 2005. aastal kõige rohkem kanepitaimi, ei ole 2006. aasta kohta veel andmeid esitanud.

Kangus ja hind

Kanepitoote kanguse määrab selle põhilise toimeaine, delta-9-tetrahydrokannabinooli (THK) sisaldus. Kanepi kangus erineb suuresti nii riigisiselt ja riigiti kui ka eri kanepiproovide ja toodete lõikes. Mitmel metodoloogilisel põhjusel on kõnealuses valdkonnas andmete tõlgendamine keeruline ning on küsitav, mil määral konfiskeerimiste analüüs üldist turusituatsiooni kajastab. Uuringutest ilmneb, et kodumaal intensiivsetes tingimustes toodetud kanep on üldiselt kangem. 2006. aastal ulatus kanepivaigu proovide THK sisaldus 2,3%-st kuni 18,4%-ni, samas kui kanepiürdi kangus jäi vähem kui 1% ja 13% vahele. Aastatel 2001–2006 oli kanepivaigu ja -ürdi kangus stabiilne või vähenes mitmes 16st piisavalt andmeid esitanud Euroopa riigis. Kasvutendentsi näitas aga imporditud kanepivaigu kangus Madalmaades ja kanepiürdi kangus seitsmes muus riigis. Mitme aasta hinnangud kohaliku kanepiürdi kanguse kohta on saadaval ainult Madalmaades, kus teatati kanguse vähenemisest 2006. aastal 16,0%-ni võrreldes 2004. aasta tipptasemega 20,3% ⁽³⁹⁾.

Tavaline kanepiürdi ja kanepivaigu jaehind jäi 2 ja 14 euro vahele grammi kohta, kusjuures enamik Euroopa riike teatas mõlema toote hinnast vahemikus 4–10 eurot. Aastatel 2001–2006 on kanepivaigu jaehinnad (inflatsiooni arvestades) üldiselt langenud, välja arvatud Belgias ja Saksamaal. Enamiku riikide andmed näitavad selle aja jooksul stabiilsemaid kanepiürdi hindu, ainult Saksamaal ja Austrias oli märgata hinnatõusu.

Tarbimise levimus ja harjumused

Elanikkonna hulgas üldiselt

Tagasihoidlikul hinnangul on vähemalt 70 miljonit eurooplast vähemalt ühe korra (elu jooksul) kanepit tarbinud, see teeb enam kui iga viies kõigist 15–64aastastest inimestest (vt andmete kokkuvõtet tabelist 2). Kuigi riikide näitajates, mis ulatuvad 2–37%-ni, on erinevused üsna suured, jääb poolte riikide teatatud hinnang vahemikku 11–22%.

Paljud riigid teatavad suhteliselt kõrge viimase kuu ja viimase aasta jooksul kanepitarbimise tasemest. Hinnanguliselt on viimasel aastal kanepit tarbinud umbes 23 miljonit ehk keskmiselt 7% kõigist 15–64aastastest eurooplastest. Viimase kuu kanepitarbimise hinnang arvestab neid, kes tarbivad uimastit regulaarsemalt, ehkki mitte tingimata intensiivselt (vt allpool). Viimasel kuul tarbis

uimastit hinnanguliselt umbes 12,5 miljonit eurooplast, keskmiselt umbes 4% kõigist 15–64aastastest.

Kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Kanepitarbimine on suuresti levinud just noorte hulgas (vanuses 15–34 aastat), kusjuures kõige kõrgematest tarbimismääradest teatatakse üldiselt 15–24 aasta vanuste hulgas. Nii on see peaaegu kõikides Euroopa riikides, välja arvatud Belgias, Küprosel ja Portugalis ⁽⁴⁰⁾.

Rahvastiku-uuringute andmetel on keskmiselt 31% Euroopa noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34 aastat) elu jooksul kanepit tarbinud, 13% tarbis seda uimastit viimase aasta jooksul ja 7% viimase kuu jooksul. Arvatakse, et vanuserühmas 15–24 aastat on veelgi suurem osa eurooplasi viimase aasta (17%) või viimase kuu jooksul (9%) kanepit tarbinud, kuigi keskmiselt on selles vanuses kanepit proovinud veidi vähem noori (30%). Kanepitarbimise levimuse hinnangud erinevad riigiti kõikides näitajates suuresti: skaala ülalosas paiknevad riigid teatavad kuni 10 korda kõrgematest määradest kui väikseima levimusega riigid.

Kanepitarbimine on meeste hulgas levinum kui naiste hulgas (vt 2006. aasta valikteemat sooliste erinevuste kohta), kuigi riikide vahel on näha suuri erinevusi. Näiteks ulatub meeste ja naiste suhe viimasel aastal kanepitarbimisest teatanute hulgas 6,4 mehest ühe naise kohta Portugalis 1,3 meheni Itaalias.

Kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas

Tubaka ja alkoholi järel on kanep jätkuvalt kooliõpilaste hulgas kõige enam kasutatav psühhoaktiivne aine.

15–16aastaste kooliõpilaste elu jooksul tarbimise määra võib võtta kui hiljutise või praeguse kasutuse näitajat, sest kõnealuse uimastiga eksperimenteeritakse tihti umbes selles vanuses. 15aastaste noorte hulgas aastatel 2005–2006 korraldatud HBSC uuringu andmed näitasid elu jooksul kanepitarbimise määras 27 riigi vahel suuri erinevusi. Viis riiki teatas alla 10%-lisest elu jooksul kanepitarbimise hinnangust, 11 riiki teatas väärtustest vahemikus 10–20% ning 11 riiki väärtustest vahemikus 21–31% (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. Nimetatud vanuserühmas on poiste hulgas kanepitarbimise määr kõrgem kui tüdrukute seas, ehkki levimuse erinevus sugude vahel on mõnes kõrgeima levimuse hinnanguga riigis väike või isegi olematu.

Nii nagu elu jooksul tarbimise osas, lahknevad riigid suuresti ka hinnangutes kooliõpilaste kanepitarbimise kohta viimase 30 päeva jooksul. Mõnes riigis sellest peaaegu ei teatatagi, samas kui mujal ütleb umbes

⁽³⁹⁾ Kanguse ja hinna andmete kohta vt tabelleid PPP-1 ja PPP-5 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁰⁾ Vt joonist GPS-1 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁴¹⁾ Vt joonist EYE-5 2008. a statistikabülletäänis.

Rahvastiku-uuringud kui oluline vahend uimastitarbimise harjumuste ja suundumuste mõistmiseks Euroopas

Uimastitarbimist kogu elanikkonna või kooliõpilaste seas saab uurida representatiivsete küsitluste abil, millest selgub hinnanguliselt nende inimeste osakaal, kes tunnistavad, et on tarbinud uimasteid teatud aja jooksul. Küsitlused annavad ka kasulikku teavet uimastitarbimise harjumuste, uimastitarbijate sotsiodemograafiliste tunnuste ja ettekujutuste kohta uimastitega seotud ohtudesse ning uimastite kättesaadavusse ⁽¹⁾.

Tihedas koostöös riikide ekspertidega töötas EMCDDA välja täiskasvanute küsitlustes rakendatavad ühtsed põhiteemad (nn Euroopa näidisküsimustiku). See küsimustik on nüüdseks kasutusele võetud enamikus ELi liikmesriikides ⁽²⁾. Sellegipoolest leidub eri riikide metoodikas ja andmete kogumise aasta arvestamises ikka veel erinevusi ning seetõttu tuleks väikesi, eelkõige riikidevahelisi, erinevusi tõlgendada ettevaatusega ⁽³⁾.

Kuna küsitluste läbiviimine on kulukas, koguvad vähesed Euroopa riigid teavet igal aastal, paljud teevad seda aga kahe- kuni nelja-aastaste vahedega. Käesolevas aruandes esitatakse iga riigi kohta kõige viimaste olemasolevate küsitluste andmed, mis enamikul juhtudel pärinevad ajavahemikust 2004–2007.

Kõige laiem kolmest standardsest ajalisest näitajast, mida küsitlusandmete esitamisel kasutatakse, on tarbimine elu jooksul. See näitaja ei kajasta uimastitarbimise hetkeolukorda täiskasvanute seas, kuid on otstarbekas kooliõpilaste kohta andmete esitamisel ning ülevaate andmiseks uimastitarbimise harjumustest ja esinemissagedusest. Täiskasvanute puhul uuritakse viimase aasta ja viimase kuu jooksul tarbimist ⁽⁴⁾. Oluline on selgelt tuvastada regulaarsed tarbijad või need, kellel on uimastite tarbimise tõttu probleeme, ning selles osas on tehtud mõningaid edusamme tänu täpsemate hindamisskaalade väljatöötamisele intensiivsemate tarbimisvormide hindamiseks kogu elanikkonna, täiskasvanute ja kooliõpilaste hulgas (vt kasti psühhomeetriliste skaalade väljatöötamise kohta 2007. aasta aruandes).

- ⁽¹⁾ Täiendava teabe saamiseks küsitluste metodoloogia kohta vt 2008. a statistikabülletäni (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).
- ⁽²⁾ Saadaval aadressil <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>
- ⁽³⁾ Täiendava teabe saamiseks riikides läbi viidud küsitluste kohta vt tabelit GPS-121 2008. a statistikabülletäanis.
- ⁽⁴⁾ EMCDDA standardseid vanuserühmad on: kõik täiskasvanud (15–64aastased) ja noored täiskasvanud (15–34aastased). Käesolevas aruandes kasutatakse mõisteid „levimus või tarbimine elu jooksul“, „levimus viimase aasta jooksul“ ja „levimus viimase kuu jooksul“ ning mõnikord kõnekeelsemaid mõisteid nagu „tarbimiskogemus elu jooksul“, „hiljutine tarbimine“ ja „praegune tarbimine“.

15% küsitletutest, et on viimase 30 päeva jooksul kanepit tarbinud, kusjuures poiste hulgas on näitajad vahel isegi kõrgemad. Varasemate ESPADi uuringute andmetele toetudes hinnatakse, et 2003. aastal oli ELi liikmesriikides ja Horvaatias ning Türgis 15–16aastastest kooliõpilastest umbes 3,5 miljonit (22,1%) vähemalt korra elu jooksul kanepit tarbinud ning umbes 1,7 miljonit (11%) oli narkootikumi tarbinud uuringule eelneva kuu jooksul.

Rahvusvahelised võrdlused

Euroopa näitajaid saab võrrelda teiste maailma maade näitajatega. Näiteks oli Ühendriikides riikliku uimastitarbimise ja terviseuuringu (Samhsa, 2005) andmetel elu jooksul kanepit tarbinud 49% noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34, EMCDDA poolt ümber arvestatud) ning viimase aasta jooksul 21%. Elu jooksul kanepit tarbinute määr samas vanuserühmas oli Kanadas (2004) 58% ja viimase aasta määr 28% ning Austraalias (2004) olid vastavad näitajad 48% ja 20%. Kõik need näitajad on kõrgemad kui Euroopa keskmine, mis on vastavalt 31% ja 13%.

Kanepitarbimise harjumused

Olemasolevad andmed näitavad mitmesuguseid kanepitarbimise harjumusi. Nendest 15–64 aastastest, kes

on kunagi elus kanepit tarbinud, tegi seda viimase aasta jooksul ainult 30% ⁽⁴²⁾, kuid nendest, kes viimasel aastal kanepit tarbisid, tegi seda viimase kuu jooksul keskmiselt 56%.

Rahvatervise seisukohalt on oluline anda intensiivse ja pikaajalise tarbimisharjumuse hinnanguid. Intensiivse tarbimise näitaja võib olla igapäevane või peaaegu igapäevane tarbimine (vähemalt 20 päeval viimase 30 päeva jooksul). Sellise kanepitarbimise kohta Euroopas koguti aastatel 2007–2008 andmeid n-ö väliuuringu raames, mida koordineeris EMCDDA koostöös riiklike ekspertide ja 13 riigi Reitoxi teabeskusega. Seal saadud piiratud andmete põhjal tarvitab enam kui 1% kõigist Euroopa täiskasvanutest ehk umbes 4 miljonit inimest kanepit iga päev või peaaegu iga päev. Enamik neist kanepitarbijatest ehk umbes 3 miljonit on vanuses 15–34 aastat, esindades umbes 2–2,5% kõigist selle vanuserühma eurooplastest ⁽⁴³⁾.

Intensiivse kanepitarbimise suundumusi Euroopas on keeruline hinnata. Nii 2004. kui 2007. aasta väliuuringus osalenud riikide hulgas (Prantsusmaa, Hispaania, Iirimaa, Kreeka, Itaalia, Madalmaad, Portugal) oli keskmine kasv umbes 20%, kuid seda hinnangut mõjutavad tugevalt Prantsusmaa, Hispaania ja Itaalia näitajad.

⁽⁴²⁾ Vt joonist GPS-2 2008. a statistikabülletäanis.

⁽⁴³⁾ Esitatud Euroopa keskmised on umbkaudsed hinnangud, mis põhinevad andmeid esitanud riikide (rahvastiku) kaalutud keskmistel. Keskmine tulemus omistatakse andmeteta riikidele. Saadud näitajad on 1,2% kõikidest täiskasvanutest (vanuses 15–64 aastat) ja 2,3% noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34 aastat). Vt tabelit GPS-7 2008. a statistikabülletäanis.

Uuemad kooliuuringud

Kooliealiste laste tervisekäitumise uuring (HBSC) on Maailma Terviseorganisatsiooni ühisuuring, mille käigus uuritakse laste tervist ja tervisekäitumist ning mis alates 2001. aastast hõlmab ka küsimusi 15aastaste õpilaste kanepitarbimise kohta. Uuringu teine, kanepitarbimise küsimusi hõlmav etapp, milles osalesid 26 ELi liikmesriiki ja Horvaatia, viidi läbi 2005. aasta oktoobrist kuni 2006. aasta maini.

2007. aastal viidi läbi Euroopa koolide alkoholi ja teiste uimastite uurimisprojekti (ESPAD) neljas etapp, milles osalesid 25 ELi liikmesriiki, Horvaatia ja Norra. Küsitluse käigus uuriti erinevate narkootiliste ainete tarbimist kalendriaasta jooksul 16aastaseks saavate kooliõpilaste seas. Viimaste uuringute tulemused avaldatakse 2008. aasta detsembris.

Neis kahes iga nelja aasta tagant toimivas rahvusvahelises kooliuuringus osalemine on iga etapiga kasvanud ja hõlmab nüüd Euroopa riikide enamikku.

Hispaania, Itaalia, Portugal, Slovakkia, Rootsi ja Ühendkuningriik esitasid lisaks ka 2006. aasta siseriiklikest kooliuuringutest saadud kanepitarbimise andmed.

Korduv kanepitarbimine võib olla pikka aega suhteliselt stabiilne, seda isegi nooremate tarbijate hulgas. Hiljuti avaldatud Saksamaal tehtud uuring, kus kümne aasta jooksul jälgiti 14–24aastaste noorte rühma, näitas, et nendest, kes olid uuringuperioodi alguses kanepit korduvalt tarvitanud (viis või enam korda elu jooksul), jätkas suur osa uimasti tarvitamist, kusjuures 56% teatas kanepitarvitamisest neli aastat hiljem ja 46% tarbis uimastit veel kümme aastat hiljem. Vastupidiselt sellele ei paistnud juhuslik uimastitarvitamine uuringuperioodi alguses (1–4 korda) olevat seotud hilisema pikaajalise tarbimise ja probleemsemate tarbimisviisidega (Perkonigg, 2008).

Üha enam tunnistatakse, et kanepisõltuvus võib olla regulaarse kanepitarbimise tagajärg, kuigi selle tõsidus ja tagajärjed pole tihti nii rasked kui mõne teise psühhoaktiivse aine puhul. Sellest hoolimata võib kanepitarvitamise intensiivsete vormide kogumõju rahvatervisele regulaarsete kanepitarvitajate suhteliselt suure osakaalu tõttu rahvastikus olla märkimisväärne. Ühendriikide üleriigilise rahvastiku-uuringu andmete analüüs paljastab, et umbes 20–30% igapäevastest tarbijatest ajavahemikus 2000–2006 tunnistati sõltuvaks⁽⁴⁴⁾. Austraalia uuringus märgiti, et 92% pikaajalistest kanepitarbijatest olid mingil eluperioodil olnud sõltuvad ja enam kui pooltel neist oli uuringu ajal kanepisõltuvus. Aasta hiljem korraldatud järeluuringust

nähtus, et pikaajaliste tarbijate hulgas võivad kanepitarbimise ja sõltuvuse määrad olla kõnealuse ajaperioodi jooksul stabiilsed (Swift *et al.*, 2000).

EMCDDA töötab koos mitme riigiga välja seiremeetodeid intensiivse ja märkimisväärse pikaajalise kanepitarbimise, sealhulgas ka sõltuvuse jaoks. Mitmes ELi riigis testitakse psühhomeetrilisi skaalasid ja olemasolevaid tõendeid analüüsitakse käesoleval aastal. See teave võib aidata ELi liikmesriikidel hinnata probleemsemate kanepitarbimise viiside mõju rahvatervisele ja kavandada sobivaid sekkumisi⁽⁴⁵⁾.

Kanepitarbimise harjumused kooliõpilaste hulgas

HBSC uuringu andmetest ilmneb, et sage kanepitarbimine on 15aastaste kooliõpilaste hulgas jätkuvalt haruldane. Ainult kuus riiki teatab sagedasest kanepitarbimisest (mida siin piiritletakse kui vähemalt 40 korraga viimase 12 kuu jooksul) üle 2%. Sagedane tarbimine on levinum poiste hulgas, kelle hinnang seitsmes riigis ulatub 5%-ni. Aruannetest ilmneb, et on olemas seos probleemsemate kanepitarbimise harjumuste ja haavatavasse rühma (nt noored õigusrikkujad, koolist puudujad, vähese õpieduga noored) kuulumise vahel, mis viitab sellele, et on vaja kindlaid strateegiaid haavatavate noorte kaitseks. Nimetatud probleemi käsitletakse haavatavate noorte alases 2008. aasta valikteemas.

Koostöös ESPADiga on uuritud mitme uimasti tarbimist, võrreldes 2003. aastal 15–16aastaseid kooliõpilasi, kes viimase 30 päeva jooksul kanepit tarvitanud, ülejäänud õpilastega. Võrdlus näitab, et kanepit tarvitanud õpilased on keskmiselt enam tarbinud ka teisi uimasteid. Kuigi kanepitarvitajate hulgas oli muude uimastite tarbimine viimase kuu jooksul madal (alla 10%), oli tubaka suitsetamise ja purjutamise tase kanepitarbijate hulgas üldise õpilaskonnaga võrreldes umbes kahekordne (80%). Võrdlused näitavad, et kanepitarbimine on seotud seaduslike ja ebaseaduslike uimastite tarbimise määradega, mis on keskmisest palju kõrgemad⁽⁴⁶⁾.

Kanepitarbimise suundumused

Rootsi ja Norra on ainukesed maad, kus on alates 1970. aastatest korraldatud noorte ja kutsealuste sariuuringuid. Esimest kanepitarbimise lainet täheldati 1970. aastatel, 1980. aastatel järgnes langus ning 1990. aastatel uus märkimisväärne tõus. Hiljutistest uuringutest ilmnenu tarbimise algusaasta analüüs tõi samuti välja olulise

⁽⁴⁴⁾ NSDUH veebianalüüsi vahend: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, kasutatud 25. veebruaril 2008. a ja analüüsitud muutujate MJDY30A ja DEPNDMRJ abil.

⁽⁴⁵⁾ Sekkumismeetmeid, nt raviviise, on tutvustatud osas „Raviteenuste pakkumine”, lk 44.

⁽⁴⁶⁾ Analüüs põhineb Euroopa koolide alkoholi ja teiste uimastite alase uurimisprojekti (ESPAD) andmebaasi andmetel ja on kooskõlas ESPADi andmebaasi kasutusreeglitega. Iga osaleva riigi andmed on saadud riikide põhiuuriute vahendusel, kelle kontaktandmed on toodud projekti veebisaidil (www.espad.org).

Tabel 2: kanepitarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	71,5 miljonit	23 miljonit	12,5 miljonit
Euroopa keskmine	21,8%	6,8%	3,8%
Vahemik	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (1,7%), Malta (3,5%), Bulgaaria (4,4%), Küpros (6,6%)	Malta (0,8%), Bulgaaria (1,5%), Kreeka (1,7%), Rootsi (2,0%)	Malta (0,5%), Rootsi (0,6%), Leedu (0,7%), Bulgaaria (0,8%)
Kõrgeima levimusega riigid	Taani (36,5%), Prantsusmaa (30,6%), Ühendkuningriik (30,1%), Itaalia (29,3%)	Itaalia, Hispaania (11,2%), Tšehhi Vabariik (9,3%), Prantsusmaa (8,6%)	Hispaania (8,7%), Itaalia (5,8%), Ühendkuningriik, Prantsusmaa, Tšehhi Vabariik (4,8%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	42 miljonit	17,5 miljonit	10 miljonit
Euroopa keskmine	31,2%	13%	7,3%
Vahemik	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (2,9%), Malta (4,8%), Bulgaaria (8,7%), Küpros (9,9%)	Malta (1,9%), Kreeka (3,2%), Küpros (3,4%), Bulgaaria (3,5%)	Kreeka, Leedu, Rootsi (1,5%), Bulgaaria (1,7%)
Kõrgeima levimusega riigid	Taani (49,5%), Prantsusmaa (43,6%), Ühendkuningriik (41,4%), Hispaania (38,6%)	Hispaania (20,3%), Tšehhi Vabariik (19,3%), Prantsusmaa (16,7%), Itaalia (16,5%)	Hispaania (15,5%), Prantsusmaa, Tšehhi Vabariik (9,8%), Ühendkuningriik (9,2%)
15–24aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	20 miljonit	11 miljonit	6 miljonit
Euroopa keskmine	30,7%	16,7%	9,1%
Vahemik	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (2,7%), Malta (4,9%), Küpros (6,9%), Kreeka (9,0%)	Kreeka, Küpros (3,6%), Rootsi (6,0%), Bulgaaria, Portugal (6,6%)	Kreeka (1,2%), Rootsi (1,6%), Küpros, Leedu (2,0%)
Kõrgeima levimusega riigid	Taani (44,2%), Tšehhi Vabariik (43,9%), Prantsusmaa (42,0%), Ühendkuningriik (39,5%)	Tšehhi Vabariik (28,2%), Hispaania (24,3%), Prantsusmaa (21,7%), Ühendkuningriik (20,9%)	Hispaania (18,6%), Tšehhi Vabariik (15,4%), Prantsusmaa (12,7%), Ühendkuningriik (12,0%)

Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Uuringuaasta jääb vahemikku 2001–2007. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võetud elanikkond: 15–64aastased (328 miljonit), 15–34aastased (134 miljonit) ja 15–24aastased (64 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval osas „Üldised rahvastiku-uuringud“ 2008. a statistikabülletäänis.

kanepitarbimise tõusu Hispaanias (1970. aastate keskpaigas) ja Saksamaal (1990. aastate alguses) (vt 2004. aasta ja 2007. aasta aruannet).

EMCDDA-le esitatud riiklike uuringute andmed näitavad, et peaaegu kõikides ELi liikmesriikides suurenes kanepitarbimine 1990. aastatel märgatavalt, seda eriti noorte (joonis 4) ja kooliõpilaste hulgas. 2000. aasta paiku ületas 15–34aastaste vanuserühmas elu jooksul kanepit tarbinute hulk üheksas riigis 30% ja kahes 40% piiri, samas kui viimase aasta tarbimine ulatus seitsmes riigis 15–20%-ni ja viimase kuu jooksul tarbimine kuues riigis 8–15%-ni. Eriti huvitavad on kanepitarbimise suundumused Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis), kus 1990. aastate alguses ja keskpaigas teatati suurimast levimusest Euroopas, kuid hiljuti on täheldatud selget langustendentsi, seda eriti 16–24 aastaste vanuserühmas ⁽⁴⁷⁾.

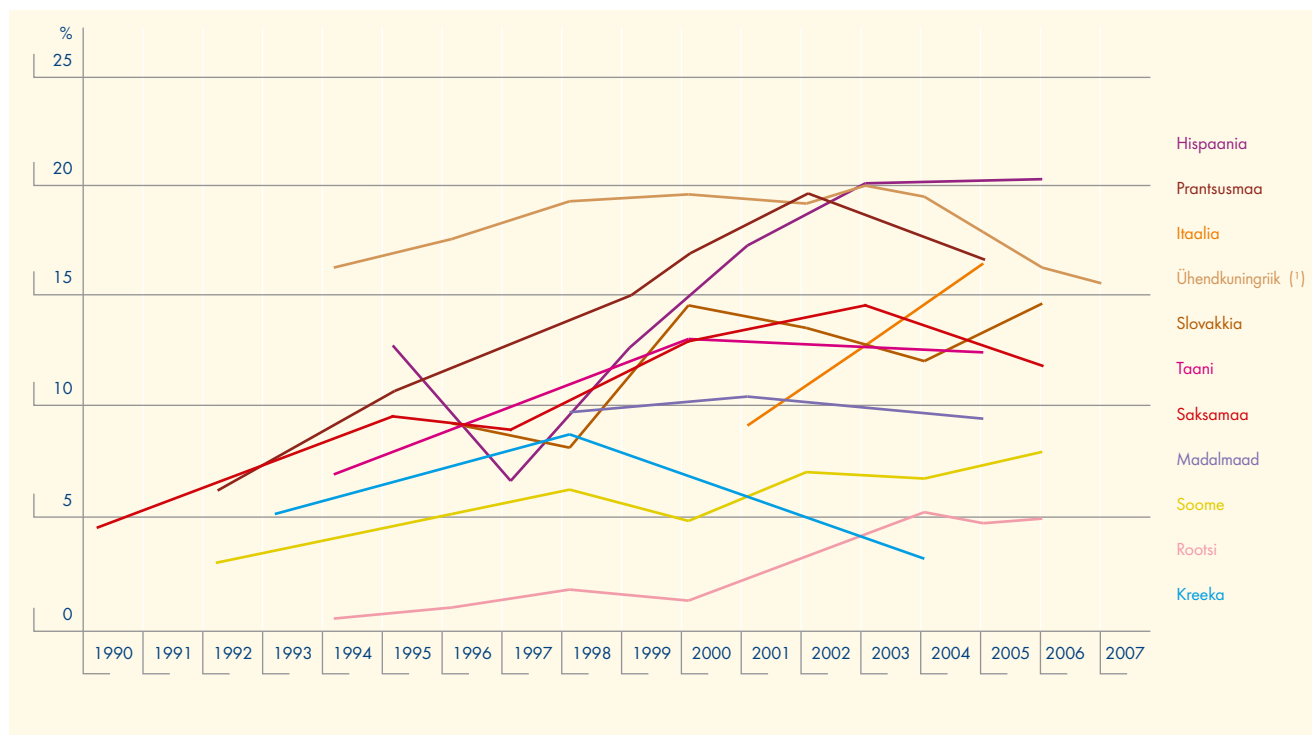
Viimaste riiklike uuringute teabest nähtub, et kanepitarbimine on mitmes riigis stabiliseerumas. 16 riigi hulgas, mille 2001.–2006. aasta suundumusi on võimalik analüüsida, suurenes viimase aasta tarbimine kuue riigi

noorte täiskasvanute hulgas 15% või rohkem, vähenes samavõrra kolmes riigis ja püsis seitsmes samal tasemel ⁽⁴⁸⁾.

Stabiilsed või langevad suundumused ilmnevad ka enamikus viimasel ajal avaldatud andmetes kooliõpilaste kanepitarbimise kohta. 2001.–2002. aasta ja 2005.–2006. aasta HBSC andmete võrdlus näitab enamikus ELi liikmesriikides stabiilset või langustendentsi nii elu jooksul tarbimise kui ka muu sagedasema kanepitarbimise osas 15aastaste kooliõpilaste hulgas ⁽⁴⁹⁾. Teised Hispaanias, Portugalis, Slovakkias, Rootsis ja Ühendkuningriigis hiljuti korraldatud riiklikud kooliuuringud annavad samuti tunnistust stabiilsetest või langussuundumustest.

Kuna kanepi kättesaadavus Euroopas tervikuna ei paista olevat muutunud ning hinnad näivad enamikus andmeid esitanud riikides langevat, tuleb praeguse stabiliseerumis- või langustendentsi põhjusi mujalt otsida. 2005. aasta Prantsusmaa rahvastiku-uuringus (Baromètre Sante) märgiti, et nende hulgast, kes olid kanepitarbimise lõpetanud, nimetas 80% selle põhjuseks huvi puudumist. Suundumust võib osaliselt seletada ka tubakasuitsetamise

Joonis 4: suundumused viimase aasta jooksul kanepitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas



⁽¹⁾ Inglismaa ja Wales.

NB: Täiendava teabe saamiseks vt joonist GPS-4 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide arvanded (2007), rahvastiku-uuringute, aruannete või teadusartiklite andmed.

⁽⁴⁷⁾ Vt joonist GPS-10 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁴⁸⁾ Kui konkreetsete aastate teavet ei olnud saadaval, kasutati eelmise või järgmise aasta andmeid. Kui ka need puudusid, siis analüüsi ei tehtud.

⁽⁴⁹⁾ Vt jooniseid EYE-4 ja EYE-5 2008. a statistikabülletäänis.

vähenedes. Sellel on kanepiga ühine manustamisviis ja seega võib vastavaid käitumisviise mingil määral seostada (Reitoxi riikide aruanded ja Currie *et al.*, 2008).

Eksperimentaalse või juhusliku kanepitarbimise vähenemine ei ole tingimata otseselt seotud uimasti regulaarse tarbimise suundumustega. See nähtub kahest Saksamaal alaealiste hulgas korraldatud üksteisele järgnenud uuringust, millest ilmselt elu jooksul ja viimase aasta jooksul tarbimise vähenemine, samas kui regulaarne kanepitarbimine (rohkem kui kümme korda viimase aasta jooksul) jäi samaks (2,3%) (BZgA, 2004 ja BZgA, 2007, tsiteeritud Saksa riiklikus aruandes).

Kanepiravi

Ravinõudluse näitajad

390 000 ravinõudluse juhtumi hulgas, millest teatati 2006. aastal (andmed pärinevad 24 riigist), oli kanep ravi alustamise esmane põhjus umbes 21% juhtudest, olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal ⁽⁵⁰⁾. Riikidevahelised erinevused olid aga märkimisväärsed: Bulgaarias, Leedus, Luksemburgis ja Rumeenias nimetas kanepit ravi alustamise esmase põhjusena vähem kui 5% kõigist patsientidest, samas kui Prantsusmaal, Ungaris ja Madalmaades on kanep esmane narkootikum enam kui 30% raviklientidest ⁽⁵¹⁾.

Ka uute ravitaotluste osas oli olulisi erinevusi: kanepit nimetas esmase uimastina vähem kui 10% uutest klientidest Bulgaarias, Leedus ja Rumeenias ning rohkem kui 50% Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal ja Ungaris ⁽⁵²⁾. Erinevuste põhjuseks võivad olla erinevused intensiivse kanepitarbimise levimuses, uimastiravi korralduses või ravile suunamise tavades. Nii pakutakse mõnes suure kanepipatsientide osakaaluga riigis (nt Saksamaal, Ungaris, Austrias, Rootsis) uimastiravi karistuse alternatiivina ja vahel on see vahistamise korral kohustuslik. Prantsusmaal, kus on kõige rohkem kanepiravi kliente Euroopas, loodi kanepitarbijatele hiljuti spetsiaalsed keskused ning sellel on aruandlusele otsene mõju.

Kanepitarbijaid ravitakse tavaliselt ambulatoorsetelt, kuid mõnes riigis (Iirimaa, Slovakkias, Soomes, Rootsis) saab umbes kolmandik patsientidest statsionaarset ravi ⁽⁵³⁾. Riikide teatel tuleb enamik kanepiravi patsiente ravile ise, ent nimetatud ravilepõrdumise viis on kanepiklientide

hulgas vähem levinud kui nende seas, kes otsivad abi probleemide tõttu, mis on seotud muude uimastitega.

Esmaselt kanepitarbimise tõttu ambulatoorsele ravile pöördunud teatavad ka teiste uimastite kasutamisest: 21% teatab alkoholi tarbimisest teise ainega, 12% tarbib amfetamiini ja *ecstasy*'t ning 10% kokaiini. Nende hulgas, kes saavad ravi muude esmaste uimastite tõttu, on kanep teine kõige enam nimetatud aine (21%) alkoholi järel (32%) ⁽⁵⁴⁾.

Uute uimastiravi taotluste suundumused

Ligikaudu 160 000 uue uimastiravi taotluse hulgas, millest 2006. aastal teatati (andmed pärinevad 24 riigist), on kanepiravi patsiendid 28%-ga heroini ravi patsientide (34%) järel teisel kohal. Kõigi patsientidega võrreldes on uute patsientide hulgas kanepit esmase uimastina nimetajate osakaal suurem. Pooled riigid teatavad, et esmaselt kanepitarbimise tõttu ravi alustavate uute klientide osakaal suureneb. Uute kanepiravitaotluste absoluutarv suurenes ajavahemikus 2002–2006, samas kui esmaselt kanepitarbimise tõttu ravi alustavate uute klientide osakaal suurenes aastatel 2002–2005 ning jäi 2006. aastal samale tasemele ⁽⁵⁵⁾.

Kanepiga seotud ravinõudluse kasvutendents võib olla tingitud mitmest tegurist: kanepitarbimise või intensiivse ning pikaajalise tarbimise suurenemine, andmete parem hõlmavus, varem heroiniitarbijatele keskendunud, kuid nüüd muudegi uimastite kasutajatele suunatud ravisüsteemide hiljutine laienemine ja mitmekesistumine, muutused õigusaktides ja poliitikas, mille tulemuseks on vahel suurem arv kriminaalõigussüsteemi poolt kanepiravile suunamise (EMCDDA, 2008a). Ka kanepitarbimisega seotud uute ravitaotluste hulga viimatist stabiliseerumist võib seletada uuemate kanepitarbimise suundumustega, muutustega ravisüsteemis või ravile suunamise viisides.

Kliendiprofiilid

Ambulatoorset ravi alustavad kanepitarbijad on ülekaalukalt noored mehed, kusjuures sugudevaheline suhe on 5,2 meest iga naise kohta; keskmine vanus on 24 aastat. Kanep on kõige sagedamini teatatud esmane uimasti nooremate vanuserühmade hulgas. Esimest korda ravi alustajatest teatab esmasest kanepitarbimisest 67% 15–19-aastastest ja 80% alla 15-aastastest ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁰⁾ Vt joonist TDI-2 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵¹⁾ Vt tabelit TDI-5 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵²⁾ Vt tabelit TDI-4 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵³⁾ Vt tabelit TDI-24 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵⁴⁾ Vt tabeleid TDI-22 ja TDI-23 (ii osa) ja (iv osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵⁵⁾ Vt jooniseid TDI-1 ja TDI-2 ning tabeleid TDI-3 (iv osa) ja TDI-5 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵⁶⁾ Vt tabeleid TDI-10 ja TDI-21 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

Enamik kanepiravi kliente näib olevat ühiskonnas suhteliselt hästi integreerunud võrreldes nendega, kes vajavad abi seoses mõne muu uimastitüübiga seotud probleemidega. Paljud omandavad alles haridust ja elavad kindlas elukohas, tihti koos vanematega. Samas ilmneb hiljutistest uuringutest, et kanepipatsientide ühiskondlik profiil erineb sama vanuserühma üldisest profiilist ja patsiendid pärinevad ebasoodsamatest oludest (EMCDDA, 2008a).

Üldiselt võib ravi alustavad esmased kanepitarbijad jagada uimasti kasutamise sageduse järgi kolme rühma: juhuslikud tarbijad (30%), üks kuni mitu korda nädalas tarbijad (30%) ja igapäevased tarbijad (40%) ⁽⁵⁷⁾. Riikide vahel võib aga märgata olulisi erinevusi, seda eriti ravi alustavate regulaarsete kanepitarbijate osakaalus. Riikides, kus kanepiravi saajaid on rohkem, ulatub igapäevaste tarbijate määr enam kui 70%-st Madalmaades ja Taanis 40–60%-ni Hispaanias, Prantsusmaal ja Itaalias ning 20–30%-ni Saksamaal ja Ungaris.

Raviteenuste pakkumine

EMCDDA tellitud kanepiravi-uuringust 19 liikmesriigi valitud uimastiraviasutustes nähtus, et pooltel uuritud teenusepakkujatel ei olnud otseselt kanepiprobleemidele suunatud programme (EMCDDA, 2008a). Selle tulemuse põhjal võib järeldada, et paljusid kanepitarbijaid ravitakse samades asutustes koos muude uimastite kasutajatega, mis võib tekitada probleeme nii ravipersonalile kui ka patsientidele.

Uuringus osalenud spetsiaalsete teenuste osutajatest enamik pakkus lühikesi kanepiravikuure, mis kestsid tavaliselt vähem kui 20 seanssi. Ravi toimus üldiselt individuaalse konsultatsiooni ja teraapia vormis või nõustamisena kanepitarbimise võimalike tagajärgede teemal. Mõned asutused teatasid võimalike raviviisidena kanepipatsientide detoksifitseerimist, pereteraapiat, teraapiarühmi ja ühisabigruppe. Statsionaarne kanepiravi, juhul kui seda pakuti, oli üldiselt seotud sotsiaalkäitumuslike probleemide leevendamisega.

Kõnealuse valdkonna teaduskirjanduse andmetel annab kanepiravis tulemusi terve rida psühhoterapia meetodeid, sealhulgas motivatsiooni- ja kognitiiv-käitumisteraapia, kuid pole teada, et ükski psühhoterapia vorm oleks teistest tõhusam (Nordstrom, Levin, 2007). Kuigi enamik kanepiravi tõhususe uuringuid on korraldatud Ameerika Ühendriikides ja Austraalias, on nüüdseks alustatud või juba valmis uuringuid ka Euroopas. 2004. aastal alustati Saksa randomiseeritud kontrollkatset „CANDIS”, millega uuritakse kanepiprobleemidega noorukite raviprogrammi.

Programm põhineb motivatsiooni suurendamisel, kognitiiv-käitumisteraapial ja psühhosotsiaalsel probleemide lahendamisel. Esialgsed tulemused näitavad, et pool patsientidest lõpetas ravi lõpuks kanepitarbimise ning veel 30% vähendas kanepi tarbimist. Lisaks sellele teatati, et märkimisväärselt vähenesid kanepiga seotud vaimsed ja sotsiaalsed probleemid. Kavandamisel on järeluurung.

Mitu riiki on teatanud kanepiravi algatustest noortele. Prantsusmaal on alates 2005. aastast avatud umbes 250 kanepiprobleemide nõustamiskeskust, mis pakuvad nõustamist ja tuge kanepitarbijatele ja nende perekondadele. Taanis eraldati hiljuti erisummad noortele kanepitarbijatele suunatud programmide arendamiseks. Lisaks sellele osalevad Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa, Madalmaad ja Šveits rahvusvahelises uuringus probleemse kanepitarbimise kõikehõlmava perekonnapõhise ravi (INCANT) tõhususe kohta ⁽⁵⁸⁾.

Saksamaal püütakse Interneti-põhine kanepitarbimise lõpetamise programm „Quit the shit” ⁽⁵⁹⁾, mis koostöös ambulatoorsete raviasutustega pakub interaktiivset nõustamist, kanda üle kohalike omavalitsuste noorsooametite ja uimastihoidlusasutuste struktuuri või uimastisõltuvuse ennetamise asutustesse.

Informatsiooni- ja kommunikatsioonitehnoloogia kasutamine uimastinõudluse vähendamiseks kasvab Euroopas jätkuvalt. Aastail 2006–2007 mainis üheksa liikmesriiki uimastitarbimisealase nõustamise olemasolu, kaheksa neist (Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Eesti, Madalmaad, Portugal, Austria, Slovakkia, Ühendkuningriik) teatas Interneti ning Taani SMSi kasutamisest. Interneti-põhised teenused on suunatud noortele ning keskenduvad alkoholi ja kanepiga seotud probleemidele.

Kanepitarbijate kokkupuuted kriminaalõigussüsteemiga

Kanep on ebaseaduslik aine, mida Euroopas kõige sagedamini mainitakse uimastiseaduse rikkumiste alastes politseiraportites ⁽⁶⁰⁾, kõnealuse narkootikumiga seotud rikkumiste hulk on Euroopa Liidus ajavahemikus 2001–2006 kasvanud keskmiselt 34% (joonis 2). Olemasolevad andmed näitavad, et enamik registreeritud kanepiga seotud rikkumistest on seotud pigem tarbimise ja tarbimise eesmärgil omamise kui kaubitsemise ja pakumisega, kusjuures omamisega seotud rikkumised moodustavad enamikus andmeid esitanud riikides 62–95% kõigist kanepiga seotud õigusrikkumistest.

Kuna paljud uimastiseaduse rikkujad on noored kanepitarbijad, kes muidu võib-olla uimastiteenustega

⁽⁵⁷⁾ Vt tabelit TDI-18 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Vt tabelit DLO-6 2008. a statistikabülletäänis.

kokku ei puutuks, on teatatud tihenevast koostööst kohtuorganite ja koolide ning noorsooametite ennetus- ja nõustamisteenuste vahel. Saksamaal, Hispaanias (Kataloonias), Luksemburgis ja Austrias on võetud kasutusele kavad ja programmid noortele uimastiseaduste rikkujatele või neile, keda on uimastite, enamasti kanepi tarbimise või omamise eest süüdi mõistetud. Õigusrikkujad võidakse seada valiku ette, kas läbida kursus või maksta trahvi. Eri riikides pakutavate programmide eesmärk on hoida ära edasist narkootikumide tarbimist ja õigusrikkumist ning

nendega võib kaasneda pere-, kooli- või psühholoogiline nõustamine.

Saksa noorte õigusrikkujate FReD-programmi järelhindamisel (100 vastajat) selgus, et 44% endistest programmis osalejatest vähendas alkoholi- ja tubakatarbimist, 79% vähendas ebaseaduslike narkootikumide tarbimist või lõpetas selle ja 69% teatas, et ei ole pärast kursuse lõpetamist uusi õigusrikkumisi toime pannud. Sarnaste noorte õigusrikkujate rühma (YOT) hindamisel Ühendkuningriigis leiti, et sellel lähenemisel on märkimisväärne kasupotentsiaal (Matrix Research, 2007).

Suitsetamiskeeld ja kanep

Võimalikud seosed tubakapoliitika ja kanepisuitsetamise vahel on küsimus, mis nõuab tähelepanu. Suitsetamiskeeld on Euroopas üha enam levimas: üheksas liikmesriigis on tänaseks kehtestatud täielik suitsetamiskeeld (töö- ja avalikes kohtades, sealhulgas restoranides ja baarides), Belgias, Taanis, Saksamaal, Madalmaades ja Portugalis on hiljuti kehtestatud vähemalt osaline suitsetamiskeeld.

Kui võrrelda vastavaid riskitegureid, näib puuduvat seos tubakatarbimise ja hilisema ebaseaduslike narkootikumide tarbimise vahel – see selgub prospektiivsete uurimuste ülevaatest (Mathers *et al.*, 2006). Euroopas on kanepitarbimine siiski enam levinud suitsetajate kui mitesuitsetajate hulgas ning

range tubakapoliitika võib edukalt mõjutada norme, mis ühtviisi kallutavad nii tubaka- kui ka kanepitarbimisele.

Mõningaid tõendeid on olemas selle kohta, et kanep on sigarettide täienduskaup (st nende hind ja kättesaadavus muutub ühes suunas) (Cameron, Williams, 2001). Sõltumatutest uurimustest nähtub, et sigarettidele kehtestatud kõrgemad maksud näivad vähendavat marihuaana tarbimise intensiivsust ning neil võib olla kerge negatiivne mõju tarbimise tõenäosusele meeste hulgas (Farrelly *et al.*, 2001).

Ühtlasi väärrib märkimist, et Madalmaades kehtestatud suitsetamiskeeld restoranides ja baarides laieneb ka *coffee shop*-idele ning et Amsterdamis on otsustatud keelustada avalikes kohtades kanepi suitsetamine.

4. peatükk

Amfetamiinid, ecstasy ja LSD

Sissejuhatus

Amfetamiinid (üldine termin, mille alla kuulub nii amfetamiin kui ka metamfetamiin) ja ecstasy kuuluvad kanepi järel kogu maailmas enim tarbitavate ebaseaduslike narkootikumide hulka. Absoluutarvudes võib tänapäeva Euroopas küll kokaiinitarbimine suurem olla, kuid kuna see on keskendunud teatud piirkondadesse, on enamikus Euroopa Liidus mõni sünteetiliselt toodetud narkootikum endiselt teine kõige levinum ebaseaduslik aine. Peale selle on mõnel pool Euroopas amfetamiinide tarbimine uimastiprobleemi oluline osa ja moodustab märkimisväärse osa ravinõudlusest.

Amfetamiin ja metamfetamiin on kesknärvisüsteemi stimulandid. Neist kahest on amfetamiin Euroopas palju

Amfetamiini ja metamfetamiini erinevused ja sarnasused

Ebaseaduslike uimastite turul on amfetamiinide rühma peamised esindajad amfetamiin ja metamfetamiin (ja nende soolad). Tegu on kahe sarnase sünteetilise ainega, mis kuuluvad fenetüülamiinide rühma. Mõlemad ained on kesknärvisüsteemi stimulandid, millel on sama toimemehhanism, samasugune mõju käitumisele ning sarnased nähud taluvuse, võõrutuse ja kestva (kroonilise) tarbimise osas. Amfetamiini toime on nõrgem kui metamfetamiinil, kuid kontrollimata olukorras on nende mõju peaaegu võimatu eristada.

Amfetamiini ja metamfetamiini tooted on enamasti pulbrilised, kuid tarbitakse ka nn jääd, puhast kristallilist metamfetamiini vesinikkloriidi soola. Amfetamiini või metamfetamiini tablettidel võivad olla MDMA ja muude ecstasy-tablettidega sarnased logod.

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

Allikas: EMCDDA uimastite profiilid (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

laialdasemalt kättesaadav, samas kui metamfetamiini märkimisväärne tarbimine piirdub Tšehhi Vabariigi ja Slovakkia.

Terminiga ecstasy tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid mõju poolest teatud määral erinevad. Tuntuim ecstasy-rühma uimasti on 3,4-metüleendioksümetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt leitakse ecstasy-tablettides ka muid analooge (MDA, MDEA). Ecstasy tarbimine oli enne 1980. aastate lõppu Euroopas praktiliselt olematu, kuid kasvas hoogsalt 1990. aastatel. Selle uimasti populaarsust on ajalooliselt seostatud tantsumuusikakultuuriga ja üldiselt on sünteetiliste narkootikumide suur levimus tüüpiline kindlatele subkultuuridele või sotsiaalsetele keskkondadele.

Lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD) on läbi aegade kõige tuntum hallutsinogeenne uimasti ning selle tarbimise hinnangud on olnud Euroopas suhteliselt kaua madalad ja pigem stabiilsed. Samas paistab aga kasvavat noorte huvi looduslike hallutsinogeenide vastu.

Pakkumine ja kättesaadavus

Amfetamiin

Ülemaailmne amfetamiini kogutoodang, mis oli 2006. aastal hinnanguliselt 126 tonni, on jätkuvalt koondunud Euroopasse, kus asus 79% kõigist 2006. aastal teatatud amfetamiinilaboritest (UNODC, 2008). Siiski on tootmine levimas ka mujale maailmas, eriti Põhja-Ameerikasse ja Kagu-Aasiasse ⁽⁶¹⁾. Kogu maailmas konfiskeeriti 2006. aastal rohkem kui 19 tonni amfetamiine, sellest enamik Lähis-Idas (67%), mis on seotud Kagu-Euroopas toodetavate Captagoni tablettidega ⁽⁶²⁾. Järgnesid amfetamiinide konfiskeerimised Lääne- ja Kesk-Euroopas (27%), mis kajastab Euroopa rolli nii kõnealuse narkootikumi peamise tootja kui ka tarbijana (CND, 2008, UNODC, 2008).

Enamik Euroopas konfiskeeritud amfetamiinist toodetakse (tähtsuse järjekorras) Madalmaades, Poolas ja Belgias

⁽⁶¹⁾ Narkootikumide pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta vt lk 36.

⁽⁶²⁾ Captagon on üks fenetüülamiini, sünteetilise kesknärvisüsteemi stimulandi registreeritud kaubanimed, kuigi illegaalsel turul selle nime all müüdavad tabletid sisaldavad tavaliselt amfetamiini ja kofeiini segu.

ning vähemal määral Eestis ja Leedus. 2006. aastal avastati Euroopa Liidus 40 amfetamiini tootmise, pakendamise või ladustamise kohta (Europol, 2007a), UNODC (2008) teatab, et Euroopa riikides likvideeriti 123 laborit.

Türgi teatas ligikaudu 20 miljoni Captagoni logoga amfetamiinitableti konfiskeerimisest. Sedasorti amfetamiini tootmisest teatatakse nii Bulgaarias kui ka Türgis ja ilmselt on see mõeldud peamiselt Lähis-Ida tarbijariikidesse eksportimiseks.

Euroopas konfiskeeriti 2006. aastal amfetamiinipulbrit hinnanguliselt 38 000 korral kogukaalus 6,2 tonni. Kuigi 2006. aasta esialgsed andmed näitavad võrreldes 2004. ja 2005. aastaga langust, on nii konfiskeerimiste arv kui ka kättesaadud kogus viie aasta jooksul aastatel 2001–2006 kasvanud ⁽⁶³⁾. See järeldus on aga esialgne, sest esialgu puuduvad veel kõige värskemad andmed Ühendkuningriigist, kus toimub tavaliselt kõige enam konfiskeerimisi Euroopas. Mõned riigid teatavad üha enam mitte amfetamiinipulbri, vaid tablettide konfiskeerimisest, 2006. aastal saadi Euroopa Liidus (enamasti Hispaanias) kätte kokku 390 000 tabletti.

2006. aastal Euroopas kätte saadud amfetamiini puhtus erines märkimisväärselt ja sellises ulatuses, et keskmistest näitajatest saab siinkohal rääkida vaid suure ettevaatusega. Siiski võib 2006. aasta kohta andmeid esitanud riigid jagada kahte rühma, millest esimese kümme riiki teatavad näitajatest 2–10% ja ülejäänud kõrgemast puhtuse tasemest (25–47%). Viimaste rühma kuulusid tavaliselt riigid, millel on teadaolevalt tihedam seos amfetamiini tootmise, kaubitsemise ja tarbimisega (Madalmaad, Poola, Balti riigid ja Põhjamaad). Viimase viie aasta jooksul on amfetamiini puhtus olnud stabiilne või langenud enamikus 19 riigist, kust on analüüsi koostamiseks piisavalt andmeid.

2006. aastal ulatus amfetamiini tüüpiline jaehind pooltes andmeid esitanud riikides 10 eurost 15 euroni grammi kohta. Peale Tšehhi Vabariigi, Hispaania ja Rumeenia langes aastatel 2001–2006 amfetamiini jaehind ülejäänud 16 riigis, kus esitati analüüsi tarbeks piisavalt andmeid.

Metamfetamiin

Metamfetamiini tootmine on koondunud Põhja-Ameerikasse ning Ida- ja Kagu-Aasiasse. 2006. aastal hinnati ülemaailmse metamfetamiini toodangu kogumahuks 266 tonni, mis ületab mis tahes teise ebaseadusliku sünteetilise narkootikumi toodangu. 2006. aastal saadi maailmas kätte umbes 15,8 tonni metamfetamiini, millest enamik

Rahvusvaheline tegevus sünteetiliste uimastite lähteainete tootmise ja kõrvalesuunamise tõkestamiseks

Õiguskaitsealased vastumeetmed on üha enam suunatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks vajalikele lähtekemikaalidele, see on üks valdkondi, kus rahvusvaheline koostöö on eriti oluline. Projekt „Prisma“ (Prism) on rahvusvaheline algatus tõkestamaks sünteetiliste uimastite ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvalesuunamist, kasutades selleks seadusliku kaubanduse ekspordieelse teavitamise süsteemi ja kahtlaste tehingute korral peatatud ning konfiskeeritud saadetistest teatamist. Teave selle valdkonna tegevuste kohta laekub Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule (INCB, 2008b).

Aruannete kohaselt konfiskeeriti maailmas 2006. aastal üle 11 tonni efedriini ja pseudoefedriini, mis on metamfetamiini põhilähteained. Ligikaudu pool kogusest konfiskeeriti Hiinas, järgnesid Kanada ja Myanmar. ELi liikmesriikides (peamiselt Belgias ja Ungaris) ning Vene Föderatsioonis ja Ukrainas tabati kokku vaid 0,3 tonni, ehkki Europol (2008) teatel on nende kemikaalide eksport, ümberlaadimine ja kõrvalesuunamine Euroopa Liidus viimasel ajal suurenenud.

Nii metamfetamiini kui ka amfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatava 1-fenüül-2-propanooni (P-2-P) konfiskeerimine maailmas vähenes 2006. aastal. Erandi selles osas moodustasid ELi liikmesriigid (peamiselt Taani, Madalmaad ja Poola) koos Türgi ja Vene Föderatsiooniga, kus kokku tabati suurem osa kogu maailmas konfiskeeritud 2600 liitrist 1-fenüül-2-propanoonist. Seda lähteainet kasutatakse enamjaolt amfetamiini tootmiseks Euroopas, kusjuures tootjate hangitud P-2-P pärineb Aasia riikidest (Hiinast), kuigi alates 2004. aastast on teatatud, et ainet hangitakse ja veetakse sisse ka Vene Föderatsioonist (Europol, 2007a).

MDMA tootmiseks kasutatava 3,4-metüleenidoksüfenüül-2-propanooni (3,4-MDP-2-P) ülemaailmne konfiskeerimine vähenes 2006. aastal 7500 liitri, konfiskeerimised toimusid enamjaolt Kanadas, vaid 105 liitrit peeti kinni Madalmaades. MDMA sünteesil 3,4 MDP 2-P asemel kasutatava safrooli konfiskeerimised jäid 2006. aastal marginaalseks: 62 liitrit kogu maailmas, enamasti Austraalias. Euroopas konfiskeeriti safrooli vaid Prantsusmaal (7 liitrit).

konfiskeeriti Ida- ja Kagu-Aasias, sellele järgnes Põhja-Ameerika. Vähem kui 1% konfiskeerimistest leidis aset Euroopas (UNODC, 2007, 2008).

Euroopas küll toodetakse ebaseaduslikult metamfetamiini, kuid valdavalt ainult Tšehhi Vabariigis, kus 2006. aastal avastati enam kui 400 väikest kodulaborit. Uimasti tootmisest on teateid ka Slovakiast ja vähemal määral Leedust (INCB, 2008a).

⁽⁶³⁾ Andmed käesolevas peatükis nimetatud uimastikonfiskeerimiste kohta Euroopas on esitatud 2008. a statistikaülevaates tabelites SZR-11 kuni SZR-18. Juhime tähelepanu sellele, et 2006. aasta andmete puudumisel on Euroopa üldhinnangute saamiseks kasutatud 2005. aasta asjakohaseid andmeid.

2006. aastal konfiskeeriti 17 Euroopa riigis metamfetamiini umbes 3000 korral, kokku saadi kätte 154 kg uimastit. Kõige enam konfiskeerimisi ja kõige suuremad kogused langesid Norra arvele, järgnesid Rootsi, Tšehhi Vabariik ja Slovakkia. Kahes viimases riigis olid korraga konfiskeeritud kogused enamasti väikesed, tavaliselt paar grammi või alla selle. Aastatel 2001–2006 kasvas Euroopas nii konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud metamfetamiini kogus, ent teiste narkootikumidega võrreldes jäid need siiski madalaks. Olemasolevate piiratud 2006. aasta andmete põhjal näib, et metamfetamiini puhtus jäi tavaliselt 20% ja 55% vahele.

Ecstasy

UNODC (2007a) andmetel langes ülemaailmne ecstasy tootang 2006. aastal ligikaudu 102 tonnile. Tootmine paistab olevat geograafiliselt hajunud, kusjuures kohalikuks tarbimiseks tootmine on nüüd tavalisem Põhja-Ameerikas ning Ida- ja Kagu-Aasias. Sellest hoolimata on peamine ecstasy tootmise keskus endiselt Euroopa, kus tootmine on koondunud Madalmaadesse (kus pärast paari langusaastat näib tootmine 2006. aastal olevat jälle kasvanud), Belgiasse ning vähemal määral Poolasse ja Ühendkuningriiki.

Euroopa suhteline tähtsus nii ecstasy tarbija kui ka tootjana ilmneb samuti uimastikonfiskeerimiste andmetest. Euroopas teatati 2006. aastal enam kui 20 000 konfiskeerimisest, mille käigus saadi kätte ligikaudu 14 miljonit ecstasy-tabletti. Kõige suurem kogus ecstasy't (4,1 miljonit tabletti) konfiskeeriti Madalmaades, järgnesid Ühendkuningriik, Türgi, Prantsusmaa ja Saksamaa. Aastatel 2001–2006 ecstasy-konfiskeerimiste arv üldiselt langes ning ka konfiskeeritud kogus on pärast 2002. aasta tipptaset vähenemas⁽⁶⁴⁾. 2006. aastal kogu maailmas konfiskeeritud 4,5 tonnist ecstasy'st langes 43% Lääne- ja Kesk-Euroopa arvele, samas kui Põhja-Ameerikas konfiskeeriti 34% (UNODC, 2008).

Euroopas sisaldas suurem osa 2006. aastal analüüsitud ecstasy-tablette ainsa psühhoaktiivse toimeainena MDMA-d või muud ecstasy-laadset ainet (MDEA, MDA), kusjuures 17 riiki teatas, et sellised tabletid moodustasid 70% kõigist analüüsitud tablettidest. Erandi moodustasid Hispaania ja Poola, kus teatati, et ecstasy'na turustatavate tablettide analüüsil leiti tihti amfetamiini või metamfetamiini, tihti koos MDMA või mõne selle analoogiga. Lätis ja Maltal ei sisaldanud enamik analüüsitud tablettidest ühtegi kontrollitud ainet.

Enamikus riikides jäi ecstasy-tablettide tüüpiline MDMA-sisaldus umbes 25 ja 65 mg vahele, kuigi analüüsitud

tabletid erinesid üksteisest palju (9–90 mg). Peale selle teatasid mõned riigid (Belgia, Taani, Saksamaa, Prantsusmaa, Madalmaad, Norra) suureannuselistest ecstasy-tablettidest, mis sisaldasid rohkem kui 130 mg MDMA-d, ning kõrgekvaliteediline MDMA-pulber on nüüd mõnedel turgudel kättesaadav. Ecstasy-tablettide MDMA-sisalduses ei ole märgata selget keskmist suundumust. Selge on aga see, et võrreldes 1990. aastate algusega, kui narkootikum Euroopas esimest korda laialdaselt kättesaadavaks muutus, on ecstasy tundvalt odavamaks läinud. Kuigi on olnud mõningaid teateid sellest, et tablette müüakse vaid ühe euro eest, teatab enamik riike tüüpilistest jaehindadest vahemikus 3–9 eurot tablett ja olemasolevad andmed 2001.–2006. aasta kohta näitavad, et jaehind langeb (inflatsiooni arvestades) jätkuvalt.

LSD

LSD tarbimist ja sellega kaubitsemist peetakse endiselt marginaalseks, kuigi Euroopa konfiskeerimised võivad viidata taasärkavale huvile selle narkootikumi vastu paari viimasel aastal. Pärast pikka langustendentsi 1990. aastatel on nii konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud kogused alates 2003. aastast kasvanud. Praegune olukord ei ole selge, sest kuigi esialgsed andmed viitavad mõlema näitaja kergele langusele, ei ole tavaliselt kõige suurematest konfiskeeritud LSD kogustest teatav Ühendkuningriik veel andmeid esitanud. LSD jaehinnad (inflatsiooni arvestades) on alates 2001. aastast veidi langenud ja jäid 2006. aastal enamikus Euroopa riikides 5 ja 11 euro vahele ühiku kohta.

Levimus ja tarbimisharjumused

Eli liikmesriikide hulgas on amfetamiinide või ecstasy tarbimine suhteliselt levinud Tšehhi Vabariigis, Eestis ja Ühendkuningriigis ning riigi üldist uimastiolukorda arvestades ka mõnes Kesk- ja Põhja-Euroopa riigis. Sünteetiliste hallutsinogeenide, nagu lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD), tarbimise tase on aga üldiselt madalam ning on olnud pikemat aega suhteliselt stabiilne.

Mõnede riikide kõrgemat levimust tuleb vaadelda lihtsustatult vähemalt kahe erineva tarbimisharjumuse kontekstis. Üksikutes riikides tarbib amfetamiini või metamfetamiini, tihti süstimise teel, oluline osa kõigist probleemsetest uimastitarbijatest ja neist, kes vajavad narkoprobleemide tõttu abi. Nimetatud krooniliste tarbijate kõrval on olemas ka üldisem seos sünteetiliste narkootikumide, eriti ecstasy, ja ööklubide, tantsumuusika ning mõnede subkultuuride vahel. Selle tulemuseks on võrreldes kogu elanikkonnaga märgatavalt suurem levimus

⁽⁶⁴⁾ See pilt on esialgne, sest 2005. aastal kõige suuremast konfiskeerimiste arvust teatanud Ühendkuningriigi 2006. aasta andmed ei ole veel kättesaadavad.

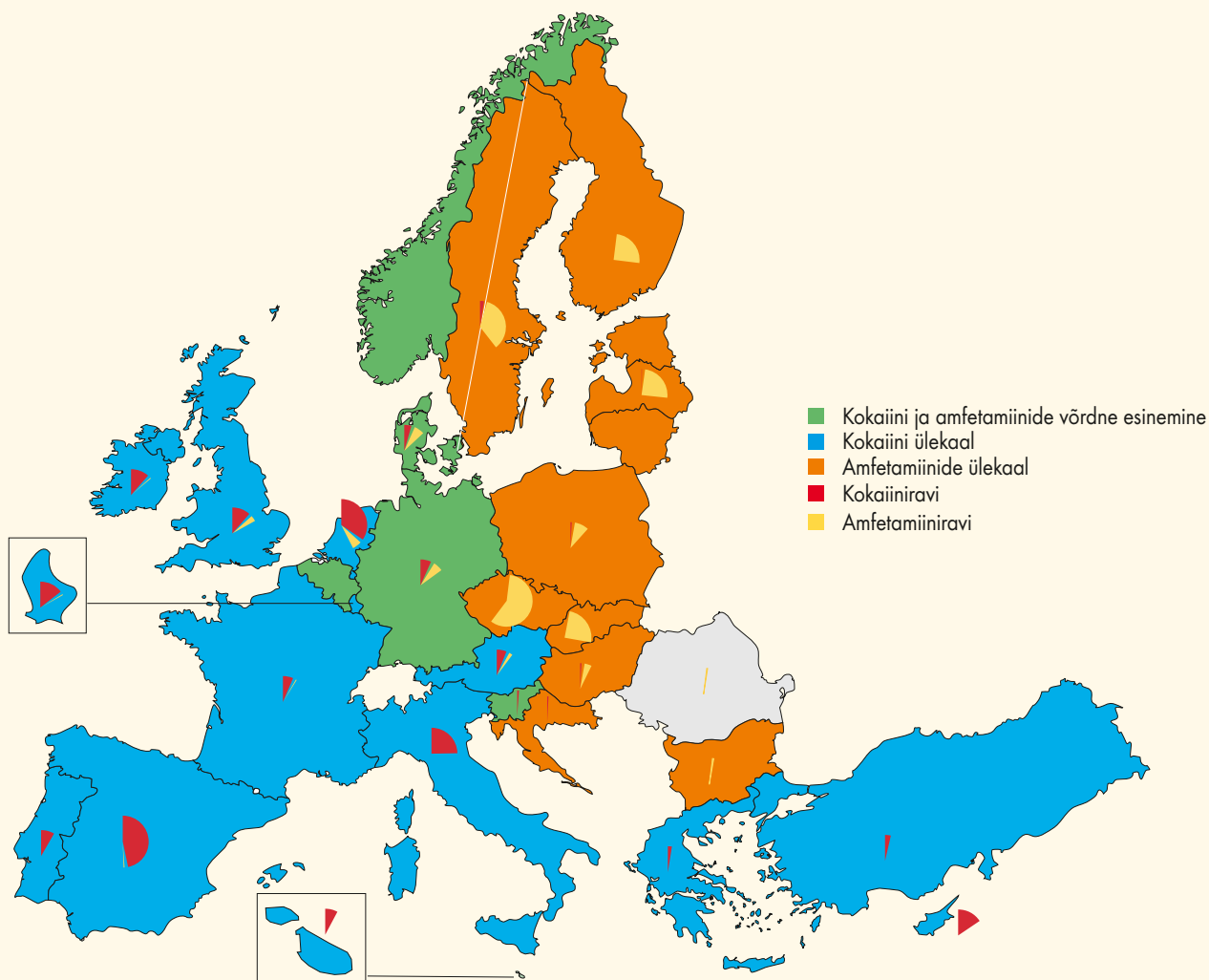
Euroopa stimulantide turg: nn kokaiinimaad ja amfetamiinimaad?

Mitmetest allikast pärit teabe analüüs näitab, et erinevatel stimulantidel võib eri riikides olla samasugune roll ning seetõttu oleks otstarbekas selle valdkonna poliitika väljatöötamisel arvesse võtta mitte ainult üksikuid aineid, vaid stimulantide turgu tervikuna. Mõnedes riikides on peamiseks stimulantiks kokaiin, teistes tarvitatakse sagedamini amfetamiini või metamfetamiini. Rahvastiku-uuringute ja

konfiskeerimisaruannete andmete võrdlemine näitab, et Põhja- ja Kesk-Euroopa riigid kuuluvad pigem n-ö amfetamiinimaade rühma, samas kui Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikides on enam levinud kokaiinitarbimine.

Stimulantide suhteline osa kõigis uimastitega seotud probleemides erineb riikide lõikes samuti suuresti. See ilmneb

Stimulanditurud Euroopas: kokaiini ja amfetamiinide suhteline levimus konfiskeerimiste ja rahvastiku-uuringute põhjal ning neid aineid esmase uimastina nimetavate ravi saavate uimastitarbijate osakaal



raviandmetest: reas riikides moodustavad stimulantidega seotud juhud kõigist uimastiravi taotlustest suhteliselt suure osa (metamfetamiin Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, amfetamiin Lätis, Rootsis ja Soomes ning kokaiin Hispaanias, Itaalias ja Madalmaades), samas kui mujal on nende ainete seoses ravi vajavate patsientide osakaal imeväike või lausa olematu.

Patsientide raviandmetest nähtub ka, et neil, keda ravitakse stimulantidega seotud probleemide tõttu, esineb probleeme pigem vaid ühe stimulantide rühmaga. Näiteks teatas ambulatoorse kokaiiniravi patsientidest (kõigist ravi taotlejatest) vaid 8%, et tarbib amfetamiini teise uimastina, samas kui amfetamiiniravi patsientidest teatas vähem kui 9% kokaiinist kui teisest uimastist. Mõnede riikide aruannetest ilmneb, et uimastiturul võib üks stimulant mõnikord asendada teise. Näiteks leidub andmeid selle kohta, et mõnedes uimastitarbijate rühmades võib kokaiin asendada amfetamiini ja ecstasy't, Madalmaades võidakse aga väljaspool linnapiirkondi tarbida amfetamiini kui kokaiini odavamast aineainet.

Kuigi stimulandid võivad mõju ja tagajärgede poolest erineda, on nendega seotud ravivõimalused, ravil püsimise määrad ja ravi tulemused üldjoontes sarnased (Rawson *et al.*, 2000; Copeland, Sorensen, 2001). Mingil määral võib sarnasusi leida ka nende uimastite tarbimisharjumustes ja tarbijate üldises tüpoloogias. Näiteks võivad meelelahutuslikud ning vähem intensiivsed ja kahjustavad tarbimisharjumused ühiskonda hästi integreerunud uimastitarbijate seas esineda kõrvuti enam tõrjutud rühmade intensiivsemate tarbimisharjumustega, millega seostuvad suuremad sõltuvusprobleemid ja ohtlikumad tarbimisviisid, näiteks süstimine ja suitsetamine.

NB: Taustavärv näitab kokaiini või amfetamiinide suhtelist ülekaalu üldiste rahvastiku-uuringute (viimase aasta jooksul tarbimise levimus 15–34-aastaste seas) ja konfiskeerimiste andmetel; sektordiagramm näitab nimetatud kahe uimasti osakaalu kõigist ravi taotlustest – toodud on vaid segmendid kokaiini ja amfetamiini kohta. Itaalia, Madalmaade ja Poola puhul, mille kohta konfiskeerimiste andmed puudusid, kasutati ainult üldiste rahvastiku-uuringute andmeid. Horvaatia puhul kasutati vaid konfiskeerimiste andmeid. Norra ja Belgia kohta puudusid ravinäiduste andmed. Rumeenia andmed ei võimaldanud teha järeldusi riigi kohta tervikuna. Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias kasutatakse amfetamiinidest peamiselt metamfetamiini.

noorte hulgas ja ülikõrge levimus mõnedes asutustes või konkreetsetes ühiskonnarühmades.

Amfetamiinid

Hiljutised rahvastiku-uuringud näitavad, et Euroopas on elu jooksul amfetamiini tarbinute (⁶⁵) osakaal riigiti erinev, jäädes 0,1% ja 11,9% vahele kõikidest täiskasvanutest (15–64-aastastest). Keskmiselt teatab 3,3% kõikidest Euroopa täiskasvanutest, et on vähemalt korra elus amfetamiini tarbinud. Uimasti tarbimine viimase aasta jooksul on palju madalam, Euroopa keskmine on 0,6% (jäädes vahemikku 0,0–1,3%). Hinnanguliselt on umbes 11 miljonit eurooplast amfetamiini proovinud ja umbes 2 miljonit on uimastit tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 3).

Noorte täiskasvanute (15–34-aastaste) hulgas on amfetamiinide elu jooksul tarbimise levimus riigiti erinev, ulatudes 0,2%-st kuni 16,5%-ni, Euroopa keskmine on umbes 5%. Amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul ulatub selles vanuserühmas 0,1%-st kuni 2,9%-ni, kusjuures enamiku riikide levimushinnangud jäävad 0,7% ja 1,9% vahele. Hinnanguliselt on viimase aasta jooksul amfetamiini tarbinud keskmiselt 1,3% noortest eurooplastest.

Probleemne amfetamiinitarbimine

EMCDDA probleemse uimastitarbimise indikaatorit saab amfetamiinide jaoks kasutada piiratud ulatuses ja seal, kus selle alla loetakse ka selle aine süstimine või pikaajaline/regulaarne tarvitamine. Ainult üks liikmesriik (Soomes) on andnud probleemse amfetamiinitarbimise kohta uuema riikliku hinnangu, milleks 2005. aastal oli 12 000–22 000 probleemset amfetamiinitarbijat (4,3–7,9 juhtumit tuhande 15–54-aastase kohta), mis on umbes neli korda rohkem kui probleemseid opioiditarbijaid riigis.

Amfetamiinitarbimisega seotud ravi taotluste arv on enamikus Euroopa riikides suhteliselt väike. Amfetamiiniravi moodustab üsna suure osa kogu teatatud ravinäidulusest Lätis, Rootsis ja Soomes, kus 25–35% ravi alustavatest klientidest nimetas amfetamiini oma esmaseks uimastiks. Ülejäänud riikides moodustab amfetamiiniravi rohkem kui 5% uimastiravist ainult Taanis, Saksamaal, Madalmaades ja Poolas, kus esmase uimastina nimetab amfetamiini 6–9% ravil olevatest narkomaanidest (⁶⁶).

Peale Rootsi ja Soome on enamikus riikides esmaselt amfetamiinitarbimise tõttu ravi alustavate uute patsientide osakaal suurem kui kõikide selle uimasti tõttu ravi

(⁶⁵) Amfetamiinitarbimise uuringuandmetes ei eristata sageli amfetamiini ja metamfetamiini, siiski võib seda enamasti seostada amfetamiini (sulfaadi või deksamfetamiini) tarbimisega, kuna metamfetamiini tarbimine pole Euroopas kuigi levinud ning siin leiab aset vaid 1% kõikidest metamfetamiini konfiskeerimistest maailmas.

(⁶⁶) Vt tabelit TDI-5 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

saavate patsientide osakaal. Aastatel 2002–2006 oli esmaselt amfetamiinitarbimise tõttu ravi alustavate uute patsientide osakaal Euroopas tervikuna suhteliselt stabiilne, ehkki Lätis ja Taanis teatati selle aja jooksul kasvust, samas kui Rootsis ja Soomes uute amfetamiiniravi patsientide protsent langes, mis võib viidata tarbijate vananemisele ⁽⁶⁷⁾.

Keskmine ravi alustav amfetamiinitarbija on umbes 29aastane mees. Kuigi meeste ja naiste suhe on ligikaudu 2:1, on üldine naiste osakaal amfetamiinipatsientide seas suurem kui teiste narkootikumide pärast ravile pöördujate hulgas ⁽⁶⁸⁾.

Probleemne metamfetamiinitarbimine

Erinevalt teistest maailma piirkondadest, kus metamfetamiini tarbimine on viimastel aastatel suurenenud, paistab

kõnealuse narkootikumi tarbimine Euroopas olevat piiratud (Griffiths *et al.*, 2008). Metamfetamiini tarbimine on Euroopas olnud alati koondunud Tšehhi Vabariiki ja mingil määral Slovakkiasse ning ainult need kaks riiki esitasid värskeid hinnanguid probleemse tarbimise kohta. Hinnanguliselt oli 2006. aastal Tšehhi Vabariigis ligikaudu 17 500–22 500 metamfetamiinitarbijat (2,4–3,1 juhtumit 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat), mis on pea kaks korda enam kui probleemseid opioiditarbijaid. Slovakkias oli ligikaudu 6200–15 500 metamfetamiinitarbijat (1,6–4,0 juhtumit 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat), mis on hinnanguliselt umbes 20% vähem kui probleemseid opioiditarbijaid.

Viimase viie aasta jooksul on metamfetamiini tarbimisega seotud ravinõudlus mõlemas riigis kasvanud. Metamfetamiinist on saanud Slovakkias esimest korda

Tabel 3: amfetamiinide tarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	11 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	3,3%	0,6%
Vahemik	0,1–11,9%	0,0–1,3%
Madalaima levimusega riigid	Kreeka (0,1%), Rumeenia (0,2%), Malta (0,4%), Küpros (0,8%)	Kreeka, Malta (0,0%), Prantsusmaa (0,1%), Portugal (0,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (11,9%), Taani (6,9%), Norra (3,6%), Iirimaa (3,5%)	Ühendkuningriik, Eesti (1,3%), Norra, Läti (1,1%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	5,1%	1,3%
Vahemik	0,2–16,5%	0,1–2,9%
Madalaima levimusega riigid	Kreeka (0,2%), Rumeenia (0,5%), Malta (0,7%), Küpros (0,8%)	Kreeka (0,1%), Prantsusmaa (0,2%), Küpros (0,3%), Portugal (0,4%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (16,5%), Taani (12,7%), Norra (5,9%), Hispaania, Läti (5,3%)	Eesti (2,9%), Ühendkuningriik (2,7%), Läti (2,4%), Taani (2,2%)

Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Uuringuajast jääb vahemikku 2001–2007. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võetud elanikkond: 15–64aastased (328 miljonit), 15–34aastased (134 miljonit) ja 15–24aastased (64 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval osas „Üldised rahvastiku-uuringud“ 2008. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶⁷⁾ Vt joonist TDI-1 ja tabelleid TDI-4 (ii osa), TDI-5 (ii osa) ja TDI-36 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁶⁸⁾ Vt tabelit TDI-37 2008. a statistikabülletäänis.

ravi alustavate patsientide kõige sagedamini teatatud esmane uimasti, millega on seotud 25% kõigist uimastiravi taotlustest. Tšehhi Vabariigis nimetab 59% kõigist narkoravi klientidest metamfetamiini oma esmaseks uimastiks ⁽⁶⁹⁾. Metamfetamiinipatsientide hulgas on kõrge narkootikumi süstimise määr: Slovakkias umbes 50% ja Tšehhi Vabariigis 80%.

Ecstasy

Hinnanguliselt on ecstasy't proovinud umbes 9,5 miljonit täisealist eurooplast (keskmiselt 3%) ja umbes 3 miljonit (0,8%) on seda tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 4). Riigiti on erinevused üsna suured: viimaste uuringute andmetel on seda uimastit kunagi proovinud 0,3–7,3% kõigist täiskasvanutest (15–64aastastest), kusjuures enamik riike teatab elu jooksul tarbimise levimusest vahemikus 1,3–3,1%. Viimase aasta jooksul tarbimise levimus oli Euroopa riikides erinev, ulatudes 0,2%-st kuni 3,5%-ni. Nagu enamiku ebaseaduslike narkootikumide puhul, on siingi meeste seas tarbimine palju kõrgem kui naiste hulgas.

Ecstasy tarbimine oli tavalisem noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas, kus elu jooksul tarbimise hinnangud kõikisid riigiti 0,5% ja 14,6% vahel, kusjuures 0,4–7,7% sellest vanuserühmast teatas narkootikumi tarbimisest viimase aasta jooksul. Hinnanguliselt on ecstasy't elu jooksul proovinud 7,5 miljonit noort eurooplast (5,6%) ning 2,5 miljonit (1,8%) on seda kasutanud viimase aasta jooksul. Levimushinnangud on veelgi kõrgemad nooremas vanuserühmas: 15–24aastaste hulgas hinnatakse elu jooksul tarbimise määraks 0,4–18,7%, kuigi enamiku riikide hinnangud jäävad vahemikku 2,5–8% ⁽⁷⁰⁾. Kuigi enamiku riikide hinnangud viimase aasta tarbimise kohta kõnealusel vanuserühmas olid 1,3–4,6%, erinesid kõige madalam (0,3%) ja kõige kõrgem riiklik hinnang (12%) teineteisest suuresti, mis kajastab liikmesriikide erinevaid kogemusi.

Kooliõpilaste hulgas võib väike vanusevahe tuua kaasa suure erinevuse levimuses, näiteks näitavad 16 riigi andmed, et nooremate õpilastega võrreldes on elu jooksul ecstasy tarbimise levimus 17–18aastaste kooliõpilaste hulgas märkimisväärselt kõrgem, mis viitab sellele, et esimest korda proovitakse seda uimastit tavaliselt pärast 16. eluaastat ⁽⁷¹⁾.

Kuigi ecstasy-tarbijate arv on Euroopas lähedane amfetamiinitarbijate arvule, jõuavad vaid vähesed neist ravile. 2006. aastal nimetas enamikus riikides ravi

alustavatest uimastitarbijatest vähem kui 1% esmase uimastina ecstasy't ning sellega seotud probleemide tõttu on enamikus riikides ravil vaid tühine arv kliente. Vaid viies riigis on enam kui 100 ravi alustavat ecstasy-patsienti (Prantsusmaal, Itaalias, Ungaris, Ühendkuningriigis, Türgis), mis teeb 0,5–4% kõigist nende riikide narkoklientidest. Keskmiselt 24–25aastased ecstasy-tarbijad on üks noorimaid uimastiravi alustavaid rühmi, kes lisaks teatavad tihti teiste ainete, nagu kanepi, kokaiini, alkoholi ja amfetamiinide, samaaegsest tarbimisest ⁽⁷²⁾.

LSD

Elu jooksul LSD tarbimise määr ulatub täiskasvanute (15–64aastaste) hulgas ligikaudu nullist kuni 5,4%-ni. Noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas on elu jooksul tarbimise hinnangud pisut kõrgemad (0,3–7,1%), kuid 15–24aastaste hulgas teatatakse madalamast levimusest. Samas ületab mõnes võrreldavaid andmeid esitanud riigis hallutsinogeensete seente tarbimine tihti LSD tarvitamise, esimeste elu jooksul tarbimise määr ulatub seal noorte täiskasvanute hulgas 1%-st kuni 9%-ni ja viimase aasta tarbimise hinnangud jäävad vahemikku 0,3–3% (EMCDDA, 2006).

Amfetamiinide ja ecstasy tarbimise suundumused

Viimased andmed kinnitavad teateid amfetamiini- ja ecstasy-tarbimise suundumuste stabiliseerumisest või isegi langusest Euroopas. Pärast 1990. aastatel toimunud üldist tarbimise kasvu näitavad rahvastiku-uuringud nüüd mõlema narkootikumi populaarsuse üldist stabiliseerumist või isegi mõõdukat langust, kuigi selline pilt ei avane kõigis riikides.

Amfetamiinitarbimine (viimase 12 kuu jooksul) noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas langes Ühendkuningriigis märkimisväärselt 1996. aastast (6,5%) kuni 2002. aastani (3,1%), pärast seda on näitajad olnud stabiilsed. Taanis suurenes aastatel 1994–2000 amfetamiinitarbimine märgatavalt, kuid 2005. aasta uuringu tulemused viitavad nimetatud aine tarbimise vähenemisele alates käesoleva kümnendi algusest ⁽⁷³⁾. Teistes sama ajavahemiku kohta korduvaid uuringuandmeid esitanud riikides (Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Madalmaad, Slovakkia, Soome) on suundumused enamasti stabiilsed ⁽⁷⁴⁾. 14 riigi hulgas, mis esitasid piisavalt andmeid 15–34aastaste vanuserühma viimase aasta amfetamiinitarbimise hindamiseks piisavalt andmeid, teatas ajavahemiku 2001–2006 jooksul kolm

⁽⁶⁹⁾ Vt tabelit TDI-5 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁰⁾ Vt tabelit GPS-17 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷¹⁾ Vt tabeleid EYE-1 ja EYE-2 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷²⁾ Vt tabeleid TDI-5 ja TDI-37 (i osa), (ii osa) ja (iii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷³⁾ Taani 1994. aasta teabes nimetatakse „tugevaid narkootikume“, milleks enamasti on amfetamiinid.

⁽⁷⁴⁾ Vt joonist GPS-8 2008. a statistikabülletäänis.

Tabel 4: ecstasy-tarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Viimase aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	9,5 miljonit	2,6 miljonit
Euroopa keskmine	2,8%	0,8%
Vahemik	0,3–7,3%	0,2–3,5%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,3%), Kreeka (0,4%), Malta (0,7%), Leedu (1,0%)	Kreeka, Malta (0,2%), Taani, Poola (0,3%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (7,3%), Tšehhi Vabariik (7,1%), Iirimaa (5,4%), Hispaania (4,4%)	Tšehhi Vabariik (3,5%), Ühendkuningriik (1,8%), Eesti (1,7%), Slovakkia (1,6%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7,5 miljonit	2,5 miljonit
Euroopa keskmine	5,6%	1,8%
Vahemik	0,5–14,6%	0,4–7,7%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,5%), Kreeka (0,6%), Malta (1,4%), Leedu, Poola (2,1%)	Kreeka (0,4%), Itaalia, Poola (0,7%), Taani, Leedu, Portugal (0,9%)
Kõrgeima levimusega riigid	Tšehhi Vabariik (14,6%), Ühendkuningriik (13,0%), Iirimaa (9,0%), Slovakkia (8,4%)	Tšehhi Vabariik (7,7%), Ühendkuningriik (3,9%), Eesti (3,7%), Madalmaad, Slovakkia (2,7%)

Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Uuringuajast jääb vahemikku 2001–2007. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusle. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võetud elanikkond: 15–64aastased (328 miljonit), 15–34aastased (134 miljonit) ja 15–24aastased (64 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval osas „Üldised rahvastiku-uuringud“ 2008. aasta statistikabülletäänis.

riiki vähenemisest 15% või enam, neli stabiliseerumisest ning seitse suurenemisest 15% või enam.

Noorte täiskasvanute (15–34aastaste) ecstasy-tarbimise pilt on ebaühtlasem, tarbimine on endiselt kõrge noorte meeste hulgas ⁽⁷⁵⁾ ja mõnede konkreetsete meelelahutuskohtade uuringutes. Pärast üldist tarbimise kasvu mõnedes Euroopa riikides 1980. aastate lõpus ja 1990. alguses, mille tulemuseks oli sarnane ecstasy-tarbimise tase Saksamaal, Hispaanias ja Ühendkuningriigis 1990. aastate keskel, on viimase aasta jooksul tarbimine jäänud Ühendkuningriigis teiste riikidega võrreldes suuremaks ⁽⁷⁶⁾. Viie aasta jooksul 2001–2006 vähenes viimase aasta ecstasy-tarbimise levimus noorte täiskasvanute seas 14-st piisavalt andmeid esitanud riigist kolmes, jäi samaks viies ja suurenes kuues.

Paari riigi andmed viitavad sellele, et mõnedes uimastitarbijate rühmades võib kokaiin olla amfetamiini ja

ecstasy't asendamas. See võib kehtida Ühendkuningriigi ja Taani ning mingil määral Hispaania kohta. Nii Ühendkuningriik (11,9%) kui ka Taani (6,9%) teatavad suhteliselt kõrge elu jooksul amfetamiinide tarbimise määra, kuid viimase aasta ja viimase kuu levimus sarnaneb rohkem teiste riikide omadega. Nendes riikides on kokaiinitarbimise suurenemist teatud määral kõrvutatud amfetamiinitarbimise vähenemisega, mis viitab võimalusele, et üks stimulant on nendel turgudel teist asendamas ⁽⁷⁷⁾. Teistes riikides (Saksamaal, Prantsusmaal, Itaalias, Madalmaades) ei tule võimalikud muutused uimastitarbimise harjumustes nii selgelt esile. Üldiselt mõistetakse vähe tarbijatele sarnastel põhjustel meeldivate eri narkootikumide vastastikust mõju.

2007. aastal valminud riiklike kooli-uuringute (Tšehhi Vabariik, Hispaania, Portugal, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriik) andmete analüüs toetab arvamust, et üldine olukord on stabiliseerumas ja nii amfetamiini kui ka

⁽⁷⁵⁾ Vt joonist GPS-9 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁶⁾ Vt joonist GPS-21 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁷⁾ Vt „Euroopa stimulantide turg: nn kokaiinimaad ja amfetamiinimaad?“, lk 50.

ecstasy elu jooksul tarbimises on olukord muutumatu või on märgata koguni kerget langust.

Meelelahutusasutused

Amfetamiinide ja ecstasy tarbimine meelelahutusasutustes

Uimastitarbimise uuringud valitud meelelahutusüritustel, nagu tantsupidudel ja muusikafestivalidel, kus noored kokku saavad ning mida vahel teadaolevalt seostatakse narkootikumide tarbimisega, annavad kasuliku võimaluse amfetamiini ja ecstasy't regulaarselt ja intensiivselt tarvitavate inimeste käitumist jälgida. Uimastitarbimise hinnangud nendes kohtades on tavaliselt kõrged, kuid nende põhjal ei saa teha üldistusi laiemale elanikkonnale kohta.

2006. aastal üheksas Euroopa linnas (Ateena, Berliin, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Veneetsia, Viin) 15–30aastaste regulaarselt ööklubisid külastavate noorte hulgas korraldatud uuringu andmetel oli ecstasy elu jooksul tarbimise levimus 27% ja amfetamiini oma 17%. Kõnealuste narkootikumide sagedas tarbimine oli palju madalam – ainult 1,4% vastajatest ütles, et tarbib ecstasy't kord nädalas või sagedamini ning vähem kui 1% teatas sama amfetamiini kohta. Mõlemat narkootikumi proovisid uuringus osalejad esimest korda keskmiselt 18aastaselt⁽⁷⁸⁾. Samaaegne alkoholi pruukimine oli tavaline, 34% intervjueritavatest oli nelja intervjuule eelnenud nädala jooksul olnud enda sõnul purjus. Selline joobeaste oli tavalisem pigem meeste (42%) kui naiste (27%) hulgas (Euroopa Komisjon, 2007b).

2004. ja 2005. aastal Prantsusmaal viies elektroonilise muusika klubis korraldatud uuringus oli 1496 vastajast koosnenud valimi hulgas viimase kuu jooksul ecstasy-tarbimise levimus 32% ja amfetamiini oma 13%. Samas peab märkima, et levimus oli suurem konkreetsete, alternatiivseteks nimetatud alarühmade hulgas, keda iseloomustasid vastukultuuri jooned. Nende alarühmade hulgas olid ecstasy ja amfetamiini levimuse hinnangud vastavalt 54% ja 29%.

Seksumised meelelahutusasutustes

Euroopas on üha tavalisem suundumus, et ametiasutused käsitlevad kohaliku avaliku korra või terviseprobleemidega tegeledes legaalseid ja illegaalseid narkootikume koos. Kõnealune lähenemine on eriti asjakohane seksumistes, mis on suunatud kohtadesse, kus tarbitakse nii sünteetilisi narkootikume ja stimulannte kui ka alkoholi, nagu baarid

ja ööklubid. Üks selle valdkonna probleeme on see, et ebaseaduslike ja seaduslike ainete suhtelist rolli on raske eristada. Noorte alkoholitarbimine on Euroopas kasvav probleem. 2006. aastal võttis Euroopa Komisjon vastu ELi alkoholistrateegia, et toetada liikmesriike alkoholiga seotud kahjude vähendamisel noorte hulgas. Alkoholi liigtarbimine põhjustab noorte meeste hulgas (vanuses 15–29) ühe surma neljast ja noorte naiste hulgas ühe kümnest⁽⁷⁹⁾.

Mure selle pärast, et noored avalikes kohtades narkootikume ja alkoholi tarbivad, on viinud strateegiate väljatöötamiseni alkoholi- ja uimastitarbimisega seotud sotsiaalsete, majanduslike ja füüsiliste keskkondade muutmiseks, mille eesmärk on muuta tarbimiskäitumist ja norme, luua olud, mis ei soodusta mürgistuse teket, ning vähendada alkoholi- ja uimastiprobleemide tekkimise võimalusi⁽⁸⁰⁾. Liikmesriigid teatavad mitmest ööklubides või nendega seoses võetavast meetmest, mille sihiks on vähendada kahjusid või muuta sotsiaalset keskkonda paremuse suunas. Sinna kuuluvad baari- ja turvatöötajate koolitamine, olemasolevate õigusaktide parem jõustamine, teadlikkuse tõstmine nimetatud ainetega seotud kahjust, õiste transporditeenuste pakkumine ja sammud öise meelelahutuskeskonna turvalisemaks muutmiseks. Kõnealuse valdkonna meetmed on mitmekesised, hõlmates näiteks tänavavalgustuse parandamist, joogivee kättesaadavust, korralikku ventilatsiooni ning isegi meetmeid kiireks reageerimiseks meditsiinilises kriisilukorras. Sellised lähenemised rajanevad tihti dialoogil eri huvirühmade vahel, kelleks on näiteks politsei, litsentse jagavad ametiasutused, klubiomanikud ja tervishoiuteenuste pakkujad, kes kohalike vajaduste ja võimalike lahenduste tuvastamiseks peavad partneritena koos töötama.

Kõnealuse valdkonna tööst võib leida näite Taanist, kus koostöös kohaliku omavalitsuse ja politsei ning restoraniomanike ja ööklubide töötajatega korraldatakse kursusi, et edendada ühist suhtumist narkootikumide ja alkoholi tarbimise ja müügi piiramisse. Mõnedele üksikute liikmesriikide välja töötatud lähenemistele on hakatud pöörama laiemat tähelepanu, nagu nähtub asjaolust, et Ühendkuningriigis välja töötatud turvalise tantsimise juhendeid rakendatakse nüüd ka Pariisi ja Brüsseli klubides. Koos otse sihtrühmaga tegelevate töötajate ja kohalike ametiasutustega aitavad klubiomanikud populariseerida mõõdukat joomist, tõsta teadlikkust narkootikumide ja alkoholi kahjulikkusest, tõstes samal ajal asutuste turvalisust (nt tasuta joogivesi, esmaabikoolitusega töötajad, lõõgastumisalad).

⁽⁷⁸⁾ Vt tabelit EYE-2 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

Mõnedesse keskkonnastrateegiatesse on lisatud teemana ka sõidukijuhtimise ning narkootikumide ja alkoholi tarbimise suhe. Näiteks pakuvad mõned Pariisi ööklubid joobes juhtidele transporti ning Brüsseli klubid tutvustavad ühistranspordivõimalusi. Hispaanias on eriti nädalavahetustel korraldatud ennetuskampaaniaid, mis keskenduvad nn kainetele grupijuhtidele ja teadlikkuse suurendamisele sõidukijuhtimise ohtudest psühhoaktiivsete ainete mõju all. Neil kampaaniatel võib olla oma osa selles, et Hispaanias vähenes 2006. aastal 18–20aastaste noortega juhtunud liiklusõnnetuste arv 16% võrra ⁽⁸¹⁾.

Nendele keskkondadele suunatud strateegiatel, kus noored narkootikume ja alkoholi tarbivad, paistab olevat märkimisväärne potentsiaal rahvatervise ja avaliku korra parandamisel, kusjuures kasu võib sellest peale uimastitarbijate saada ka laiem kogukond. Samas piirduvad kõnealused lähenemised praegu Euroopas pigem konkreetsete, tihti suurtes linnakeskustes asuvate tuntud probleempiirkondadega ning neid rakendatakse harva terviklikult, mis lubab väita, et edasised investeeringud ja arengud selles valdkonnas on väga olulised. Üldisemalt on kõnealuse valdkonna töö keskendunud pigem teatud probleemsele käitumisele või antud keskkonna üksikutele aspektidele kui laiemale ülesandele tegeleda noorte inimeste normatiivsete

uskumuste ja suhtumisega narkootikumide ja alkoholi tarbimisse konkreetsetes keskkondades.

Ravi pakkumine

Enamikus liikmesriikides kajastub piiratud ravinõudlus konkreetselt amfetamiini, metamfetamiini- või ecstasy-tarbijatele suunatud raviteenuste piiratud kättesaadavuses. Olukord on mõnevõrra erinev üksikutes liikmesriikides, kus on kaua aega tagasi tekkinud krooniliste amfetamiini- või metamfetamiinitarbijate rühmad. Nendes riikides (peamiselt Tšehhi Vabariigis, Slovakkias, Soomes, Rootsis) ravitakse amfetamiini- või metamfetamiinitarbijaid spetsiaalsetes raviasutustes. Ravivõimalused paistavad koosnevat detoksifitseerimisest, millele järgneb ambulatoorne individuaalteraapia või ambulatoorne või statsionaarne rühmateraapia.

Psühhostimulantide (nagu amfetamiinide ja kokaiini) sõltuvuse ravi puuduvad üldiselt kindlatel tõenditel rajanevad meetodid. Nagu märgitud 5. peatükis, ei ole praegu saadaval ühtegi farmakoloogilist toimeainet, mis vähendaks psühhostimulantide tarbimisega seonduvaid võõrutus- või sõltuvusnähte. Peale selle selgub kirjandusest, et ükski psühhosotsiaalne sekkumine ei ole kindlalt tõendanud oma tõhusust, et aidata psühhostimulantide tarbimisest loobuda.

⁽⁸¹⁾ Ennetuskampaaniate kohta kogu Euroopas vt lähemalt 2007. aasta valikteemat uimastite ja sõidukijuhtimise kohta.



5. peatükk

Kokaiin ja crack-kokaiin

Sissejuhatus

Kõige värskemad andmed osutavad jätkuvalt kokaiinitarbimise üldisele kasvule Euroopas. Mitmes riigis korraldatud rahvastiku-uuringutest ilmneb alates 1990. aastate keskpaigast tarbimise oluline kasv noorte hulgas. Neid leide toetavad sihtuuringute tulemused, mille järgi on kokaiinitarbimise tase mõnedes meelelahutusasutustes (ööklubides ja tantsumuusikaüritustel) väga kõrge. Paralleelselt sellega on Euroopas kokaiini kättesaadavuse näitajad, sealhulgas narkootikumi konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused, tugevasti kasvanud.

Mõnes ELi liikmesriigis on kokaiiniravi nõudlus viimastel aastatel märkimisväärselt kasvanud ning ületab nüüd mõnes riigis, linnas ja piirkonnas isegi opioidiravi nõudluse. Peale selle nimetab oluline osa ravi saavatest opioiditarbijatest oma teise narkootikumina kokaiini, mis võib patsientide probleeme suurendada ja ravi keerulisemaks muuta. Paljudes riikides leitakse kokaiini suure osa uimastitega seotud surmade toksikoloogilisel analüüsil, tavaliselt koos opioidide või muude ainetega.

Kokaiinitarbimise üldisele kasvule Euroopas räägib vastu see, et riikide vahel on suuri erinevusi ja paljud riigid teatavad ikka väga väikesest tarbimisest. Kokaiiniprobleemide kogemused on riigiti samuti väga erinevad – näiteks on enamik Euroopa kokaiiniravi taotlusi pärit suhteliselt väiksest arvust riikidest.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubandus

Kokaiini saadakse kokapõõsast, mille kasvatamine on jätkuvalt koondunud üksikutesse Andide piirkonna riikidesse⁽⁸²⁾. ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo (2008) hindas võimalikuks kokaiinitootmise koguseks 2007. aastal 994 tonni puhast kokaiini vesinikkloriidi, millest Kolumbias toodeti 61%, Peruu 29% ja Boliivias 10%. Likvideeritud laborite hulga analüüs viitab sellele, et enamik tootmisest leiab endiselt aset neis kolmes riigis, kuigi see võib

toimuda ka teistes Lõuna-Ameerika riikides, enne kui aine peamistele tarbijaturgudele Põhja-Ameerikas ja Euroopas eksporditakse. Seda leidu toetab teave kaaliumpermanganaadi (kokaiini vesinikkloriidi sünteesimisel kasutatava reagenti) ebaseadusliku kaubitsemise kohta, kuna Kolumbias saadi kätte 99 tonni maailmas 2006. aastal konfiskeeritud 101 tonnist kaaliumpermanganaadist (INCB, 2008b).

Andide piirkonnas toodetud kokaiin tuuakse seejärel Lõuna-Ameerika riikidest (Brasiilia, Ecuadori ja Venezuela kaudu) salakaubana Euroopasse. Kuigi Kariibi mere piirkond on endiselt Euroopasse suunduva kokaiini tähtis transiidiala, on ümberlaadimine Lääne-Aafrika riikides, eriti Guinea lähel ja Cabo Verde, Guinea ja Guinea-Bissau ranniku lähistel, viimase paari aasta jooksul märgatavalt kasvanud (CND, 2008, INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. Hispaania ja Portugal on endiselt peamised maad, kustkaudu kokaiin Euroopasse jõuab, kusjuures Portugali osa on 2005. aastast oluliselt kasvanud. Kokaiini veetakse Euroopa riikidesse, eriti Madalmaadesse, Belgiasse, Itaaliasse, Prantsusmaale, Ühendkuningriiki ja Saksamaale, endiselt ka otse üle Atlandi ookeani või õhu kaudu. Madalmaad ja Prantsusmaa on peamised transiitriigid, kust kokaiini Euroopasse edasi levitatakse (Europol, 2007b). Hiljutised teated kokaiini importimise kohta Ida-Euroopa riikide (Bulgaaria, Eesti, Läti, Leedu, Rumeenia, Venemaa) kaudu võivad osutada uute kaubateede kujunemisele selles Euroopa osas.

Konfiskeerimised

Kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel maailmas kõige enam kaubitsetud narkootikum. 2006. aastal vähenes konfiskeeritud kokaiini kogus veidi, jõudes 706 tonnini. Lõuna-Ameerikas konfiskeeriti jätkuvalt kõige suurem kogus kokaiini, mis moodustas 45% kogu maailma kogusest, järgnesid Põhja-Ameerika 24%-ga ning Lääne- ja Kesk-Euroopa 17%-ga (UNODC, 2008).

Kokaiini konfiskeerimiste arv on viimase 20 aasta jooksul Euroopas kasvanud ja see jätkus ajavahemikus 2001–2006, välja arvatud 2003. aastal, kui

⁽⁸²⁾ Narkootikumide pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta vt lk 36.

⁽⁸³⁾ Vt ka „Lääne-Aafrika kui piirkondlik transiidikeskus kokaiini toomisel Euroopasse“, lk 59.

konfiskeerimiste arv vähenes. Ka konfiskeeritud kokaiini kogus on viimase kümnendi jooksul – ehkki regulaarsete kõikumistega – suurenenud. 2006. aastal jõudis kokaiini konfiskeerimiste arv 72 700 juhtumini ja kättesaadud kogus 121 tonnini ⁽⁸⁴⁾. Endiselt konfiskeeriti kõige rohkem Hispaanias, seal toimus 58% kõigist konfiskeerimistest ja saadi kätte 41% kogu Euroopa tolleaastasest kogusest. Konfiskeeritud kogus on Portugalis alates 2005. aastast tohutult suurenenud, 2006. aastal moodustas see 28% kogu Euroopa kogusest, mis viitab sellele, et üha enam kasutavad kokaiinikaubitsejad Pürenee poolsaart selle aine Euroopa turule toomiseks.

Puhtus ja hind

Kokaiini tavaline puhtus kõikus 2006. aastal Euroopas vahemikus 1% ja 90%, kuigi enamik riike teatas näitajatest, mis jäid 25% ja 55% vahele ⁽⁸⁵⁾. 23-st piisavalt andmeid esitanud riigist teatas enamik kokaiini puhtuse langusest aastatel 2001–2006, ehkki Kreekas ja Prantsusmaal täheldati aastatel 2003–2006 puhtuse tõusu.

2006. aastal jäi tavaline kokaiini jaehind enamikus Euroopa riikides vahemikku 50 kuni 75 eurot grammi kohta, kuigi Küpros, Rumeenia, Rootsi ja Türgi teatasid palju kõrgemast hinnast. Ajavahemikus 2001–2006 muutus tänaval müüdav kokaiin odavamaks 18 piisavalt andmeid esitanud riigis, erandiks oli Rumeenia, kus täheldati hinnatõusu (arvestades inflatsiooni).

Tarbimise levimus ja harjumused

Mitmekesine pole mitte üksnes üldine kokaiinitarbimise tase liikmesriikides, ka kokaiinitarbijaid ennast iseloomustab lai sotsiaalne spektrum, mis ulatub ühiskonna kõige privilegeeritumatest kõige tõrjutumate liikmeteni. Sama eripalgelised võivad olla ka kokaiinitarbimise harjumused, ulatudes juhuslikust või meelelahutuslikust tarbimisest lausa sundusliku ja sõltuvuslikuni. Täiendavad komplitseerivad tegurid on tarbitav kokaiinivorm (kokaiini vesinikkloriid või crack-kokaiin) ja manustamisviis. Selle mitmekesisusega tuleb arvestada, kui tahetakse mõista erinevate kokaiinitarbimise harjumustega seonduda võivat probleemiskaalat ning anda teavet teenuste suunamiseks ja väljatöötamiseks väga erinevale uimastitarbijate rühmale.

Kogu elanikkonna hulgas

Üldiselt on kokaiin endiselt kanepi järel teine kõige enam tarbitav ebaseaduslik narkootikum Euroopas, kuigi tarbimine on riigiti üsna erinev. Hinnanguliselt on

vähemalt korra elus kokaiini tarbinud ligikaudu 12 miljonit eurooplast ehk keskmiselt 3,6% täiskasvanutest vanuses 15–64 aastat (vt andmete kokkuvõtet tabelist 5). Riikide näitajad ulatuvad 0,4%-st kuni 7,7%-ni, kusjuures 12 valdavalt alates 2004. aastast Euroopa Liiduga ühinenud riiki teatab väga madalast elu jooksul tarbimise levimusest täiskasvanute hulgas (0,4–1,2%).

Lääne-Aafrika kui piirkondlik transiidikeskus uimastite toomisel Euroopasse

Viimase viie aastaga on Lääne-Aafrikast kui transiidi-, ladustamis- ja ümberpakendamiskeskusest saanud oluline piirkond kokaiini vedamisel Euroopasse ⁽¹⁾ (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Hinnangute kohaselt veeti peaaegu neljandik 2007. aastal Euroopasse jõudnud kokaiinist läbi selle piirkonna (UNODC, 2008). Arvestades kokaiinitarbimise kasvu Euroopas võib oletada, et kokaiini hinna langusele on kaasa aidanud uimastikaubitsemise suurenemine Lääne-Aafrika kaudu, mis ühtlasi on tugevdanud Pürenee poolsaare rolli kokaiini sisseveol Euroopasse (Europol, 2007b).

Kokaiin tuuakse Lääne-Aafrikast Euroopasse peamiselt meritsi. Suured laadungid transporditakse kalalaevel peamiselt Põhja-Portugali rannikul ja Hispaanias Galicias asuvatesse lossimiskohtadesse. Väiksemad kokaiinisaadetisi veetakse õhu- või maismaatranspordiga ning üha sagedamini koos Põhja-Aafrikast toodava kanepivaiguga.

Kokaiini Lääne-Aafrika salakaubamarsruudi arengut seostatakse mitme teguriga. Nende hulka kuulub tõhusam kontroll alternatiivsetel kaubateedel (Europol, 2007b), Lääne-Aafrika geograafiline asend ning selle piirkonna riikide majanduslik haavatavus, mis on sageli nõrga kohtu- ja õiguskaitseüsteemi tagajärg.

Rahvusvaheline üldsus on probleemi lahendamiseks käivitanud mitu algatust. Teiste Euroopa Liidu käivitatud algatuste seas seadis nõukogu horisontaalne narkootikumide töörühm Lääne-Aafrika oma tegevuskava prioriteediks ja esitas 2008. aasta ÜRO narkootikumide komisjonile resolutsiooni rahvusvahelise toetuse tugevdamise kohta Lääne-Aafrikale. Lisaks sellele löid seitse liikmesriiki ELi toetusel Mereanalüüsi ja -operatsioonide Keskuse – Narkootikumid (MAOC-N), Lissabonis asuva sõjalise toetusega õiguskaitsekeskuse, mille eesmärk on tõkestada kokaiinikaubandust ja mis keskendub eelkõige Atlandi ookeani idaosale.

⁽¹⁾ UNODC (2007b) teatel toimusid aastatel 2006/2007 kõige suuremad konfiskeerimised Senegalis, Ghanas, Mauritaaņas, Guinea Bissaus, Cabo Verdes, Nigeerias, Beninis ja Sierra Leones.

⁽⁸⁴⁾ Käesolevas peatükis nimetatud Euroopa kokaiinikonfiskeerimiste andmed on toodud tabelites SZR-9 ja SZR-10 2008. a statistikabülletäänis. Juhime tähelepanu sellele, et kogu peatükis on 2006. aasta andmete puudumisel Euroopa üldhinnangute saamiseks kasutatud 2005. aasta asjakohaseid andmeid.

⁽⁸⁵⁾ Puhtuse ja hinna andmete kohta vt tabeleid PPP-3 ja PPP-7 2008. a statistikabülletäänis.

Hinnanguliselt on viimase aasta jooksul tarbinud kokaiini umbes neli miljonit eurooplast (keskmiselt 1,2%), kuigi riikidevahelised erinevused on ka siin märkimisväärsed. See nähtub hiljutiste riiklike uuringute tulemustest, mille kohaselt viimase aasta jooksul tarbimise hinnangud jäävad vahemikku 0,1–3%, kuigi ainult neljas riigis ületavad need 1% piiri. Viimase kuu jooksul tarbimise hinnang moodustab kahe miljoniga viimase aasta jooksul tarbimisest umbes poole, mis teeb umbes 0,5% täiskasvanud elanikest. Nimetatud hinnanguid võib pidada pigem tagasihoidlikuks.

Üldiselt paistab kokaiinitarbimine olevat koondunud üksikutesse riikidesse, eriti Hispaaniasse ja Ühendkuningriiki ning vähemal määral Itaaliasse, Taani ja Iirimaa, samas kui selle tarbimine teistes Euroopa riikides on suhteliselt madal. Riikides, kus keelatud stimulantide turul domineerivad amfetamiinid, on kokaiinitarbimise hinnangud peaaegu alati madalad ning vastupidi: riikides, kus kokaiin on peamine keelatud stimulant, on amfetamiinitarbimise tase madal ⁽⁸⁶⁾.

Kokaiinitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Kokaiinitarbimine on levinud peamiselt noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas. Näiteks on nelja miljoni hulgas, kes on seda uimastit viimase aasta jooksul tarbinud, seitse inimest kaheksast tõenäoliselt noored täiskasvanud.

Euroopas on hinnanguliselt 7,5 miljonit ehk keskmiselt 5,4% noortest täiskasvanutest (15–34aastastest) vähemalt korra elus kokaiini proovinud. Riiklikud näitajad ulatuvad 0,7%-st kuni 12,7%-ni. Selle vanuserühma viimase aasta jooksul tarbimise Euroopa keskmine on hinnanguliselt 2,3% (3,5 miljonit) ja viimase kuu jooksul tarbimine 1% (1,5 miljonit).

Eriti kõrge on tarbimine noorte (15–34aastaste) meeste hulgas. Viimase aasta jooksul tarbimise levimus oli Hispaanias, Taanis, Iirimaa, Itaalias ja Ühendkuningriigis vahemikus 4–7% ⁽⁸⁷⁾. Eri riikides oli noorte naiste ja meeste suhe viimase aasta jooksul kokaiini tarbinute hulgas 1:1 kuni 1:13. Kogu Euroopa Liidu kaalutud keskmine osutab sellele, et 15–34aastaste kokaiinitarbijate hulgas oli meeste ja naiste suhe ligikaudu neli ühele (3,8 meest iga naise kohta).

Hiljutise kokaiinitarbimise (viimase aasta ja viimase kuu jooksul) näitajad on kõrgeimad 15–24aastaste vanuserühmas, kuigi see fenomen pole siin nii märgatav kui kanepi või *ecstasy* puhul ⁽⁸⁸⁾. Nimetatud vanuserühmas on viimase aasta kokaiinitarbimise levimus hinnanguliselt

Kokaiinitarbimise hindamine kommunaalreovee analüüsi teel

Analüütilise keemia viimatiste arengute kasutamine kokaiini tuvastamiseks reovees on teinud võimalikuks ebaseaduslike uimastite ühiskondliku seire uue lähenemise, mida tuntakse kui reovee epidemioloogiat. Nimetatud meetod seisneb tarbijate poolt uriiniga väljutatud ebaseaduslike uimastite laguproduktide taseme mõõtmises. Seejärel arvestatakse reovees mõõdetud laguproduktide taseme abil välja ebaseaduslike uimastite tarbimise määr elanikkonna seas. Kokaiini puhul on peamine uriini kaudu väljutatav metaboliit bensoüülkoniin. Kuna kokaiini lagunemine inimorganismis on reovees esineva bensoüülkoniini ainus tõenäoline allikas, võimaldab see teatud tingimustel reovees esineva metaboliidi koguse põhjal tagantjärele välja arvestada kogukonnas tarbitud kokaiini koguse (kuigi mitte tarbijate arvu).

Reovee epidemioloogia on veel varases arengujärgus ning sealt saadav teave ühes oluliste tehniliste ja eetikaalaste küsimustega tuleb tänapäeva teaduslikku mõtlemisse alles integreerida. Neid küsimusi käsitletakse EMCDDA uues väljaandes reoveeanalüüside kohta (EMCDDA, 2008b), kuhu on koondatud paljude erialade ekspertide arvamused. Aruandes jõutakse järeldusele, et kuigi arenguruumi veel on, saab reovee epidemioloogiat kasutada kogukonna tasandi uimastijärelevalveks. See meetod võib uimastijärelevalve vahendina tulevikus aidata rahvatervise- ja õiguskaitseametnikel kindlaks teha ja võrrelda uimastitarbimise harjumusi mitmes eri suurusega haldusüksuses. Kuna reoveeproove ja analüüse saab teha kas või iga päev, kord nädalas või kord kuus, võib neid andmeid kasutada reaajas toimiva vahendina, mis annab omavalitsustele rohkem võimalusi ennetus- ja sekkumistegevuse mõju ja tõhususe kontrollimiseks.

2,6%, mis tähendab, et viimase aasta jooksul on narkootikumi tarbinud 2 miljonit 15–24aastast.

Kokaiinitarbimist seostatakse kindlate elustiilidega. 2003.–2004. aasta Briti kuritegevuse uuringu andmete analüüsi järgi teatab umbes 13% tihti pubisid või veinibaare külastavatest 16–29aastastest noortest, et on viimase aasta jooksul kokaiini tarbinud, samas kui harvem külastavatest noortest teatab seda 3,7%. 30–59aastaste hulgas olid need näitajad vastavalt 3,1% ja 1%. Sama uuringu andmetel oli *crack*-kokaiini tarbimine väga madal, seda isegi kõige kõrgema kokaiinitarbimise tasemega rühmas. See toetab kitsamate uuringute tulemusi, mille järgi kokaiinipulbri ja *crack*-kokaiini tarbijate profiilid on erinevad. Tõenäoliselt seondub kokaiinitarbimine ka teistes riikides sarnaste elustiiliteguriga.

Meelelahutusasutustes korraldatud uuringud näitavad tihti kokaiinitarbimise suurt levimust. Näiteks leiti 2006.

⁽⁸⁶⁾ Vt „Euroopa stimulantide turg: nn kokaiinimaad ja amfetamiinimaad?“, lk 50.

⁽⁸⁷⁾ Vt joonist GPS-13 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁸⁸⁾ Kõikide aastate kohta vt joonist GPS-15 ja tabeleid GPS-14 kuni GPS-16 ja viimaste andmete kohta tabeleid GPS-17 kuni GPS-19 2008. a statistikabülletäänis.

Tabel 5: kokaiinitarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	12 miljonit	4 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	3,6%	1,2%	0,5%
Vahemik	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia, Malta, Leedu (0,4%), Kreeka (0,7%)	Kreeka (0,1%), Poola, Läti, Tšehhi Vabariik (0,2%)	Kreeka, Eesti, Tšehhi Vabariik (0,0%), Malta, Leedu, Poola, Soome, Läti (0,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (7,7%), Hispaania (7,0%), Itaalia (6,6%), Lirimaa (5,3%)	Hispaania (3,0%), Ühendkuningriik (2,6%), Itaalia (2,2%), Lirimaa (1,7%)	Hispaania (1,6%), Ühendkuningriik (1,3%), Itaalia (0,8%), Lirimaa (0,5%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7,5 miljonit	3,5 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	5,4%	2,3%	1%
Vahemik	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia, Leedu (0,7%), Malta (0,9%), Kreeka (1,0%)	Kreeka (0,2%), Poola (0,3%), Läti, Tšehhi Vabariik (0,4%)	Eesti (0,0%), Kreeka, Poola, Läti, Tšehhi Vabariik (0,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (12,7%), Hispaania (9,6%), Taani (9,1%), Lirimaa (8,2%)	Ühendkuningriik (5,4%), Hispaania (5,2%), Itaalia (3,2%), Lirimaa (3,1%)	Hispaania (2,8%), Ühendkuningriik (2,7%), Itaalia (1,2%), Taani, Lirimaa (1,0%)
15–24aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	3 miljonit	2 miljonit	800 000
Euroopa keskmine	4,5%	2,6%	1,2%
Vahemik	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,4%), Kreeka (0,6%), Leedu (0,7%), Malta, Poola (1,1%)	Kreeka (0,2%), Poola (0,3%), Tšehhi Vabariik (0,4%), Läti (0,6%)	Eesti (0,0%), Kreeka, Läti (0,1%), Tšehhi Vabariik, Poola, Portugal (0,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (11,2%), Hispaania (8,7%), Taani (8,0%), Lirimaa (7,0%)	Ühendkuningriik (6,1%), Hispaania (5,8%), Lirimaa (3,8%), Taani, Itaalia (3,3%)	Ühendkuningriik (3,2%), Hispaania (3,1%), Itaalia (1,3%), Bulgaaria, Lirimaa (1,1%)

Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Uuringuaasta jääb vahemikku 2001–2007. Euroopa keskmine levimus arutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võetud elanikkond: 15–64aastased (328 miljonit), 15–34aastased (134 miljonit) ja 15–24aastased (64 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval osas „Üldised rahvastiku-uuringud“ 2008. aasta statistikabülletäänis.

aastal üheksas Euroopa linnas (Ateena, Berliin, Brno, Palma, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Veneetsia, Viin) 1383 regulaarselt ööklubisid külastava 15–30aastase noorega läbi viidud uuringus, et 29% neist oli narkootikumi proovinud vähemalt ühe korra ja ligikaudu 4% tarbis mingi aja jooksul kokaiini kord nädalas või sagedamini (Euroopa Komisjon, 2007b). Kõrgem levimus ilmnes ka 2004. ja 2005. aastal Prantsusmaal viies elektroonilise muusika klubis 1496 inimese hulgas korraldatud küsitlusest. Ligikaudu 35% valimist oli viimase kuu jooksul tarbinud kokaiini ja 6% crack'i või kokaiini vaba alust. Uuringus leiti ka erinevusi alarühmade hulgas: nn alternatiivsete hulgas oli viimase kuu kokaiinitarbimise levimus 50% ja crack-kokaiini oma 13%, samas kui pigem peavoolu kuuluvates rühmades oli viimase kuu jooksul kokaiini tarbinuid veerand ning crack'i tarbinuid 2%.

Kokaiinitarbimine kooliõpilaste hulgas

Kooliõpilaste hulgas on üldine kokaiinitarbimise levimus palju madalam kanepitarbimise omast. Enamikus riikides on elu jooksul kokaiini tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas 2% või alla selle, ulatudes 4%-ni Hispaanias ja 5%-ni Ühendkuningriigis ⁽⁸⁹⁾. Uuemaid riiklike kooliuuringute andmeid esitanud riikides (Hispaania, Portugal, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriik) on kokaiinitarbimise levimus stabiilne või mõnevõrra langemas, kuigi levimuse muutused on tavaliselt liiga väikesed, et olla statistiliselt olulised. Hispaanias nähtub hiljutistest uuringuandmetest oluline tarbimise langus 17–18aastaste kooliõpilaste hulgas.

Kokaiinitarbimise harjumused

Üldiste rahvastiku-uuringute andmed osutavad kõrgele kokaiinitarbimise katkestamise määrale: riikides, kus viimase aasta jooksul tarbimise levimus on üle 2%, pole 80–90% vähemalt korra elus kokaiini tarbinud täiskasvanutest seda viimase kuu jooksul teinud ⁽⁹⁰⁾.

Kokaiinitarbimise sageduse kohta Euroopas on saadaval ainult piiratud hulk teavet. Briti kuritegevuse uuringu analüüsist ilmnes, et 20% noortest (16–24aastastest), kes olid viimase aasta jooksul kokaiini tarvitanud, tarbisid narkootikumi sagedamini kui kord kuus. Üheksa linna kokaiinitarbijate valimiga läbi viidud Euroopa linnadevahelises uuringus (Prinzleve *et al.*, 2004) leiti, et tarbimise sagedus oli keskmiselt madalam integreerunud kasutajate hulgas (seitse päeva kuus) kui sotsiaalselt

tõrjutud kasutajate (11 päeva) või ravi saavate opioiditarbijate seas (14 päeva).

Probleemne kokaiinitarbimine ja ravinõudlus

Probleemse kokaiinitarbimise (süstimine või pikaajaline/regulaarne tarbimine) riiklikud hinnangud on saadaval ainult Hispaania ja Itaalia kohta ning piirkondlikud hinnangud on olemas Ühendkuningriigis. Hispaania kõige uuemate andmete kohaselt oli seal 2002. aastal 4,5–6 probleemset kokaiinitarbijat 1000 täiskasvanu kohta (vanuses 15–64 aastat). Sarnaselt sellega oli Itaalias 2006. aastal hinnanguliselt 3,7 kuni 4,5 probleemset kokaiinitarbijat 1000 täiskasvanu kohta. Ühendkuningriigi teave ei ole Hispaania ja Itaalia andmetega otseselt võrreldav, kuna see põhineb crack-kokaiini tarbimisel. Ühe 2004.–2005. aasta uuringu hinnangul oli Inglismaal 1000 täiskasvanu kohta 5,7–6,4 crack-kokaiini probleemset tarbijat.

Kokaiini, peamiselt kokaiinipulbrit, nimetas 2006. aastal Euroopas uimastiravile mineku peamise põhjusena umbes 16% kõigist raviklientidest, mis vastab umbes 61 000 juhtumile 24 riigis ⁽⁹¹⁾. Lisaks nimetas kokaiini teise narkootikumina umbes 18% kõikidest ambulatoorse narkoravi patsientidest ⁽⁹²⁾. Riikidevaheline erinevus on suur, kokaiinitarbijad moodustavad suure osa raviklientidest ainult Hispaanias (47%) ja Madalmaades (35%), kuigi see aine on nüüdseks ka 25% ravitaotluste põhjus Itaalias. Mujal Euroopas on kokaiiniga seotud 5–10% (10 riiki) või alla 5% (12 riiki) kõigist ravitaotlustest ⁽⁹³⁾.

Kokaiinitarbijate osakaal on suurem nende hulgas, kes alustavad narkoravi esimest korda. Kogu Euroopas nimetas 2006. aastal 23% uutest klientidest (umbes 37 000 inimest) kokaiini esmase narkootikumina ⁽⁹⁴⁾. Viimaste andmete kohaselt oli 2005. aastal Hispaanias kokaiini ravi alustajate poolt kõige enam nimetatud esmane uimasti ning uued kokaiinipatsiendid moodustasid 63% kõigist uutest patsientidest.

Kokaiinitarbimise suundumused

Viimase aasta levimust noorte (15–34aastaste) hulgas (kuna kokaiinitarbimine on koondunud sellesse vanuserühma) hiljutise tarbimise suundumuste indikaatorina kasutades ilmneb, et 1990. aastate teisel poolel suurenes kokaiinitarbimine märgatavalt Hispaanias, Taanis ja Ühendkuningriigis. Uued andmed (2005.–2007. aasta

⁽⁸⁹⁾ Vt tabelit EYE-1 2008. a statistikabülletäänis.

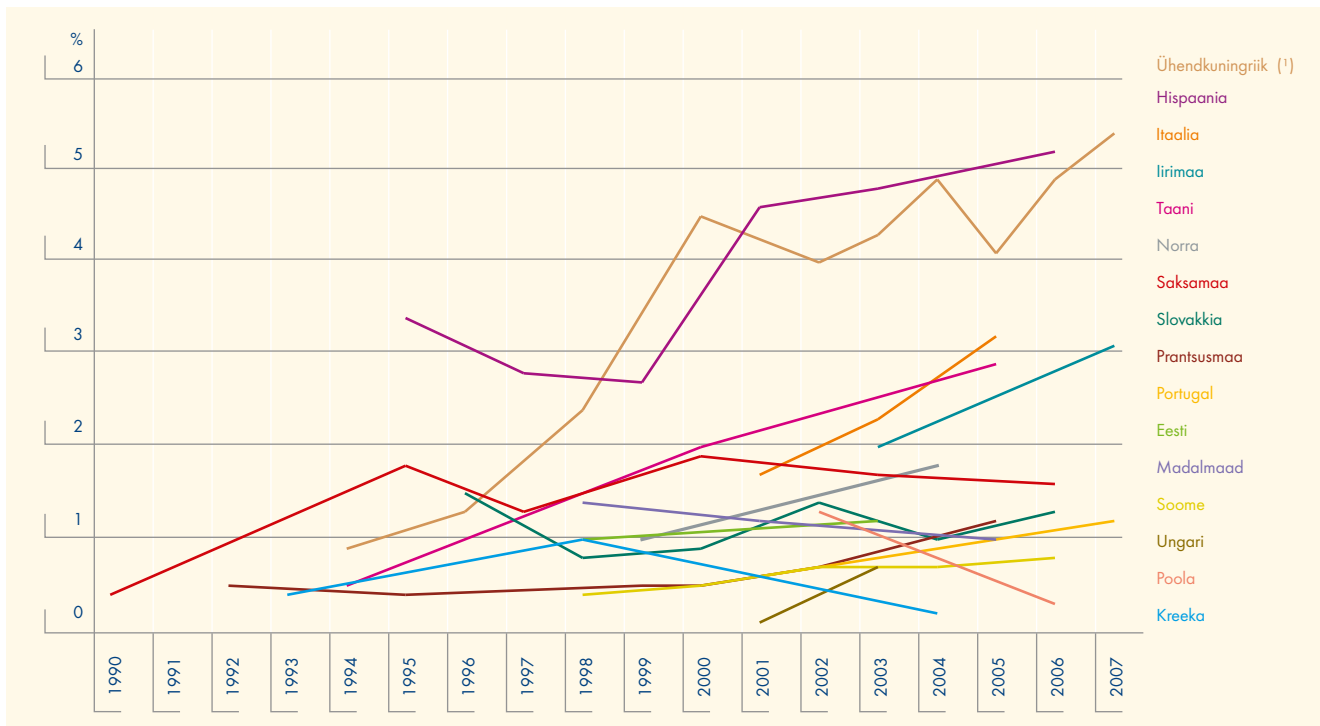
⁽⁹⁰⁾ Vt joonist GPS-16 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹¹⁾ Vt tabelit TDI-115 ja joonist TDI-2 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹²⁾ Vt tabelit TDI-22 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹³⁾ Vt tabelit TDI-5 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis, Hispaania andmed käivad 2005. aasta kohta.

⁽⁹⁴⁾ Vt joonist TDI-2 2008. a statistikabülletäänis.

Joonis 5: suundumused viimase aasta jooksul kokaiinitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas

⁽¹⁾ Inglismaa ja Wales.

NB: 1994. a Taani näitaja käib „kangete narkootikumide” kohta. Täiendava teabe saamiseks vt joonist GPS-14 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2007), rahvastiku-uuringute, aruannete või teadusartiklite andmed.

uuritud) kinnitavad juba eelmisel aastal ilmnunud tõusutendentsi Prantsusmaal, Iirimaa, Hispaanias, Ühendkuningriigis, Itaalias, Taanis ja Portugalis. Saksamaal, Madalmaades, Slovakkias ja Soomes on levimus stabiilne ning Poolas teatati langusest (joonis 5).

Eelmistel aastatel täheldatud tõusutendents kokaiiniravi nõudluses paistab samuti jätkuvat, kuigi seda mõjutavad ebaproportsionaalselt üksikute riikide andmed. Aastatel 2002–2006 kasvas esmaselt kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlevate uute patsientide osakaal 13%-lt 25%-ni ja teatatud juhtumite arv umbes 13 000-lt ligikaudu 30 000-ni. Kasvu täheldati ka kõikide ravi alustavate kokaiinipatsientide arvus ja osakaalus: 22 000 patsiendist (13% kõigist ravitaotlustest) 2002. aastal sai 2005. aastaks 50 000 patsienti (19%). Kõige suuremast kasvust teatasid Itaalia ja Hispaania ⁽⁹⁵⁾.

Kokaiinitarbijate kasvav ravilemineku suundumus võib olla seotud kokaiinitarbimise ja sellega seotud probleemide levimuse kasvuga, aga ka teiste teguritega (nt ravile suunamise või konkreetselt kokaiinitarbijatele suunatud sekkumiste hulga suurenemisega). Erinevate uimastiliikide osakaalu mõjutavad loomulikult ka muutused teiste ainete tarbijate ravinõudluses.

Rahvusvahelised võrdlused

Üldiselt on elu jooksul tarbimise määr Euroopa Liidu noorte hulgas madalam kui nende Austraalia, Kanada ja USA eakaaslaste seas. Riiklikul tasemel teatavad aga Taani, Iirimaa, Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales) kõrgematest näitajatest kui Austraalia. Ainult Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Wales) tarbimise hinnang on sarnane USA omaga ⁽⁹⁶⁾. Mingil määral võib see näitaja kajastada kokaiiniprobleemide ajaloolist arengut ning USA ja Euroopa kontekstis Ühendkuningriigi varasemat kogemust laialt levinud kokaiinitarbimisega.

Ravi ja kahjude vähendamine

Raviklientide profiil

Peaaegu kogu kokaiiniravi nõudlus Euroopas (94%) on seotud ambulatoorsete keskustega ⁽⁹⁷⁾. Tuleb siiski arvestada, et kokaiiniravi toimub vahel ka erakliinikutes ja statsionaarse ravina ning seda raviviisi praegune seiresüsteem hästi ei kajasta.

⁽⁹⁵⁾ Vt jooniseid TDI-1 ja TDI-3 ning tabeli TDI-3 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁶⁾ Vt joonist GPS-20 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁷⁾ Vt tabelit TDI-24 2008. a statistikabülletäänis.

Ambulatoorset ravi alustavate kokaiinitarbijate hulgas on kõige suurem meeste ja naiste osakaalu erinevus uimastiravi patsientide seas (viis meest iga naise kohta). Keskmine vanus on 31 aastat ⁽⁹⁸⁾, mis teeb neist vanaduselt kolmanda narkoravipatsientide rühma opioiditarbijate ning uinuti- ja rahustitarbijate järel. Enamik kokaiiniravi kliente hakkas narkootikumi tarbima 15–24 aasta vanuselt ⁽⁹⁹⁾.

Kokaiini manustamise viisi osas on riikide vahel suured erinevused. Üldiselt teatab umbes pool (55%) kokaiinipatsientidest selle narkootikumi ninna tõmbamisest, umbes kolmandik (32%) suitsetamisest ja palju väiksem osa (9%) süstimisest ⁽¹⁰⁰⁾. Üldiselt võib ravi saavad kokaiinitarbijad jagada kahte peamisse rühma. Esimene rühm on ühiskonnas rohkem integreerunud, neil on stabiilne elu- ja töökoht ning üldiselt tõmbavad nad narkootikumi ninna. Teine rühm koosneb rohkem tõrjutud inimestest, kes tavaliselt suitsetavad või süstivad kokaiini (vt EMCDDA, 2006) ja teatavad enam *crack*-kokaiini või kokaiini ja heroini segu tarbimisest. Eriti *crack*-kliendid elavad tavaliselt suurtes linnades, kuuluvad rahvusvähemustesse, on tihti töötud ja elavad kehvades oludes ⁽¹⁰¹⁾. Kõnealune probleem on Euroopa mõistes väike ja geograafiliselt piiratud, märkimisväärsed *crack*-kokaiini probleemid on vaid suhteliselt vähestes linnades. 2006. aastal alustas 20 Euroopa riigis narkoravi umbes 8000 *crack*-kokaiini klienti (umbes 2% kõigist narkopatsientidest), enamik neist Ühendkuningriigis ⁽¹⁰²⁾.

Kokaiini ja heroini koostarbimisega seotud probleemid muutuvad mõnes riigis üha olulisemaks. Ravi saavad narkomaanid võivad olla praegused või endised heroinitarbijad, mõnikord on nad asendusravil. Mõnes riigis moodustavad nad kokaiinipatsientidest kõige suurema hulga. Mõnedes uuringutes on väidetud, et kokaiini ja heroini koostarbimist võib seostada topeltdiagnoosi olemasoluga või raskendava psühholoogilise taustaprobleemiga, nagu näiteks bipolaarne häire. Ka on tõendatud, et kokaiini tarbimine üheaegselt metadooni asendusraviga aitab kaasa püsivale heroinitarbimisele või selle taasalustamisele, mis tekitab HIVi ja muude vere kaudu levivate nakkushaiguste riski ning tõsisid meditsiinilisi, sotsiaalseid ja kriminaalprobleeme.

Kokaiiniravi

Pärast kokaiinitarbimise ja sellega seotud probleemide kasvu mitmes liikmesriigis seisab narkoravikeskuste

ees ülesanne kohandada oma traditsiooniliselt opioiditarbijatele suunatud teenused mitmekesisele kokaiini- ja *crack*-kokaiinitarbijate rühmale. Samas hindasid kõik liikmesriigid peale Hispaania 2006. aastal spetsiaalsete kokaiiniraviprogrammide olemasolu ja kättesaadavuse madalaks.

Liikmesriikidest, kus kokaiini ja *crack*-kokaiini tarbimise tase on kõrge, on mitmed olnud selle probleemi lahendamisel eriti aktiivsed. 2007. aastal võttis Hispaania vastu konkreetselt kokaiini kohta käiva riikliku tegevuskava ning Iirimaa rakendas ja hindas mitut erinevatele kokaiinitarbijate rühmadele suunatud spetsiaalset programmi. Kõnealused programmid on suunatud probleemsetele nina kaudu kokaiini tarbivatele inimestele, kokaiiniprobleemidega mitme narkootikumi tarbijatele, aga ka kokaiini tarbivatele naistele ja seksitöötajatele. Itaalias korraldatakse 2008. aastal ulatuslik kliiniline katse, et uurida kahe ravimi (aripiprasool ja ropinirool) toimet kokaiinisõltuvuse ravis.

Probleemsetele kokaiinitarbijatele pakutavate teenuste olemuse kohta on Euroopas vähe teavet. Sellegipoolest annavad riiklikud kliinilised väljaanded ja asjatundjate hulgas korraldatud uuringud praegustest raviviisidest hea ülevaate. Hiljutise Ühendkuningriigi aruande (NICE, 2007) kohaselt paistab, et briti uimastiravikeskustes tegeletakse kokaiiniga seotud probleemidega ainult siis, kui esmaseks uimastiks on opioidid. Hiljuti Itaalias kokaiinitarbijate raviga tegelevate asjatundjate hulgas korraldatud uuringus tulid välja raskused mõnede nende poolt heade ravitulemuste saavutamise jaoks ülioluliseks peetavate elementide rakendamisel, nagu vajalike teenuste pakkumine (nt lühiajaline statsionaarne hooldus, struktureeritud psühhosotsiaalsed sekkumised) või kokaiinitarbijate eri tüüpide kliiniline eristamine. Nimetatud raskused olid seotud korralduslike probleemide, vähete ressursside ja tõhusate kokaiinile keskenduvate raviviiside puudumisega. Tõenäoliselt puutuvad teiste riikide asjatundjad kokku samade probleemidega. Seega on piisavad investeeringud, sobivad raviprotokollid ja konkreetsed koolitusvajadused tõenäoliselt kõnealuse valdkonna teenuste arendamise võtmeteemaks.

Hiljutised kirjandusülevaated viitavad sellele, et olemasolevad psühhosotsiaalsed meetmed ei anna tugevaid tõendeid kokaiinisõltuvuse ravi mõjust ning puuduvad tõhusad farmakoloogilised ravimeetodid. Hiljutises Cochrane'i ülevaates kokaiini ja muude psühhostimulantidega seotud ravimeetoditest jõuti

⁽⁹⁸⁾ Vt tabelleid TDI-10 ja TDI-21 2008. a statistikabülletäänis.

⁽⁹⁹⁾ Vt tabelit TDI-11 (iii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁰⁰⁾ Vt tabelleid TDI-17 (ii osa) ja (vi osa) ning TDI-111 (vii osa) ja (viii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁰¹⁾ Vt 2007. aasta valikteemat kokaiini ja *crack*-kokaiini kohta.

⁽¹⁰²⁾ Vt tabelit TDI-115 2008. a statistikabülletäänis.

järeldusele, et ainukesena andsid püsivaid positiivseid käitumuslikke tulemusi (ravil püsimine, vähenev uimastitarbimine) psühhosotsiaalsed sekkumised, mille üheks osaks oli edusammude tunnustamine ⁽¹⁰³⁾.

Vastupidiselt opioidisõltuvuse ravile pole praegu olemas tõhusaid farmakoloogilisi vahendeid, mis aitaksid kokaiinitarbijatel narkootikumist loobuda või selle tarbimist vähendada (vt 2007. aasta valikteemat kokaiini kohta). Mõned eksperimentaalsed ravimid kokaiinitarbimise ja sõltuvusnähtude vähendamiseks on andnud tulemusi kliinilistes katsetes (nt baklofeen, tiagabiin, topiramaat). Kesknärvisüsteemi stimulant modafiniil on andnud eriti häid tulemusi psühhostimulantide asendusravimina, kuna teiste võimalike asendusravimitega (nt d-amfetamiiniga) võrreldes on selle kuritarvitamise tõenäosus madal (Myrick *et al.*, 2004). Peale selle on buprenorfiin, topiramaat ja tiagabiin andnud lootustäratavaid tulemusi, vähendades kokaiinitarbimist asendusravi saavate opioiditarbijate hulgas, kes tarvitavad ühtlasi ka kokaiini.

Uuritakse ka kokaiinisõltuvusevastast immunoteraapiat kokaiinivaktsiiniga (TA-CD). Selle manustamise tulemusel toodab organism antikehasid, mis seovad vereringes kokaiinimolekule ja muudavad need loomulike ensüümide toimel inaktiivseteks molekulideks. Esialgsete kliiniliste katsete tulemused on julgustavad, kuigi vaktsiini otstarbekuse kontrollimiseks kokaiinisõltuvuse ravis on vaja edasisi uuringuid.

Kokaiinivaktsiin on mõeldud eelkõige selleks, et ennetada uimastitarbimise taasalustamist, aga termin „vaktsiin“ äratav lootust, et seda on võimalik profülaktiliselt kasutada kokaiinisõltuvuse ennetamiseks (nt narkootikumide suhtes naivistel lastel või noorukitel). Taolise lähenemise tõhusus pole kindel ja tekitab eetilisi küsimusi, mida arutatakse põhjalikult peagi ilmuvas EMCDDA väljaandes „Sõltuvuse neurobioloogia: eetilised ja sotsiaalsed implikatsioonid“.

Kahjude vähendamine

Probleemne kokaiinitarbimine on tihti seotud tõsiste füüsiliste ja vaimsete tervisehäiretega. Näiteks ilmnes Iirimaa kohalikes kogukondades läbi viidud kaheaastasest kokaiinialasest järeluuringust kokaiinisõltlaste, eriti süstijate tervise üldine halvenemine. Mitmes uuringus teatati ka klientide arvu kasvust, kellel halbade süstimisharjumuste tõttu tekkisid mädanikud või haavad. Teised kokaiinitarbijate probleemid on kaalukaotus, suguhaigused, südameprobleemid, amputatsioonid ja riskikäitumine.

Süstivatele kokaiinitarbijatele on liikmesriikides tavaliselt ette nähtud samad teenused ja vahendid mis opioiditarbijatele, näiteks turvalise kasutamise soovitused,

Kokaiinitarbimisega seotud terviseprobleemid

Teadlikkus kokaiinitarbimise ja haiguste vahelistest seostest on sageli puudulik isegi meditsiinitöötajate seas. Selle tagajärjel jäävad mõned kokaiiniga seotud probleemid kindlaks tegemata ning nende all kannatajad võivad ilma jääda asjakohasest ravist. Ebapiisav teavitamine kokaiiniga seotud probleemidest ei lase hinnata selle uimasti mõju rahvatervisele.

Teatavate probleemsete kokaiinitarbimise viisidega seotud ohud on hästi tuntud ning need on seotud enamasti kindlate uimastitarbijate rühmadega (endised või praegused opioiditarbijad, tõrjutud rühmad). Näiteks seostatakse kokaiini süstimist nakkusohuga ning suurema üleannustamise riskiga, samas kui selle tarbimine koos opioididega on pigem seotud kõrgema opioidide üleannustamise ohuga.

Kokaiinipulbri tarbimisega seotud terviseprobleemid võivad suurema tõenäosusega jääda märkamata ning need võivad puudutada tarbijaid, kes üldiselt end ohustatuks ei pea. Kokaiini krooniline tarbimine võib põhjustada olulisi tervisehäireid, enamasti südame-veresoonkonna (nagu ateroskleroos, kardiomiopaatia, arütmia, südame isheemiatõbi) ning neuroloogilisi (ajuinsult ja -atakk) probleeme. Neid võivad süvendada olemasolevad haigused (nt veresoonte vääramendid) ning sellised riskitegurid nagu suitsetamine ja alkoholitarbimine. Paljud kokaiinitarbimisega seotud surmajuhtumid on tingitud nendest patoloogiatest.

Kokaiini tarbimine koos alkoholiga suurendab kokaiini taset veres 30% võrra. Käitumuslikust aspektist võib kokaiini tarbimine hõlbustada alkoholi liigtarbimist, kuna see võimaldab juua pikema aja jooksul, mis omakorda võib suurendada tarbitava kokaiini kogust (Gossop *et al.*, 2006). Kokaetüleen moodustumine maksas võib samuti olla seotud edasiste kokaiini ja alkoholi koostarbimise terviseriskidega.

Kokaiinitarbimise mõju rahvatervisele on hinnatud vaid üksikute teadusuuringutega. Ameerika Ühendriikides aastatel 1988–1994 läbiviidud laiaulatuslikust rahvastiku-uuringust selgus, et veerand kõigist mittefataalsetest akuutse müokardi infarktides 18–45aastaste elanike seas oli põhjustatud sagedasest kokaiini tarbimisest elu jooksul. Inimestel, kes tarbisid sageli uimasteid, oli mittefataalse müokardi infarkti risk seitse korda kõrgem kui neil, kes uimastit ei tarbinud (Qureshi *et al.*, 2001). Selle uuringu põhjal ei saa siiski teha otseseid üldistusi Euroopa kohta. Praegused teadmised suurenenud kokaiinitarbimise võimalikust mõjust rahvatervisele jäävad puudulikuks ning seetõttu on see oluline valdkond tulevasteks rahvatervise uuringuteks.

Täiendava teabe saamiseks kokaiinitarbimisega seotud terviseprobleemidest vt 2007. aasta valikteemat kokaiini kohta.

⁽¹⁰³⁾ Vt „Edusammude tunnustamise meetod“, lk 66.

turvalise süstimise koolitus ja süstlavahetusprogrammid. Siin on väga oluline roll madala läve teenustel, kuna need tegelevad üldhoolduse, aga ka nõustamise ja arstiabi andmisega. Tõsiste kokaiini- ja crack'i probleemidega tarbijaid, kellel on näiteks kaasnevad füüsilised või vaimsed terviseprobleemid või näiteks eluasemega seotud sotsiaalprobleemid, võib suunata statsionaarsetesse rehabilitatsiooniprogrammidesse ja teraapiarühmadesse. Kõnealuste programmide eesmärk on lisaks narkootikumist loobumisele pakkuda ka intervall- ja intensiivhooldust ning tuge, et aidata narkootikumitarbijatel muuta oma kaootilist ja ohtlikku eluviisi.

Kuues Hispaania linnas läbi viidud kvalitatiivsest uuringust nähtus, et peamised seksitöötajate tarbitavad ained on alkohol ja kokaiin. Narkootikumi tarbimine oli juhuslik ja abistav, aidates vähendada psühholoogilisi barjääre või tõkkeid ning suurendada taluvust pikkade tööpäevade ja eri klientide suhtes. Uimastitarbimise tagajärgedeks prostituutide seas olid kaitsmata vahekord ja suurem kliendipoolse vägivalda oht. Kõnealuses rühmas kohtab ka palju tõsist crack-kokaiini tarbimist.

Kokaiini- ja crack-kokaiiniprobleemidega seksitöötajatele on suunatud otse sihtrühmaga tegelevate meeskondade

töö ning kahjude vähendamise teenused. Näiteks on Madalmaades omavalitsuste tervisteenistused rakendanud spetsiaalseid crack-kokaiini tarbivatele seksitöötajatele suunatud terviseprogramme. Prantsusmaal korraldab crack-kokaiini tarbijate ja seksitöötajate riskide ennetamisele ja kahjude vähendamisele keskenduv ühing Espoir Goutte d'Or iganädalast vabatahtlikku nõustamist ning teeb HIVi ja hepatiidi kiirteste.

Meelelahutuslik kokaiinitarbimine koos ülemäärase alkoholi joomisega leiab tihti aset ööklubides ning võib seonduda tõsiste ja ägedate füüsiliste probleemidega. Nagu 4. peatükis selgitatud, kasutavad liikmesriigid üha enam integreeritud lähenemist, et vähendada kahjusid, mis on seotud alkoholi ja illegaalsete narkootikumide tarbimisega meelelahutusasutustes. Sellekohased programmid pakuvad noortele nõu ja teavet alkoholi ja narkootikumide tarbimisega seotud riskide kohta üldiselt ning koos sellega tavaliselt ka materjale ägeda ja kroonilise kokaiinitarbimisega seotud ohtudest. Euroopa uimastiabitelefoni fondi liikmed tegelevad samuti väga aktiivselt teadlikkuse suurendamisega ning toetavad uimastitarbijaid, pakkudes nõu ja teavet narkootikumidega seotud riskide kohta.

Edusammude tunnustamise meetod

Edusammude tunnustamise meetodi eesmärk on narkootikumidest loobumist premeerides vähendada nende kindlust andvat mõju. Tavaliselt hakatakse edusamme tunnustama ravikuuri alguses ühes psühhosotsiaalse toega ning antavad preemiad sõltuvad uimastivabadest uriiniproovidest. Näiteks võib preemiaks olla väikese rahalise väärtusega kupong, mis iga järgmise karskusperioodiga suureneb. Kui osalejal ei õnnestu uimastitest eemale hoida, tähendab see selle stsenaariumi järgi ühtlasi kogunenud preemiate kaotamist.

Kõnealune meetod toetab pidevalt kliendi uimastivaba käitumist ning annab talle eesmärgi, mille poole ikka ja jälle püüelda. Kõige tugevamad tõendid edusammude tunnustamise meetodi tõhususest uimastitest loobumisel pärinevad kokaiini-

ja heroiiniravi uuringutest, kuigi mõningaid tõendeid selle lähenemise poolt on ka kanepi- ja metamfetamiiniravis.

Kuigi enamik teadusuuringuid edusammude tunnustamisest on tehtud väljaspool Euroopat, on selle meetodi teostatavusuuringute positiivsetest tulemustest teatatud Hispaania kokaiinitarbijate juures (Secades-Villa *et al.*, 2008) ja opioidide asendusravi saavate patsientide kokaiinikasutamise vastu võitlemisel Madalmaades (DeFuentes-Merillas, De Jong, 2008), kus keskmine preemia oli uuringu lõpus kuni 150 euro väärtuses kaup. National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) teostas Ühendkuningriigis majandusanalüüsi, mis näitas, et edusammude tunnustamine on kokaiiniravis tasuv meetod, eriti kui arvestada kokaiinitarbimisega seonduvat laiemat majanduslikku kulu.



6. peatükk

Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine

Heroiini pakkumine ja kättesaadavus

Euroopas on imporditud heroini läbi aegade tarbitud kahel kujul: põhiliselt Afganistanist pärit laiemalt kättesaadava pruuni heroiniina (keemiline baasvorm) ning tunduvalt vähem levinud valge heroiniina (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast ⁽¹⁰⁴⁾. Väikeses koguses toodetakse opioidideks liigitatavaid narkootikume ka Euroopas, peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatooteid (nt unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kupardest valmistatud kontsentraat), mida toodetakse mõnes Ida-Euroopa riigis (nt Lätis ja Leedus).

Tootmine ja kaubitsemine

Euroopas tarbitav heroini on peamiselt pärit Afganistanist, mis on ebaseaduslikus oopiumitootmises maailmas endiselt esikohal, järgnevad Myanmar ja Mehhiko. Ülemaailmne oopiumitootmine suurenas 2007. aastal taas oluliselt (34%), hinnanguliselt tõusis see kuni 8870 tonnini, peamiselt tootmise suurenemise tõttu Afganistanis, mis ulatus hinnanguliselt kuni 8200 tonnini. Sellest tulenevalt tõusis ülemaailmne potentsiaalne heroinitoodang 2007. aastal rekordtasemele, mis on hinnanguliselt 733 tonni (UNODC, 2008). Viimastel aastatel Afganistanis likvideeritud laboratooriumide kasvav arv näitab, et üha sagedamini toimub samas riigis ka oopiumi töötlemine morfiiniks ja heroiiniks. Suurtes kogustes morfiini konfiskeerimine naaberriikides (Pakistanis, Iraanis) osutab sellele, et olulisel määral toimub osutatud uimasti töötlemine ka väljaspool Afganistani (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroiini tuuakse Euroopasse põhiliselt kaht peamist kaubateed pidi: ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil ja selle mitmel harumarsruudil transiidina läbi Pakistani, Iraani ja Türgi ning üha sagedamini kasutatavat nn põhjamarsruuti mööda läbi Kesk-Aasia ja Vene Föderatsiooni (joonis 6). Tähtsuselt järgmisel kohal on heroini salakaubamarsruudid Edela-Aasias, näiteks otse Pakistani kaudu Euroopasse (Ühendkuningriiki), kuid samuti Pakistani, Lähis-Ida ja Aafrika riikide kaudu Euroopa ja

Põhja-Ameerika illegaalsetele turgudele (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Edela-Aasiast pärit heroini salakaubavedu Euroopasse toimub samuti Lõuna-Aasia (Bangladeshi) kaudu (INCB, 2008a). Euroopa Liidus on Madalmaadel ja vähemal määral Belgial oluline roll teisese tähtsusega jaotuspaikadena (Europol, 2008).

Konfiskeerimised

Kogu maailmas kasvas konfiskeeritud opioidide kogus 2006. aastal 384 tonni oopiumi ning 104 tonni heroini ja morfiini. Konfiskeeritud oopiumi koguse poolest oli maailmas esikohal Iraan (81%), heroini ja morfiini konfiskeeriti peamiselt Pakistanis (34%), järgnesid Iraan (20%), Türgi (10%) ja Hiina (6%) (UNODC, 2008).

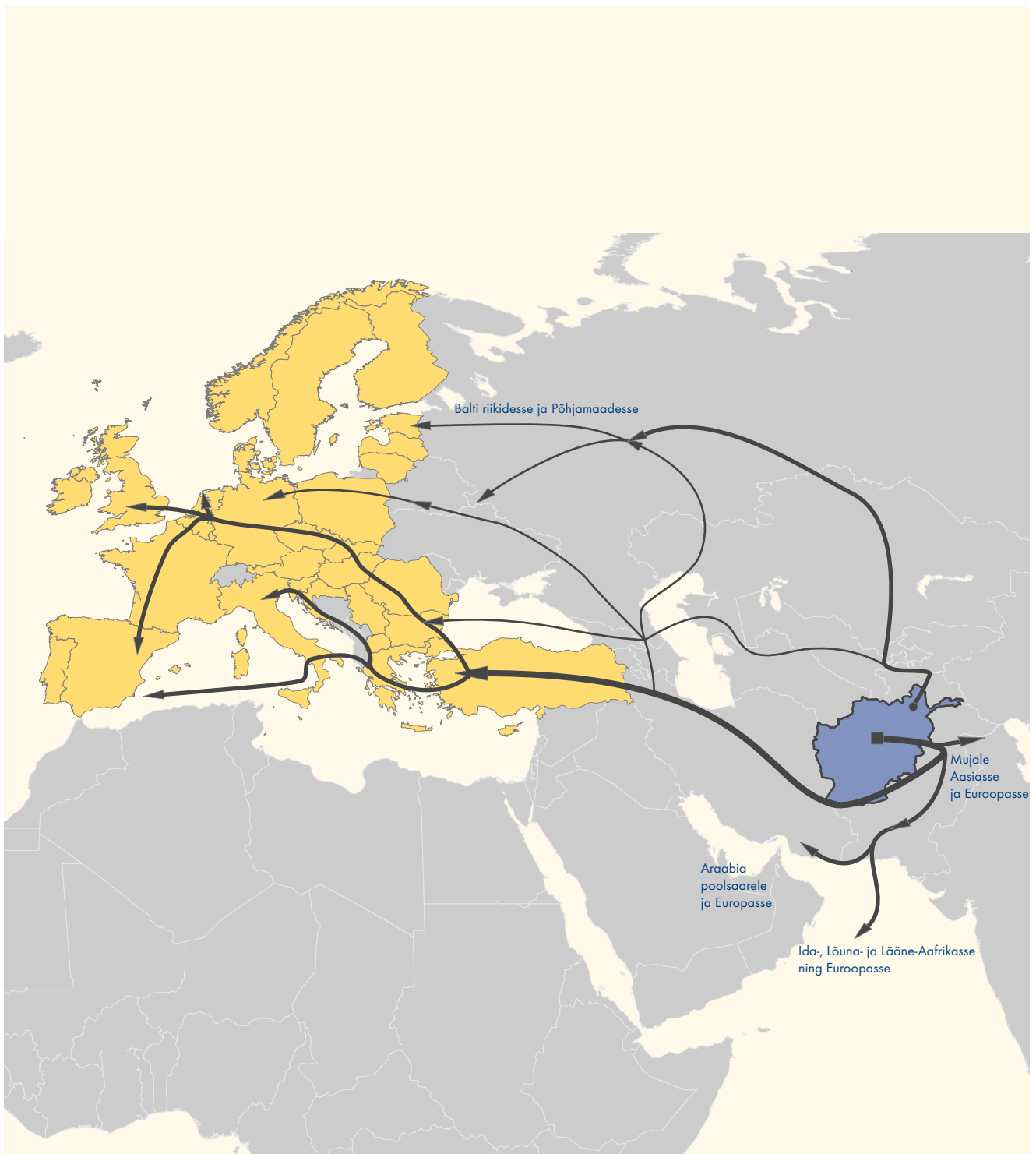
2006. aastal toimus Euroopas hinnanguliselt 48 200 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 19,4 tonni heroini. Ühendkuningriik oli jätkuvalt esikohal konfiskeerimiste arvu poolest. Konfiskeeritud kogused olid taas kõige suuremad Türgis, kus 2006. aastal tabati 10,3 tonni heroini ⁽¹⁰⁵⁾. Keskmine konfiskeeritud heroinikogus erines neis kahe riigis märgatavalt, ületades Türgis 100 korda Ühendkuningriigi vastava näitaja, mis peegeldab riikide erinevaid positsioone tarneahelas (joonis 6). Viimase 10 aasta jooksul on heroini konfiskeerimiste arv Euroopas kerge langustendentsiga kõikunud, suhteline tõus toimus aastal 2001 ning rekordiliselt madal oli seis aastal 2003. Aastatel 2001–2006 on Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini kogus näidanud üldiselt langustendentsi. Vastukaaluks on nimetatud ajavahemikus Türgis konfiskeeritud heroini kogus kasvanud peaaegu kolm korda.

Kogu maailmas konfiskeeritud (heroini illegaalses tootmises kasutatava) äädikhappeanhüdridi kogus kasvas 2006. aastal 26 400 liitrit, enamik sellest tabati Vene Föderatsioonis (9900 liitrit) ja Kolumbias (8800 liitrit), neile järgnes Türgi (3800 liitrit) (INCB, 2008b). Salakaubaveo marsruute Afganistani ja Euroopa vahel kasutatakse ka lähtekemikaalide (peamiselt äädikhappeanhüdridi, mida veetakse mööda nn

⁽¹⁰⁴⁾ Narkootikumide pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta vt lk 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Vt tabeleid SZR-7 ja SZR-8 2008. a statistikabülletäänis. Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati puuduvate 2006. a andmete asemel 2005. a andmeid. See analüüs on esialgne, kuna Ühendkuningriigi 2006. a andmed veel puuduvad.

Joonis 6: peamised heroini salakaubateed Afganistanist Euroopasse



NB: Kaardil kujutatud salakaubateed on sünteesitud mitme rahvusvahelise ja riikliku organisatsiooni (Reitoxi riikide teabekeskused, Europol, INCB, UNODC, WCO) analüüsi põhjal. Niisugused analüüsid põhinevad teabel, mis on seotud kaubateedel uimastite konfiskeerimisega, samuti transiit- ja sihtriikide õiguskaitseorganite jälitusteabel ning mõnikord täiendavatest allikatest pärineval infol. Kaardil kujutatud peamisi kaubateid tuleks pidada orienteerivaks, kuna võib toimuda ümbersuunamisi naaberriikidesse ning lisaks on olemas mitu väiksema tähtsusega piirkondlikku teed, mida siin ei ole näidatud, ning mis võivad kiiresti muutuda.

siiditeed) ning sünteetiliste uimastite (peamiselt ecstasy) salakaubaveoks ida poole (Europol, 2008).

3-metüülfentanüüli konfiskeerimised Lätis ja Leedus 2006. aastal ning teated illegaalselt toodetud fentanüüli suurenenud süstimise kohta Eestis osutavad vajadusele jälgida hoolikamalt sünteetiliste opioidide, nagu fentanüül (mis on tunduvalt tugevama toimega kui heroiin), kättesaadavust.

Puhtus ja hind

2006. aastal varieerus pruuni heroini keskmine puhtus enamikus andmed esitanud riikides 15–25% vahemikus, kuigi Kreekas, Prantsusmaal ja Austrias esines puhtust alla 10% ning kõrgem oli see Maltal (31%), Türgis (36%) ja Ühendkuningriigis (43%). Valge heroini keskmine puhtus oli väheste vastavaid andmeid esitanud Euroopa riikide teatel üldiselt kõrgem (45–70%)⁽¹⁰⁶⁾.

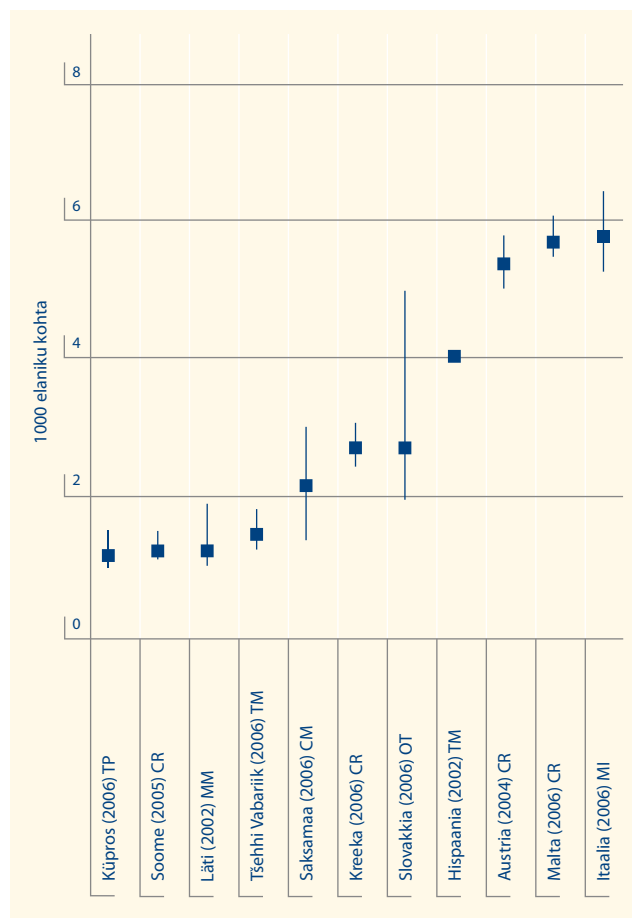
Pruuni heroini jaehind kõikus 2006. aastal 14,5 eurost grammi kohta Türgis kuni 110 euroni grammi kohta Rootsis, kusjuures enamikus Euroopa riikides oli keskmine grammihind 30–45 eurot. Valge heroini hinna on teatanud vaid mõned Euroopa riigid ning see kõikus vahemikus 27–110 eurot grammi kohta. Aastatel 2001–2006 pruuni heroini jaehind enamikus andmed esitanud 13 Euroopa riigis langes, märke vastava hinna tõusu kohta võis täheldada Poolas.

Probleemse opioiditarbimise levimus

Selle osa andmed pärinevad EMCDDA probleemse uimastitarbimise indikaatoril, milles on arvestatud põhiliselt narkootikumide süstimist ja opioidide tarbimist, kuigi mõnes riigis moodustavad olulise osa ka amfetamiini või kokaiini tarbijad. Probleemsete opioiditarbijate arvu on raske hinnata, kuna seda tüüpi uimastitarbimine on suhteliselt vähe levinud ja toimub varjatult ning levimusnäitajate väljaselgitamine olemasolevatest andmebaasidest nõuab seetõttu statistilist ekstrapoleerimist. Lisaks sellele toimub suurem osa uuringuid piiratud geograafilises piirkonnas, näiteks linnas või rajoonis, ja ekstrapoleerimine üleriigiliste määrade saamiseks on sageli raske.

Probleemse uimastitarbimise harjumused Euroopas näivad muutuvat mitmekesisemaks. Näiteks mõnedes riikides, kus läbi aegade on olnud ülekaalus probleemne opioidide tarbimine, on viimaste andmete põhjal suurenenud muude uimastite, sealhulgas kokaiini tarbimise tähtsus. Erinevate probleemsete uimastitarbimisharjumuste tõhusa seire vajadusest tulenevalt on EMCDDA hakanud koostama

Joonis 7: hinnanguline probleemse opioiditarbimise aastane levimus (1000 elaniku kohta vanuses 15–64)



NB: Sümbol näitab punkthinnangu ja kriipsu hinnangu määramatusvahemiku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuse analüüsil. Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad veidi erineda; seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik. Ebastandardseid vanuserühmi kasutati Soomes (15–54) ja Malta uuringutes (12–64). Saksamaa puhul tähistab esitatud rida vahemikku madalaima alampiiri ja kõrgeima ülempiiri vahel ning punkthinnang keskmiist keskpunkti. Hinnangumeetodid: CR = püüdmine-tabamine; TM = ravikordisti; MI = mitmemõõteline indikaator; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; MM = suremuse kordisti; CM = kombineeritud meetodid; OT = muud meetodid. Täiendava teabe saamiseks vt joonist PDU-1 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

aruandeid probleemse uimastitarbimise eri tarbijarühmade kohta vastavalt tarbitavale uimastile, kusjuures need rühmad võivad omavahel kattuda⁽¹⁰⁷⁾.

Probleemse opioiditarbimise levimus riiklikul tasandil ajavahemikus 2002–2006 ulatub hinnanguliselt ühest kuni kuue juhtumini 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas; üldine probleemse uimastitarbimise levimus on hinnanguliselt üks kuni kümme juhtumit 1000 elaniku kohta. Probleemse opioiditarbimise hästidokumenteeritud määradest on madalaimad Küprose, Läti, Tšehhi Vabariigi ja Soome omad (ehkki nii Tšehhi Vabariigis kui ka

⁽¹⁰⁶⁾ Uimastite puhtuse ja hinna kohta vt tabelleid PPP-2 ja PPP-6 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁰⁷⁾ Ülevaate saamiseks probleemse uimastitarbimise eri liikide olemasolevatest hinnangutest vt 2008. a statistikabülletääni.

Soomes on palju probleemseid amfetamiinitarbija id ning kõrgeimad Maltal, Austrias ja Itaalias (joonis 7).

Olemasolevate suhteliselt piiratud andmete põhjal saab tuletada keskmise probleemse opioiditarbimise levimuse, mis on neli kuni viis juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Juhul kui see arv kajastab olukorda kogu Euroopa Liidus, oli ELis ja Norras 2006. aastal umbes 1,5 miljonit (1,3–1,7 miljonit) probleemset opioiditarbijat.

Probleemse opioiditarbimise suundumused ja esinemissagedus

Probleemse opioiditarbimise suundumuste hindamist ajalises plaanis raskendab korduvate hinnangute piiratud arv ning üksikhinnangute puudulik täpsus. Üheksa riigi aastatel 2001–2006 antud korduvate hinnangute põhjal saab järeldada eri arengusuundi. Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Kreekas, Itaalias, Maltal, Slovakkias ja Soomes näib levimus olevat suhteliselt stabiilne, samas kui

Austrias (viimased andmed aastast 2004) võis täheldada kasvu ning Küprosel esines võimaliku languse märke ⁽¹⁰⁸⁾.

Probleemse opioiditarbimise esinemissagedus (vastaval aastal esinenud uute juhtude arv) on tundlikum meetod ajalises plaanis toimuvate muutuste mõõtmiseks ning võib varakult osutada levimuse ja ravinõudluse muutustele tulevikus. Kasutatud hinnangumudelitel põhjal saab teha mitmeid prognoose. Nimetatud mudelite põhjal saab esinemissageduse osas anda aga kõigest osalise hinnangu, kuna seal võetakse aluseks vaid ravile jõudnud juhud. Ainult kaks riiki on esitanud värskemaid andmeid, mis viitavad eri suundumustele. Itaalias langes probleemse opioiditarbimise esinemissagedus hinnanguliselt umbes 32 500 uult juhtumilt 1990. aastal umbes 22 000 uue juhtumini 1997. aastal, pärast seda aga kasvas uuesti umbes 30 000 uue juhtumini 2006. aastal. Hispaanias on aga probleemse opioiditarbimise esinemissagedus alates kõrgpunktist 1980. aasta paiku pidevalt langenud, kuigi viimastel aastatel (2002–2004) näib see olevat stabiliseerunud suhteliselt madalal tasemel (umbes 3000 uut juhtu aastas). EMCDDA on koostöös riikide ekspertide rühmaga välja töötanud uued suunised esinemissageduse hindamiseks, et soodustada edasist tööd nimetatud valdkonnas (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

Opioidide indikaatorid ei näita enam langustendentsi

Vastupidiselt eelmistes aastaaruannetes kirjeldatud suundumustele näitavad hiljutised andmed uimastite põhjustatud surmade, heroïnikonfiskeerimiste ja uute ravitaotluste arvu osas Euroopa Liidus mõningat kasvu.

2003. aastal lõppes uimastite põhjustatud (peamiselt opioiditarbimisega seotud) surmade vähenemissuundumus Euroopas ja aastate 2003–2005 kohta teatas enamik liikmesriike tõusutendentsist. Heroïnikonfiskeerimiste arv suurenes aastatel 2003–2006 enam kui 10% võrra 24-st andmeid esitanud riigist 16-s. Pärast mitmeaastast vähenemist kasvas heroïni kui esmase uimastiga seotud uute ravitaotluste arv aastatel 2005–2006 umbes pooltes andmeid esitanud riikidest. See võib olla märk paar aastat varem alanud heroïnitarbimise esinemissageduse suurenemisest, sest uimastitarbimise alustamise ja esimese ravi vahel on tavaliselt ajaline vahe.

Nimetatud hiljutiste suundumustega kõrvuti on Afganistanis suurenenud oopiumitootmine, mis paneb arvama, et neid kahte fakti seob heroïni suurem kättesaadavus Euroopa turul. See on oluline teema edasisteks uuringuteks, kuna olemasolevad andmed ei anna asjast piisavalt selget pilti. Lisaks sellele on olemas olulised segavad tegurid. Näiteks on meditsiinilise kasutatavate opioidide tarvitamine mitte-meditsiinilistel eesmärkidel mitmes riigis (Tšehhi Vabariik, Eesti, Prantsusmaa, Austria, Soome) jätkuvalt kõrgel tasemel või kasvanud ja võib olla uimastite põhjustatud surmade suundumuste selgitamisel oluline tegur.

Opioiditarbijate ravi

Opioidid, eelkõige heroïin, on peamised uimastid, mille tõttu enamikus andmeid esitanud riikides ravile pöördutakse. 2006. aastal teatatud 387 000 ravitaotlusest (24 riigi andmete põhjal) oli heroïin peamine uimasti 47% juhtudest, mille puhul esmane uimasti teada oli. Enamikus riikides oli 50–80% kogu ravinõudlusest seotud opioidide tarbimisega, ülejäänud riikides kõikus see 15–40% vahel ⁽¹⁰⁹⁾. Opioidid pole üksnes ravi alustavate uimastitarbijate kõige sagedasem esmane uimasti, veelgi suurem on vastav näitaja juba ravil oliivate hulgas. Hiljutise projekti käigus, mis hõlmas üheksat riiki ja keskendus kõigile ravil olevatele uimastitarbijatele, selgus, et opioidide kui esmase uimasti tarbijad moodustasid 59% kõigist patsientidest, kuid vaid 40% neist, kes esimest korda elus ravi alustasid ⁽¹¹⁰⁾.

Enamik patsiente, kes alustavad ambulatoorset ravi seoses opioidide kui esmase uimasti tarbimisega, tarvitavad ka teisi uimasteid, sealhulgas kokaiini (25%), muid opioide (23%) ja kanepit (18%). Lisaks sellele tarvitab 13% ambulatoorse ja 11% statsionaarse ravi patsientidest, kes saavad ravi mõne muu esmase uimasti tarbimisega seoses, opioide teise uimastina ⁽¹¹¹⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Vt joonist PDU-6 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis ja kogu asjaomase teabe, sealhulgas usaldusvahemike kohta tabelit PDU-102.

⁽¹⁰⁹⁾ Vt tabelit TDI-5 2007. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁰⁾ Vt tabelit TDI-39 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹¹⁾ Vt tabeleid TDI-22 ja TDI-23 2008. a statistikabülletäänis.

Mõned riigid teatavad märkimisväärselt ravinõudluse osakaalust, mis on seotud muude opioididega kui heroiin. Soomes on buprenorfiini väärkasutus ravi alustamise põhjus 40% juhtudel ja Prantsusmaal 8% juhtudel. Lätis ja Rootsis nimetab 5–8% uimastiravi patsientidest esmase uimastina muud opioide kui heroini või metadooni; peamiselt buprenorfiini, valuvaigisteid ja muid opioide⁽¹¹²⁾. Mitu riiki teatab mitut uimastit tarvitavate patsientide osakaalu suurenemisest heroinitarbijate hulgas ning patsientide arvu suurenemisest, kes tarvitavad muid opioide kui heroini.

Ravinõudluse indikaatori andmetel suurenes heroiniravi vajavate patsientide absoluutarv aastatel 2002–2006 üle 30 000 juhtumi võrra 108 100 juhtumilt 138 500 juhtumini. Sarnaselt sellele suurenes esimest korda elus ravi alustavate patsientide hulgas esmase uimastina heroini tarbijate arv umbes 33 000 juhtumilt 2002. aastal rohkem kui 41 000 juhtumini 2006. aastal. Seda suundumust seletavate tegurite hulgas võib olla probleemsete heroinitarbijate arvu suurenemine, ravivõimaluste avarumine või parem aruandlus.

Narkootikumide süstimine

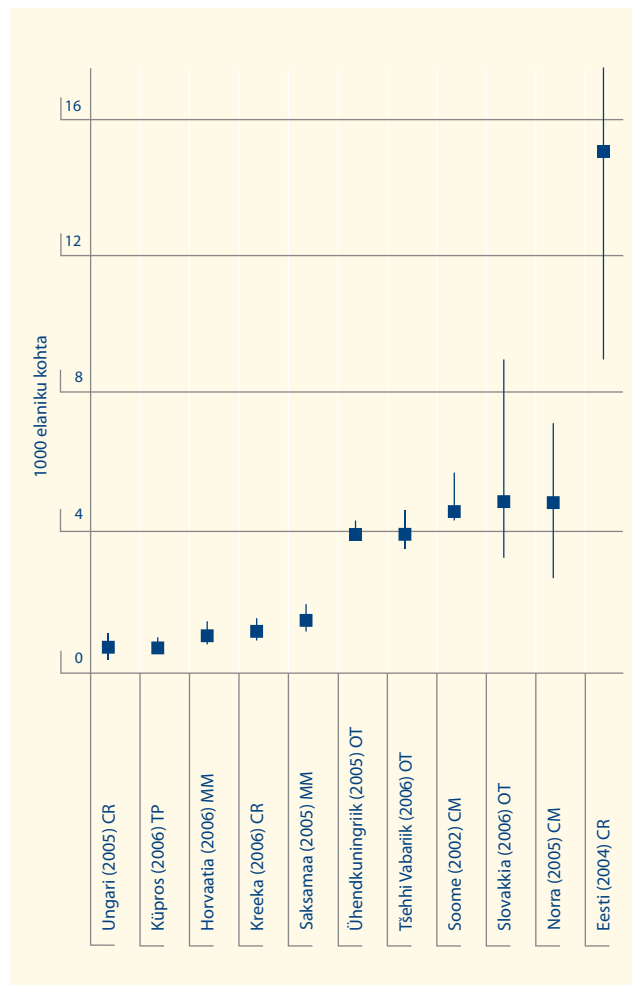
Uimastisüstamise levimus

Süstivatel narkomaanidel on uimastite tarbimise tõttu väga suur oht terviseprobleemide, näiteks vere kaudu levivate nakkushaiguste (nagu HIV/AIDS, hepatiit) tekkeks või narkootikumidega seotud surmajuhudeks. Vaid 11 riiki suutis esitada uuemaid näitajaid narkootikumide süstimise kohta, kuigi see on rahvatervise seisukohast väga oluline näitaja (joonis 8). Seega on kättesaadava teabe parandamine selle konkreetse rühma kohta Euroopa tervishoiuseiresüsteemide väljaarendamise seisukohast oluline väljakutse.

Olemasolevatest näitajatest ilmneb, et uimastite süstimise levimus on riigiti väga erinev. Enamikus riikides jääb nimetatud hinnang 15–64aastaste vanuserühmas enamasti ühe ja viie juhtumi vahele 1000 elaniku kohta, erandiks on Eesti, kus teatatakse erakordselt kõrgeist näitajast – 15 juhtumit 1000 elaniku kohta.

Andmete puudulikkus teeb narkootikumide süstimise ajaliste suundumuste osas järelduste tegemise raskeks, kuigi olemasolevate andmete põhjal võib täheldada langust Norras (aastatel 2001–2005), ning stabiilset olukorda Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Küprosel ja Ühendkuningriigis⁽¹¹³⁾.

Joonis 8: hinnanguline narkootikumide süstimise levimus (1000 elaniku kohta vanuses 15–64)



NB: Sümbol näitab punkthinnangut ja kriips hinnangu määramatusvahemikku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil. Eesti puhul ulatub määramatusvahemiku ülempiir skaalast väljapoole (37,9 1000 elaniku kohta). Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad veidi erineda, seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik. Hinnangumeetodid: CR = püüdmine-tabamine; TM = ravikordist; MI = mitmemõõtmeline indikaator; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; MM = suremuse kordist; CM = kombineeritud meetodid; OT = muud meetodid. Täiendava teabe saamiseks vt joonist PDU-2 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

Süstimine ravi alustavate opioiditarbijate seas

Kõigist 2006. aastal ambulatoorset ravi alustanud opioiditarbijatest 43% teatas uimasti süstimisest. Süstijate osakaalu muutused ravi alustavate heroinitarbijate seas võivad viidata suundumustele probleemsete opioiditarbijate laiemas rühmas. Üheksas riigis (Taanis, Saksamaal, Iirimaa, Kreekas, Prantsusmaal, Itaalias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Türgis) on ajavahemikus 2002–2006 täheldatud selle osakaalu

⁽¹¹²⁾ Vt tabelit TDI-113 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹³⁾ Vt tabelit PDU-6 (iii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

langust, samas kui kaks riiki teatavad tõusust (Rumeenia, Slovakkia). Ravi alustavate heroiinitarbijate seas on süstijate osakaal riigiti väga erinev. Kõige madalamast süstijate määrast teatavad Hispaania, Prantsusmaa ja Madalmaad (alla 25%) ning kõige kõrgemast (üle 80%) Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Rumeenia, Slovakkia ja Soome⁽¹¹⁴⁾.

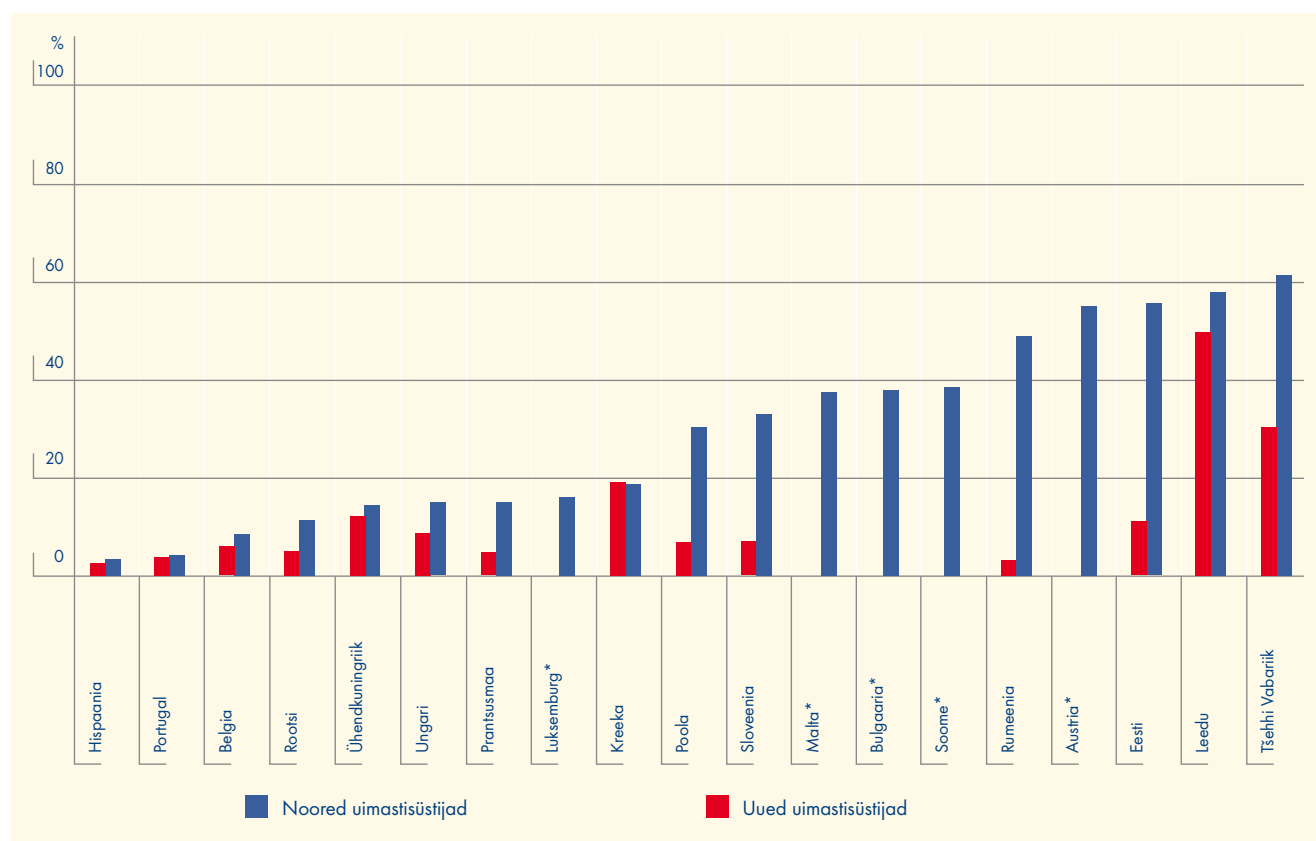
Opioiditarbijate seas, kes 2006. aastal esimest korda ambulatoorset ravi alustasid, on uimastisüstijate osakaal mõnevõrra madalam (umbes 40%). Ajalisi suundumusi vaadates ilmneb, et süstimise osakaal opioiditarbijatest uute patsientide seas on langenud 43%-lt 2003. aastal 35%-ni 2006. aastal 13 riigis, kus on selle kohta saadaval piisavad andmed⁽¹¹⁵⁾.

Prooviuuringus osaleva üheksa riigi ravinõudluse andmete analüüsi põhjal selgub, et umbes 63% kõigist

opioiditarbijatest (juba ravi saavatest ja viimase aasta jooksul ravi alustanutest) teatas uimastisüstimisest ravi alustamisel⁽¹¹⁶⁾. Selle põhjal võib järeldada, et juba ravil olevate patsientide seas oli süstijate osakaal ravi alustamisel suhteliselt kõrge.

Süstivate narkomaanide kohta tehtud uuringud võimaldavad vaadelda uimastite süstimise erinevusi riigiti ja selles osas aja jooksul toimunud muutusi Euroopas. Paljudes riikides tehakse jätkuvaid kordusuuringuid süstivate narkomaanide rühmade kohta (tavaliselt paralleelselt nakkushaiguste kontrolliga), kes uuringu üldistuvõime suurendamiseks värvatakse mitmest erinevast asutusest. Riikide võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, kuna nimetatud uuringute värbamiskriteeriumid võivad olla erinevad⁽¹¹⁷⁾.

Joonis 9: noorte ja uute uimastisüstijate osakaal süstivate narkomaanide valimites



NB: Valimid hõlmavad uimastisüstijaid, kellel kontrolliti nakkushaiguste (HIV ja HCV) esinemist. Kasutatud on ajavahemikus 2002–2006 iga riigi kohta viimaseid kättesaadavaid valimeid, juhul kui riigis oli vähemalt 100 uimastisüstijat. Tärn osutab, et uued süstijate kohta andmed puudusid. Täiendava teabe saamiseks vt joonist PDU-3 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

⁽¹¹⁴⁾ Vt tabelleid PDU-104, TDI-4, TDI-5 ja TDI-17 (v osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁵⁾ Vt joonist TDI-7 ja tabelit TDI-17 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁶⁾ Vt tabelleid TDI-17 (v osa) ja TDI-40 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁷⁾ Võiks eeldada, et noorte või uute süstivate narkomaanide osakaal on raviasutustest värvatud valimites madalam kui nende puhul, kes on värvatud enam „avatud“ asutustest, näiteks madala läve keskustest, kuna enamasti alustavad patsiendid ravi pärast mitme aasta pikkust uimastitarbimist. Värbamiskoha ja noorte või uute süstivate narkomaanide osakaalu seoseid analüüsides ei ilmne aga mingit statistiliselt olulist erinevust, millest võib järeldada, et värbamiskoht (antud jaotuses uimastiraviasutus, mitte uimastiraviasutus või segaasutus) ei pruugi avaldada nimetatud osakaalule erilist mõju.

Nimetatud uuringute andmetel on mõnes riigis suur uute süstivate narkomaanide (kes on uimasteid süstinud vähem kui 2 aastat) osakaal (üle 20%), samas kui teistes on see alla 10% (joonis 9). Noorte (alla 25aastaste) osakaal süstivate narkomaanide valimis oli üle 40% Tšehhi Vabariigis, Eestis, Leedus, Austrias ja Rumeenias, samas kui üheksas muus riigis olid vähem kui 20% süstivatest narkomaanidest alla 25aastased.

Üldiselt tuleb uute süstivate narkomaanide suurt osakaalu pidada hääresignaali, eriti siis, kui nende hulgas on suur noorte osakaal. Uute süstivate narkomaanide kõrge osakaal võib viidata uuele tõusule süstimise levimuses, samuti võivad sellega seotud olla muud tegurid (nt süstimine lühema perioodi jooksul, paremad ravivõimalused, kõrgem suremus vanema elanikkonna hulgas).

Riikides, kus probleemne uimastitarbimine on juba pikaajaline ja tuntud probleem, on üldiselt nii noorte kui ka uute süstivate narkomaanide osakaal väiksem. Teiste, sageli uute liikmesriikide andmed näitavad noorte süstivate narkomaanide suuremat osakaalu. Uute süstivate narkomaanide erinev osakaal neis riikides, mille kohta andmed on olemas, võib kajastada erinevusi keskmises vanuses, millal süstimist alustatakse, aga ka süstimise esinemissageduse tõusu nii noorema kui ka vanema elanikkonna hulgas.

Probleemse opioiditarbimise ravi

Ravi alustavate opioiditarbijate profiil

Patsiendid, kes alustavad esmaselt opioiditarbimise ravi, on reeglina vanemad (keskmiselt 32aastased) kui need, kes alustavad ravi kokaiini või muude stimulantide ja kanepiga seoses (keskmine vanus vastavalt 31, 27 ja 24 aastat), naispatsiendid on üldiselt üks kuni kaks aastat nooremad kui meespatsiendid. Opioiditarbijad on üldiselt nooremad neis riikides, mis on ühinenud Euroopa Liiduga alates 2004. aastast, samuti Iirimaa, Kreekas, Austrias ja Soomes (¹¹⁸).

Mehi esineb opioidipatsientide hulgas keskmiselt rohkem kui naisi (suhtega kolm ühele), kusjuures meeste osakaal on kõrgem eelkõige Lõuna-Euroopa riikides (Bulgaarias, Kreekas, Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias, Küprosel, Maltal, Portugalil) (¹¹⁹).

Opioiditarbijate töötuse määr on kõrgem ja haridustase madalam kui teistel patsientidel (vt 2. peatükki), mõnedes

riikides on täheldatud ka kaasnevate psühhiaatriliste häirete suuremat esinemissagedust.

Ligikaudu pooled ravi taotlevatest opioiditarbijatest teatavad, et alustasid opioidide tarbimist enne 20. eluaastat ning ligikaudu kolmandik vanuses 20 kuni 24 eluaastat; esmakordne opioidide tarbimine pärast 25. eluaastat on haruldane (¹²⁰). Esmakordse opioidide tarbimise ja esmakordse uimastiraviga kokkupuutumise vahele jääb keskmiselt 7–9 aastat, kusjuures meespatsientide puhul on see aeg pikem kui naiste puhul (¹²¹).

Raviteenuste pakkumine ja ulatus

Enamasti toimub opioiditarbijate ravi ambulatoorsetes raviasutustes, mis võivad olla eriarstikeskused, perearstikabinetid või madala läve keskused. Mõnes riigis, nimelt Bulgaarias, Kreekas, Soomes ja Rootsis, on suur tähtsus ka statsionaarse ravi asutustel (¹²²).

Kõigis ELi liikmesriikides, Horvaatias ja Norras antakse opioiditarbijatele nii ravimivaba kui ka asendusravi. Türgis on hetkel kaalumisel asendusravi pakkumise võimalused tulevikus. Enamikus riikides on asendusravi kõige enam levinud raviviis, kuid Ungari, Poola ja Rootsi teatasid 2005. aastal, et ülekaalus olid ravimivabad meetodid.

Asendusravi, millega üldjuhul kaasneb psühhosotsiaalne hooldus, on tavaliselt võimalik saada spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes ning perearstikabinetiga ühishoolduse asutustes. Olemasolevad andmed asendusravi saavate patsientide kohta näitavad viimasel aastal patsientide arvu suurenemist, välja arvatud Prantsusmaal, Madalmaades, Maltal ja Luksemburgis, kus olukord oli stabiilne. Kõige suuremast suhtelisest suurenemisest teatas Tšehhi Vabariik (42%), rohkem kui 10%-lisest suurenemisest teatasid aga ka Poola (26%), Soome (25%), Eesti (20%), Rootsi (19%), Norra (15%), Ungari ja Austria (11%).

Probleemsete opioiditarbijate hinnangulise arvu ja osutatud ravi andmete lihtne võrdlus näitab, et rohkem kui kolmandik võis saada asendusravi. Tuleb siiski meele pidada, et mõlemad andmed on veel ebatäpsed, mistõttu tuleb nimetatud arvestusse suhtuda ettevaatusega. Riikide võrdlemise teevad raskeks ka suured erinevused probleemsete opioiditarbijate andmete usaldusvahemikes. Olemasolevatest andmetest nähtub siiski, et asendusravi saavate probleemsete opioiditarbijate osakaal on riigiti väga erinev. Slovakkias on nende hinnanguline määr

(¹¹⁸) Vt tabeleid TDI-10, TDI-32 ja TDI-103 2008. a statistikabülletäänis.

(¹¹⁹) Vt tabeleid TDI-5 ja TDI-21 2008. a statistikabülletäänis.

(¹²⁰) Vt tabeleid TDI-11, TDI-107 ja TDI-109 2008. a statistikabülletäänis.

(¹²¹) Vt tabelit TDI-33 2008. a statistikabülletäänis.

(¹²²) Vt tabelit TDI-24 2008. a statistikabülletäänis.

umbes 5%, Soomes, Kreekas ja Norras 20–30%, Tšehhi Vabariigis, Maltal ja Itaalias 35–45% ning üle 50% Ühendkuningriigis (Inglismaal), Saksamaal ja Horvaatias ⁽¹²³⁾.

Suu kaudu manustatav metadoon on endiselt peamine asendusravis tarvitav ravim Euroopas, kuid üha rohkem on hakatud kasutama ka buprenorfiini. Selle üheks põhjuseks võib olla antud aine väärkasutamisega kaasnev väiksem suremus (Connock *et al.*, 2007). Pärast asendusravi suuniste läbivaatamist soovitas Taani Riiklik Terviseamet tungivalt perearstidel metadooni asemel buprenorfiini välja kirjutada.

Ravi tõhusus, kvaliteet ja standardid

Randomiseeritud kontrollkatsete ja vaatlusuuringute ülevaadete põhjal on selgunud, et nii metadooni asendusravi kui buprenorfiini asendusravi võib olla tõhus opioidisõltuvuse ravimisel. Hiljutise Cochrane'i ülevaate põhjal selgus siiski, et buprenorfiin on vähem tõhus kui sobivates doosides manustatav metadoon (Mattick *et al.*, 2008). Mitme uuringu põhjal on samuti selgunud, et patsientidel, kes ei allu metadooni asendusravile, võib olla abi diamorfiini asendusravist (Schulte *et al.*, ilmus). Üldiselt on asendusravi näidanud mitut positiivset tulemust, mille hulgas on ravil püsimine, opioidide ebaseadusliku tarbimise ja süstimise vähenemine, suremuse ja kriminaalse käitumise vähenemine ning krooniliste heroinitarbijate tervise ja sotsiaalingimuste stabiliseerumine ja paranemine.

Ravitulemuste uuringutest, näiteks NTORS Ühendkuningriigis (Gossop *et al.*, 2002) ja DATOS Ameerika Ühendriikides (Hubbard *et al.*, 2003) nähtub, et tõhusaks on osutunud ka psühhosotsiaalsed ja psühhoteeraapilised sekkumised kombineeritult farmakoteraapiaga. Niisugused meetodid mitte üksnes ei suurenda ravimotivatsiooni, hoia ära tagasilangust ega vähenda kahju, vaid võimaldavad patsiente nõustada ning anda praktilist tuge neile, kes peavad kõrvuti opioidisõltuvuse raviga toime tulema eluaseme-, töö- ja pereprobleemidega. Olemasolevad tõendid ei toeta siiski üksnes psühhosotsiaalse ravi kasutamist (Mayet *et al.*, 2006).

Mitu riiki on hiljuti teatanud oma ravisuuniste parandamisest. Horvaatias, Taanis ja Šotimaal vaadati läbi asendusravi programmid ning täiustati suuniseid, et parandada ravi kvaliteeti ja ära hoida ravimite jõudmist mustale turule. Ühendkuningriigis ajakohastati uimastisõltuvuse kliinilise haldamise suuniseid ning National Institute for Clinical Excellence andis välja juhendid metadooni ja buprenorfiini väljakirjutamiseks,

naltreksooniraviks, detoksifitseerimiseks ning psühhosotsiaalseks raviks. Ka Portugal koostas uued suunised ravi õigeaegse kättesaadavuse tagamiseks.

Ravi vanglates

ELi poliitikakujundajad on üha enam tunnistanud vajadust ühtlustada kogukonna ja vanglate osutatavaid teenuseid ning nende kvaliteeti. Sellest hoolimata rõhutas Euroopa Komisjoni (2007. a) raport uimastitarbijatele suunatud teenuste puudulikkust vanglates ja juhtis tähelepanu sekkumise vajalikkusele selles küsimuses. Vanglas uimastitarbimisega seotud piiratud teenuste näidetena olgu nimetatud suutlikkuse ja ekspertiisi puudumine (Läti, Poola, Malta), katkendlik abi (Läti), konkreetsetele rühmadele, nt noortele narkomaanidele vangidele, suunatud sekkumiste puudumine (Austria) ning rahvatervisel rajaneva preventsiivstrateegia puudumine (Kreeka).

Positiivne on, et üha rohkem on hakanud levima vanglate uimastiprogrammid ning mitu riiki on teatanud uutest algatustest. Näiteks koostati Portugalis õiguslik raamistik, mis käsitleb süstlavahetusprogrammi vanglates. Leedus võeti vastu dekreet, millega kohustatakse vanglaid osutama vabanemiseelset nõustamisteenust. Taanis on kõigile kauem kui kolm kuud vanglas viibivale kinnipeetavale

Laienevad farmakoteraapia võimalused

Euroopas on opioidisõltuvuse raviks välja töötatud ja kasutusele võetud uued ravimid. Nende uute retseptiravimite eesmärgiks on parandada ravi tõhusust, tulla vastu eri opioiditarbijate rühmade vajadustele ja vähendada asendusravi ravimite väärkasutamise võimalust.

2006. aastal toodi alternatiivina ainult buprenorfiini kõrvale ELi turule buprenorfiini/naloksooni ühend, selleks et vähendada süstimise võimalust ja huvi selle vastu. Mitu liikmesriiki hindab praegu kõnealuse aine tõhusust opioidisõltuvuse ravis ⁽¹⁾.

Meditiinis kasutatava heroini (diamorfiini) väljakirjutamine krooniliste ravile allumatute opioiditarbijate raviks on piiratud ulatuses kasutusel Madalmaades (815 patsienti 2006. aastal), Ühendkuningriigis (400 klienti) ja Saksamaal, kus heroinikatses osalejad saavad erimääruse kohaselt jätkuvalt diamorfiini. Lisaks korraldatakse Ühendkuningriigis praegu süstitavate opioidide randomiseeritud katset (RIOTT), mis uurib süstitava diamorfiini, süstitava metadooni ja suukaudse metadooni tõhusust. 2008. aasta veebruaris otsustati ka Taanis võtta kasutusel diamorfiini väljakirjutamise raviskeem.

⁽¹⁾ Tehniline teave aine kohta on saadaval EMEA veebilehel: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

⁽¹²³⁾ Vt joonist HSR-1 2008. a statistikabülletäänis.

alates 2007. aasta jaanuarist ette nähtud nn ravitagatis. Tšehhi Vabariigis laienes kinnipidamisasutustes osutatav asendusravi kümnele vanglale ning lirimaal toimub praegu vanglates osutatavate raviteenuste hindamine eesmärgiga viia need samale tasemele teenustega ülejäänud kogukonnas.

Uimastiravi tase kinnipidamisasutustes on võrreldes ülejäänud kogukonnaga madal, ehkki uimastitarbimise levimus on vanglates tavaliselt kõrgem. Paljudes riikides eelistatakse detoksifitseerimist ning sageli on see ainus kättesaadav raviviis. Teoreetiliselt võimaldatakse enamikus riikides ka asendusravi, kuid andmete kohaselt saavad tegelikult seda ravi vaid vähesed. Eranditeks on Hispaania, kus 2006. aastal sai 14% kõigist kinnipeetavaist (19 600) asendusravi, ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales), kus eeldatakse, et pärast 2007. aasta aprillikuus uute suuniste vastuvõtmist suureneb metadooniravi saajate arv 6000-lt 12 000-ni.

Hiljuti avaldati Maailma Terviseorganisatsiooni ning ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo kinnitatud praktilised suunised kinnipidamisasutustes asendusravi osutamise kohta (Kastelic *et al.*, 2008) ning mõnedes uuringutes viidatakse sellele, et kinnipidamisasutustes osutatud opioidiravi annab positiivseid tulemusi riskikäitumise ja suremuse osas (Dolan *et al.*, 2003). Hiljuti avaldatud ülevaates kinnipidamisasutuste-põhiste asendusraviprogrammide uuringute kohta jõuti järeldusele, et positiivsed tulemused sõltusid piisavate annuste andmisest ja kogu kinnipidamise aja kestvast ravist (Stallwitz, Stöver, 2007). Lisaks kuulub selle valdkonna teenuste vajalike võtmetegurite hulka vanglast vabastamise hoolikas ettevalmistamine ja sideme loomine kogukondlike hoolekandesüsteemidega, mis peavad tagama, et kinnipidamisajal tervise osas saavutatud tulemused pärast vabanemist ei kaoks (¹²⁴).

(¹²⁴) Vt „Uimastite põhjustatud surma oht on kõrgem pärast vanglakaristuse või ravi lõppu“, lk 88.



7. peatükk

Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad

Uimastitega seotud nakkushaigused

Nakkushaigused nagu HIV ning B- ja C-hepatiit on uimastitarbimise tagajärjel tekkivad kõige tõsisemad tervisehäired. Isegi riikides, kus HIVi levimus süstivate narkomaanide seas on madal, võivad uimastitarbijaid ebaproportsionaalselt tihti tabada muud nakkushaigused, sealhulgas A-, B- ja C-hepatiit, sugulisel teel levivad haigused, tuberkuloos, teetanus, botulism ja inimese T-lümfotroopne viirus. EMCDDA teeb süstivate narkomaanide hulgas süstemaatilist HIVi ning B- ja C-hepatiidi seiret (antikehade või B-hepatiidi korral muude spetsiifiliste markerite esinemine). Eri andmesüsteemide mitme metodoloogilise piirangu tõttu tuleb saadud andmeid tõlgendada ettevaatusega ⁽¹²⁵⁾.

HIV ja AIDS

2006. a lõpuks oli enamikus Euroopa Liidu riikides süstivate narkomaanide seas diagnoositud haigestumus HIVi väike ning maailma mastaabis üldiselt näib olukord kogu ELis olevat suhteliselt hea. See võib vähemalt osaliselt tuleneda suurenenud ennetustegevusest ning ravi ja kahju vähendamise meetmete, sealhulgas asendusravi ning nõela- ja süstlavahetusprogrammide paremast kättesaadavusest. Oluline osa selles võib olla ka muudel teguritel, näiteks mitmes riigis täheldatud uimastite süstimise vähenemisel. Sellele vaatamata nähtub andmetest, et mitmes Euroopa piirkonnas oli 2006. aastal uimastite süstimisega seotud HIVi nakatumise määr jätkuvalt suhteliselt kõrge, mistõttu on vaja tagada kohaliku ennetustegevuse katvus ja tõhusus.

HIVi nakatumise suundumused

Uimastisüstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude 2006. aasta andmetest selgub, et pärast aastatel 2001–2002 nakkuspuhangute tõttu Eestis, Lätis ja Leedus täheldatud kõrgpunkti näitavad nakkusmäärad kogu Euroopa Liidus jätkuvalt langustendentsi ⁽¹²⁶⁾. 2006.

aastal oli 25-s ELi liikmesriigis, kus riiklikud andmed olid kättesaadaval, uute diagnoositud nakkuste kogumäär süstivate narkomaanide hulgas 5,0 juhtu miljoni elaniku kohta, mis on väiksem kui 5,6 juhtu 2005. aastal ⁽¹²⁷⁾. Kolmest riigist, kes teatasid uute diagnoositud nakkusjuhtude kõrgeimatest määradest (Eesti, Läti, Portugal), teatas Portugal jätkuvast langustendentsist aastatel 2005–2006, samas kui Eestis ja Lätis tendents tasandus vastavalt 142,0 ja 47,1 uue diagnoositud juhuni miljoni elaniku kohta. Üheski riigis ei ole ajavahemikus 2001–2006 täheldatud elanikkonna hulgas HIVi nakatumise määra olulist suurenemist. Kui mõnel pool ka täheldati selle mõningast suurenemist (nt Bulgaarias, Iirimaa), jäi see alla ühe täiendava juhu miljoni elaniku kohta aastas.

Absoluutarvud kajastavad seda, millised riigid suurendavad enim ELi kogusummat. Uute nakkusjuhtude suurimast arvust süstivate narkomaanide hulgas teatasid 2006. aastal need riigid, kus esinesid kõige suuremad nakatumise määrad (Portugalis 703, Eestis 191, Lätis 108 uut diagnoositud juhtu) ⁽¹²⁸⁾ ja suure rahvaarvuga riigid (Ühendkuningriigis 187, Saksamaal 168, Prantsusmaal 167, Poolas 112 uut juhtu) (joonis 10). Üldise langustendentsi taustal täheldati alates 2001. aastast kõige suuremat absoluutarvude tõusu Ühendkuningriigis, kus esines 13 lisajuhtu aastas, ja Saksamaal, kus esines umbes 10 lisajuhtu aastas, kuigi need ei jaotunud aastate lõikes ühtlaselt. Bulgaarias on kerge tõusutendents hiljuti suurenenud, vastavad näitajad on 0, 2, 0, 7, 13 ja 34 uut juhtu ajavahemikus 2001–2006, mille põhjal võib eeldada võimaliku puhangu teket.

HIVi levimuse seirega seoses saadud suundumuste andmed süstivate narkomaanide valimites täiendavad oluliselt HIVi juhtumitest teatamise andmeid, kuna nende abil saab teavet ka diagnoosimata nakkusjuhtude kohta. Aastate 2002–2006 levimuse andmed on olemas 25 riigi kohta ⁽¹²⁹⁾. 15 riigis HIVi levimus selle aja jooksul ei muutunud. Viies riigis (Bulgaarias, Saksamaal, Hispaanias, Itaalias ja Lätis) näitas levimus üleriigiliste valimite alusel

⁽¹²⁵⁾ Meetodite ja mõistete kohta lähemalt vt 2008. a statistikabülletäni.

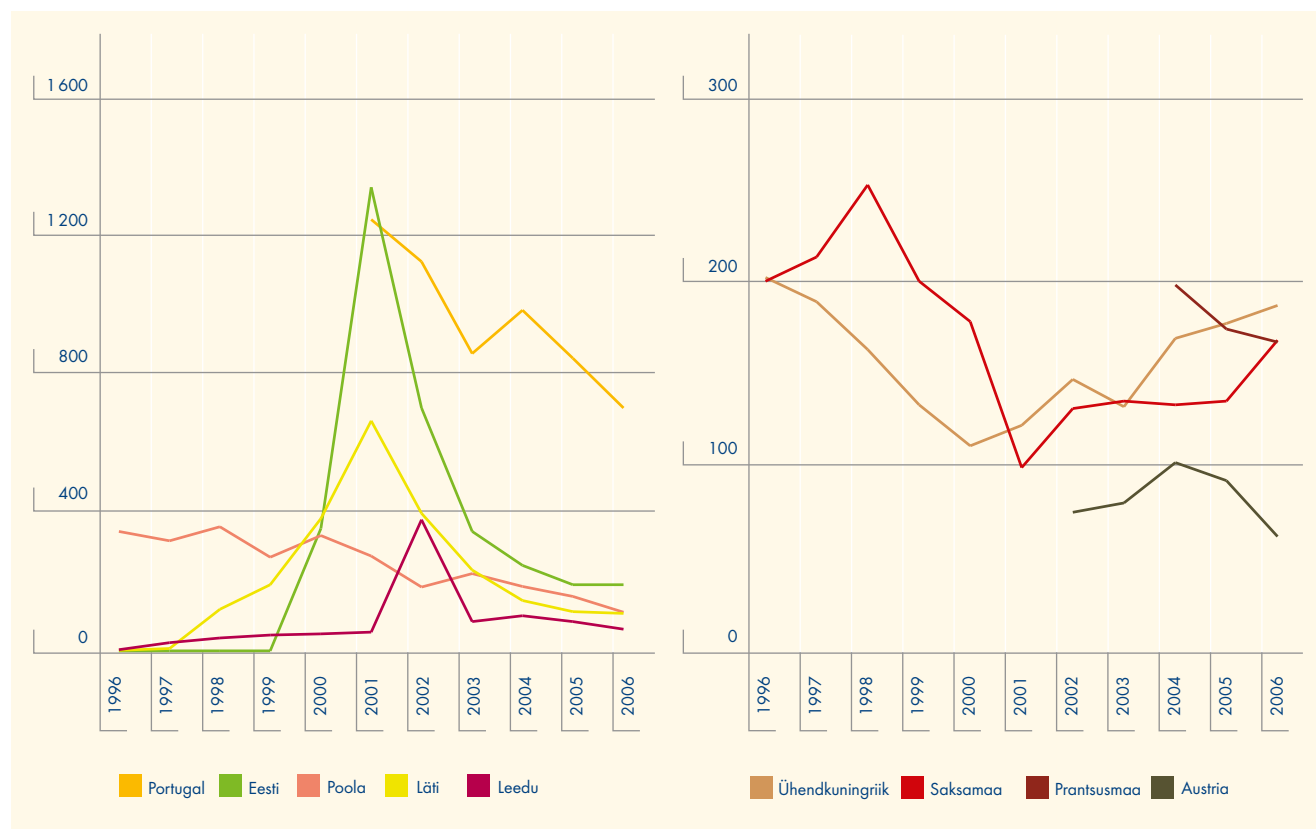
⁽¹²⁶⁾ Vt tabelit INF-104 2008. a statistikabülletäanis.

⁽¹²⁷⁾ Riiklikud andmed puuduvad Hispaania ja Itaalia kohta. Kohandades määra nimetatud kaht riiki arvesse võttes, oleks see 5,9 juhtu miljoni elaniku kohta, mis on väiksem kui 6,4 juhtu 2005. aastal.

⁽¹²⁸⁾ EuroHIV teatas oma 2006. aasta aruandes 703 juhust Portugalis, samas kui Portugali Nakkushaiguste Epidemioloogilise Seire Keskuse (CVEDT) teatatud arv oli 432. Erinevus on tingitud klassifitseerimise erinevustest vastavalt aruandeaasta (EuroHIV) ja diagnoosimise aasta (CVEDT) järgi.

⁽¹²⁹⁾ Vt tabelit INF-108 2008. a statistikabülletäanis.

Joonis 10: uute diagnoositud HIVi nakkusjuhtude absoluutarv süstivate narkomaanide seas aastate lõikes: riigid, kus haripunkti ajal esines üle 300 nakkusjuhu (vasakul) ja 100–300 juhtu (paremal)



NB: Hispaania ja Itaalia kohta üleriigilisi andmeid ei ole, küll aga on mõlema riigi puhul kättesaadavad piirkondlikud andmed. Mõlema riigi osalised andmed andsid 2005. aastal tulemuseks enam kui 100 uut juhtu ning arvud näitasid langustendentsi. Täiendava teabe saamiseks vt tabelit INF-104 2008. a statistikabülletäänis.

Allikas: EuroHIV.

statistiliselt olulist langust. Viiest riigist kahes teatati siiski piirkondlikust levimuse suurenemisest: Bulgaarias ühes linnas (Sofias) ning Itaalias 21-st piirkonnast kaheksas ning ühes linnas. Viie riigi üleriigiliste suundumuste näitajad kas puuduvad või on stabiilsed, samas kui levimuse üldisest madalast tasemest hoolimata vähemalt üks piirkondlik valim näitas kasvutendentsi (Belgia, Tšehhi Vabariik, Leedu, Ühendkuningriik ja ilmselt Sloveenia).

Uimastite süstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude suundumuste võrdlemine HIVi levimuse suundumustega süstivate narkomaanide hulgas viitab sellele, et HIVi haigestumus, mis on seotud uimastite süstimisega, näitab enamikus riikides üleriigilisel tasandil langustendentsi. Tõlgendamine on raskem juhtudel, kus andmete allikad on omavahel osaliselt vastuolus, nagu näiteks Bulgaaria, Saksamaa ja Ühendkuningriigi puhul, ehkki nii uute diagnoositud juhtude arv kui ka levimus neis riikides on väike (välja arvatud Bulgaarias aastatel 2004–2006).

Uimastite süstimisega seotud uute HIVi diagnooside kõrge aastamäär Eestis, Lätis ja Portugalis viitab sellele, et neis

riikides levib nakkus endiselt suurel määral. Eesti puhul toetavad seda seisukohta 2005. aasta levimuse andmed, mille kohaselt umbes kolmandik uutest uimastisüstiijatest (neist, kes on süstinud vähem kui kaks aastat) on HIV-positiivsed. Märke jätkuva HIVi nakatumise kohta leidub andmetes kõrge levimuse (üle 5%) kohta noorte süstivate narkomaanide seas (vähemalt 50-st alla 25aastasest süstivast narkomaanist koosnevad valimid) mitmes riigis: Hispaanias (2005. aasta üleriigilised andmed), Portugal (2006. aasta üleriigilised andmed), Eesti (2005. aasta kahe piirkonna andmed), Läti (aastate 2002/2003 üleriigilised ja kahe linna andmed), Leedu (2006. aasta ühe linna andmed) ja Poola (2005. aasta ühe linna andmed) ⁽¹³⁰⁾.

AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus

Andmed AIDSi haigestumuse kohta on olulised, kuna need näitavad sümptomaatilise haigestumise taset, kuigi HIVi nakatumise osas ei ole need heaks indikaatoriks. AIDSi haigestumuse andmed võivad samuti anda teavet

⁽¹³⁰⁾ Vt tabeleid INF-109 ja INF-110 2008. a statistikabülletäänis.

HIVi/AIDSi kriisikolled

Viimaste andmete kohaselt on süstivate narkomaanide seas HIVi haigestumus Euroopa Liidus üldiselt madal. Samas tuleb olla valvas, sest mõnes liikmesriigis on uimastisüstimisega seotud uute HIVi nakatumiste määr endiselt kõrge ning mõnes ELi naaberriigis on olukord isegi hullem.

Pärast hiljutist HIVi epideemiat Eestis ja Lätis vähenes uute diagnoositud juhtude hulk süstivate uimastitarbijate hulgas 2001. aastast, kuid on nüüd stabiliseerunud ikka veel kõrgel tasemel (vastavalt 142,0 ja 47,1 uut juhtumit miljoni elaniku kohta 2006. aastal), mis näitab, et nakatumise määr on endiselt kõrge. Portugalis on endiselt kõige enam uusi diagnoositud nakkusjuhte Euroopa Liidus (vt lk 78) ja kuigi tendents on langev, on uute diagnoositud juhtude määr 66,5 miljoni elaniku kohta 2006. aastal jätkuvalt kõrge.

Euroopa Liidust ida poole jäävates naaberriikides on olukord eriti murettekitav. Kahes kõige suuremas riigis, Venemaal ja Ukrainas on uute diagnoositud juhtude arv kõrge ja suureneb jätkuvalt. 2006. aastal hinnati uimastisüstimisega seotud uute nakkusjuhtude arvuks Venemaal enam kui 11 000 ja Ukrainas 7000 (vastavalt 78,6 ja 152,9 uut juhtu miljoni elaniku kohta).

Nakkuse leviku kõrge määr süstivate narkomaanide seas viitab sellele, et tuleb üle vaadata olemasolevate teenuste kättesaadavus, tase ja ulatus, sealhulgas konkreetsed meetmed nakkushaiguste leviku vähendamiseks, nagu süstlavahetus ja asendusravi. Peale selle on süstivate narkomaanide hulgas vaja läbi viia sihtuuringuid, et teha kindlaks, miks mõned rahvastikurühmad on eriti haavatavad, uurida riskikäitumisega seotud tegureid ja enesekaitse barjääre ning tuvastada paljulubavaid lähenemisi uute puhangute ennetamiseks.

aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavuse ja tõhususe kohta. AIDSi haigestumuse kõrge tase mõnes Euroopa riigis võib viidata sellele, et paljud HIVi nakatunud süstivad narkomaanid ei saa nakatumise järel aktiivset retroviirusevastast ravi nii ruttu kui vaja, mille tõttu kannatab ravi tõhusus.

Portugalis on narkootikumide süstimisega seotud AIDSi haigestumus endiselt kõige kõrgem. 2006. aasta näit oli hinnanguliselt 22,4 uut juhtu miljoni elaniku kohta, millest küll nähtub selge langustendents võrreldes 2005. aasta 29,9 juhuga miljoni elaniku kohta. Suhteliselt kõrge on AIDSi haigestumus ka Eestis, Hispaanias ja Lätis, sealsed näitajad on vastavalt 17,1; 15,1 ja 13,5 uut juhtu miljoni elaniku kohta. Nimetatud kolmest riigist nähtub Hispaanias ja Lätis langustendents, samas kui Eestis on kõige viimaste andmete kohaselt täheldatud tõusu 11,9 uuel juhul miljoni

elaniku kohta 2005. aastal 17,1 juhuni miljoni elaniku kohta 2006. aastal. Tõusu on täheldatud ka Leedus: 2,0 uuel juhtumil miljoni elaniku kohta 2005. aastal 5,0 juhuni 2006. aastal ⁽¹³¹⁾.

B- ja C-hepatiit

Kui HIVi levimus uimastisüstijate hulgas on kõrge vaid üksikutes ELi riikides, siis viiruslik hepatiit ja eriti C-hepatiidi viiruse (HCV) põhjustatud nakkus on Euroopa süstivate narkomaanide seas palju ühtlasemalt levinud. Ajavahemikus 2005–2006 oli HCV antikehade levimus süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites 15–90%, kusjuures enamik riike teatas tavaliselt levimusest üle 40%. Vaid üksikud riigid (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik ja Soome) teatavad alla 25%-lisest levimusest süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites – ehkki ka selline nakkuse määr kujutab endast olulist rahvatervise probleemi ⁽¹³²⁾.

Riigisisene HCV levimus võib olla üsna erinev, peegeldades nii piirkondlikke erinevusi kui ka elanikkonna valimi eripära. Näiteks Ühendkuningriigis ilmneb kohaliku tasandi uurimustest tase vahemikus 29–59%, samas kui Itaalias varieeruvad erinevad piirkondlikud näitajad 40% ja 96% vahel. Ehkki empiirilise valiku näitajatesse tuleb alati suhtuda ettevaatlikult, võivad leitud levimuse erinevused olla ennetustegevuse ja raviprogrammide eesmärkide seadmisel ja läbiviimisel olulise tähtsusega. Lisaks sellele võib nakkusmäärade erinevusi põhjustavate tegurite mõistmine olla oluline paremate sekkumisstrateegiade kujundamiseks.

Noorte (alla 25aastaste) ja uute (vähem kui kaks aastat uimasteid tarvitanud) süstivate narkomaanide hulgas läbi viidud uuringutest võib järeldada, et ajavahemik, mille jooksul on võimalik HCV nakkust ennetada, on võrdlemisi lühike, kuna paljud nakatuvad viirusesse üsna pea pärast süstimise alustamist. Viimaste uuringute (2005–2006) andmed näitavad tavaliselt levimust 20% ja 50% vahel, kuigi valimite näitajates esines olulisi erinevusi.

B-hepatiidi (HBV) antikehade levimuses esineb veelgi suuremaid erinevusi kui HCV antikehade omas. Võimalik, et osaliselt on selle põhjuseks erinevused vaktsineerimismäärades, kuigi ka teistel teguritel võib oluline roll olla. Kõige täielikumad andmekogud on olemas B-hepatiidi tuumaantigeeni antikeha (anti-HBc) kohta, mis viitab varasemale nakkusele. Aastatel 2005–2006 teatas kuus riiki 11-st süstivate narkomaanide kohta andmed esitanud riigist üle 40%-lisest anti-HBc levimusest ⁽¹³³⁾.

Ajalises plaanis on B- ja C-hepatiidi nakkuste üldpilt erinev. B-hepatiidi puhul näib uimastisüstijate osakaal

⁽¹³¹⁾ Vt joonist INF-1 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹³²⁾ Vt tabeleid INF-111 kuni INF-113 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹³³⁾ Vt tabelit INF-115 2008. a statistikabülletäänis.

HIVi testimise ja ravi kättesaadavus

HIVi nakatunud inimestest Euroopas ei pruugi iga kolmas oma nakkusest teadlik olla (ECDC, 2007), lisaks ilmneb mõnede ELi liikmesriikide aruannetest, et teadlikkuse tase võib süstivate narkomaanide hulgas olla veelgi madalam.

Selle tulemusena ei saa paljud viirusega nakatunud inimesed kasutada varajase ravi ja hoolduse eeliseid. Lisaks võivad nad teisi inimesi nakkusohtu asetades ka HIVi teadmatult edasi kanda. Peale selle on HIVi seiresüsteemide kogutud andmete kvaliteet langenud.

Esialgsed andmed viitavad sellele, et uimastisüstijate seas on retroviirusevastase ravi ja hoolduse kättesaadavus ebaproportsionaalselt madal (Donoghoe *et al.*, 2007). Tõhusad viirusevastased ravimeetodid peavad arvestama süstivate narkomaanide olukorda ja vajadusi, milleks võivad olla kaasnevad tervise- ja sotsiaalprobleemid (nt kodutus ja tervisekindlustuse puudumine), aga ka stigmatiseerimine ja diskrimineerimine tervishoiuasutustes või korduv vahistamine ja kinnipidamine.

HIVi-testide ja ravi kättesaadavuse parandamiseks on EMCDDA välja töötanud konkreetsed juhendeid süstivatele narkomaanidele iga-aastase vabatahtliku arstliku läbivaatuse pakkumiseks, millega kaasneb ka HIVi ja viirusliku hepatiidi analüüs (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

kõigist teatatud nakkusjuhtudest mõnes riigis veidi langevat, mis ilmselt peegeldab uimastisüstijatele mõeldud vaktsineerimisprogrammide kasvavat mõju. C-hepatiidi teatatud juhtude hulgas on süstivate narkomaanide osakaal viies riigis langenud, kuid viies riigis (Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis, Maltal, Rootsis, Ühendkuningriigis) jällegi tõusnud (¹³⁴). Nii B- kui C-hepatiidi osas on süstivate narkomaanide osakaal 2006. aastal teatatud juhtudest riigiti jätkuvalt üsna erinev, mis viitab geograafilistele erinevustele nende nakkushaiguste epidemioloogias, kuigi ei saa välistada ka testimis- ja teatamistavadest tulenevaid erinevusi.

Nakkushaiguste ennetamine

Narkomaanide seas nakkushaiguste leviku piiramiseks ning nakkushaiguste tagajärgede vähendamiseks on ELi liikmesriikides kasutusel valik järgmistest meetmetest: uimastiravi, sealhulgas asendusravi (vt 6. peatükki), tervishoiualane teavitamine ja nõustamine, steriilsete süstimisvahendite jaotamine ning turvaseksi ja turvalisema tarvitamise alane teavitamine. Nimetatud meetmete kättesaadavus ja katvus on riigiti väga erinev.

Nõela- ja süstlavahetusprogrammid ning opioidide asendusravi on saadaval kõigis ELi liikmesriikides, Horvaatias ja Norras, ehkki vastavate asutuste ja sihtrühmade osas esineb suuri erinevusi. Viimase kümnendi jooksul on Euroopas oluliselt paranenud nii asendusravi kui ka kahjude vähendamise teenuste pakkumine. Mõnedes riikides on antud sekkumiste hulk siiski endiselt piiratud ning vajadus neis valdkondades ületab kõikjal jätkuvalt pakkumise.

Hiljuti Amsterdamis läbi viidud kohortuuringus rõhutati kombineeritud metadooniravi ja süstlavahetusprogrammide pakkumise eeliseid, kuna mõlemas teenuses osalemisega kaasnes ainult ühe teenusega võrreldes madalam HCVsse ja HIVi haigestumus süstivate narkomaanide hulgas (Van den Berg *et al.*, 2007).

Nõela- ja süstlavahetusprogrammide katvuse hindamine on raske ja vaid üksikud riigid on esitanud asjaomased andmed. Näiteks teatab Tšehhi Vabariik 90 asutust ühendavast madala läve teenuste võrgustikust, mille klientide arv ulatub aastas ligikaudu 25 000 uimastitarbijani (kellest 70% on uimastisüstijad) ning mille raames vahetatakse keskmiselt 210 süstalt uimastitarbija kohta.

Osa riike teatab nõela- ja süstlavahetusprogrammidega jagatavate süstalde arvu kasvust: Eestis on jagatud süstalde hinnanguline arv ühe uimastisüstija kohta ajavahemikus 2005-2006 kahekordistunud, ulatudes 112-ni. Samas ajavahemikus on Ungari süstlavahetusprogrammid suurendanud süstlavahetuste hulka 56% ja klientide arvu 84% võrra. Soome teatab jätkuvalt tervisenõustamiskeskustes teenindatud klientide ja jagatud süstalde arvu kasvust. Vastavate näitude suurenemisest ei teata siiski kõik riigid: Maltal ja Slovakkias jäi 2006. aastal süstlavahetuste arv stabiilseks, Poola teatas asjaomaste asutuste hulga vähenemisest ning vahetatud süstalde arvu vähenemisest 15% võrra. Rumeenia teatas Bukarestis vahetatud süstalde arvu 70%-lisest vähenemisest ning märkis selle peamise põhjuseks finantsprobleeme.

Mitmes riigis võib süstlavahetuste arvu stabiliseerumine või langus kajastada muutusi uimastisüstimise harjumustes ja kättesaadavas ravis: Luksemburgi madala läve keskuste poolt jagatud süstalde arv stabiliseerus pärast mitu aastat kestnud suurenemist 2005. aastal ja vähenes 2006. aastal. Vahetatud süstalde arvu hiljutisest vähenemisest on teatanud ka Portugal ja Belgia (flaami kogukond) ning piirkondlikul tasandil Saksamaa ja Madalmaad.

Nõelavahetus ja madala läve teenused võivad samuti osutada hoolduskanaliks nende jaoks, kel pole võimalik kasutada üldisi meditsiiniteenuseid. See hõlmab nii esmase

(¹³⁴) Vt tabeleid INF-105 ja INF-106 2008. a statistikabülletäänis.

B-hepatiitdivastane vaktsineerimine uimastitarbijate hulgas

B-hepatiidi viiruse (HBV) edasiandmine Euroopa süstivate narkomaanide hulgas jätkub, kogu elanikkonnaga võrreldes on aktiivse HBV nakkuse määr (HBsAg levimus) nende seas enamikus riikides endiselt kõrge (¹). Vaktsineerimist peetakse kõige tõhusamaks meetmeks HBV nakkuse ja selle tagajärgede ennetamisel. Enamik, ehkki mitte kõik ELi liikmesriigid on kooskõlas Maailma Terviseorganisatsiooni 1991. aasta soovitusel kehtestanud üldise viirusevastase vaktsineerimise. Imikute vaktsineerimise poliitika mõjutab aga peamiselt tulevasi uimastitarbijate põlvkondi. Et nakkuse levikut varem tõkestada, on enam kui pooled ELi liikmesriikidest vastu võtnud konkreetselt süstivatele narkomaanidele ja/või vangidele suunatud vaktsineerimisprogrammid. Nende programmide hõlmavus eri riikides on siiski erinev ja kolmandikus liikmesriikides puudub endiselt konkreetselt uimastitarbijatele mõeldud vaktsineerimisprogramm.

Uimastitarbijatele suunatud vaktsineerimisprogrammid seisavad tihti silmitsi vähese tulemuslikkusega, mis tuleneb vaktsineerimiskuuride lõpetamata jätmisest. Arvestades turvalise ja tõhusa vaktsiini olemasolu, võib kõrgema immuniseerimismäära saavutamise strateegiate hulka kuuluda paindlik lähenemine alles alustavatele uimastitarbijatele ja suurema uimastitarbimise levimusega rühmadele. Parematele immuniseerimistulemustele võib kaasa aidata ka korduv vaktsineerimine ja lisaannuste pakkumine neile, kelle immuunreaktsioon on vähenenud. Et vähendada kroonilise HBV-nakkuse juhtumeid ja nende tagajärgi, peavad ELi liikmesriigid oma poliitika vajadusel üle vaatama ning seda kohandama.

(¹) Vt tabeleid INF-106 ja INF-114 2008. a statistikabülletäänis.

arstiabi teenuseid kui ka seksuaaltervise parandamise meetmeid, näiteks kondoomide ja lubrikantide jagamist ning teavet turvaseksist. Enamikus riikides osutatakse madala läve keskuste sihtrühmani minevate meeskondade poolt ka teenuseid nakkushaiguste ennetamiseks, ehkki selle valdkonna teenuseid alles arendatakse. Näiteks on Eestis, Lätis ja Leedus loomisel riikidevaheline madala läve ennetusteenuste võrgustik, mis kasutab üldisi teenindusstandardeid ja epidemioloogilise seire protokolle.

Meditšiiniteenuseid osutatakse kas madala läve keskuste, mobiilsete teenuste või ravile suunamise kaudu. Näiteks teeb Tšehhi madala läve asutuste võrgustik tihedat koostööd kohaliku tasandi terviseteenuseid osutavate asutustega, et võimaldada juurdepääsu nõustamis-, kontrolli- ja raviteenustele kaasnevate somaatiliste haiguste, eelkõige viirusliku hepatiidi korral. Bulgaarias osutas Musta mere ääres Burgases paiknev mobiilne arstikabinet 2006. aastal konsultatsioone 750-l korral. Mõned Taani kohalikud omavalitsused said kõige tundlikumate uimastitarbijate

rühmadele suunatud terviseprogrammide läbiviimiseks toetust riiklikest vahenditest. Lisaks on Kopenhaagenis 2008. a kolmeaastase juhtkava raames käivitatud nn tervisetoa projekt, mis hõlmab kombineeritud madala läve teenuste tervise- ja sotsiaalnõustamise meetmeid.

Viirusliku hepatiidi ennetamine

Mitu riiki teatas 2006. aastal viirusliku hepatiidi ennetamise algatustest. Näiteks Luksemburgis muutus pärast vastavate uuringutulemuste saamist noorte ja uute uimastitarbijate hulgas ohutumate vahendite alane nõustamine tõhusamaks ning paranes süstivate narkomaanide vaba juurdepääs süstimisvahenditele. Taanis pakutakse alates 2006. aastast uimastitarbijatele ja nende partneritele tasuta A- ja B-hepatiidi vastast vaktsineerimist ning kohalikud omavalitsused on kohustatud osutama uimastisüstijatele igakülgeid teenuseid nakkushaiguste osas. Iirimaa alustas 2007. aastal tegevust HCV tööruhm, kelle ülesandeks on vastava järelevalve, hariduse ja ravi alase riikliku strateegia väljatöötamine.

Uimastitarbimisega seotud nakkushaiguste vastu võitlemise oluliseks keskkonnaks on vanglad, seal on võimalik osutada teenuseid elanikkonna rühmadele, kelleni muudes tingimustes on raske jõuda (vt 2. peatükki). Hiljutistest teadusuuringutest ilmneb, et oluline on teha viiruskontrolli kõigil neil, kes kunagi on ebaseaduslikke uimasteid tarbinud, ning et kroonilise C-hepatiidi kontroll kinnipidamisasutusse saabumisel on tulus meede (Sutton et al., 2006). Lisaks sellele, et nakatunutele osutati vajalikku ravi ja hooldust, võisid uimastitarbijad kinnipidamiskohtades kasu saada mitmesugustest muudest sekkumistest, näiteks saada terviseharidust ja lasta end B-hepatiidi vastu immuniseerida (¹³⁵).

Uimastitega seotud surmad ja suremus

Uimastitarbimine on üks Euroopas noorte peamisi terviseprobleemide ja surma põhjusi. Eelkõige opioiditarbimisest tingitud märkimisväärset suuremust illustreerib EMCDDA poolt toetatud rahvusvaheline uuring, mille tulemusel selgus, et seitsmes Euroopa linnapiirkonnas võis 10–23 protsenti 15–49-aastaste suuremusest panna opioidide tarbimise arvele (Bargagli et al., 2005).

EMCDDA võtmeindikaator „Uimastitega seotud surmad ja suremus uimastitarbijate hulgas“ jälgib põhiliselt uimastitarbimisega otseselt seotud surmasid (uimastitest põhjustatud surmasid) ning mõningal määral uimastitarbijate suuremat tervikuna, mis hõlmab ka mitme teise tervise- ja sotsiaalprobleemiga seotud surmasid.

(¹³⁵) Vt DUP tabeleid 2008. a statistikabülletäänis.

Uimastitest põhjustatud surmad

EMCDDA defineerib uimastitest põhjustatud surmana ⁽¹³⁶⁾ neid surmajuhtumeid, mis on otseselt põhjustatud (mürgistuse või üledoosina) ühe või mitme uimasti tarbimisest, millest vähemalt üks on ebaseaduslik uimasti. Uimastitarbijate arv, nende tarbimisharjumused (süstimine, mitme uimasti tarbimine) ning ravi- ja hädaabiteenuste kättesaadavus on tegurid, mis võivad mõjutada niisuguste

Uimastitega seotud suremuse keerukas mõiste

Nii uimastitega seotud suremuse alaseid teaduslikke kui ka poliitilisi debatte raskendab kõnealuses valdkonnas kasutatavate mõistete ja definitsioonide hulk. Kui kasutusel on väga laiad ja kõikehõlmavad mõisted, ei pruugi andmed anda piisavalt teavet uimastitega seotud suremuse taustategurite mõistmiseks. Näiteks kui kõik positiivse toksikoloogilise analüüsiga surmad pannakse ühte rühma, satuvad sinna juhtumid, kus narkootikumidel on olnud otsene põhjustav roll, kaudne roll või ei ole need üldse olnud surmaga seotud.

Teine oluline teema on vaadeldavad ained, mis võivad piirduda ebaseaduslike uimastitega, aga nende hulka võib kuuluda ka teisi psühhoaktiivseid aineid ja ravimeid. Viimasel juhul võib olla keeruline eristada vaimse tervise probleemidega seotud surmasid (nt depressiooniga seotud enesetapp) narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmadest. Lisaks on paljud uimastitest põhjustatud surmad tegelikult seotud mitme narkootikumiga ning eri narkootikumide rolli võib olla raske mõista.

Põhimõtteliselt koosneb uimastitega seotud suremuse mõiste kahest osast. Esimene ja kõige paremini dokumenteeritud osa käsitleb neid surmasid, mille on põhjustanud otseselt ühe või mitme narkootikumi toime. Nende surmade puhul kasutatakse tavaliselt mõisteid üledoos, mürgistus või uimasti põhjustatud surm. Teine osa on laiem ja hõlmab surmasid, mida ei saa otseselt seostada ainete farmakoloogilise toimega, mis on aga sellest hoolimata nende tarbimisega seotud: nakkushaiguste hilisemad tagajärjed, seos vaimse tervise probleemidega (nt enesetapp) või teiste asjaoludega (nt liiklusõnnetused). Lisaks on olemas ka uimastitega seotud surmad, mis on kaudselt põhjustatud mingist olukorrast (nt uimastikaubandusega seotud vägivald).

Praegune EMCDDA lähenemine üldise uimastitega seotud suremuse alasele teavitamisele põhineb probleemsete uimastitarbijate rühmade suremuse hinnangutel. Samas uuritakse ka teisi lähenemisi ning liidetakse eri allikate andmeid uimastitest põhjustatud suremuse hindamiseks kogukonnas (vt „Uimastitega seotud üldine suremus“, lk 86).

surmajuhtude arvu kogukonnas. Üldiselt saabub uimastitest põhjustatud surm kohe pärast uimasti(te) tarbimist.

Euroopa andmete kvaliteedi ja usaldusväärsuse paranemine viimastel aastatel on võimaldanud paremini kirjeldada üldiselt ja riiklike suundumusi ning enamik riike kasutab nüüdseks uimastitest põhjustatud surma definitsiooni, mis on kooskõlas EMCDDA asjakohase määratlusega ⁽¹³⁷⁾. Vaatamata sellele esineb andmete esitamise kvaliteedis riikide vahel erinevusi ning otseseid võrdlusi tehes tuleks seetõttu olla ettevaatlik.

Aastatel 1990–2005 teatasid ELi liikmesriigid 6500-st kuni 8500-st uimastitest põhjustatud surmajuhtumist aastas, mis teeb kokku üle 130 000 surmajuhtumi selle aja jooksul. Neid näitajaid tuleb pidada miinimumhinnanguks ⁽¹³⁸⁾.

Rahvastiku suremus seoses uimastitest põhjustatud surmadega on riigiti väga erinev, ulatudes 3–5 kuni rohkem kui 70 surmajuhtumini miljoni 15–64-aastase elaniku kohta (keskmiselt 21 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta). 16 Euroopa riigis esineb üle 20 surmajuhtumi miljoni elaniku kohta ning viies riigis üle 40 juhtumi. 15–39-aastaste meeste hulgas on suremus enamikus riikides ligikaudu kaks korda kõrgem (keskmiselt 44 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta Euroopas). Aastatel 2005–2006 moodustasid uimastitest põhjustatud surmad 3,5% kõigist 15–39-aastaste eurooplaste surmajuhtumitest ning kaheksas riigis koguni enam kui 7% ⁽¹³⁹⁾ (joonis 11).

Endiselt on ebapiisavalt uuritud haigestumust ja muid mitesurmava üleannustamise tagajärgi ning liiga vähe on investeeritud ennetustegevusse, vaatamata tõenditele, et need näitajad võivad olla küllaltki suured. Uuringud on näidanud, et iga surmaga lõppeva üledoosi kohta võib olla 20–25 mitesurmavat üleannustamist. Kuigi pole kindel, kas need hinnangulised näitajad kehtivad Euroopa Liidu kohta tervikuna, annavad need tulemuseks 120 000–175 000 mitesurmavat üleannustamist aastas.

Opioididega seotud surmad

Heroiin

Euroopas on opioidide üleannustamine üks peamisi noorte inimeste surmapõhjuseid, eelkõige linnapiirkondades elavate meeste hulgas ⁽¹⁴⁰⁾. Opioidid, peamiselt heroiin või selle metaboliidid, kaasnevad enamiku Euroopa Liidus registreeritud uimastitest põhjustatud surmadega, moodustades 55% kuni isegi 100% kõigist

⁽¹³⁶⁾ Nüüdseks on kasutusel termin „uimastitest põhjustatud surm“, kuna see vastab täpsemini kasutatavale definitsioonile.

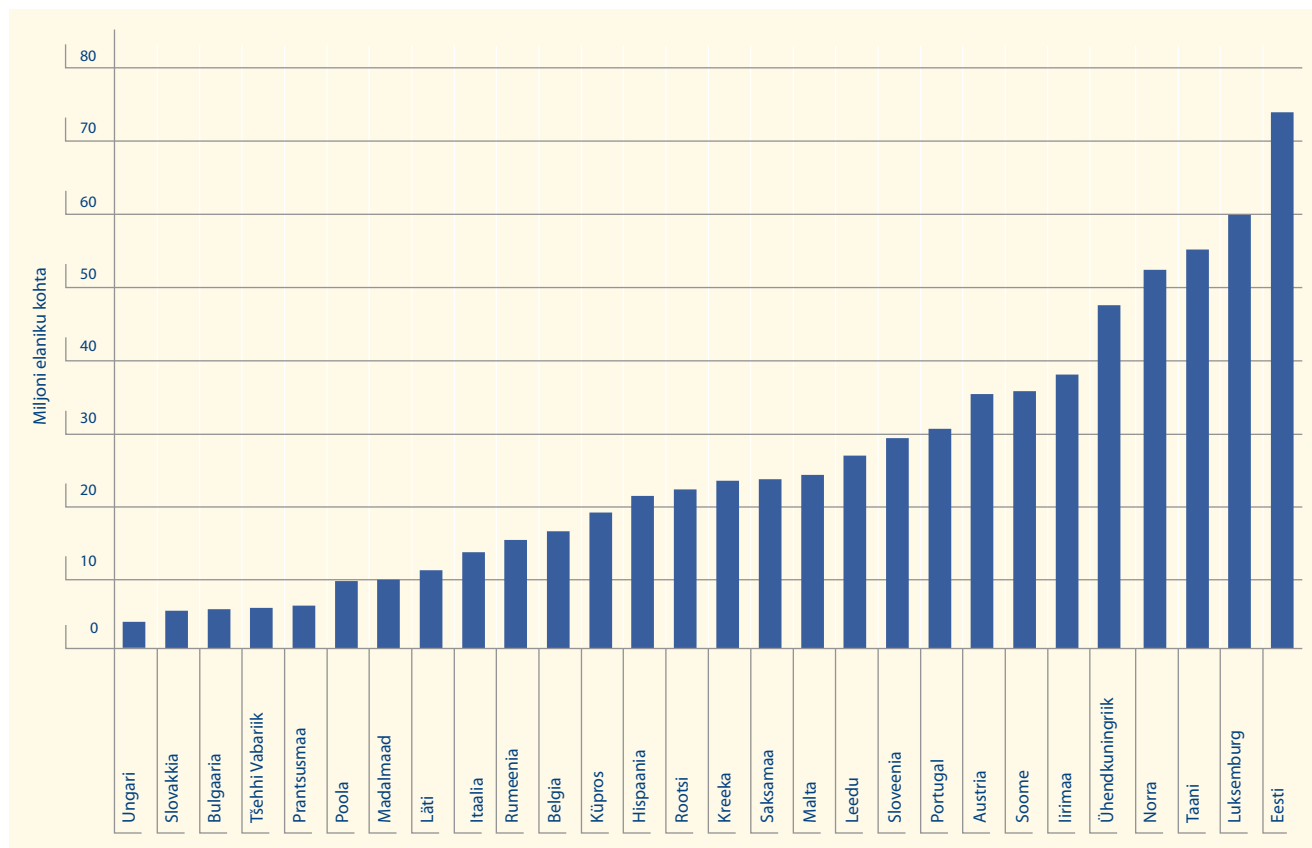
⁽¹³⁷⁾ Vt täpsemat metodoloogilist teavet uimastitega seotud surmade kohta 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁸⁾ Vt tabelit DRD-2 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹³⁹⁾ Vt tabelit DRD-5 ja joonist DRD-7 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁰⁾ Kuna enamik EMCDDA-le teatatud surmajuhtumiteid on põhjustatud opioidide üleannustamisest, siis kirjeldatakse opioidide põhjustatud surmajuhtumiteid uimastitest põhjustatud surmade tavapärase tunnuste abil.

Joonis 11: uimastitest põhjustatud suremus kõigi täiskasvanute hulgas (vanuses 15–64)



NB: Tšehhi Vabariigi puhul kasutati riikliku definitsiooni asemel EMCDDA valikus D esitatud määratlust; Ühendkuningriigi puhul kasutati narkostrateegia määratlust; Rumeenia puhul kajastavad andmed vaid Bukaresti ja mitme Bukaresti Toksikoloogilabori teeninduspiirkonda kuuluva maakonna andmeid. Elanikkonna suuremuse arvutamisel võeti aluseks riikide rahvaarv 2005. aastal vastavalt Eurostati andmetele. Kuna uimastitest põhjustatud surma definitsioonide ja andmete kvaliteedi osas on erinevusi, tuleb võrdluste tegemisel olla ettevaatlik. Usaldusvahemike ja täiendava teabe kohta vt joonist DRD-7 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded 2007, riiklike surmaregistrite ja (kohtu- või politsei) eriregistrite andmed, Eurostat.

surmajuhumitest, kusjuures enam kui pooled riigid teatavad üle 80%-lisest osakaalust ⁽¹⁴¹⁾. Heroiiniiga seotud surmajuhumite toksikoloogilistes aruannetes on tuvastatud sageli teisigi aineid, mis võisid surmale kaasa aidata. Neist kõigi sagedamini on nimetatud alkoholi, bensodiasepiine, muid opioide ning mõnedes riikides ka kokaiini. Hiljuti EMCDDA poolt üheksa riigi osalusel läbi viidud töö põhjal selgus, et opioididest põhjustatud surmajuhumite korral nimetati toksikoloogilises aruandes 60–90% juhtudel enam kui ühte uimastit. Sellest nähtub, et märkimisväärne osa kõigist uimastitest põhjustatud surmajuhumitest võib olla põhjustatud mitme uimasti koostarbimisest.

Enamik opioidide üleannustamise ohvritest on mehed (60–95%), enamik neist 20–40 aastat vanad, enamikus riikides on nad keskmiselt 30. eluaastate keskel ⁽¹⁴²⁾. Paljudes riikides on surmaga lõppenud üleannustamise ohvrite keskmine vanus tõusmas, mis viitab noorte

heroiniitarbijate arvu võimalikule stabiliseerumisele või vähenemisele. Teisal (Bulgaarias, Eestis, Rumeenias, Austrias) on siiski alla 25aastaste osakaal üleannustamisjuhtumites suhteliselt kõrge, mis võib viidata sellele, et nendes riikides on heroiniitarbijad või uimastite süstijad nooremad ⁽¹⁴³⁾.

Metadoon ja buprenorfiin

Uuringud on näidanud, et asendusravi vähendab surmaga lõppeva üleannustamise riski. Sellele vaatamata on igal aastal registreeritud mitu opioidide asendusravi ainetega seotud surmajuhumit, mis on enamasti tingitud väärkasutusest, mõnedel juhtudel aga ka ravi käigus ilmnunud probleemidest ⁽¹⁴⁴⁾.

Paljud riigid teatavad metadooni esinemisest olulise osa uimastitega seotud surmajuhumite puhul, kuigi ühiste aruandestandardite puudumise tõttu ei ole metadooni roll surmajuhumites alati selge. Taani, Saksamaa,

⁽¹⁴¹⁾ Vt joonist DRD-1 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴²⁾ Vt tabelit DRD-1 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴³⁾ Vt jooniseid DRD-2, DRD-3 ja DRD-4 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁴⁾ Vt „Asendusraviga seotud surmajuhumid“, lk 85.

Asendusraviga seotud surmajuhtumid

Uuringud on näidanud, et üleannustamise oht väheneb oluliselt, kui heroiinitarbijad on metadooni asendusravil. Näiteks ilmnes hiljutisest 5000 heroiinikasutajaga tehtud kohortuuringust, et üleannustamisest põhjustatud surmade risk väheneb üheksa korda kasutajate asendusravil olles võrreldes ajaga, mil nad seal ei osalenud, said mingit muud ravi või ei saanud üldse ravi (Brugal *et al.*, 2005).

Mõnede surmade toksikoloogilistes analüüsides on siiski tuvastatud metadooni. See ei pruugi igal juhul ja alati viidata põhjuslikule seosele, kuna kaasneda võisid ka teised narkootikumid või asjaolud. Siiski võib esineda üleannustamisest tingitud surma, sellega seotud tegurite hulka võivad kuuluda taluvuse muutumine, liiga suured annused, patsiendipoolne väärkasutus ja ravimi kasutamine ravivälisel eesmärgil.

Ühendkuningriigis seostatakse metadooni põhjustatud surmade vähenemisega meetmeid, mis ennetavad metadooni kõrvalasuunamist ebaseaduslikule turule (Zador *et al.*, 2006) ning asendusravi heal taval võib üldiselt olla oluline osa metadooniga seotud surmade ohu vähendamisel. Parandades ravi kvaliteedistandardeid, sealhulgas ravimite väljakirjutamise tavasid, klientide jälgimist ravi algusfaasis, võimaliku südame toksilisuse seiret, teiste ravimite või psühhoaktiivsete ainete kasutamise ohtudest teavitamist ja ravimite väljastamistavasid, et vähendada metadooni kõrvalasuunamise ohtu, kaitstakse suure tõenäosusega nii patsientide kui ka kogukonna tervist.

Metadooniravi hüppelise levikuga Euroopas ei ole kaasnenud metadooniga seotud surmade kasvu. Ühendkuningriigis tehtud uuringus leiti, et 1993. aastast 2004. aastani kasvas väljakirjutatud suukaudse metadooni kogus 3,6 korda, samas kui metadooniga seotud surmade arv vähenes 226-lt 194-ni (Morgan *et al.*, 2006). Sellest ilmneb metadooniga seotud suremuse vähenemine 13 patsiendilt 1000 kohta 1993. aastal 3,1 patsiendini 1000 kohta 2004. aastal. Kuigi sarnased uuringud teistes riikides oleksid väga kasulikud, osutavad olemasolevad tõendid sellele, et metadooniga seotud surmad on seotud pigem puudujääkidega selle väljakirjutamistavades kui asendusravi üldise määraga.

Ühendkuningriik ja Norra teatasid suhteliselt paljudest metadooniga seotud surmajuhtumitest, ülejäänud riigid kas ei teatanud ühestki vastavast juhtumist või oli nende arv väga väike (¹⁴⁵). Ameerika Ühendriikides on alates 1999. aastast täheldatud metadooniga seotud surmajuhtumite arvu märgatavat kasvu. Enamik neist surmajuhtumitest on põhjustatud haiglate, apteekide, arstide või valuraviarstide käest saadud metadooni väärkasutamisest, vaid väga väike arv on seotud asendusraviprogrammide kaudu soetatud metadooni väärkasutamisega (¹⁴⁶).

Buprenorfiinimürgistusest põhjustatud surmajuhtumid näivad olevat harvad, vaatamata sellele, et nimetatud aine asendusravis kasutamine paljudes Euroopa riikides kasvab. Prantsusmaal teatati üksikute buprenorfiiniga seotud surmajuhtumitest, kuigi buprenorfiini asendusravi saavate uimastitarbijate arv on küllaltki suur (76 000–90 000). Soomes kaasneb buprenorfiin aga enamiku uimastitest põhjustatud surmajuhtumitega, sageli esineb see koos rahustite või alkoholiga või on seda tarbitud süstimise teel (¹⁴⁷).

Fentanüül

Eestis on teatatud murettekitavast 3-metüül-fentanüülimürgistuste surmaga lõppevast epideemiast, mille andmed põhinevad lahkamistulemustel ja kohtuekspertiisi toksilistel leidudel: 2005. aastal esines 46 ja 2006. aastal 71 surmaga lõppenud mürgistust (Ojanperä *et al.*, ilmumas). Lisaks osutavad esialgsed andmed Eestis 85 surmajuhtumile 2004. aastal, mis on seotud sama ainega. Ka teised Euroopa riigid on teatanud sporaadilistest fentanüüliga seotud surmajuhtumitest ning hiljuti teatati samasugusest lühiajalisest epideemiast Ameerika Ühendriikides. Näiteks Chicagos oli ajavahemikus 2005–2007 fentanüüliga seotud 350 surmajuhtumit (Denton *et al.*, 2008). Kõnealune aine on väga tugevatoimeline, mis võib suurendada üleannustamise riski, samas kui toksikoloogilisel kontrollil võib seda mitte märgata. Fentanüüli suurenenud ebaseaduslik tootmine ja tarbimine võib seetõttu proovile panna nii olemasolevad seiresüsteemid kui ka rahvatervise vastumeetmed.

Muude uimastitega seotud surmad (¹⁴⁸)

Kokaiini põhjustatud surmajuhtumeid on raskem määratleda ja kindlaks teha kui opioidide põhjustatud surmajuhtumeid (vt 2007. a valikteemat kokaiini kohta). Otseselt farmakoloogilisest üledoosist tingitud surmajuhtumid näivad olevat ebatavalised ning on tavaliselt seotud väga suurte kokaiiniannustega. Enamik kokaiini põhjustatud surmadest näib olevat seotud uimasti kroonilise mürgistusega, mis põhjustab südame-veresoonkonna ning neuroloogilisi probleeme. Mitte alati ei pruugi kokaiini osa nende surmajuhtumite puhul olla selge ning seetõttu ei teatata neist kui kokaiiniga seotud juhtumitest. Andmete tõlgendamist võimalike kokaiini põhjustatud surmajuhtumite kohta raskendab paljudel juhtudel ka selle uimasti esinemine koos muude

(¹⁴⁵) Vt tabelit DRD-108 2008. a statistikabülletäänis ja 2007. aasta aruannet.

(¹⁴⁶) National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

(¹⁴⁷) Vt tabelit DRD-108 2008. a statistikabülletäänis.

(¹⁴⁸) Vt tabelit DRD-108 2008. a statistikabülletäänis.

ainetega, mis teeb keeruliseks surma põhjuslike seoste väljaselgitamise.

2006. aastal teatas 14 liikmesriiki kokku enam kui 450-st kokaiiniga seotud surmajuhtumist – kuigi on tõenäoline, et kokaiini põhjustatud surmajuhtumite arv Euroopa Liidus on tegelikult suurem.

Ecstasy'ga seotud surmadest teatatakse endiselt harva. Enamik teateid, milles surmaga kaasneb ecstasy, pärineb Ühendkuningriigist, kuid paljudel juhtudel ei ole uimastit nimetatud otsese surma põhjusena.

Amfetamiinidega seotud surmadest teatatakse Euroopas üldiselt samuti harva, kuid Tšehhi Vabariigis oli pervitiiniga (metamfetamiiniga) seotud olulisel arvul uimastite põhjustatud surmajuhtumeid. Soomes teatati 64-st surmajuhtumist, mille puhul amfetamiini olemasolu oli toksikoloogiliselt kindlaks tehtud, kuigi see ei tähenda tingimata, et nimetatud uimasti oli surma otseseks põhjuseks.

Uimastitega seotud surmade suundumused

1980. aastatel ja 1990. aastate alguses toimus Euroopas uimastite põhjustatud surmade osas järsk tõus (mis oli oletatavasti paralleelne heroini tarbimise ja süstimise ulatusliku levikuga) – pärast seda jäi vastav näitaja pidama suhteliselt kõrgele tasemele ⁽¹⁴⁹⁾. Pikki aegridu esitanud riikide andmetest nähtuvad siiski erinevad suundumused: mõnedes riikides (nt Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias), esines kõige rohkem surmajuhtumeid 1990. aastate algusest kuni keskpaigani, hiljem hakkas nende arv langema; teisel (nt Iirimaa, Kreekas, Portugalis, Soomes, Rootsis, Norras) oli surmajuhtumite arv enne selle langemist kõige kõrgem 2000. aasta paiku; mõnedes riikides aga (nt Taanis, Madalmaades, Austrias, Ühendkuningriigis) võis täheldada tõusvat trendi ilma selge haripunktita ⁽¹⁵⁰⁾.

Raskem on kirjeldada ajavahemikus 2001 kuni 2005/2006 esinenud uimastite põhjustatud surmajuhtumite suundumusi. Selle aastakümne esimestel aastatel (2000–2003) teatasid paljud ELi riigid uimastite põhjustatud surmajuhtumite arvu langusest ning nende koguarv langes 2001. aastal 3%, 2002. aastal 14% ning 2003. aastal 7% ⁽¹⁵¹⁾. Aastatel 2004 ja 2005 teatas enamik Euroopa riike aga vastava arvu kergest suurenemisest. See võib olla seotud mitme teguriga, sealhulgas suurenenud mitme uimasti tarbimise, heroini

võimaliku lihtsustunud kättesaadavuse või krooniliste uimastitarbijate populatsiooni vananemisega ⁽¹⁵²⁾.

Kuna mõne suurema riigi andmed 2006. aastal uimastite põhjustatud surmajuhtumite kohta puuduvad, on vastavad hinnangulised näitajad esialgsed. 18 riigi olemasolevate andmete põhjal võib siiski täheldada väikest langust võrreldes 2005. aasta andmetega.

Narkootikumidest põhjustatud surmajuhtumite arv alla 25aastaste seas on kogu Euroopas mõõdukalt kahanenud, samas kui 2004. aastast Euroopa Liiduga ühinenud liikmesriikides on selle vanuserühma surmajuhtumite arv kuni viimase ajani kasvanud ⁽¹⁵³⁾. Siiski võib noorte surmajuhtumite osakaalu suurenemist viimastel aastatel täheldada ka Kreekas, Luksemburgis ja Austrias ning vähemal määral Bulgaarias, Lätis ja Madalmaades ⁽¹⁵⁴⁾. See tähelepanek nõuab täiendavat uurimist, kuna see võib viidata opioide tarbivate noorte arvu kasvule nimetatud riikides.

Uimastitega seotud üldine suremus

Hiljutise uuringu tulemusel selgus, et kaheksas kohas Euroopas (seitsmes linnas ja ühes maakohas) värvatud ravi saavate opioiiditarbijate seas oli suremus eakaaslastega võrreldes väga kõrge (vt EMCDDA, 2006). Teiste kohortuuringute tulemustest nähtub, et võrreldes kogu elanikkonnaga on uimastitarbijate suremus kuus kuni 54 korda kõrgem. Need erinevused on peamiselt tingitud üleannustamisest, kuigi suure tähtsusega on ka muud tegurid, näiteks mõnedes riikides on AIDSiga seotud surmajuhtumitel oluline osa. Darke *et al.* (2007) uuringus sõnastatakse neli suurt uimastitarbijate surma kategooriat: üleannustamine (sealhulgas alkoholimürgistus), haigus, enesetapp ja trauma. Haigustest võib uimastitarbimisega seostada vere kaudu levivaid viirusnakkusi (HIV, HCV ja HBV, vt eespool), kasvaja, maksakahjustusi ning vereringesüsteemi ja hingamiseldkonna probleeme. Traumadest esineb peamiselt õnnetusjuhtumeid, tapmisi ja muid vägivallaga seotud juhtumeid.

Hiljuti Norras ravile suunatud uimastitarbijate rühma seas läbi viidud kohortuuringus märgiti, et 189 registreeritud surmajuhtumi puhul olid pooled kõigist juhtudest, kus surma põhjus oli teada, põhjustatud üleannustamisest. Haigused, peamiselt AIDS ja maksahaigused, moodustasid pea neljandiku, enesetapud ja traumad kumbki umbes kümnendiku ning alkoholimürgistused ligikaudu 2%

⁽¹⁴⁹⁾ Vt joonist DRD-8 2008. a statistikabülletäänis. Ajaloolistel põhjustel on see suundumus seotud EU-15 ja Norraga.

⁽¹⁵⁰⁾ Vt joonist DRD-11 2008. a statistikabülletäänis.

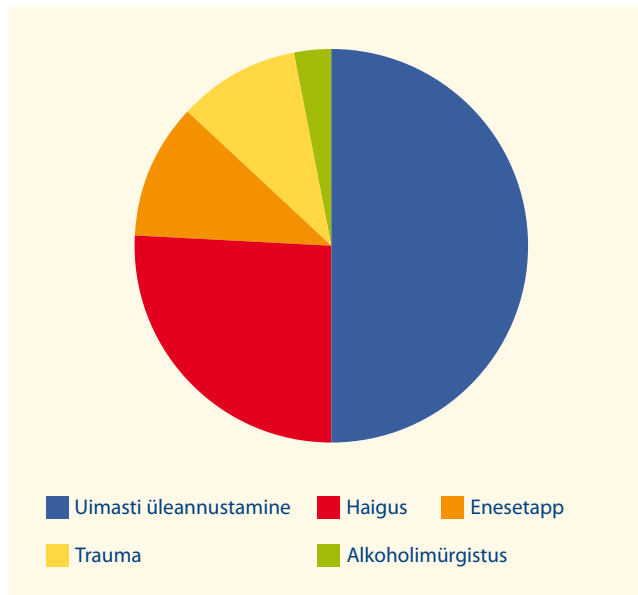
⁽¹⁵¹⁾ Siin esitatud arvud erinevad eelmiste aastate omadest, kuna Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis muutus juhtumi definitsioon või katvus, samuti toimus mitmes riigis andmete ajakohastamine.

⁽¹⁵²⁾ Vt „Opioidide indikaatorid ei näita enam langustendentsi“, lk 71 ning tabelit DRD-2 (i osa) ja joonist DRD-12 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁵³⁾ Vt joonist DRD-13 (i osa) 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁴⁾ Vt joonist DRD-9 2008. a statistikabülletäänis.

Joonis 12: Norras uimastitarbijate rühmas esinenud surmajuhtumid, mille põhjus oli teada



NB: Andmed pärinevad uuringust, mis hõlmas aastatel 1981–1991 uimastisõltuvuse ravi saanud 501 uimastitarbija valimit. Kuni 2003. aastani registreeriti kokku 189 surmajuhtu, millest 14 juhul ei olnud surma põhjust võimalik kindlaks teha.

Allikas: Ødegard, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, lk 176–182.

(joonis 12). Tuleb märkida, et AIDSiga seotud surmade osakaal riikides, kus HIVi levimus uimastitarbijate seas on kõrgem, võib olla tunduvalt suurem.

Kohortuuringud on väärtuslik meetod uimastitega seotud üldise suremuse hindamiseks ja mõistmiseks, kuid ka muud lähenemised võivad aidata teemat paremini haarata ja sellest riiklikul tasandil ülevaadet saada. EMCDDA uurib koostöös liikmesriikidega praegu selles valdkonnas mitme uue meetodi kasutamist, eesmärgiga rakendada neid ELi tasandil. Ühes niisugustest lähenemistest ekstrapoleeritakse kohortuuringutest probleemsete uimastitarbijate suremus kohalikeks (Bargagli *et al.*, 2005) või riiklikeks (Cruts *et al.*, 2008) hinnanguteks. Teise lähenemise puhul kohaldatakse mitme uuringu tulemustest saadud uimastitega seotud määrasid surmapõhjustele, mis on kõige sagedamini seotud uimastite tarbimisega (nt AIDS, õnnetusjuhtumid, enesetapud ja mürgistused) ning mis on registreeritud üldistes elanikkonna surmaregistrites.

Uimastite tarbimisega kaudselt seotud surmad

Teine oluline surma põhjus on uimastisüstimisega seotud AIDSi-surmad. Eurostati ja EuroHIVI (aastalõpu aruanded 2005 ja 2006) andmete põhjal võib hinnata, et 2003.

aastal suri üle 2600 inimese uimastitarbimisega seotud AIDSi tõttu ⁽¹⁵⁵⁾. Enamik surmajuhtumest pärines mõnedest riikidest, kusjuures Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Portugal moodustasid kokku üle 90%. AIDSi suremuse kõrgpunkt oli 1990. aastate keskpaigas, pärast aktiivse retroviirusevastase ravi kasutuselevõttu ja suuremat ulatust on surmajuhtude arv oluliselt vähenenud.

Kui Hispaania, Itaalia ja eelkõige Portugal välja arvata, on uimastite süstimisega seostatavast AIDSist tingitud rahvastiku suremus madal. Paljudes riikides on üleannustamisega seotud suremus uimastitarbijate seas tunduvalt kõrgem kui AIDSiga seotud suremus ⁽¹⁵⁶⁾. Teistest põhjustest (nt muud nakkushaigused, vägivald, õnnetusjuhtumid) tingitud surmade arvu on praegu raskem hinnata ning selles valdkonnas on andmete kogumist ja hindamist vaja parandada (vt eelmist osa).

Enesetapp on uimastitarbijate seas üsna levinud surma põhjus. Kirjandusülevaatest (Darke, Ross, 2002) ilmnes, et enesetappude osakaal heroiniitarbijate hulgas on 14 korda kõrgem kui kogu elanikkonna seas.

Uimastitega seotud surmade vähendamine

Enamikus riikides on uimastitega seotud surmade vähendamine üks riikliku uimastistrateegia eesmäärke, kuid vaid üksikutes on vastu võetud vastav tegevuskava või välja antud süstemaatilised suunised vastavate meetmete kohta. Ühendkuningriigi terviseamet andis 2007. aastal välja uued suunised uimastite kuritarvitamise ja uimastisõltuvuse kliinilise haldamise kohta, kus on sätestatud konkreetsed tegevused uimastiga seotud surmade ennetamiseks.

Itaalias tehtud pikaajalise prospektiivse uurimuse (Davoli *et al.*, 2007) tulemustest nähtub, et ravi, mis hõlmab asendusravi koos psühhosotsiaalse hoolduse ja psühhoteeraapiaga, võib olla tõhus vahend uimastitarbijate suremuse vähendamiseks. Uuring viidi läbi 10 454-st heroiniitarbijast koosnevas rühmas, kes hakkas kasutama riiklikke raviteenuseid ajavahemikus 1998–2001, ning selles hinnati ravil püsimist ja üleannustamisega seotud suremust. Suremuse riskifaktor oli rühmas keskmiselt 10 korda suurem kui kogu elanikkonna seas. Samas oli ravi saavate uimastitarbijate seas suremuse risk neli korda suurem kui kogu elanikkonna hulgas, ent ravi katkestanutel oli see 20 korda suurem.

Enamikus riikides toimub sihipärane üleannustamisega seotud riske ja nende haldamist käsitlevate teabematerjalide (voldikute, brošüüride, plakatite) levitamine. Pooltes liikmesriikidest teatatakse nüüd ka

⁽¹⁵⁵⁾ Aasta 2003, mille andmeid kasutati, on viimane aasta, mille kohta on Eurostati kaudu olemas surmapõhjuste andmed peaaegu kõigist liikmesriikidest. Täpsema teabe saamiseks allikate, näitude ja arvutuste kohta vt tabelit DRD-5 2008. a statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁶⁾ Vt joonist DRD-7 (ii osa) 2008. a statistikabülletäänis.

koolituste korraldamisest üleannustamise haldamise oskuste parandamiseks. Väljaõpe võib olla suunatud nii uimastitarbijatele, nende lähedastele kui ka vastava ala töötajatele ning jagatakse tavaliselt teavet konkreetsete riskide (pärast tarvitamispausi ilmnev vähenenud taluvus, mitme uimasti tarvitamise, eriti samaaegse alkoholitarbimise tagajärjed, uimastite tarvitamine teiste isikute juuresolekuta) kohta ning esmaabioskusi. Itaalias kasutatakse pooltes riikliku meditsiiniteenistuse alluvuses olevates sõltuvusravi osakondades üleannustamisega seotud väljaõppe korraldamist koos koju naloksooni kaasaandmisega.

Suur tähtsus võib olla uimastitarbijate, sealhulgas asendusravi saavate narkomaanide psühhosotsiaalse heaolu proaktiivsel seirel, kuna paljudel juhtudel on üleannustamine seotud varasema tervise- või sotsiaalprobleemiga ning sihiliku üleannustamise määr võib olla kõrge (Oliver *et al.*, 2007).

Paljudes riikides on meditsiini- ja sotsiaalteenuste osutajatele edasiseks väljakutseks pikka aega uimasteid tarbinud elanikkonna vananemine, millega võib kaasneda nii vastuvõtlikkus uimastite üleannustamisele kui ka sellest tulenevatele terviseprobleemidele. Eelkõige võivad uimastite süstijad kannatada somaatiliste haiguste, eriti krooniliste maksanakkuste kõrge taseme tõttu, mis nende haavatavust veelgi suurendab.

Uimastite põhjustatud surma oht on kõrgem pärast vanglakaristuse või ravi lõppu

Uimastite põhjustatud surmade risk kohe pärast vanglast vabastamist või ravile järgneva tagasilanguse tõttu on Euroopas ja mujal tehtud uuringute kohaselt suhteliselt kõrge.

Hiljuti Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis) korraldatud uuringus võrreldi 1998.–2000. aastal vabanenud ligikaudu 49 000 vangi andmeid kõikide 2003. aasta novembrini registreeritud surmadega (Farrell, Marsden, 2008). 442 surmast selles valimis nimetatud ajavahemiku jooksul oli suurem osa (59%) seotud narkootikumidega. Vabanemisele järgnenud aastal oli uimastite põhjustatud suremus meeste seas 5,2 juhtu 1000 kohta ja naiste seas 5,9 juhtu 1000 kohta. Vahetult vabanemisele järgneval ajal ületas naiste suremus eeldatava määra rohkem kui kümnekordselt ja meeste puhul rohkem kui kaheksakordselt. Kõik naiste surmad ja 95% meeste surmadest, mis leidsid aset esimese kahe vabaduses viibitud nädala jooksul, olid narkootikumidega seotud ning

seotud narkootikumide üleannustamisega või üldisemalt uimastikasutamise häiretega. Kohtu-uurijate andmete järgi oli 95% uimastite põhjustatud surmadest seotud opioididega, 20% bensodiasepiinidega, 14% kokaiiniga ja 10% tritsükliliste antidepressantidega.

VEdeTTE uuring Itaalias (Davoli *et al.*, 2007) märkis, et üleannustamise tõttu suri üks 1000-st ravisaavast heroiniitarbijast ja 23 tarbijat 1000-st esimesel kuul pärast ravi lõppu, mis vastab 27 korda kõrgemale üleannustamise riskile esimesel kuul pärast ravi, arvestades võimalikke segajaid.

Hoolimata täheldatud seosest uimastite põhjustatud surmade ja vanglast vabastamise või ravi lõpetamise vahel, investeerivad vähesed riigid süstemaatiliselt vangide või üleannustamise riskiga raviklientide koolitamisse. Vanglast vabastatud uimastitarbijate hoolduse jätkamine ja rehabilitatsioon on paljudes riikides samuti vähearenenud. Edasiminekid nimetatud kahes valdkonnas võiksid uimastitega seotud surmade ennetamisele tublisti kaasa aidata.



8. peatükk

Uued uimastid ja uimastitarbimise suundumused

Sissejuhatus

Uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamisel võib rahvatervise ja poliitika seisukohalt olla väga oluline mõju, kuid uute suundumuste jälgimine pole sugugi lihtne. Uimastitarbimise uusi harjumusi on raske avastada, kuna tavaliselt ilmnevad need vähesel määral ja konkreetsetes kohtades või elanikkonna väikestes rühmades. Vaid üksikutel riikidel on seiresüsteemid, mis võimaldavad niisuguseid ilminguid märgata, lisaks on selline uimastitarbimise seire seotud tõsiste metodoloogiliste raskustega. Sellele vaatamata tunnistatakse üldiselt uute võimalike ohtude kindlakstegemise tähtsust ja nimelt seetõttu töötas Euroopa Liit nõukogu otsusega uute psühhoaktiivsete ainete kohta välja varajase hoiatamise süsteemi, mis võimaldab kiiresti reageerida uute psühhoaktiivsete ainete ilmutamisele Euroopa uimastiturule. Varajase hoiatamise süsteemi toetavad tegevused moodustavad olulise osa EMCDDA tööst ning haakuvad paljude erinevate teabeallikate kasutamise laiemasse perspektiivi, mis peab parandama Euroopa narkootikumide seiresüsteemi kiirust ja tundlikkust.

ELi meetmed uute psühhoaktiivsete ainete suhtes

Nõukogu otsusega uute psühhoaktiivsete ainete kohta ⁽¹⁵⁷⁾ on loodud mehhanism kiireks teabevahetuseks uute psühhoaktiivsete ainete osas, mis võivad kujutada ohtu rahvatervisele või olla sotsiaalselt ohtlikud. Samuti lubab see hinnata nimetatud uute ainetega kaasnevaid riske, kuna liikmesriikides kohaldatavaid meetmeid narkootiliste ja psühhotroopsete ainete kontrollimiseks saab nüüd kasutada ka uute ainete osas. Mais 2007. aastal viis EMCDDA teaduskomitee läbi uue psühhoaktiivse aine BZP (1-bensüülpiiperasiin) riski hindamise ning esitas selle kohta aruande nõukogule ja Euroopa Komisjonile ⁽¹⁵⁸⁾. Riski hindamisel jõuti järeldusele, et BZP stimuleerivate omaduste, terviseohu ning meditsiinilise kasuteguri puudumise tõttu on vaja selle aine kasutamist

kontrollida, kuid kontrollimeetmed peavad olema vastavuses ainst lähtuva suhteliselt madala riskiga. 2008. aasta märtsis võttis nõukogu vastu otsuse, milles defineeriti BZPd uue psühhoaktiivse ainena, mille puhul tuleb kohaldada asjakohaseid kontrollimeetmeid ja kriminaalsätteid. Liikmesriikidele anti aega üks aasta siseriiklikele õigusnormidele vastavate vajalike meetmete võtmiseks, et rakendada BZP osas kontrollimeetmeid, mis oleksid proportsionaalsed vastava aine riskidega, ning kriminaalkaristusi, mis on ette nähtud vastavalt riikide õigusnormidele seoses ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni kohustuste täitmisega.

2007. aasta märtsis teavitasid EMCDDA ja Europol komisjoni 1-(3-klorofenüül)piiperasiini (mCPP) osas tehtavast aktiivsest seirest ⁽¹⁵⁹⁾. Aruanne esitati vaid teavitamise eesmärgil ning selles jõuti järeldusele, et „tõenäoliselt ei saa mCPPst iseseisvat meelelahutuslikku uimastit“ selle ebaselgete psühhoaktiivsete omaduste ja mõnede ebasoodsate mõjude tõttu. Kuna ilmneb, et mCPP ei ole uimastitarbijate seas eriti populaarne, on võimalik, et selle turgu Euroopa Liidus mõjutab enam pakkumine kui nõudlus.

Aastal 2007 teatati EMCDDA ja Europoli varajase hoiatamise süsteemi kaudu esimest korda 15 uue psühhoaktiivse aine esinemist. Uute ainete rühm on mitmepalgeline ja hõlmab lisaks uutele sünteetilistele uimastitele ka ravimeid ja looduses esinevaid aineid. Üheksa uut ainet olid sünteetilised uimastid, mis sarnanevad ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni I ja II nimekirjas loetletud ainetega. Nende hulgas oli aineid tuntud kemikaalirühmadest, nagu fenetüülamiinid, trüptamiinid ja piiperasiinid, aga ka aineid, mille keemiline koostis on vähem tuntud. Rühmas esineb võrdselt niisuguseid aineid, mis tekitavad hallutsinogeenseid efekte, kui neid, millel on valdavalt stimuleerivad omadused.

Esimest korda teatati 2007. aastal teabevahetussüsteemi kaudu kolmest looduslikust ainst, nende hulgas oli ka tugevate psühhoaktiivsete omadustega luulusalvei (*Salvia divinorum*) ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Nõukogu otsus 2005/387/JSK, 10. mai 2005, uusi psühhoaktiivseid aineid käsitleva teabe vahetuse, riski hindamise ja kontrolli kohta (ELT L 127, 20.5.2005, lk 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <https://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Vt „Uued kontrollitavad ained“, lk 91.

Uued kontrollitavad ained

Alates 2006. aasta jaanuarist on 12 riiki teatanud kontrollitud ainete nimekirjades tehtud täiendustest või muudatustest. Kuus riiki lisas (Belgia, Saksamaa, Leedu, Ungari, Malta, Slovakkia) mCPP (1-(3-klorofenüül) piperasiini) ja neli riiki (Eesti, Itaalia, Leedu, Malta) BZP (1-bensüülpiperasiini) kontrollitud ainete nimekirja. Neist ainetest mCPP seirega tegelesid aktiivselt EMCDDA ja Europol ning BZP oli 2007. aastal riskihindamisel. Teised ained, mida hakati selles ajavahemikus kontrollima, on hallutsinogeenid DOC (4-kloro-2,5-dimetoksüamfetamiin), DOI (4-jodo-2,5-dimetoksüamfetamiin) ja bromo-dragonfly (broom-bensodifuranüül-isopropüülamiin) Taanis ja Rootsis ning ketamiin Eestis.

Kontrollitakse ka mitmesuguseid psühhoaktiivsete omadustega taimi. Sel eesmärgil muutis Belgia oma psühhotroopsete ainete alaseid õigusakte, et lisada sinna uus kategooria, kus loetletakse kontrollitavad taimed või taimeosad, mitte ainult nende psühhoaktiivsed koostisosad, nagu varem. Loetelusse kuuluvate taimede hulgas on katapöösas (*Catha edulis*) ja luulusalvei (*Salvia divinorum*). Katapöösas lehti kontrollib Euroopas nüüd 11 riiki (2005. aasta riskihindamine Ühendkuningriigis soovitas seda mitte kontrollida). 2006. aastal lisas Rootsi oma nimekirja salvinoriin-A, mis on luulusalvei peamine toimeaine, taime kontrollitakse 2008. aastast alates ka Saksamaal. Samal ajal lisati Prantsusmaal kontrollitud ainete nimekirja kultus-ibooga (*Tabernanthe iboga*), järgnes taime toimeaine ibogaani kontrollimine Belgias, Taanis ja Rootsis. Hallutsinogeensete seentega seotud surmade vastu võitlemiseks sulgesid Iirimaa ja Madalmaad varasemad seaduseaugud, mis lubasid müüa ja omada psilotsiini sisaldavaid värsked seeni. Iirimaaal jõustus asjakohane seadus 2006. aasta jaanuaris ning Madalmaades oli see antud aruande koostamise ajal parlamendis arutlusel.

Lähema teabe saamiseks vt Eli ja Norra kontrollitud ainete nimekirja Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi ainete ja klassifikatsioonide tabelist („Substances and classifications table“) (<http://www.eldd.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internet kui psühhoaktiivsete ainete turg

Internet oma veebifoorumite ja jututubadega ning veebipoodidega, mis müüvad kontrollitavate psühhoaktiivsete ainete alternatiive, on aken uimastitarbijate maailma. Olemasolev teave võimaldab heita pilku narkootikumide veebituru eri aspektidele, näiteks veebipoodide töömeetoditele, viisidele, kuidas need reageerivad tarbijate nõudlusele, ja noorte seas levivatele uutele trendidele. Uute arengute tuvastamiseks narkootikumide veebiturul viis EMCDDA 2008. aasta alguses läbi ühekordse uuringu, mille käigus jälgiti 25 veebipoodi. Järgnevas on esitatud selle uuringu tulemused.

Veebipoed

Aruannetes teatatakse kontrollitavate psühhoaktiivsete ainete, nagu LSD, ecstasy, kanep ja opioidid, alternatiivaineid müüvate veebipoodide arvu suurenemisest. Kuigi veebipoodides müügiks pakutavatele ainetele viidatakse sageli kui seaduslikele või taimsetele uimastitele, kehtivad mõnedes Euroopa riikides nende kohta samad seadused kui kontrollitavate uimastite kohta ning nende puhul võidakse kohaldada samasuguseid karistusi.

Eespool nimetatud ühekordse uuringuga kindlaks tehtud veebipoed asuvad Euroopa Liidus enamasti Ühendkuningriigis ja Madalmaades, vähemal arvul ka Saksamaal ja Austrias. Veebipoed spetsialiseeruvad sageli teatavat tüüpi uimastitega seotud toodetele, näiteks mõned neist müüvad peamiselt uimastitarvikuid, mõned on spetsialiseerunud hallutsinogeensetele seentele või nn klubinarkootikumidele (*party pills*), samas kui teised turustavad suures valikus taimseid, poolsünteesilisi ja sünteetilisi aineid.

Euroopas paiknevates veebipoodides pakutakse müügiks üle 200 psühhoaktiivse aine. Kõige enam levinud n-ö seaduslikud uimastid on luulusalvei (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), uimastav elevanditapp (*Argyreia nervosa*), hallutsinogeenised seened (EMCDDA, 2006) ja suur valik erinevaid klubinarkootikume.

Müügiks pakutavate ainete tutvustustes öeldakse, et neil on samasugune mõju kui kontrollitavatel uimastitel. Nii luulusalvei ja uimastav elevanditapp kui ka haruldasem lehtertapp (*Ipomoea violacea*) on tutvustuste järgi ained, millel on samasugune hallutsinogeenne mõju kui LSD-l. Kratomit müüakse sageli kui opioidide aseainet, mitmeid preparaate pakutakse kui kanepi alternatiivi ning klubinarkootikume müüakse MDMA aseainena.

Interneti-uuringute metoodika

Kiire ülevaate saamiseks tehti 2008. aasta jaanuaris Interneti-otsinguid, kasutades mitmekeelseid otsingusõnu ja otsingumootorit Google (<http://www.google.com>). Kokku tuvastati 68 ELis asuvat veebipoodi, mis müüsid mitmesuguseid n-ö seaduslikke uimasteid. Poed rühmitati riikide kaupa. Päritoluriigi tuvastamiseks kasutati Eli riigitähistega domeeninimesid (nt ES, FR, DE) või muid viiteid sellele, et veebipood asub ELis (nt kontaktaadress). Enam kui pooled poodidest (52%) asusid Ühendkuningriigis, 37% Madalmaades, 6% Saksamaal, 4% Austrias ja 1% muudes riikides (nt Iirimaa, Poolas). Täpsema analüüsi jaoks tehti juhuvalik 25-st veebipoest. Iga rühma (päritoluriigi) valimi osakaal vastas kõigi veebipoodide koguvalemile. Välja jäeti veebipoed, mis müüsid ainult hulgi, mitte tarbijale, ja need, mis müüsid ainult hallutsinogeeniseid seeni.

Müügil olevad klubinarkootikumid võivad sisaldada taimseid, poolsünteetilisi või sünteetilisi aineid. Sünteetiliste klubinarkootikumide peamine koostisaine on sageli bensüülpiiperasiin (BZP), kuigi näib, et veebipoodidel on juba olemas asendusained selleks puhuks, kui BZP osas hakatakse ELi liikmesriikides kohaldama kontrollimeetmeid. Pakkumisel olevate ainete ühe annuse hind varieerub 1 eurost 11 euroni.

Taas GHB ja selle lähteaine GBL

Euroopas on gamma-hüdroksübutüraat (GHB) jälgimise all alates 2000. aastast, kui 1997. aasta uute sünteetiliste ainete ühismeetme alusel viidi läbi nimetatud aine riski hindamine (EMCDDA, 2002). GHB kandmine ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni IV nimekirja 2001. aasta märtsis kohustas kõiki ELi liikmesriike kontrollima nimetatud uimastit psühhotroopseid aineid käsitlevate õigusaktide raames ning see vähendas kiiresti varem avalikult toimunud GHB müüki.

GHBd leidub inimorganismis, kuid seda kasutatakse ka ravimina ning nn meelelahutusliku uimastina. GHB mittemeditasiiniline tarvitamine hakkas mitme Euroopa pürkonna, USA ja Austraalia meelelahutuskeskkonnas levima 1990. aastatel, seda eelkõige ööklubides, kus tavaliselt tarbiti ka mitmeid muid uimasteid. Üsna ruttu kerkisid küsimused seoses tarbimisega seotud terviseriskidega. Eelkõige valmistas muret vägistamise lihtsustamiseks GHB salaja joogi sisse segamine. Selle kinnituseks on siiski vähe kohtulikke tõendeid ning nende saamine on raskendatud piiratud ajavahemiku tõttu, mille jooksul kehavedelikes leiduvat GHBd on võimalik kindlaks teha. GHB seostamine uimastite toel toimunud vägistamistega on sellele ainele andnud küllaltki halva kuulsuse (EMCDDA, 2008c).

GBL

Viimasel ajal tekitavad muret teated gamma-butürolaktooni (GBL), GHB lähteaine tarbimisest, mida pole lisatud ühessegi ÜRO kontrollitavate uimastite konventsiooni nimestikku. GBL muundub organismis kiiresti GHBks ja hetkel pole olemas ühtegi hõlpsalt kasutatavat toksikoloogilist testi, et kindlaks teha, millist neist kahest ainest on tarbitud.

GHBd saab kergesti valmistada GBList ja 1,4-butaandioolist (1,4-BD), mõlemad nimetatud ained on seaduslikud ja üsna tavalised paljudes tööstusharudes (nt kemikaalide, plasti, farmaatsiatoodete tootmises) ning seega kättesaadavad tööstustarnijate vahendusel. GBLi kaubandusliku kättesaadavuse tõttu võib see jõuda

ka uimastikaubitsejate ja -tarbijateni ning seda hinna- ja riskitasandil, mis on palju madalam kui Euroopa Liidus ebaseaduslikul uimastiturul üldiselt tavaks. Näiteks Interneti teel suures koguses ostetud GBLi 1 grammise annuse keskmine hind varieerub 0,09 eurost kuni 2 euroni.

Terviseriskid

Nii GHB-l kui GBLil on järsk doosi tundlikkuse kõver koos kiiresti ilmnevate sümptomitega, mis suurendab tohutult nende ebaseadusliku tarbimisega seotud riske. Iiveldus, oksendamine ja erineva tõsidusega teadvusekaotus on GHB-mürgistuse peamised ning sagedamini täheldatud kõrvaltoimed. Kliinilisi nähte võib aga komplitseerida sagedane muude uimastite samaaegne tarbimine. Hollandi 72 GHB-tarbijaga korraldatud uurimusest selgus, et enamik oli GHBd tarbides vähemalt ühe korra teadvuse kaotanud ja mõned sageli (Korf *et al.*, 2002). Ühendkuningriigis läbi viidud GHB- ja GBL-tarbijate uuringust nähtus, et kõrvaltoimed olid tavalisemad klubikeskkonnas kui kodustes tingimustes (Sumnall *et al.*, 2008). Londonis ja Barcelonas olid GHB-mürgistuse patsiendid peamiselt noored ja meessoost, enamasti tekkis mürgistus nädalavahetusel ja tavaliselt koos samaaegselt tarbitud alkoholi või muude ebaseaduslike uimastitega (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

Teaduskirjanduses ja EMCDDA-le esitatud aruannetes on GHBga seotud mürgistustest ja hädaabijuhtumitest teatatud 1990. aastate lõpust alates (seda küll mitte süstemaatiliselt) Belgias, Taanis, Hispaanias, Luksemburgis, Madalmaades, Soomes, Rootsis, Ühendkuningriigis ja Norras. Kuigi GHBd seostatakse vaid väga väikse osaga kõigist uimastimürgistuste hädaabijuhtudest, mille puhul on vaja läinud haigla- või ambulatoorseid hädaabiteenuseid, on nende arv alates 2000. aastast kasvanud. Amsterdamis oli 2005. aastal hädaabiväljakutsete hulgas, mille puhul oli vaja patsient haiglasse toimetada, rohkem GHB/GBLi-mürgistusega kui teiste uimastitega seotud juhte.

Ühendkuningriigis loeti ühe Londoni haigla hädaabiosakonnas – mille teeninduspiirkonda kuulub mitu kohalikku klubi, millest enamik, ehkki mitte kõik, on geiklubid – 2006. aastal kokku 158 GHB- ja GBLi-juhtu. Kuigi enamik neist patsientidest teatas tarbitud aineks GHB, ilmnes sama piirkonna ööklubidest samas ajavahemikus kogutud keemiliste analüüside põhjal, et enam kui pooled proovid sisaldasid GBLi, mitte GHBd. Siit järeldub, et GBLi tarbimine võib olla tavalisem kui varem arvati (Wood *et al.*, 2008).

Kuna GHB/GBL väljub organismist kiiresti, on seda raske kindlaks teha mürgistuse või surma põhjusena. Lisaks sellele puudub täpne ja võrreldav süsteem GHB

ja selle lähteainete tarbimisega seotud surmajuhtumite ja surmaga mitte lõppenud hädaabijuhtumite arvu kindlakstegemiseks.

Vastumeetmed

Mõned liikmesriigid (Itaalia, Läti, Rootsi) on otsustanud kohaldada GBLi (või GBLi ja teise lähteaine 1,4-BD) suhtes uimastikontrolli või samaväärseid õigusakte. Ühendkuningriigis toimuvad arutelud selle võimalikust kontrollimisest. Vastavalt ühenduse õigusaktidele lähteainete kontrollimise kohta on GBL ja 1,4-BD kantud mittekontrollitavate ainete nimekirja, mille osas kehtivad kõigis liikmesriikides vabatahtlikud

seiremeetmed, et tõkestada nende kõrvalesuunamist seaduslikust tööstuslikust kasutusest.

GHB/GBLi-tarbimise ennetamise ning sellega seotud kahjude vähendamise meetmeid rakendatakse üldjuhul riiklike ja kogukondlike, meelelahutusasutustele suunatud uimastiprojektide vahendusel. Need hõlmavad tavaliselt klubipersonali väljaõpet ning teabe levitamist GHB ja muude uimastite tarbimisega kaasnevate riskide kohta. Niisugused üritused toimuvad sageli koos klubinarkootikumide ning alkoholi ja uimastite koostarbimise teemaliste sekkumistega (EMCDDA, 2008e).



Kirjandus

- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. *et al.* (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, lk 198–202.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. *et al.* (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction* 100, lk 981–989.
- Cameron, L., Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?“, *Economic Record* 77, lk 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Viin.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, lk 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. *et al.* (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation“, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A. L., Sorensen, J. L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 62, lk 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance Use and Misuse* 43, lk 733–747.
- Currie, C. *et al.* (eds.) (2008), „Inequalities in young people’s health: international report from the HBSC 2005/06 survey“, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare“, *Druglink* 22(2), märts-aprill.
- Darke, S., Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, lk 1383–1394.
- Darke, S., Degenhardt, L., Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. *et al.* (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, lk 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A. *et al.* (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro“, *Revista Española de Salud Pública* 80, lk 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L., De Jong, C. A. J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie“, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J., Kalelkar, M. B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007“, *Journal of Forensic Science* 53, lk 452–454.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M. *et al.* (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system“, *Drug and Alcohol Dependence* 72, lk 59–65.
- Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus J. V., Nielsen, S., Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004“, *International Journal of Drug Policy* 18, lk 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, European Centre for Disease Control, Stockholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007a), *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), „Drugs and crime: a complex relationship“, *Drugs in focus* No 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2008a), „A cannabis reader: global issues and local experiences“, *Monograph* No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2008b), „Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach“,

Insights No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).

EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA 2008 selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/gbh>).

EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

Euroopa Komisjon (2007a), „Komisjoni aruanne Euroopa Parlamendile ja nõukogule seoses nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitusel (uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta) rakendamisega”, KOM(2007) 199 (lõplik).

Euroopa Komisjon (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Health and Consumer Protection Directorate.

Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.

Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.

Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.

Farrell, M., Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment”, *Addiction* 103, lk 251–255.

Farrelly, M. C., Bray, J.W., Zarkin, G. A., Wendling, B. W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse”, *Journal of Health Economics* 20, lk 51–68.

Gorman, D.M., Conde, E., Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in “evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”, *Drug and Alcohol Review* 26, lk 585–593.

Gossop, M., Manning, V., Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder”, *Addiction* 101, lk 1292–1298.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse:

two-year outcomes from the national treatment outcome research study (UK)”, *Addictive Behaviors* 27, lk 155–166.

Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D., Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe”, *Drug and Alcohol Review* 27, lk 236–242.

Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).

Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Anderson, J. (2003), „Overview of five-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, lk 125–134.

INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.

INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.

Jansen, A. C. M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presented at the second European conference on drug trafficking and law enforcement, Paris, 26/27 September 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).

Kastelic, A., Pont, J., Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (available at <http://www.archido.de/>).

Korf, D., Nabben, T., Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.

Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J., Patton, G. C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies”, *Addiction* 101, lk 948–958.

Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).

Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J., Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role

- of gamma-hydroxybutyrate", *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, lk 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C., Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004", *International Journal of Epidemiology* 35, lk 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B., LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues", *Annals of Clinical Psychiatry* 16, lk 101–109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R., Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature", *American Journal of Addiction* 16, lk 331–342.
- Ødegard, E., Amundsen, E. J., Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, lk 176–182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A., Vuori, E. (ilmumas), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia", *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. *et al.* (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose", *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. *et al.* (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life", *Addiction* 103, lk 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F., Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, lk 177–191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. *et al.* (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 10, lk 147–155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L.R., Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey", *Circulation* 103, lk 502–506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. *et al.* (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention", *Journal of Psychoactive Drugs* 32, lk 233–238.
- Reitoxi riikide aruanded (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D., Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. *et al.* (ilmumas), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe", Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on „Drug policy and harm reduction" for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes", *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, lk 202–207.
- Stallwitz, A., Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review", *International Journal of Drug Policy* 18, lk 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S. *et al.* (2008) „Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", *Drug and Alcohol Dependence* 92, lk 286–290.
- Sutton, A. J., Edmunds, W.J., Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison", *BMC Public Health* 6, lk 170.
- Swift, W., Hall, W., Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia", *Drug and Alcohol Dependence* 59, lk 309–318.
- Szendrei, K. (1997, 1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality", *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, Nos 1 and 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C. *et al.* (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use", *Lancet* 369, lk 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin (available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC ja Maroko valitsus (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users", *Addiction* 102, lk 1454–1462.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, World Customs Organisation, Brussels.

Werch, C. E., Owen, D. M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs“, *Journal of Studies on Alcohol* 63, lk 581–590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. *et al.* (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)“, *Quarterly Journal of Medicine* 101, lk 23–29.

Zador, D., Mayet, S., Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK“, *International Journal of Epidemiology* 35, lk 1586–1587.

Zonnevylle-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H., Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, lk 33–39.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

2008. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2008-98 lk-21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-326-0

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, asub Lissabonis ning on keskseks igakülgse teabe allikaks uimastite ja uimastisõltuvuse kohta.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus kogub, analüüsib ja avaldab uimastite ning uimastisõltuvuse alast faktipõhist, 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 töötavatele spetsialistidele ja teadlastele ning üldisemalt kogu meediale ja avalikkusele.

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

