



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

AASTARUUANNE 2005

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

AASTARUUANNE
2005

Õiguslik teade

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

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

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

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

(*) Teatud mobiiloperaatorid ei paku juurdepääsu 00 800 numbritele või katkestavad need kõned.

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

Kataloogimisandmed on esitatud käesoleva väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2005

ISBN 92-9168-236-5

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2005
Reprodutseerimine on lubatud algallikale viitamisel.

Printed in Belgium

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lissabon, Portugal
Tel (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	9
Kommentaariks: Euroopa uimastitarbimissuundumuste määratlemine	11
1. peatükk Uued suundumused poliitikas ja õigusnormides	18
2. peatükk Koolid, noorsugu ja uimastid	27
3. peatükk Kanep	36
4. peatükk Amfetamiini-tüüpi stimulandid, LSD ja muud sünteetilised uimastid	44
5. peatükk Kokaiin ja crack-kokaiin	54
6. peatükk Heroin ja uimastite süstimine	60
7. peatükk Kuritegevuse ja vanglaga seotud küsimused	81
Kirjanduse loetelu	87



Eessõna

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) käesoleva aasta aruandega kaasnevad elektroonilised lisadokumendid, sealhulgas nüüdseks teist aastat ilmuv uus ja mahukaks muutunud statistikabülletään enam kui 200 kvantitatiivsete allikandmete tabeliga, mis kirjeldavad üksikasjalikult uimastiolukorda Euroopas.

EMCDDA on teinud koostööd Euroopa Liidu liikmesriikidega enam kui kümme aastat, kujundades põhjaliku pildi uimastitest. Andmete hulk ja kvaliteet, mis on kättesaadavad, informeerides meid käesoleva aasta aruande analüüsist, kajastavad mitte üksnes andmetega varustavate teaduslike töörühmade tehnilisi saavutusi, vaid ka kogu Euroopa poliitika kujundajate pühendumust investeerida andmete kogumise protsessi ja toetada seda. See on konkreetne näide Euroopa tasandil tehtava koostöö kasust. Liikmesriigid erinevad mitte ainult nende ees seisvate narkootikumide probleemide poolest, vaid ka nende reageerimise osas. Hoolimata erinevustest on tekkinud ka uimastiprobleemi Euroopa väljavaade. Me suhtume kindla üksmeelega vajadusse lähtuda olukorra usaldusväärsest tundmisest, jagada kogemusi selle kohta, mis toimib, ja tegutseda igal võimalusel koos, saavutamaks ühiseid eesmärgi. Neid püüdlusi võib leida Euroopa Liidu uuest narkootikumide strateegiast ja tegevusplaanist ning need on samuti meie siinse aruande põhiteemadeks.

Meie aastaaruanne tõstab esile palju murettekitavaid valdkondi narkootikumide tarvitamise mõjust nii kodanikele kui ka ühiskonnale, kus nad elavad. Me pöörame tähelepanu praegu meie ees seisvatele kasvavatele probleemidele, nagu näiteks stimulantide, eriti kokaiini kasutamise suurenemine Euroopa mõnes piirkonnas, samuti narkootikumide proovivate noorte eurooplaste jätkuv kasv.

Euroopas on narkootikumide tarvitamisele reageerimisel veel päris palju vaja ära teha. Siiski saame käesolevas aruandes osutada mitmele positiivsele arengule, näiteks narkootikumide probleemidega isikutele suunatud teenuste üldine kasv ja nimetatud nähtuse mõnede kõige hävitavamate aspektide stabiliseerumise või isegi vähenemise tendents. Käesolev aruanne tõstab seega esile mõnesid meie ees seisvaid põhiprobleeme ja samas heidab valgust ka sellele, kuidas võiks Euroopas edaspidi tõhusamalt käsitleda narkootikumide probleemi.

Meil on heameel veelkord märkida, et käesoleval aastal on kasvanud Euroopa Liidu uutest liikmesriikidest saadavate andmete hulk. Oleme hõlmanud laienenud Euroopa Liidu olukorra aruandesse võimalusel ka andmeid Bulgaariast, Rumeeniast ja Türgist, samuti analüüsinud tähtsamaid rahvusvahelisi arenguid. Narkootikumide probleemi üldine olemus tähendab seda, et meil tuleb Euroopa analüüs paigutada laiemasse konteksti. Narkootikumidega kauplemine ja nende tarvitamine on lahutamatult seotud paljude praeguste kõige põletavamate probleemidega. Narkootikumide kasutamine mõjutab üldist tervislikku seisundit ja kujunemist, kuritegevust ja isiklikku ohutust ning rahvusvahelist turvalisust. Meie aruanne keskendub eelkõige olukorrale Euroopas, kuid me ei saa jätta kõrvale asjaolu, et me käsitleme globaalsete dimensioonidega probleemi.

Marcel Reimen,
EMCDDA haldusnõukogu esimees

Wolfgang Götz,
EMCDDA direktor



Tänuavaldus

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus tänab käesoleva aruande koostamisel osutatud abi eest:

- narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste juhatajaid ja töötajaid;
- käesoleva aruande jaoks algmaterjali kogunud teenistusi kõigis liikmesriikides;
- Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse juhatuse ja teaduskomitee liikmeid ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse / narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu tehnilistes tööühmades osalejaid;
- Euroopa Parlamenti, Euroopa Liidu Nõukogu, eelkõige selle horisontaalset narkoprobleemide tööühma, ja Euroopa Komisjoni;
- alkoholi ja muude sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN), Euroopa Nõukogu Pompidou rühma, ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Bürood, Maailma Tervishoiuorganisatsiooni, Europoli, Interpoli ja AIDSi Epidemioloogilise Seire Euroopa Keskust;
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitust;
- Prepress Projects Ltd.

Reitoxi teabekeskused riikides

Reitox on narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrk. Võrk koosneb riiklikest teabekeskustest ELi liikmesriikides, kandidaatriikides ja Euroopa Komisjoni juures. Kuuludes oma valitsuse vastutusalasse on teabekeskused riiklikud asutused, mis pakuvad EMCDDA-le uimastialast teavet.

Riikide teabekeskustega saab ühendust alljärgneval aadressil:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>.



Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriikide ja Norra (osaleb seirekeskuse töös alates 2001. aastast) riiklike aruannetena. Käesolevas aastaaruandes on kasutatud 2003. aasta (või viimase aasta, mille kohta andmed olid kättesaadavad) statistilisi andmeid. Käesoleva aruande graafikud ja tabelid kajastavad mitmete ELi liikmesriikide andmeid: valik on tehtud nendest riikidest, mille kohta on olemas andmed uuritavast ajavahemikust.

Aastaaruande elektrooniline variant on saadaval 22 keeles ja selle võib leida aadressil:
<http://annualreport.emcdda.eu.int>.

2005. aasta statistikabülletään (<http://stats05.emcdda.eu.int>) sisaldab statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabelite täielikku kogu. Selles on täpsustatud ka muid kasutatud meetodika üksikasju ning see sisaldab üle 100 statistilise lisagraafiku.

Riikide andmete ülevaated (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) pakuvad tiptasemel graafilise kokkuvõtte iga riigi uimastialase olukorra võtmeaspektidest.

Käesoleva aruandega kaasneb kolm sügavamalt analüüsi, milles käsitletakse alljärgnevatid probleeme:

- narkootikumidega seotud, üldsust häiriv tegevus: poliitikasuunad ja ennetusmeetmed;
- vanglakaristuse alternatiivid: keskendumine õigusrikkumise toime pannud probleemsetele uimastitarbijatele ELis; ja
- buprenorfiin: ravi, kuritarvitamine ja retseptipraktika.

Need valikteemad on saadaval trükitult ja elektrooniliselt (<http://issues05.emcdda.eu.int>) üksnes inglise keeles.

Reitoxi teabekeskuste riiklikes aruannetes kirjeldatakse ja analüüsitakse üksikasjalikult iga riigi narkootikumide probleeme, aruanded on saadaval EMCDDA veebileheküljel (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Kommentaariks: Euroopa uimastitarbimissuundumuste määratlemine

Ülevaade olukorrast Euroopas

Käesolev peatükk annab ülevaate peamistest muutustest ja suundumustest uimastite kasutamise osas Euroopas. See on koostatud eri allikatest pärit teabe põhjal, võttes arvesse praegu olemasolevate andmete tugevaid ja nõrku külgi. Selle aasta kommentaar kätkeb endas hinnangut, kuidas uued, 2005. aastal kättesaadavad andmed aitavad mõista keskmise- kuni pikaajalisi suundumusi uimastite kasutamise olukorra osas Euroopas.

Mitme uimasti üheaegse tarvitamisega seotud probleemid raskendavad nii uimastitarbimise probleemi mõistmist kui ka sellele reageerimist

Peaaegu kogu käesoleva aruande ulatuses on rakendatud analüütilist lähenemist, millega keskendutakse igale peamisele tarvitatavale ainele. Selline ainele keskenduv lähenemine on põhimõtteliselt kergesti arusaadav ja selle lisaeeliseks on see, et enamiku uimastikasutamist kirjeldavate näitajatega mõõdetakse käitumist konkreetse aine puhul. Antud lähenemisviisi puudus seisneb selles, et see ei kajasta mitme uimasti üheaegset tarvitamist, mis on üks peamisi uimastiprobleeme mõjutavaid tegureid Euroopas. Uimastitarbimise mõju rahva tervisele käsitlevas analüüsis tuleb arvesse võtta keerulist olukorda, mis tuleneb psühhoaktiivsete ainete, sealhulgas alkoholi ja tubaka samaaegsest tarvitamisest. Näiteks Euroopas suitsetatakse kanepit sageli koos tubakaga ja see mõjutab nii sellise käitumisega tõenäoliselt seostatavaid kahjusid kui ka narkoennetusala teavitustööd. Uimastitega seotud surmade toksikoloogiliste analüüsidega tuvastatakse sageli mitme aine tarvitamine, kusjuures samaaegne alkoholi tarvitamine suurendab teatavasti nii heroini kui kokaiini kasutamisega seotud riske. Lisaks võib ühe ainega seotud suundumustele keskendumine anda eksitavaid infot, juhul kui ei pöörata tähelepanu eri uimastiliikide omavahelistele seostele; näiteks esitatakse käesolevas aruandes tõendeid selle kohta, et sünteetiliste opiaatide kättesaadavus on suurenenud, mis on tähtis tegur mistahes heroini tarvitamise suundumusi käsitlevas analüüsis. Sarnaselt võib olla otstarbekas vaadelda võimalikku kattuvust eri stimuleerivate uimastite kasutamise suundumustes ja kaaluda mistahes analüüsis, millises ulatuses võivad täheldatud muudatused tuleneda muudatustest tarbimises.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et enamik nendest, kes pöörduvad Euroopas uimastiprobleemiga raviasutuste

poole, on tarvitanud mitut ainet. Vaja on välja töötada paremad meetodid antud uimastikasutamise võtmeteguri kohta info hankimiseks ja mõista, kuidas mõjutab mitme uimasti üheaegne tarbimine sekkumise efektiivsust.

Noored ja uimastitarbimine: kanepi kasutamine suureneb, ent tekkimas on erinevad tarbimismustrid

Uimastitarbimine on Euroopas jätkuvalt peamiselt noorte, eriti noorte meeste hulgas esinev nähtus. Rahvastiku- ja kooliüuringud annavad kasulikku teavet selle kohta, kuidas on uimastikasutamise suundumused Euroopas alates 1990ndate keskpaigast arenenud. Selle aasta aruanne sisaldab andmeid viimasest alkoholi ja teisi uimasteid käsitlevast Euroopa koolide uurimisprojektist (ESPAD), mis on väärtuslik infoallikas uimastitarbimise seireks kooliõpilaste hulgas ja suundumuste tuvastamiseks pikema aja jooksul.

Vaadeldes kõiki olemasolevaid andmeid selgub, et kanepi tarbimine erineb riigiti märkimisväärselt. Kuigi peamine suundumus Euroopas alates 1990ndate aastate keskpaigast on viidanud kanepi tarbimise suurenemisele, on mõnes riigis jäänud olukord stabiilsemaks. Näiteks vaatamata sellele, et kanepi tarvitamise määr on Ühendkuningriigis alates 1990ndatest aastatest olnud eriti kõrge, on see kõnealuse perioodi jooksul olnud stabiilne. Lisaks on mitmes madala levimusega riigis esinenud kanepi kasutamise tasemes muudatusi vähesel määral, sealhulgas Põhja-Euroopas Rootsis ja Soomes ning Lõuna-Euroopas Kreekas ja Maltal. Enamik alates 1999. aastast ESPADi uuringus registreeritud kanepi tarbimise suurenemisele viitavatest näitajatest on pärit uutest ELi liikmesriikidest. Kooli- ja rahvastiku-uuringutest saadud andmete analüüs näitab, et Tšehhi Vabariik, Hispaania ja Prantsusmaa on nüüd enamiku näitajate osas liitunud Ühendkuningriigiga, moodustades kõrge uimastitarbimise levimusega riikide rühma.

Euroopas suureneb mure kanepi tarbimise negatiivse mõju üle, kuigi teavet selle kohta, millisel määral toob nimetatud uimasti kasutamine kaasa probleeme rahva tervisele, on vähe. Olemasoleva ravinõudlust käsitleva info põhjal asub kanep Euroopas opiaatide järel teisel kohal, kuigi kanep moodustab jätkuvalt vaid 12% kogu ravinõudlusest ning üldist olukorda mõjutab märkimisväärselt situatsioon suhteliselt väikestes riikides. Kanepi regulaarset ja intensiivset kasutamist kajastavad andmed on olulise tähtsusega selleks, et kujundada arusaam kanepi

tarvitamise ja rahvastiku tervise vahelistest tõenäolistest seostest, kuid praegu on teavet selle kohta vähe. Kuigi olemasolevad andmed näitavad, et Euroopas võivad igapäevaselt kanepit tarvitada kuni kolm miljonit inimest, enamasti noored mehed, ei ole teada, mil määral võib see rühm puutuda kokku kõnealuse uimasti kasutamisest tulenevate probleemidega.

Mis toimub probleemse uimastitarbimise valdkonnas – kas heroini tarbijate ja uimasti süstijate lisandumine on vähenemas?

Metodoloogiliselt kõige keerulisemate uimastitarbimise seire valdkondade hulgas on ülesanne mõõta nende inimeste arvu, kes tarbivad uimasteid krooniliselt ja eriti kahjustaval viisil. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse probleemse uimastitarbimise indikaator on välja töötatud selleks, et mõõta seda tüüpi uimastitarbimist ning enamikus ELi riikides kajastavad probleemse uimastitarbimise indikaatorid enamasti opiaatide kasutamist ja uimastite süstimist. Praeguste hinnangute kohaselt on ELis arvatavasti 1,2 kuni 2,1 miljonit uimastitarbijat, kellest 850 000 kuni 1,3 miljonit on tõenäoliselt hiljutised uimastisüstijad. Hinnanguline probleemse uimastitarbimise levimus on aja lõikes ebaühtlane, mis muudab pikaajaliste suundumuste määramise keeruliseks. Sellegipoolest viitavad EL-15 liikmesriikide näitajad üldiselt sellele, et enamikus riikides esinenud kiire heroini tarbijate lisandumine jõudis haripunkti millalgi 1990ndate aastate alguses, ning seejärel olukord stabiliseerus. Kuigi mitmed riigid on alates 1999. aastast jätkuvalt teavitanud näitajate suurenemisest, annavad viimased märgid tunnistust sellest, et olukord ei ole igal pool ühesugune ning Euroopa tasandil pole hinnanguline levimus kõikjal ühetaoline. Uued liikmesriigid väärivad eraldi märkimist, sest ilmneb, et neis tekkisid heroini probleemid hiljem ja nende olukord on muutlikum.

Teised probleemse uimastitarbimise hindamiseks teabe saamise allikad on uimastitega seotud surmajuhtumeid ja ravinõudlust kajastavad arvud. Uimastitega seotud surmade (enamasti põhjustatud opiaatide üledoosist) analüüs näitab, et ohvrite vanus tõuseb ja registreeritud surmajuhtumite arv alla 25aastaste uimastitarvitajate hulgas on alates 1996. aastast vähenenud. Tähtsaks teguriks on asjaolu, et uematest ELi liikmesriikidest pärit andmed, kuigi neid on vähe, näitavad kuni hiljutise ajani surmajuhtumite määra suurenemist alla 25aastaste hulgas, kuigi nüüd näib olevat ilmnunud teatud stabiliseerumine. Üldiselt võib öelda, et kuigi uimastitega seotud surmajuhtumite arv on ELis kõigi aegade kõige kõrgemal tasemel, tundub, et see on jõudnud haripunkti.

Enamikus riikides on heroini jätkuvalt peamine uimasti, mille tõttu patsiendid ravi taotlevad. Mõnedes riikides on võimalik saada ülevaadet uute ravi saavate klientide heroinitarbimise suundumustest pikema aja jooksul ja need näitavad absoluutarvude väikest langust alates 1996. aastast. Sarnaselt teavitatakse mitmetes riikides suundumusest, mis viitavad opiaaditarbijate vanuse kasvamisele, kuigi see tähelepanek ei kehti taas kõigi riikide puhul ning mõnedes uutes liikmesriikides paistavad esimest korda ravi alustavad opiaaditarbijad olevat suhteliselt noored (samuti piiratud andmete põhjal). Mõnedes Euroopa riikides, eriti EL-15 liikmesriikides, on süstimine uute ravi taotlevate opiaaditarbijate hulgas mõnda aega vähenenud ja üle Euroopa on alla poole uutest opiaaditarbimise ravi taotlevatest klientidest teatanud uimastite süstimisest. See suundumus ei kehti aga üldiselt uute liikmesriikide puhul, kus süstimine on jäänud peamiseks uimasti manustamise viisiks uimastiprobleemidega inimestele suunatud teenuseid kasutavate heroinitarbijate hulgas.

Kokkuvõttes ei ole lihtsat vastust küsimusele, kas heroini tarbimine või süstimine üle Euroopa praegu väheneb. Mitmes mõttes paistab tänane olukord seoses heroini tarbimise ja süstimise lisandumisega parem, kui see oli 1990ndate aastate alguses EL-15 liikmesriikides. On tõendeid selle kohta, et mitmetes riikides on olukord praegu suhteliselt stabiilne, ja märke on isegi vanuse kasvamise kohta, mis võib peegeldada vähenenud juhtumite arvu. Mõnedes uutes ELi liikmesriikides, kus heroini probleemide järsk suurenemine on hiljutisem nähtus, on süstimine siiski jätkuvalt peamine opiaadi manustamise viis ning olemasoleva info põhjal on praegusi heroinitarbimise suundumusi keeruline tõlgendada.

Kokaiini ja muude stimulantide kasutamise osas pole rahuloluks mingit põhjust

Euroopa kujutab endast jätkuvalt peamist stimuleerivate uimastite turgu ja näitajad viitavad sellele, et Euroopas tervikuna suureneb jätkuvalt amfetamiini, ecstasy ja kokaiini tarbimine. Mitmete hinnangute tulemusena on ecstasy asunud Euroopas kõige enam tarvitatavate uimastite hulgas amfetamiini asemel kanepi järel teisele kohale. Ühendkuningriigis, kus enamiku alates 1990ndatest aastatest teostatud hindamiste tulemusena on ecstasy ja amfetamiinide levimus kõige suurem, viitavad aga nii hiljutised üldised uuringud kui ka kooliõpilaste hulgas läbiviidud küsitlused mõlema uimasti tarbimise määra võimalikule vähenemisele, eriti tugevalt amfetamiinide puhul ja vähemal määral ecstasy puhul. Sellegipoolest on levimuse määr Ühendkuningriigis võrreldes teiste riikidega jätkuvalt suhteliselt kõrge, vaatamata sellele, et erinevused on nüüd väiksemad, sest mitmed riigid teatavad praegu

sarnastest tarvitamise määradest, mis sarnanevad eelpool kirjeldatud kanepit puudutavale olukorrale.

Kokaiini tarvitamise levimus varieerub Euroopas märgatavalt, kuid ka sel puhul viitab üldine suundumus pigem tarbimise suurenemisele. Uurimisandmed näitavad, et eeskätt Hispaanias ja Ühendkuningriigis suurenes kokaiini tarbimine 1990ndate aastate lõpus oluliselt ja hiljuti on tarbimine jätkuvalt kasvanud, kuigi vähesel määral. Mõlemas riigis ületab hiljutine kokaiini noorte täisealiste hulgas tarvitamise määr praegu *ecstasy* ja amfetamiini kasutamise määra.

Stimulantide kasutamise mõju rahva tervisele Euroopas on raske mõõta, kuigi tõendid viitavad sellele, et me ei tohiks jääda rahule praeguste tarbimisharjumustega. Kokaiiniga seotud ravinõudlus suureneb. Kuigi riigiti esineb märkimisväärseid erinevusi, moodustab kokaiin ligikaudu 10% kogu ravinõudlusest Euroopas. *Crack*-kokaiini kui uimastiliigi, mida seostatakse eriti tugevalt tervise- ja teiste probleemidega, tarvitamise määr on Euroopas jätkuvalt madal. Andmeid *crack*-kokaiini tarvitamise kohta saadakse üldiselt vaid mõnedest suurematest linnadest, kuid kogukondades, kus kõnealust uimastit tarvitatakse, võib sellega kaasnev kahju olla märkimisväärne. Mitmed praktilised ja meetodilised küsimused muudavad stimulantidega seotud surmade arvu mõõtmise Euroopas raskeks. Kuigi see arv on võrreldes opiaatidega seotud surmajuhtumite arvuga väike, võib stimulantidega seotud surmade arv suureneja ja teave selle kohta ei ole tõenäoliselt täielikult kättesaadav. Kuigi andmeid on praegu väga vähe, viitavad mitmed riigid sellele, et kokaiin on määrav tegur ligikaudu 10% kõigi uimastitega seotud surmade puhul. *Ecstasy*'ga seotud surmajuhtumeid esineb enamikus Euroopa riikides jätkuvalt harva, kuigi sellealast teavitamist oleks võimalik parandada.

Vastupidiselt ülemaailmsele suundumusele ei ole Euroopas märke tõsisest metamfetamiiniga seotud probleemidest

Metamfetamiin on uimasti, mida seostatakse eriti tugevalt tervise- ja sotsiaalsete probleemidega. Üle maailma tuntakse tõsist muret suurenevate metamfetamiiniga seotud probleemide pärast ning kõnealuse uimasti tarbimise määr paistab olevat kõrge või suurenevas Ameerika Ühendriikides, Austraalias, mõnedes Aafrika piirkondades ja suures osas Kagu-Aasias. Praegu piirdub metamfetamiini tarbimine Euroopas enamasti Tšehhi Vabariigiga, kus sellega seotud probleemid on pikaajalised. Mujal Euroopas teavitatakse metamfetamiini kättesaadavusest vaid aeg-ajalt, kusjuures mõnikord edastatakse teavet antud uimasti konfiskeerimistest või selle Tšehhi Vabariigist naaberriikidesse toimetamisest. Sellegipoolest ei saa

olukorras, kus paljudel Euroopa riikidel on tugevad seosed nende maailma piirkondadega, kus esineb metamfetamiiniprobleeme, ja võttes arvesse asjaolu, et stimulantide turg Euroopas suureneb, jätta tähelepanuta metamfetamiini tarbimise võimalikku levikut ning seetõttu on see jätkuvalt oluline valdkond, kus tuleks säilitada valvsust.

Uimastiprobleemidega inimestele suunatud teenuste laiendamine ja arendamine

Uimastiprobleemidega inimestele suunatud teenused võivad anda häid tulemusi nii üksikute uimastitarvitajate hulgas kui kogukondades, kus nad elavad. Seda asjaolu tunnustatakse paljudes riiklikes tegevuskavades ning nii vanas kui uues ELi uimastitevastases tegevuskavas väljendatakse kohustust laiendada uimastiprobleemidega inimestele mõeldud teenuseid. Kuigi on keeruline saada ülevaatlikku pilti uimastiprobleemidega inimestele pakutavatest teenustest Euroopas, viitavad mitmed näitajad selgelt sellele, et nii raviteenuste kui mõnede kahjude vähendamise teenuste arv on märgatavalt suurenenud. Küll aga erineb riigiti märgatavalt eri liiki teenuste sisu ja ulatus. Üks teenuste valdkond, mis on viimase kümne aasta jooksul selgelt laienenud, on opiaadi asendusravi, seda eeskätt nendes riikides, kus heroiooni süstimise määr on suhteliselt kõrge. Metadooni kasutatakse veidi alla 80% asendusravi puhul Euroopas ja enam kui 90% asendusravi puhul eriasutustes, kuid buprenorfiini kasutamine farmakoloogilise lahendusena on jätkuvalt suurenevas ning see moodustab tõenäoliselt ligikaudu 20% Euroopas teostatavast asendusravist. (Täpsema info saamiseks selle aine kasutamise kohta vaata artiklit "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices" – "Buprenorfiin: ravi, kuritarvitamine ja kasutamine" selle aruande juurde kuuluvas valikteemade osas.) Praeguste andmete kohaselt on asendusravi saavate inimeste arv Euroopas suurem kui 500 000, mis näitab, et veerand kuni pool opiaadiprobleemidega inimestest võivad saada asendusravi.

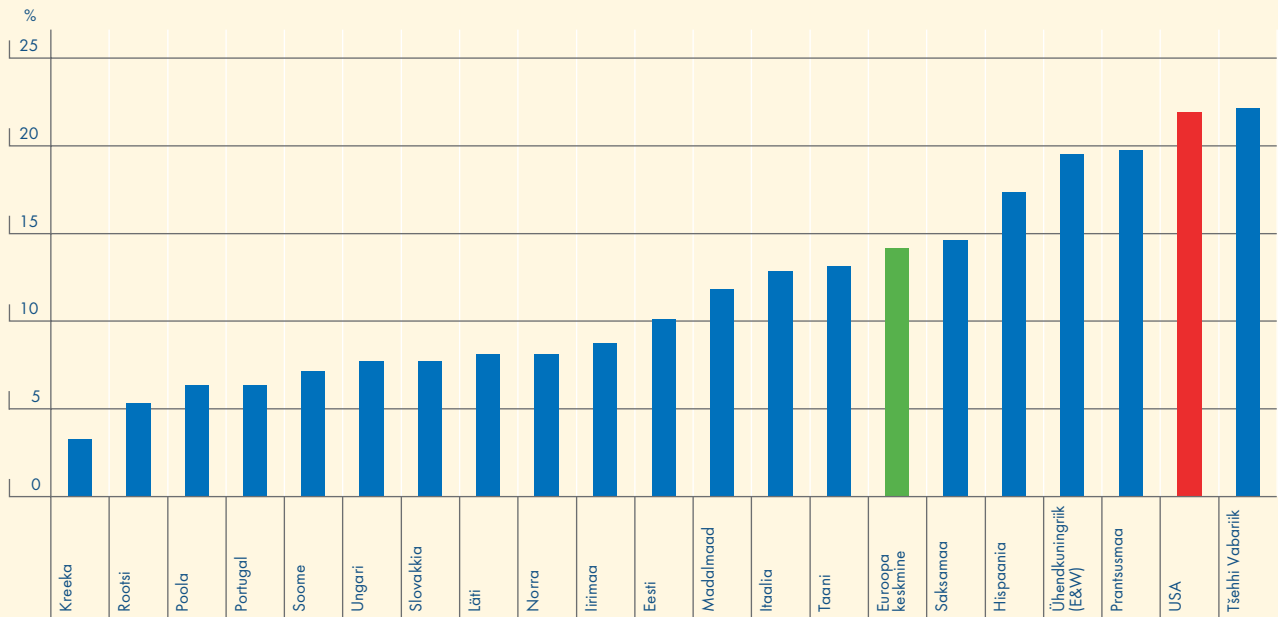
Asendusravi ei ole ainuke võimalus opiaadiprobleemidega inimeste aitamiseks, kuid teiste terapeutiliste lähenemisviiside kohta ei ole piisavalt teavet selleks, et anda usaldusväärset hinnangut nende teenuste pakkumise kohta ELi tasandil. Opiaadiprobleemidega inimeste ravivõimaluste arendamisel on tehtud märkimisväärseid edusamme ja tõendid efektiivsuse hindamiseks selles valdkonnas on suhteliselt kindlad. Olukord ei ole aga sarnane teiste uimastiliikide tarbijate puhul, kes moodustavad üha suureneva hulga ravi taotlejatest Euroopas. Konsensus on palju väiksem kõige sobivamate terapeutiliste võimaluste osas näiteks nende puhul, kes vajavad ravi stimulantide või kanepiga seotud probleemide

Uimastitarbimine on Euroopas endiselt väiksem kui Ameerika Ühendriikides, kuid mõnedes piirkondades on hinnanguline levimus nüüdseks samaväärne

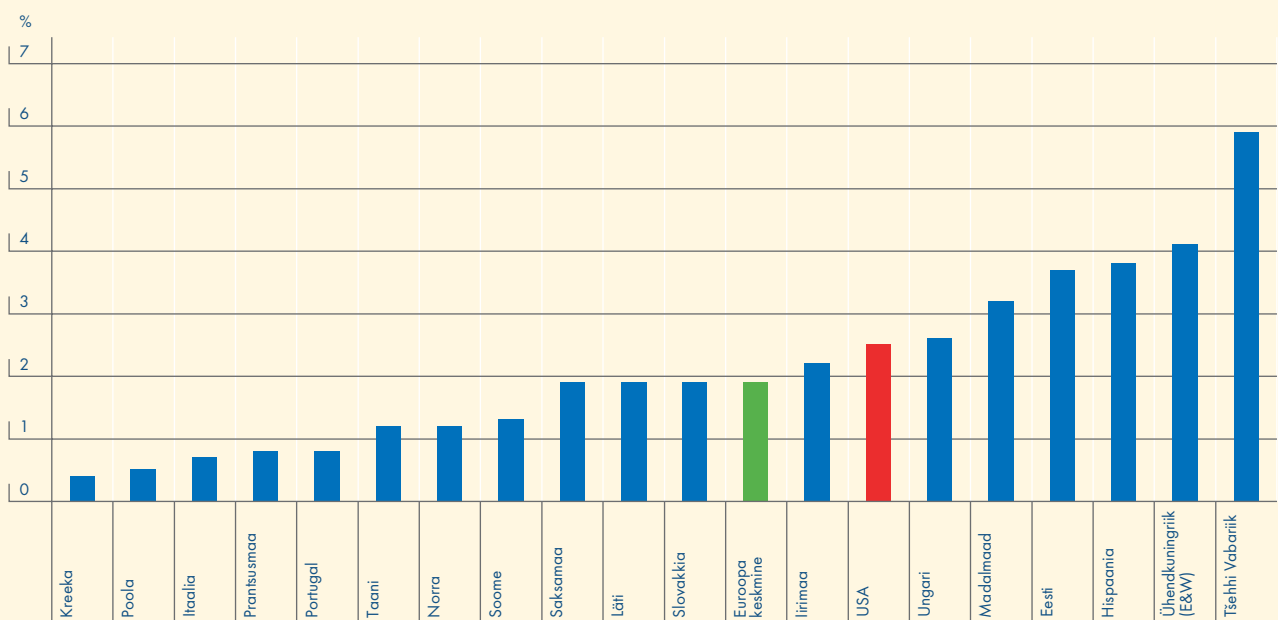
Uimastitarbimise määr Ameerika Ühendriikides on läbi aegade olnud märgatavalt suurem kui Euroopa riikides. See on suure osas tõsi ka praegu, kuid hiljutist tarbimist puudutavad andmed (levimus viimase aasta jooksul) näitavad, et mitmes Euroopa riikides sarnanevad kanepi, ecstasy ja kokaiini kasutamise määrad noorte täisealiste hulgas nüüd Ameerika Ühendriikide näitajatega (vaata joonist). Ecstasy hiljutise tarvitamise puhul noorte täisealiste seas on näitajad Ameerika Ühendriikides madalamad kui mitmes Euroopa riikides, mis võib viidata antud uimasti kasutuselevõtu tugevale seosele Euroopaga. Sellegipoolest on keskmine uimastitarbimise määr kõigi näitajate osas ELi rahvastiku hulgas jätkuvalt madalam kui Ameerika Ühendriikides. Paljudes Euroopa riikides muutus uimastitarbimine laialt levinuks hiljem kui Ameerika Ühendriikides, mida kajastavad Ameerika Ühendriikide suuremad näitajad uimastite hinnangulise tarbimise osas inimese elu jooksul (vaata joonist 1, 2 ja 3 2005. aasta statistikabülletäänis), mida võib teatud määral käsitleda kui kumulatiivseid näitajaid uimastitarbimise taseme kohta aja jooksul.

Kanepi, Ecstasy ja kokaiini hinnanguline tarbimine elu ja viimase aasta jooksul noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) Euroopas ja Ameerika Ühendriikides

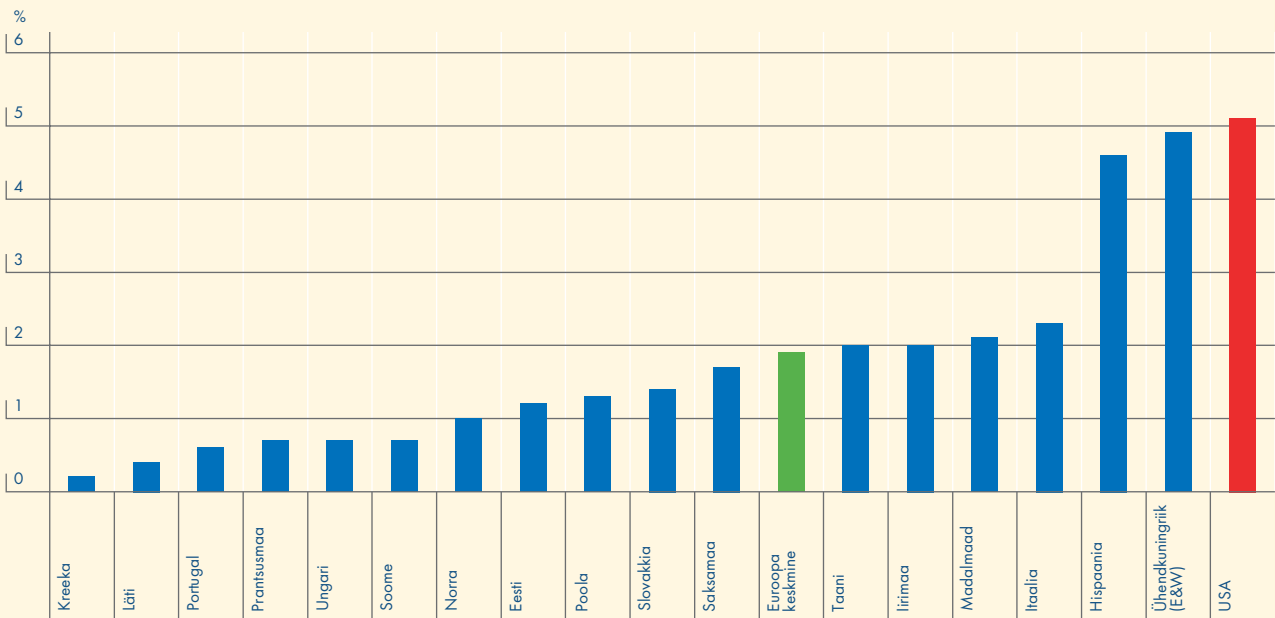
Kanepi hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased)



Ecstasy hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased)



Kokaiini hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased)



NB: USAs tehti uuring 2003. aastal ja vanusevahemik on 16–34aastased, see on saadud algandmetest ümberarvutuste teel. Euroopa riikides teostati enamik uuringuid (19st 17) ajavahemikus 2001–2004 ning tavaline vanuserühm oli 15–34aastased (mõnedes riikides olid noorimad küsitlused 16–18aastased). Euroopa keskmine levimusmäär arvatati riiklike keskmete levimusmäärade põhjal, mis olid kaalutud riigi elanikkonnaga vanuses 15–34 aastat (2001. aasta, Eurostati andmed).

Allikad: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health (Rakendusuringute Keskus, riiklik uuring narkootikumide tarvitamise ja tervise kohta) (www.samhsa.gov ja <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Euroopa: tabel GPS-11 EMCDDA 2005. aasta statistikabülletäänis. Põhineb Reitoxi riiklikel aruannetel (2004).

tõttu, ning efektiivsete ravivõimaluste arendamisest nende klientide jaoks saab tõenäoliselt tähtis väljakutse.

Uimastitarbimine, HIV-nakkus ja AIDS: võimalused seksamiseks on üha paremini kättesaadavad, mis võib mõjutada ka üldisi suundumusi

Raviteenuste laienemine ei ole ainuke valdkond, kus teenused probleemsetele uimastitarvitajatele on paranenud. Nõela- ja süstlavahetusprogramme, mille kaudu antakse uimastisüstijatele steriilseid süstimisvahendeid, leidub nüüd peaaegu kõikides ELi liikmesriikides ning enamikus riikides on nii tegevuse ulatus kui geograafiline katvus keskpikas perspektiivis suurenenud. Mõnedes liikmesriikides on ka apteekidel oluline roll seda tüüpi programmide katvuse suurendamisel. Eriprogrammid on sageli integreeritud uimastiprobleemidega inimestele suunatud laiematesse teenustesse, eeskätt madala läve keskustesse, ning seetõttu vaadeldakse neid tihti kui võimalust luua kontakte aktiivsete uimastitarvitajatega ja suunata nad võimalusel seeläbi ravi ja teiste teenuste juurde.

Üldiselt on uimastisüstimisest põhjustatud AIDSi haigestumiste arv mõnda aega vähenenud. Hetero-

seksuaalne kontakt kujutab nüüd uimastite süstimise asemel AIDSi levikul kõige kõrgemat riskifaktorit Euroopas. Haigestumuse vähenemine võib tuleneda aktiivse retroviirusevastase ravi paremast kättesaadavusest alates 1996. aastast, raviteenuste ja kahjude vähendamise teenuste laienemisest ja uimastisüstijate arvu vähenemisest enamikus riikides, kus nakkus esineb. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel on enamikus Euroopa riikides üle 75% aktiivset retroviirusevastast ravi vajavate inimeste jaoks see ravi kättesaadav. Katvust peetakse siiski väikeseks mitmetes Balti riikides ja see võib kajastuda uimastisüstijate seas uute AIDSi juhtumite arvu suurenemises vähemalt mõnes selle piirkonna riigis. Teatud ajaperioodil suurenes uute HIV-nakkusjuhtumite arv mõnedes Balti riikides märgatavalt, kuid viimased näitajad on sama palju langenud, tõenäoliselt tänu kõige kõrgema riskiga rahvastiku osas piiriarvu saavutamisele; lisaks võib seotud teenuste pakkumise suurenemine olla mõjutanud olukorda mõnedes piirkondades.

Enamikus teistes uutes ELi liikmesriikides on HIVi levimus jätkuvalt väike, nii nagu ka paljudes EL-15 liikmesriikides. Enamikus nendest ELi riikidest, kus HIVi levimus uimastisüstijate hulgas on läbi aegade olnud suurem, on täheldatud nakkuse märkimisväärset vähenemist ja seejärel

stabiliseerumist. See ei tähenda aga, et probleemid oleksid kadunud: vaatamata metodoloogilistele raskustele, mis muudavad suundumuste tõlgendamise riiklikul tasandil keeruliseks, näitavad mõned hiljutised uuringud uusi haigestumisi teatud uimastisüstijate alagruppide hulgas, viidates jätkuval vajadusele säilitada valvsus.

Üldraportid õiguslike sanktsioonide kohta uimastite omamise või kasutamise eest

Euroopa tasandi võrreldavad andmed uimastite ja kuritegevuse vaheliste seoste enamiku aspektide kohta reeglina puuduvad. Peamise erandi moodustavad uimasteid käsitlevate õigusaktide rikkumised, mis on registreeritud üleastumised uimastikontrollialastest seadustest. Kuigi riikidevahelisi võrdlusi tuleb teostada ettevaatlikult, näib, et ajavahemikus 1990ndate aastate lõpust kuni 2003. aastani uimasteid käsitlevate õigusaktide rikkumiste arv paljudes ELi riikides kasvas. Suurenemine oli eriti ulatuslik mõnedes uutes liikmesriikides. Enamikus riikides viitab suurem osa raporteid uimastite omamisele või tarvitamisele. Suures osas liikmesriikides hõlmab enamik õigusrikkumisi kanepit, ning alates 1998. aastast on kanepiga seotud õigusrikkumiste suhtarv kas kasvanud või jäänud samale tasemele. Vastupidiselt sellele on heroiiniga seotud õigusrikkumiste suhtarv paljudes riikides vähenenud.

Paljudes Euroopa riikides suureneb mure uimastitarbimise laiema mõju üle neile kogukondadele, kus esineb uimastitarbimist. Kõige sagedamini nimetatavateks muredeks on turvalisus ja noorte inimeste kokkupuude uimastitega, mida saab liigitada pealkirja "Uimastitega seotud avaliku korra rikkumised" alla – seda teemat

käsitletakse täpsemalt aastaaruande juurde kuuluvas valikteemade osas, ning kriminaalõiguse küsimust käsitleb valikteema, mis keskendub ülevaatele strateegiatest, millega vähendatakse uimastiprobleemidega inimestele vabadusekaotusliku karistuse määramist ja suunatakse nad ravile („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU” – „Vanglakaristuse alternatiivid: keskendumine õigusrikkujatest probleemsetele uimastitarbijatele ELis”).

Uimastipoliitika arengus esineb ühiseid jooni, kuid erinevusi riikide lõikes võetakse siiski arvesse

Käesoleva aruande lugemine näitab selgelt, et üle kogu Euroopa esineb liikmesriikide vahel olulisi erinevusi nii uimastiprobleemide osas, millega riigid kokku puutuvad, kui sekkumiste ulatuse ja laadi osas. Vaatamata sellele esineb enamikus riikides uimastite tarbimise olukorras ühiseid jooni. Poliitilisel tasandil väljendavad liikmesriigid üldist poliitilist soovi töötada kooskõlas rahvusvaheliste kohustustega välja tasakaalustatud ja faktidel põhinev sekkumismehhanism; ning tunnistades seda, et uimastipoliitika teostamine on siseriiklik ülesanne, näevad liikmesriigid samuti kasu, mida võib anda tugevdatud koostöö Euroopa tasandil. Neid eesmärke väljendatakse ELi narkostrategias ja tegevuskavades. ELi narkostrategia ja tegevuskava aastateks 2000–2004 on vaatamata sellele, et kõiki seatud ambitsioonikaid eesmärke ei ole saavutatud, tõendiks olulisele arengule selles osas, kuidas liikmesriigid, ELi institutsioonid ja raviasutused saavad teha koostööd, et koordineerida ja mõõta edusamme uimastivaldkonnas. ELi narkostrategia (2005–2012) püüab antud protsessi edasi arendada.



1. peatükk

Uued suundumused poliitikas ja õigusnormides

Sissejuhatus

Uimastialaste tegevuspõhimõtete areng ELi liikmesriikides on paratamatult erinev, peegeldades erinevaid lähenemisi riiklikul ja ELi tasandil. See aga ei välista analüüsi väärivate ühiste tunnuste olemasolu.

Arvandlusperioodil on nende tunnuste hulgas kõige olulisem narkoennetusstrateegiate hindamisviis liikmesriikides. Mitmes ELi liikmesriigis hinnatakse riikliku narkoennetusstrateegia rakendamist. Kuigi uimastipoliitika hindamise mõju ei ole veel võimalik määratleda, on hindamine juba andnud mõningaid paljulubavaid tulemusi: nüüd on olemas parem ülevaade edusammudest ja ebaõnnestumistest ning mõnedel juhtudel on hindamise tulemusena eraldatud rohkem ressursse strateegias sätestatud, kuid veel saavutamata eesmärkide elluviimiseks. Lisaks kujutab ELi strateegia ja tegevuskava aastateks 2000–2004 hindamine endast tähtsa protsessi esimest tulemust, kus liikmesriigid, ELi institutsioonid ja eriasutused teevad koostööd uimastivaldkonnas tehtud edusammude hindamisel. Arvandlusperioodi käigus toimunud muude tegevuspõhimõtete areng hõlmab uimastite tarvitamise eest määratavate karistuste leevendamist ning uimastikaubanduse ja uimastitega seotud alaealisi ohustavate õigusrikkumiste eest määratavate karistuste karmistamist.

Strateegiline lähenemine Euroopa Liidu uimastipoliitikale

ELi narkostrategia (2005–2012), mille Euroopa Ülemkogu võttis vastu 2004. aasta detsembris, võtab arvesse eelmisel perioodil (2000–2004) tehtud edusammude lõpphinnangu tulemusi. Strateegia eesmärk on anda lisaväärtust riiklikele strateegiatele, austades sealjuures asutamislepingutes sätestatud subsidiaarsuse ja proportsionaalsuse põhimõtet. Dokument seab Euroopa Liidule kaks uimasteid puudutavat üldist eesmärki:

- saavutada kõrgetasemeline tervisekaitse, heaolu ja sotsiaalne ühtekuuluvus, täiendades liikmesriikide tegevust narkootikumide tarbimise, narkosõltuvuse ning

narkootikumidest tulenevate tervisekahjustuste ning ühiskonnale tekitatava kahju ennetamisel ja vähendamisel;

- tagada üldsuse turvalisuse kõrge tase, võttes meetmed narkootikumide valmistamise ja pakkumise ja piiriülese narkokaubanduse tõkestamiseks ning intensiivistades narkokuritegevuse ennetusmeetmeid liikmesriikide tõhusa koostöö kaudu.

Nimetatud kaks eesmärki hõlmavad ELi narkostrategias 2000–2004 määratletud kuut prioriteeti. Uus strateegia peab vajalikuks nii nõudlust kui pakkumist vähendavate meetmete ühendamist terviklikuks, valdkondadevaheliseks ja tasakaalustatud lähenemiseks. Strateegia on suunatud kahele nimetatud poliitikavaldkonnale ja kahele läbivale teemale – rahvusvahelisele koostööle ning teabele, uurimustele ja hindamisele – ning koordineerimistööle.

2005. aasta veebruaris esitas Euroopa Komisjon Euroopa Parlamendile ja Euroopa Ülemkogule teatise ELi uimastitevastase tegevuskava (2005–2008) kohta. Antud tegevuskava koostamisel konsulteeriti Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ja Europoliga. Komisjon konsulteeris ka kodanikuühiskonnaga. Tegevuskava, milles võetakse arvesse eelmise tegevuskava hindamise tulemusi, on koostatud nii, et iga tegevuse osapooled ning hindamisvahendid, indikaatorid ja eesmärkide saavutamise kuupäevad on selgelt määratletud. See peaks lihtsustama tegevuste järelseiret ning andma tegevuskava elluviimiseks selgemaid juhtnööre. Enne 2009.–2012. aasta tegevuskava esitamist koostab komisjon tegevuskava kohta iga-aastased arenguaruanded ning mõjuanalüüsi.

ELi eeskujul on enamikus liikmesriikides vastu võetud riiklikud narkoennetusstrateegiad. Käesolevas aruandes käsitletud kahekümne üheksast riigist kahekümne kuues on käivitunud riiklik uimastipoliitika, mis põhineb riiklikul tegevuskaval, strateegial või samalaadsel dokumendil. Mis puudutab ülejäänud riike, siis Itaalias kiitis riikliku tegevuskava heaks riiklik uimastivastase tegevuse koordinatsioonikomitee 2003. aasta märtsis ja see on praegu menetlemisel regioonides ja autonoomsetes

provintides; Malta ja Austria andsid teada, et aruande kirjutamise ajal tegeleti riikliku narkoennetusstrateegia koostamise ja vastuvõtmisega ⁽¹⁾.

Seitsmes ELi liikmesriigis on vastu võetud uus riiklik narkoennetusstrateegia (vt tabel 1). Kooskõlas ELi uimastikäsitlemisega näib kõikide riiklike narkoennetusstrateegiade aluseks olevat põhimõte, et uimastipoliitika peaks olema globaalne ja multidistsiplinaarne. Eri riikide siseriiklike strateegiade sisus võib siiski esineda põhimõttelisi erinevusi, näiteks olenemata sama terminoloogia kasutamisest võib erineda sekkumise ulatus; hindamise roll võib strateegias varieeruda tähtsast tähtsusetuni; lahknedavad võivad isegi vastuvõetud või muul viisil olulised tegevuspõhimõtted, nagu nt kahjude vähendamine. Just kahjude vähendamine näib olevat teema, mille kohta on kahekümne kuues analüüsitud poliitika- ja strateegiadokumentis ⁽²⁾ enim eriarvamusi: kaheteistkümnendises dokumendis tõuseb teema esikohale, üheksas dokumendis on seda vaadeldud koos muude teemadega ja viies dokumendis ei ole seda mainitud.

Narkoennetusstrateegiade hindamine annab esimesi tulemusi

Aruandlusperioodi käigus hinnati ELi narkostrategiat 2000–2004. 2004. aasta 25.–26. oktoobril toimunud kohtumisel tutvus justiits- ja siseküsimuste nõukogu komisjoni aruandega nimetatud lõpphinnangu kohta ⁽³⁾. Hindamise eesmärgiks oli välja selgitada, millises ulatuses saavutati tegevuskava abil narkoennetusstrateegia eesmärgid, ja analüüsida nii uimastistrateegia kui tegevuskava mõju uimastialasele olukorrale ELis. Hindamine aitas samuti kaasa arutelule, mis viis uue narkostrategia heakskiitmiseni ⁽⁴⁾. Komisjoni aitas hindamistöös juhtkomitee (mille liikmeteks olid komisjoni, 2003. ja 2004. aasta nelja eesistujariigi, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ja Europoli esindajad). Töö tõsiseks takistuseks oli täpsete ja mõõdetavate operatiiveesmärkide puudumine.

Lõpphinnangu teatises ja selle lisades ⁽⁵⁾ tõsteti esile peamised narkoennetusosalased saavutused siseriiklikul ja ELi

Tabel 1: Uued siseriiklikud narkoennetusstrateegiad

Riik	Pealkiri	Ajavahemik või vastuvõtmise kuupäev	Eesmärgid	Mõõdetavad ülesanded	Tulemuslikkuse näitajad	Vastutus rakendamise eest	Rakendamise eelarve
Eesti	Narkomaania ennetamise riiklik strateegia	2004–12	✓	✓	✓	a.p.	a.p.
Eesti	Narkomaania ennetamise riikliku strateegia eesmärgistatud tegevuskava	2004–08	✓	✓	✓	✓	✓
Prantsusmaa	Illegaalsete uimastite, tubaka ja alkoholi vastase võitluse tegevuskava	2004–08	✓	✓	✓	a.p.	✓
Küpros	Riiklik narkostrategia	2004–08	✓	a.p.	a.p.	a.p.	✓ ⁽³⁾
Leedu ⁽¹⁾	Uimastite kontrolli ja narkomaania ennetamise riiklik programm ja strateegia	2004–08	✓	a.p.	✓	✓	✓
Luksemburg	Uimastite ja narkomaania vastase võitluse strateegia ja tegevuskava	2005–09	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Sloveenia ⁽¹⁾	Otsus riikliku narkoalase tegevuskava kohta	2004–09	✓	a.p.	a.p.	✓	✓
Soome	Uimastipoliitika tegevuskava	2004–07	✓	a.p.	a.p.	✓	a.p.

NB: a.p. = andmed puuduvad.

⁽¹⁾ Andmed on saadud riigi teabekeskuse töötajatel.

⁽²⁾ Pakkumise vähendamise kohta ei ole Luksemburgi strateegias mõõdetavaid ülesandeid välja toodud.

⁽³⁾ Küprose strateegias märgitakse, et strateegia eesmärkide täitmiseks eraldatakse rahalisi ja inimressursse – numbreid ei ole täpsustatud.

⁽¹⁾ Täpsemat info saamiseks ja mõistetega tutvumiseks vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Sel teemal ei ole andmeid Malta, Slovakkia ega Türgi kohta.

⁽³⁾ KOM(2004) 707 lõplik.

⁽⁴⁾ Euroopa Ülemkogu (16.–17. detsember 2004) – resolutsioonid.

⁽⁵⁾ Nende hulgas on ka Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse – Europoli statistiline hetkeülevaade (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

tasandil ning märgiti valdkonnad, mis vajavad jätkuvat arendamist. Teatistes rõhutati, et on tehtud edusamme uimastitega seotud terviseprobleemide (sh inimese immuunpuudulikkuse viirusesse (HIV) nakatumine, hepatiit) arvu vähendamisel, uimastitega seotud surmajuhtumite arvu vähendamisel (Eli narkostrategie eesmärk 2) ja eeskätt ravi kättesaadavuse parandamisel (eesmärk 3). Seoses eesmärgiga 1 (vähendada uimastite tarbimist) ei täheldatud märkimisväärset edasiminekut. Samamoodi ei täheldatud narkootikumide kättesaadavuse vähenemist (eesmärk 5). Eesmärgid 4 ja 5 ühiselt on aga aidanud ellu viia mitmeid Eli algatusi, mis on tugevdanud korrakaitsemeetmeid narkokaubanduse ja -pakkumise vastases võitluses. Tegevuskava rakendusperioodil tekkis mitu suuremat algatust seoses rahapesu tõkestamise (eesmärk 6.1) ja lähteainete leviku ennetamisega (eesmärk 6.2), eeskätt tulenevalt ühenduse seadusandluse muutmisest lähteainetega kaubitsemise kontrolli osas.

Teatistes rõhutati samuti vajadust edasise uurimistegevuse järele, näiteks uimastitarbimise ja -sõltuvusega seotud biomeditsiiniliste, psühhosotsiaalsete ja teiste tegurite osas, eeskätt valdkondades, mille kohta on jätkuvalt vähe teavet (nt pikaajaline kanepi või sünteetiliste uimastite tarvitamine). Toonitati ka vajadust konsulteerida Eli uimastipoliitika väljatöötamisel regulaarselt kodanikuühiskonnaga. Samuti soovitas komisjon pikendada Eli strateegiat viielt aastalt kaheksale, hõlmates sellesse perioodi Eli kahe järjestikuse tegevuskava elluviimise, et võimaldada algatuste täielik rakendamine ja väljatöötamine vastavalt strateegias kajastatud eesmärkidele.

Äramärkimist väärivad mitmed aruandlusperioodil tehtud riikliku tasandi hindamised. Huvi pakuvad eeskätt hindamised nendes riikides, kus uimastistrateegia suhtes võeti vastu struktureeritud lähenemine, mis kokkuvõttel sisaldas eesmärkide ametlikku dokumenteerimist, ülesannete defineerimist ja kvantifitseerimist, rakendamise eest vastutava ametiasutuse määratlemist ja eesmärkide saavutamise kindlat tähtaega. Selline lähenemine lihtsustab riikide aruandlust saavutatud eesmärkide kohta ja problemaatiliste küsimuste määratlemist, mis ühtlasi võimaldab vajadusel võtta tarvilikke meetmeid.

Näiteid sellise lähenemise kohta leiab Tšehhi Vabariigist, Iirimaa, Luksemburgist, Poolast ja Portugalist, kus riiklike narkoennetusstrateegiade hindamine kas tõi välja või on selle abil võimalik välja tuua juba elluviidud tegevusi ja veel saavutamata ülesandeid, millega tuleb tegeleda. Üheks näiteks, kuidas struktureeritud lähenemine saab

kaasa aidata edusammude hindamisele, on Portugali riikliku narkoennetusstrateegia 2004. aasta hindamine. Välishindajad järeldasid, et Portugali tegevuskava 30 põhieesmärgist oli mõne saavutamisel tehtud edusamme, kaheksa eesmärki olid täielikult ja kümme osaliselt täidetud; ent infopuuduse tõttu oli mõne eesmärgi saavutamist raske hinnata ning viie eesmärgi puhul leiti, et need ei ole täidetud. Saksamaal loodi juhtkomitee (riiklik narkomaania nõukogu), et viia ellu 2003. aasta tegevuskava ja teostada järelevalvet selle tulemuste üle.

Riikliku narkoennetusstrateegia vastuvõtmine või eelmise strateegia edukuse hindamine on viinud mõnedes riikides uimastivaldkonna eelarve suurendamiseni. Näiteks Kreekas on pidevalt kasvanud tervishoiuga seotud teenuste kulutused, Ungaris on leitud vahendeid strateegia seni rakendamata koostisosade rahastamiseks ja Luksemburgis suurenes tervishoiuministeeriumi uimastivaldkonna eelarve ligikaudu 1 miljonilt eurolt 1999. aastal ligi 6 miljoni euroni 2004. aastal. Sellegipoolest moodustavad kõigis liikmesriikides riiklikud kulutused uimastivaldkonnale vaid väikese osa riiklikest kogukulutustest (0,1–0,3%). See selgitab osaliselt tähelepanekut, mille kohaselt kogu Elis puudub otsene seos majanduskasvu ja vastavate üldelarveliste muudatuste ning uimastivaldkonnale tehtavate riiklike kulutuste taseme vahel.

Mitmetes ELi liikmesriikides moodustasid pakkumise vähendamisele suunatud kulutused suurema osa riiklikest kuludest (hinnanguliselt 68–75% uimastivaldkonnaga seotud kogukuludest) ⁽⁶⁾. Üksikutes riikides, sealhulgas Maltal ja Luksemburgis, olid kulutused nõudluse vähendamisele siiski ilmselgelt kõrgemad kui kulutused pakkumise vähendamisele (kulutused nõudluse vähendamisele moodustasid hinnanguliselt vastavalt 66% ja 59% uimastivaldkonna kogukuludest). Samas ei ole selge, kas erinevused eelarveeraldistes näitavad märkimisväärseid erinevusi poliitilistes prioriteetides või hälvet andmete kogumisel.

Jätkuvalt on probleemiks teabe puudumine otseste riiklike kulutuste kohta uimastivaldkonnas. Siiski näib, et koos kasvava akadeemilise huviga antud valdkonna vastu ⁽⁷⁾ on suurenenud poliitiline vastutus uimastivaldkonnaga seotud riiklike kulutuste määratlemise ja kirjeldamise osas, nii et riiklike kulutusi uimastivaldkonnas võib arvestada tasuvushinnangu põhielementide hulka. Koos narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu ja Euroopa Komisjoniga arendab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus praegu välja metodoloogiat, mille abil on võimalik saada järjepidevaid ja

⁽⁶⁾ Vt valikteemat "Riiklikud kulutused uimastinõudluse vähendamisele" Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2003. aasta aruandes (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

⁽⁷⁾ Belgias, Hispaanias, Prantsusmaal, Luksemburgis, Madalmaades, Soomes, Rootsis ja Ühendkuningriigis – täpsete viidete saamiseks vt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

usaldusväärseid hinnanguid uimastivaldkonnas tehtud kulutuste kohta ELis, nagu on sätestatud ELi 2005. aasta tegevuskavas.

Käesolev esimene riiklik ja Euroopa tasandil teostatav hindamine on väärtuslik tagasisidemehhanism, mis teavitab otsuste vastuvõtjaid sellest, mil määral ja milliste kulutustega on nende otsuseid rakendatud, ning võimaldab neil suurendada jõupingutusi valdkondades, kus on täheldatud probleeme või kus hindamine on välja selgitanud soovimatuid tulemusi. Kuigi selged tõendid riiklike uimastistrateegiade üldmõjust uimastivaldkonnale veel puuduvad (EMCDDA, 2004a), on arvepidamine edusammude üle positiivne märk, mis loodetavasti käivitab Euroopas üldsuundumuse hinnata üksikasjalikult iga riiklikku narkoennetusstrateegiat.

Arutelud riikide parlamentides ja meedias

Elanikkonna muret uimastiprobleemide üle kajastavad nii meedia kui ka parlamendarutelud. Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruannetest saadud info põhjal on aruandlusperioodil parlamendarutelude hulgas kõige enam käsitletud teemad "Kahjude vähendamine" või sellesse kategooriasse kuuluvad sekkumised, "Kanepi tarvitamine" ning "Uimastitega seotud kuriteod ja sellega seotud muudatused uimastialases seadusandluses".

Asendusravi ning kahjude vähendamise meetmete eelised ja puudused võrreldes uimastivabade meetoditega tekitasid elavat arutelu Tšehhi Vabariigi, Eesti, Prantsuse, Iirimaa ja Norra parlamendis. Ägedate poliitiliste debattide teemad hõlmasid ettepanekut muuta süstlavahetusprogramm Rootsis alaliseks, ehkki see toimuks rangelt kontrollitud tingimustes, ja süstimisruumide ajutist loomist Norras (vaata valikteemat riikliku seadusandluse ja üldsust häiriva tegevuse kohta).

Kanep oli jätkuvalt tähtis aruteluteema, eriti Saksamaal, kus käsitleti peamiselt kanepi tarvitamist noorte hulgas, ning Luksemburgis ja Portugalis, kus tehti ettepanek, et kanep peaks olema kättesaadav arstiretsepti alusel. Kanepi tarvitamist või üldisemalt uimastite tarvitamist koolides ja noorte hulgas kajastati palju Belgia, Tšehhi Vabariigi, Saksa, Küprose, Luksemburgi ja Austria meedias. Madalmaades käsitles meedia teavet tetrahüdrokannabinooli (THK) suurenenud kontsentratsiooni

kohta kanepikultuurides (*nederwiet*) ja tugeva toimega kanepi tarvitamise võimalikke tagajärgi tervisele. Poolas pööras meedia uimastite hulgas kõige rohkem tähelepanu kanepile, mida mainiti 865 korral kokku ligikaudu 2500 viitest narkootikumidele. Kanepi legaliseerimist toetavad seaduseelnõud esitati Belgias, Taanis ja mõnedes Madalmaade linnavalitsustes (eesmärgiga lahendada "tagaukseprobleem" ⁽⁸⁾), mis tekitas tugevat ja avalikku vastuseisu enamiku parlamendiliikmete ja valitsuse ministrite hulgas.

Võimalik uimastialaste seaduste muutmine on pärvinud meedia tähelepanu ja tekitanud poliitilisi arutelusid Prantsusmaal ja Itaalias. Prantsusmaal võeti tagasi ettepanek asendada uimastite tarbimise eest määratav vanglakaristus trahvidega, seda tulenevalt murest, et sellist muudatust võidak "tõlgendada kui märki, et narkootikumid ei ole väga ohtlikud", ja see võiks viia "järjekordsele tarbimise kasvule ja varasemas eas tarbimisele" ⁽⁹⁾. Itaalias kajastas meedia parlamendis toimunud elavat arutelu seoses muudatustega 1990. aasta seaduses ning Tšehhi Vabariigis pälvis poliitilist ja meediatähelepanu uimastite omamise eest määratavate karistuste diferentseerimine.

Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Luksemburgis, Poolas ja Portugalis teostatakse sihtuuringuid meedias avaldatu analüüsiks ning Belgias ⁽¹⁰⁾, Poolas ja Ühendkuningriigis ⁽¹¹⁾ on välja töötatud noortele suunatud meediakampaaniad.

Uued suundumused ELi programmides ja õigusnormides

Uimastitega seotud tähtsad ELi algatused, mida võeti ette aruandlusperioodil, hõlmasid rahvatervise ja narkokaubanduse valdkonda ning kontrolli lähteainete ja sünteetiliste narkootikumide üle.

Rahvatervis

Euroopa tasandil kuulub narkoennetus rahvatervise programmi ⁽¹²⁾ tervist määravate tegurite hulka. Programmi 2004. aasta tegevuskavas suunati tähelepanu 18. juuni 2003. aasta nõukogu soovitusel ja koostöös Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusega sobiva aluse loomisele tegevuste üle järelevalve teostamiseks ELis. Komisjon kutsus huvirühmi üles tegema elustiili lähenemisviisi hõlmavaid ettepanekuid, et käsitleda kõigi sõltuvusohlike ainete kuritarvitamist eelkõige

⁽⁸⁾ Kohvipoeid võivad varuda müügi eesmärgil kuni 500 grammi kanepit, kuid nad saavad seda hankida vaid illegaalselt turult. See on nn "tagaukseprobleem".

⁽⁹⁾ MILDT (2004), lk 43, tsiteeritud Prantsuse riiklikus aruandes.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Kampaania "Talk to Frank" kanepi tarvitamisega seotud riskide kohta (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsus nr 1786/2002/EÜ, 23. september 2002, millega võetakse vastu ühenduse tegevusprogramm rahvatervise valdkonnas (aastateks 2003–2008) – komisjoni avaldused, EÜT L 271, 9.10.2002, lk 1–12.

Jätkusuutliku terviseesiresüsteemi loomine

Jätkusuutliku terviseesiresüsteemi loomine ja käivitamine on üks peamisi rahvatervise programmi (2003–2008) eesmärgi. Komisjon on kutsunud liikmesriike ja rahvusvahelisi organisatsioone üles alustama konsultatsioone, eesmärgiga koostada ühtne nimekirja Euroopa Ühenduse terviseindikaatoritest. Selles kontekstis arvati "uimastitega seotud surmad" ja "psühhotroopsete uimastite tarbimine" põhiindikaatorite nimekirja kavandisse, tugevdades struktuurilisi sidemeid Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kui võimaliku teabeandjaga.

meelelahutusasutustes (nt ööklubid) ja vanglates. Komisjon oli enim huvitatud parima tava väljatöötamisest, infovahetuse tõhustamisest ning teabe levitamise parandamisest tänapäeva tehnoloogia abil. Komisjon valis 2004. aastal välja neli projekti, mille eesmärk oli ennetada riskikäitumist, ühtlustada rahvusvahelisi teadmisi dopingu biomeditsiiniliste kõrvaltoimete kohta, tugevdada teadmiste siiret uimastitarbimisevastaste meetmete alal ja laiendada olemasolevat legaalseid ja illegaalseid uimasteid käsitlevat võrguressursi uutesse liikmesriikidesse.

Uimastikaubandus

2004. aastal võeti ELi tasandil vastu mitu uimastikaubandusevastast võitlust reguleerivat õigusakti. 25. oktoobri 2004. aasta nõukogu raamotsus 2004/757/JSK kehtestas miinimumeeskirjad ebaseadusliku uimastikaubanduse kuriteokoosseisu ja karistuste kohta⁽¹³⁾ ja on uimastikaubandusega võitlemisel võtmetähtsusega dokumendiks, kehtestades seda tüüpi õigusrikkumiste eest liikmesriikides määratavad minimaalsed karistused.

2004. aasta detsembris jõuti nõukogus kokkuleppele otsuse suhtes, mis käsitles uute psühhootroopsete ainete alast teabevahetust, riskide hindamist ja kontrolli. Nimetatud otsusega luuakse raamistik tõhusaks teabevahetuseks uute psühhootroopsete ainete kohta ja mehhanism nende ainete üle kontrolli saavutamiseks ELi tasandil.

30. märtsil 2004 võttis nõukogu vastu soovitusel konfiskeeritud uimastitest proovide võtmise suuniste kohta. Dokumendis soovitatatakse liikmesriikidel kehtestada rahvusvaheliselt tunnustatud suunistega kooskõlas olev proovide võtmise süsteem, juhul kui seda juba tehtud ei ole. Nõukogu võttis samuti vastu resolutsiooni kanepi kohta ning uimastite nõudluse ja pakkumise vähendamiseks ning

sünteesiliste uimastite pakkumisega seotud rakenduskaavade arenguaruande.

11. veebruaril 2004 võtsid Euroopa Parlament ja nõukogu vastu määruse (EÜ) nr 273/2004 narkootikumide lähteainete kohta.⁽¹⁴⁾ Nimetatud õigusaktiga ühtlustatakse ühendusesisese kontrolli ja järelevalve meetmed teatud ainete üle, mida sageli kasutatakse narkootiliste või psühhootroopsete ainete ebaseaduslikuks tootmiseks, eesmärgiga ennetada selliste ainete levikut. Eeskätt annab see liikmesriikidele suuniseid meetmete võtmiseks, mis võimaldavad pädevatel ametiasutustel täita kontrolli ja järelevalve ülesandeid, ning teavet selle kohta, kuidas kahtlaseid tehinguid ära tunda ja neist teavitada. 22. detsembril 2004 võttis nõukogu vastu määruse (EÜ) nr 111/2005, millega kehtestatakse ühenduse ja kolmandate riikide vahelise narkootikumide lähteainetega kauplemise järelevalve eeskirjad.

Vastavalt 2002. aasta novembris vastu võetud nõukogu resolutsioonile esitas Euroopa Komisjon 2004. aasta novembris nõukogu horisontaalses narkoprobleemide töörühmas uurimise ainepõhise ja juhtumipõhise lähenemisele baseeruvate nimekirjade kasutamise kohta sünteetiliste uimastite kontrollimisel. 2004. aasta aprillil esitas komisjon töörühmale ka ettepanekud ELi sünteetiliste uimastite turustusvõrgustike kaardistamise meetodite võimalike edasiste täienduste kohta.

Uued siseriiklikud õigusnormid

Noored

Arvandlusperioodi jooksul tehtud muudatused mitmete liikmesriikide õigusnormides hõlmasid meetmeid noorte kaitsmiseks õigusrikkujate eest ja võimaliku uimastitarbimise alustamise vältimiseks.

Kaitset võib pakkuda kas otseste või üldisemate meetmete kaudu. Ungaris 2003. aasta märtsis vastu võetud seaduse eesmärk on kaitsta alla 18-aastaseid isikuid narkootiliste ainete kuritarvitamise eest ning täiskasvanutele määratavad karistused on rangemad alaealistega seotud õigusrikkumiste puhul. Eestis sätestati 2004. aasta alguses kehtestatud muudatustega karmimad karistused enamiku narkootikumidega seotud kuritegude eest, sealhulgas alaealiste ebaseaduslikule uimastitarvitamisele ohutamise eest.

Taanis muudeti euforiaatide seadust 2004. aasta juulis; uimastite levitamist restoranides, diskoteekides või samaladsetes kohtades, mida külastavad tihti lapsed või noored, peetakse nüüd oluliseks raskendavaks asjaoluks.

⁽¹³⁾ ELT L 335, 11.11.2004, lk 8; vt ka Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta aruannet (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ ELT L 47, 18.2.2004, lk 1.

Selliste õigusrikkumiste eest on alati ette nähtud vanglakaristus ning eesmärgiks on pikendada keskmist vanglakaristust taoliste õigusrikkumiste eest ühe kolmandiku võrra. Samuti on Hispaanias alates 2004. aasta oktoobrist uimastitega kauplemine koolide lähedal raskendav asjaolu ning lisaks on tõstetud uimastikaubandusega seotud õigusrikkumise toime pannud noore vanust 16 aastalt 18 aastale. Kanepi tarvitamise tõkestamist käsitlevate suunistega (*Cannabis Enforcement Guidance*, ACPO, 2003) kehtestati Inglismaal ja Walesis uue seadusandluse põhimõtted, mis annavad nõu, kuidas toimida inimestega, kellelt leitakse kanepit sellistes kohtades nagu koolid, noorteklubid ja mänguväljakud või nende läheduses.

Lätis võeti 2003. aasta detsembris vastu kaks noorte uimastitarbimise vastast valitsuse määrust, millest üks määratles uimastite kuritarvitamiselt tabatud laste kohustusliku ravi protseduurid vastavas raviasutuses (vanemate nõusolekul) ja teine täpsustas tegevusi uimastite või teiste joovastavate ainete leidmisel koolis. Inglismaal ja Walesis saavad kanepiga seotud õigusrikkumiste eest vahi alla võetud alla 18aastased isikud, sõltuvalt õigusrikkumise tõsidusest, jätkuvalt noomituse, viimase hoiatuse või karistab neid politsei. Pärast viimast hoiatust suunatakse noor õigusrikkuja noorte õigusrikkujate tugirühma, mis korraldab talle ravi või muu abi andmise.

Tšehhi Vabariigis muudab 2004. aastal jõustunud ja üldaktide suhtes ülimuslik lastekaitseasutus korda, millega reguleeritakse karistusseadustikuga vastuollu läinud noorte õigusrikkujate kohta kehtivat seadusandlust. Karistusmeetmeid peaks rakendama ainult vajadusel ning kasvatuslikud meetmed võivad sisaldada ainete tarvitamise keeldu või kohustust läbida ravi. Ka vabadusekaotuseta karistuse maksimummäär moodustab praegu poole täiskasvanutele kehtivatest karistustest. Poolas sätestatakse 2003. aasta jaanuaris vastu võetud ministri määrusega spetsiaalsed kasvatuslikud ja ennetavad tegevused narkosõltuvuse riskirühma kuuluvate laste ja noorte jaoks. Koolidel on kohustus rakendada kasvatuslikke ja ennetavaid strateegiaid.

2003. aasta oktoobris avaldas Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas (ELDD) uimasteid ja noori käsitlevate õigusaktide võrdleva uurimuse⁽¹⁵⁾, see oli aluseks dokumendile, mis aitas kaasa 2004. aasta oktoobris avaldatud komisjoni hinnangu koostamisele ELi 2000.–2004. aasta tegevuskava kohta⁽¹⁶⁾. Hindamise käigus leiti, et 22 seaduses, mis võeti vastu 11 liikmesriigis (15st), käsitleti noori puudutavaid tegevuskava teemasid. Enamiku seaduste eesmärgiks oli leida alternatiive

vanglakaristusele, kuus riiki võtsid aga vastu seadused, mille eesmärgiks oli vähendada narkootikumide tarbimise levikut eeskätt noorte hulgas. Kokkuvõttes tundub aga, et viie aasta jooksul on õigusaktides pööratud suhteliselt vähe tähelepanu tegevuskava teemadele. Noortele uimasteid tarbivatele õigusrikkujatele suunatud meetmete süvaanalüüsi kohta loe valikteemat vanglakaristuse alternatiividest.

Kahjude vähendamine

2003. ja 2004. aasta jooksul võeti vastu mitmeid kahjude vähendamist puudutavaid õigusakte.

Prantsusmaal 2004. aasta augustis viieks aastaks vastu võetud rahvatervise tegevuskavaga viiakse uimastitarbijate kahjude vähendamist puudutavad tegevuspõhimõtted rahvatervist käsitlevatesse määrustesse, andes kahjude vähendamisele ametliku definitsiooni ja tuues selle riigi jurisdiktsiooni alla.

Soomes muudeti valitsuse dekreediga nakkushaiguste seadust; sätestati, et tervisekeskustes töötavad nakkushaiguste spetsialistid peavad tegelema ennetustööga, sealhulgas veeni süstivate narkomaanide tervisealase nõustamisega ja vajadusel nõela- ja süstlavahetusprogrammide rakendamisega. Luksemburgis reguleerib suurhertsogi 2003. aasta detsembri dekreet riiklikku süstlajaotusprogrammi, määratledes asutused ja spetsialistid, kellele on õigus uimastitarvitajatele süstlaid jagada. Sellega jätkatakse suundumust, mis lubab omada ja pakkuda steriilseid süstlaid, tuginedes vastavale seadusandlusele⁽¹⁷⁾, mida toetab lõppev ELi tegevuskava 2000–2004 selles sätestatud vajadusega arendada profülaktilist tegevust. Täpsemat juriidilist teavet saab Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi artiklist “Nõela- ja süstlaprogrammide õiguslik raamistik”⁽¹⁸⁾.

Ühendkuningriigis muudeti uimastite kuritarvitamise seadust 2003. aasta augustis, et võimaldada arstidel, farmatseutidel ja uimastiravi spetsialistidel ametlikult pakkuda tampoone, steriliseeritud vett, teatud segamissoosid (sealhulgas lusikaid, kausse, tasse ja taldrikuid) ja sidrunhapet neile uimastitarbijatele, kes on saanud kontrollitavaid narkootilisi aineid ilma retseptita. 2004. aasta juunis võttis Norra parlament kolmeks aastaks vastu ajutise uimastisüstimisruumide testimisskeemi seaduse. See vabastab süstimisruumide kasutajad karistusest ühekordse uimastidoosi omamise ja kasutamise eest ning seaduse alusel avatakse spetsiaalsed süstimisruumid 2005. aasta veebruaris.

⁽¹⁵⁾ “Young people and drugs: a legal overview” (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ “Drug law and young people 2000–2004” (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Alates 1999. aastast on õigusakte vastu võetud seitsmes riigis: Belgias, Prantsusmaal, Luksemburgis, Poolas, Portugalis, Sloveenias ja Soomes.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

Tšehhi Vabariigis pakuvad mitmed valitsusvälised organisatsioonid tablettide testimise teenust, mille eesmärk on vähendada tundmatu või teadmata aine tarbimisriski, kuigi selliste skeemide seaduslikkuse üle käib tuline arutelu. 2003. aastal ei esitatud ühtegi süüdistust ja prokuratuur lükkas tagasi politsei algatatud seni ainsa menetluse (2002. aasta juhtum). Peaprokuröri büroo on sellest ajast alates andnud suuniseid antud valdkonnas tegutsemiseks.

Kooskõlas nimetatud seadusandlike arengutega peavad ELi strateegia ja uus tegevuskava kahjude vähendamise teenuseid üldiselt sobivaks vahendiks, millega vastata suurenevale nõudlusele nõelavahetusprogrammide järele ja mis vähendavad uimastitega seotud riske inimeste tervisele ja ühiskonnale üldiselt.

Karistused

Lisaks eespool käsitletud ja otseselt noortele suunatud muudatustele tegid mitmed riigid aruandlusperioodi jooksul muudatusi uimastialasesse seadusandlusse ka karistuste osas, mida saab määrata eri õigusrikkumiste puhul. Näiteks eelmisel aastal anti teada, et Belgia ja Ühendkuningriik on edukalt alandanud karistust probleemivaba kanepiomamise eest. Belgias täpsustas 2005. aasta veebruaris vastuvõetud uus direktiiv kõnealuse alandatud karistuse erandeid, nähes ette täieliku süüdimõistmise "avaliku korra rikkumisega" seotud juhtudel. Need hõlmavad kanepi omamist sellistes kohtades või selliste kohtade lähedal, kus võivad koguneda koolilapsed (koolid, pargid, bussipeatused), samuti kanepi "silmanähtavat" omamist avalikus kohas või hoones. Taanis sätestati 2004. aasta mais euforiaatide seadusesse tehtud muudatuse ja prokuröri ringkirjaga, et kanepi omamist oma tarbeks karistatakse nüüd hoiatuse tegemise asemel tavaliselt pigem trahviga.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse andmetel järgivad need kasutajate ja kaubitsejate võimalike karistuste muudatuste üldsuunda, mis on tekkinud viimaste aastate jooksul⁽¹⁹⁾. Näiteks Belgias kehtestati 2003. aastal uus õigusrikkumiste kategooria, mille puhul ei pruugi probleemivabasid kanepitarvitajaid süüdi mõista, Kreekas vähendati uimastite tarbimise eest määratavat maksimaalset karistust viielt aastalt ühele ja Ungaris eemaldati uimastite tarbimine kui õigusrikkumine karistusseadustikust. 2002. aastal eemaldas Eesti karistusseadustikust väikese koguse illegaalse uimasti korduva isiklikuks otstarbeks kasutamise või omamise (koos sellega seotud maksimaalse kolmeaastase vanglakaristusega), kuigi Leedu lisis omamisega seotud õigusrikkumise oma karistusseadustikku koos võimaliku kuni kaheaastase vanglakaristusega. 2001. aastal

dekriminaliseeris Luksemburg kanepitarbimise ja eemaldas karistusseadustikust vastava vanglakaristuse nõrgatoimeliste uimastite tarbimise eest ilma raskendavate asjaoludeta. Soomes sätestati uimastite tarbimine õigusrikkumisena, mille suhtes prokurör määrab madalama vanglakaristuse piirmäära lihtsustatud kriminaalmenetluse korras. 2000. aastal kehtestas Portugal uimastite tarvitamise eest halduskaristuse, kuigi samal aastal tühistati Poola erand, mis varem võimaldas jätta uimastite omamise karistamata. Üldsuund ei tähenda siiski uimastite tarbimismõju vähendamist ühiskonnas, nagu nähtub üldsust häirivat tegevust kajastavast valikteemast ja noorte läheduses omamisele kehtestatud ülalmainitud piiranguist.

Uimastikaubanduses kahtlustatavate isikute puhul on suundumuseks võimalikku karistust suurendada. 2004. aasta märtsis tõsteti Taanis kaubitsemisega seotud õigusrikkumiste eest määratavaid maksimaalseid karistusi 50%. 2004. aasta alguses kehtestas Eesti rangemad karistused enamiku uimastitega seotud kuritegude eest, eriti raskendavate asjaolude olemasolul. Ühendkuningriigis on suurendatud C-grupi uimastitega kaubitsemise eest määratavat maksimumkaristust viielt aastalt vangistuselt 14 aastale. Lisaks on viimastel aastatel Kreekas (2001. a), Leedus (2000. a) ja Iirimaa (1999. a) asetatud suuremat rõhku karistustele, mida määratakse uimastite noortele levitamise (vt eespool) ja kaubitsemise eest. Taoline üksmeelne uimastitega kaubitsemise eest määratavate karistuste karmistamine kajastub ka Euroopa 2004. aasta oktoobri raamotsuses, millega sätestatakse miinimumnõuded ebaseadusliku uimastikaubanduse kuriteokoosseisu ja karistuste suhtes.

Uimastite tarvitamine töö

Kaks riiki teavitasid töö juures uimastite tarvitamist puudutavast seadusloomest. Soomes on töökoha privaatsuse kaitse akti (759/2004) eesmärk reguleerida ja suurendada töötaja privaatsust seoses uimastitistidega töökohal. Õigusaktis sätestatakse, et tööandja ja töötajad peavad koostama asutuse uimastivastase tegevuse programmi, mis sisaldab ennetuskava ja ravivõimalusi, ning loetletakse ametikohad, mille puhul nõutakse uimastitesti tõendit. Töölevõtmisel võib tööandja küsida uimastitesti tõendit vaid edukalt kandidaadilt. Tööandjal on õigus kasutada tõendil olevat teavet, kui töö nõuab täpsust, usaldusvärsust, iseseisvat analüüsivõimet või erksust ja kui töötamine uimasti mõju all või sõltuvus uimastitest võib seada ohtu elu või tervise või tuua kaasa märkimisväärse kahju. Tööle võetuna peab töötaja esitama tõendi vaid siis, kui on õigustatud alus kahtlustada, et ta on uimastitest sõltuvuses või töötab uimastite mõju all.

⁽¹⁹⁾ Täpsema info saamiseks vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse dokumenti "Illicit drug use in the EU: legislative approaches" (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

lirimaal avaldati 2004. aasta juunis seadus ohutuse, tervise ja heaolu kohta töökohal. Selle ühes paragrahvis nõutakse töötajailt selle tagamist, et nad ei ole töö juures mis tahes joovastava(te) aine(te) mõju all sellisel määral, mis ohustaks nende või teiste inimeste turvalisust, tervist või heaolu töökohal. Samuti nõutakse töötajate testimist mis tahes sobivate, mõistlike ja asjakohaste testidega pädeva isiku poolt, kui tööandjal on selleks mõistlik põhjendus.

ELi uues tegevuskavas on erilise tähelepanu all ennetustöö konkreetses tingimustes, nt töökohal. Võib-olla tulenevalt murest uimastite tarbimise leviku ja sageduse üle ELis võib

suurenenud tähelepanu pööramine suunatud ennetusele olla vastukaaluks üldisele suundumusele leevendada uimastitarvitajatele määratavaid karistusi. Täpseid arve selle nähtuse tegeliku ulatuse kohta siiski ei ole ning uimastitestimine muul otstarbel kui tegeliku mõju mõõtmiseks võib teatud riiklike või rahvusvaheliste seaduste alusel viia keeruliste privaatsust puudutavate õiguslike küsimusteni. Vahepeal jätkuvad erainvesteeringud, eesmärgiga tösta testimisvahendite täpsust ja kasutajasõbralikkust.

Uimastitega seotud, üldsust häiriv tegevus: poliitilised suundumused ja meetmed, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2005. aasta aruanne: valikteemad

Üldust häiriv tegevus on üha suurenev mure uimastipoliitika aruteludes nii riiklikul kui Euroopa tasandil. Uimastitega seotud, üldsust häiriva tegevuse mõiste all käsitletav käitumine ja tegevused on enamikus liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras kaua eksisteerinud. Seega ei ole tegemist uue nähtusega, küll aga uue, vähemalt mõnedes liikmesriikides täheldatava suundumusega uimastipoliitikas: liigitada ja koondada need nähtused ühe ja sama mõiste alla ja seada nende esinemise vähendamine riikliku uimastistrateegia eesmärgiks.

Millises ulatuses on see suundumus levinud teistes Euroopa riikides? Kas seda kontseptsiooni mõistetakse ühtemoodi? Kuidas hinnata antud nähtuse olemust ja ulatust? Mida soovitakse selle poliitikaga saavutada ja milliseid meetmeid

kavandatakse sekkumiseks rakendada, olgu need siis spetsiaalselt ja otseselt uimastitega seotud, üldsust häiriva tegevuse vähendamiseks loodud või mitte? Kas hindamistulemused on juba kättesaadavad ja kas on kehtestatud sekkumise edukust mõõtvad standardid? Ülaltoodud küsimused on peamised teemad, mida antud valikteemas käsitletakse.

Ajakohase ülevaate kaudu, mis puudutab uimastitega seotud, üldsust häiriva tegevuse käsitlemist Euroopa poliitilistes debattides, soovib Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus teavitada poliitika väljatöötajaid ja laiemat üldsust antud nähtuse olemusest, suundumustest ja uimastiennetuspoliitika meetmetest.

See valikteema on kättesaadav trükituna ja Internetis vaid inglise keeles („Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



2. peatükk

Koolid, noorsugu ja uimastid

Võrdlevad andmed noorte alkoholi- ja uimastitarbimise kohta pärinevad suurel määral 15–16-aastasteid kooliõpilasi käsitlevatest uuringutest. Alkoholi ja teisi uimasteid käsitleva Euroopa koolide uurimisprojekti (ESPAD) raames viidi läbi uuringud aastatel 1995, 1999 ja viimati aastal 2003. 2003. aasta uuringus (Hibell *et al.*, 2004) on esitatud võrdlevad andmed 22 ELi liikmesriigi ning ka Norra ja kolme kandidaatriigi (Bulgaaria, Rumeenia ja Türgi) kohta. Andmeid kooliõpilaste uimastitarbimisest sisaldavad ka muud kooliuuringud (nt Madalmaades, Rootsis ja Norras)

ning kooliealiste laste tervisekäitumise uuringud, mille tulemused on üldiselt väga sarnased.

Uimastitarbimise levimus ja harjumused

Kanep

ESPADi viimase, 2003. aasta uuringu andmed näitavad, et elu jooksul kanepit tarbinud 15–16-aastaste kooliõpilaste osakaal on kõige suurem Tšehhi Vabariigis (44%) (joonis 1). Elu jooksul kanepit tarbinute osakaal on madalaim (vähem

Euroopa koolide uurimisprojekt alkoholi ja teiste uimastite kohta: kasvava tähtsusega vahend, mõistmaks uimasti- ja alkoholitarbimise suundumusi noorte hulgas

Euroopa koolide uurimisprojekt alkoholi ja teiste uimastite kohta (*the European school survey project on alcohol and other drugs*, ESPAD) on Euroopa kooliõpilaste hulgas uimasti- ja alkoholitarbimist kajastav tähtis teabeallikas ning hindamatu väärtusega vahend aja jooksul toimunud muudatuste jäädvustamiseks. ESPADi uuringud viidi läbi 1995., 1999. ja 2003. aastal. Standardiseeritud meetodite ja vahendite kasutamine 15–16-aastastest eri rahvustest kooliõpilastest moodustatud valimite hulgas annab kõrgekvaliteedilise ja võrreldava hulga andmeid. ESPADis osalemine on suurenenud iga uuringu läbiviimisega ning selles osalevad nii ELi liikmesriigid kui mittekuuluvad riigid. 1995. aastal osales ESPADis kokku 26 Euroopa riiki (sealhulgas 10 riiki, mis liitusid ELiga 2004. aasta mais). 1999. aastal tõusis see arv 30-le ning 2003. aasta uuring hõlmas koguni 35 riiki, sealhulgas 23 ELi liikmesriiki (nende seas 10 riiki, mis liitusid ELiga 2004. aastal), kolme kandidaatriiki (Bulgaaria, Rumeenia ja Türgi) ning Norrat. Hispaania ei osalenud uuringus, kuid 2003. aasta ESPAD kajastab Hispaania kooliuuringust (PNSD) saadud siseriiklikke andmeid.

ESPADi kooliuuringu andmete võrreldavuse tagavad sihtrühma vanuse, meetodi ja andmete kogumise ajastuse standardiseerimine, juhusliku valimi kasutamine, küsimustiku ülesehituse stabiilsus ja anonüümsuse tagamine.

Küsimustik keskendub alkoholi tarbimisele (elu, 12 kuu ja 30 päeva jooksul, keskmiselt tarbitav kogus, purjujoomine) ja illegaalsete uimastite tarvitamisele (elu, 12 kuu ja 30 päeva jooksul, sealhulgas mõõdetakse uimastite tarbimise sagedust nendes ajavahemikes).

Mõned ELi liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras 2003. aastal teostatud uuringu peamised tulemused olid järgmised.

- Kanepi tarvitamine on illegaalsete uimastite seas ülekaalukalt esikohal.
- Ecstasy on peamiste tarbitavate illegaalsete uimastite hulgas teisel kohal, kuid selle tarbimise määr on väga madal.
- Amfetamiini ja LSD ning teiste hallutsinogeenide tarbimise määr on madal.
- Kuigi tarbimise levimus on suhteliselt madal, on uimastava toimega seened kõige enam kasutatav hallutsinogeen 12 ELi liikmesriigis.
- Teised kooliõpilaste seas tarvitavad ained hõlmavad retseptivabu rahusteid ja uinuteid (kõrgeim tase riikide hulgas 17%) ja sissehingatavaid aineid (maksimaalne tulemus riikide hulgas 18%).
- Purjujoomine 30 päeva jooksul on riigiti väga erinev (seda määratletakse kui vähemalt viie joogi tarbimist üksteise järel).

Teavet ESPADi ja uue aruande olemasolu kohta leiab ESPADi veebilehelt (www.espad.org).

kui 10%) Kreekas, Küprosel, Rootsis, Norras, Rumeenias ja Türgis. Riikide hulka, kus see määr on suurem kui 25%, kuuluvad Saksamaa, Itaalia, Madalmaad, Slovakkia ja Sloveenia (27% ja 28%), elu jooksul kanepit tarbinute osakaal on kõige suurem Belgias, Prantsusmaal, Iirimaa ja Ühendkuningriigis, ulatudes 32–40%. Alates aastast 1995 on enamikus riikides pidevalt suurenenud kooliõpilaste arv, kes on kunagi kanepit proovinud⁽²⁰⁾. Erinevused riigiti on siiski märkimisväärsed.

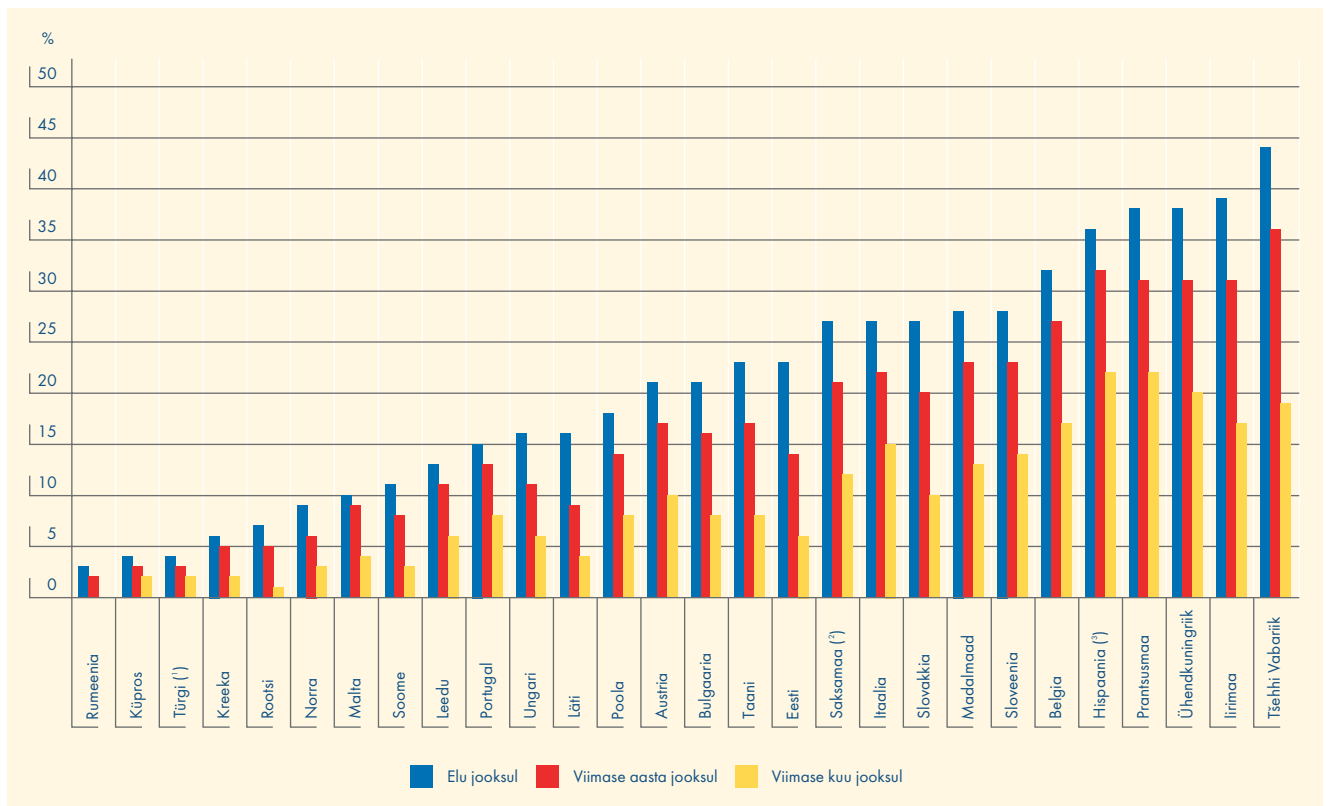
Uued andmed 2003. aasta 15–16aastaseid kooliõpilasi käsitlevast ESPADi uuringust näitavad, et elu jooksul kanepit tarbinute osakaal ulatub 3–44%. 2–36% kooliõpilastest teatas, et on tarbinud kõnealust uimastit viimase 12 kuu jooksul, samal ajal kui tarbimine viimase kuu jooksul ulatus 0%st mõnedes riikides kuni 19%ni teistes riikides⁽²¹⁾ (joonis 1). Riikide levimusmäärad erinevad üksteisest suhteliselt palju. Näiteks elu jooksul kanepit tarbinute osakaal on suurim Tšehhi Vabariigis, aga hiljutise

(viimase kuu jooksul) tarbimise määr on kõrgeim Hispaanias ja Prantsusmaal (22%).

Peaaegu kõikides riikides on kanepi tarbimise levimus meeste hulgas suurem kui naiste hulgas. Soolised erinevused on märgatavamad õpilaste puhul, kes teatasid, et on tarbinud kanepit 40 või enam korda elu jooksul⁽²²⁾.

11 liikmesriigis ja Bulgaarias läbi viidud riiklikesse õpilasuuringutesse olid kaasatud vanemad kooliõpilased (vanuses 17–18 aastat). Selles vanuserühmas ulatus elu jooksul kanepit tarbinute osakaal vähem kui 2%st Küprosel kuni 56%ni Tšehhi Vabariigis, samal ajal kui hiljutise (viimase kuu jooksul) kanepitarbimise määr ulatus vähem kui 1%st Küprosel kuni peaaegu 30%ni Prantsusmaal. Kõikides riikides, kus uuring läbi viidi, Küpros välja arvatud, olid levimusmäärad vanemate kooliõpilaste hulgas kõrgemad kui 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas⁽²³⁾.

Joonis 1: Kanepi tarbimine elu jooksul, viimase aasta ja viimase kuu jooksul 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 2003. aastal



(1) Türki andmed on kõigi kuue eri piirkonna ühest suuremast linnast (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir ja Samsun).
 (2) Saksa andmed põhinevad vaid kuuel piirkonnal (Baier, Brandenburg, Berliin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern ja Tüüringi).
 (3) Hispaania ei osalenud ESPADi uuringus. Siin esitatud andmed põhinevad Hispaanias 2002. aasta novembris ja detsembris teostatud uuringul. Uimastite levimust puudutavaid küsimusi võib pidada ESPADi küsimustega võrreldavaks, kuid metodoloogia erinevate aspektide tõttu ei ole Hispaania andmed otseselt võrreldavad.
 Allikas: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Vaata jooniseid EYE-1 (ii osa) ja EYE-1 (ix osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²¹⁾ 3. peatükis on toodud üksikasjalisem ülevaade kanepitarbimisest kooliõpilaste hulgas.

⁽²²⁾ Vaata joonist EYE-1 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²³⁾ Vaata tabeleid EYE-1 ja EYE-3 2005. aasta statistikabülletäänis.

Aastatel 1999–2003 suurenes Tšehhi Vabariigis 5% kooliõpilaste arv, kes teatasid, et proovisid kanepit 13aastasena või nooremana. Kolmteist ELi liikmesriiki teatasid vähesest suurenemisest (1–3%)⁽²⁴⁾. Vähenemisest (1%) teatati ainult Madalmaades ja Ühendkuningriigis.

Hiljutise Eurobaromeetri uuringu (2004)⁽²⁵⁾ järgi suurenes 15–24aastaste noorte arv, kes teatasid, et neile on pakutud kanepit, 46%-lt 2002. aastal 50%-ni 2004. aastal. Samal ajavahemikul suurenes ka noorte arv, kes teatasid, et nad tunnevad kanepit tarbinud inimesi, 65%-lt 68%-ni.

ESPADi uuringud näitavad, et kooliõpilaste arusaamad kanepist, nii selle tarbimisega seotud ohtudest kui ka kõnealuse uimasti kättesaadavusest on tugevas korrelatsioonis elu jooksul kanepi tarbimise levimusega. Ohtude ja levimuse suhe on pöördvõrdeline⁽²⁶⁾, st selgemat arusaama ohtudest seostatakse tarbimise väiksema levimusega ning vastupidi, samas on arusaam kättesaadavusest otseses korrelatsioonis elu jooksul tarbimise levimusega⁽²⁷⁾.

Riikides, kus kanepi tarbimise levimuse määr on keskmisest kõrgem, võivad noored inimesed üha rohkem kalduda arvama, et kanepi tarbimine on "normaalne". Enamik riike, mis teatavad suhteliselt kõrgetest kanepi tarbimise määradest elu jooksul, teatavad ka suhteliselt kõrgetest purjujoomise (mis tähendab, et järjest juuakse viis või enam jooki) määradest viimase 30 päeva jooksul⁽²⁸⁾, mis viitab sellele, et need kaks käitumismalli kuuluvad teatud elustiili juurde. Sellest käitumismustrist erinevad vaid Prantsusmaa, Itaalia ja Bulgaaria, kus kanepi tarbimise määr on suhteliselt kõrge, kuid purjujoomise määr suhteliselt madal.

Muud uimastid

Ecstasy tarbimise levimus oli suurem kui amfetamiini oma 14 ELi liikmesriigis ja kandidaatriigis, mida käsitleti 2003. aasta ESPADi uuringus⁽²⁹⁾. Elu jooksul ecstasy tarbimise määr oli madalaim (2% ja vähem) Taanis, Kreekas, Küprosel, Leedus, Maltal, Soomes, Rootsis, Norras, Rumeenias ja Türgis. Suuremast levimuse määrast, 3–4%, teatati Belgias, Saksamaal, Prantsusmaal, Itaalias, Lätis, Austrias, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Slovakkias ja Bulgaarias. Kõige suurema elu jooksul ecstasy tarbimise levimusega riigid olid Tšehhi Vabariik (8%) ning Eesti,

Hispaania, Iirimaa, Madalmaad ja Ühendkuningriik (kõik 5%).

Hinnates levimust eri ajavahemikel, oli 2003. aastal kõige kõrgem ecstasy tarbimise levimus elu jooksul, 8%, võrreldes viimase 12 kuu (hiljutise) tarbimise (5%) ja viimase kuu (praeguse) tarbimisega (2%).

Järjestikused küsitlusuuringud näitavad, et elu jooksul ecstasy tarbimise levimus 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas aastatel 1995–2003 üldiselt suurenes, kusjuures kõige rohkem kasvas see Tšehhi Vabariigis ja enamikus uutes liikmesriikides⁽³⁰⁾. Siiski ilmneb 1999. aasta ESPADi uuringute näitajates elu jooksul tarbimise levimuse kõikumisi mõnedes riikides. Ecstasy tarbimise vähenemine Ühendkuningriigis leidis aset enne 1999. aastat ja võis osaliselt tuleneda ecstasy' st tingitud surmade ulatuslikust kajastamisest meedias 1990ndate aastate lõpus.

Psilotsiin ja psilotsübiin – hallutsinogeense toimega seened

Psilotsiin ja psilotsübiin, hallutsinogeense toimega seente psühhoaktiivsed toimeained, on kantud ÜRO 1971. aasta konventsiooni I nimekirja ning seega kohaldatakse nende suhtes kontrollimeetmeid kõikides liikmesriikides. Siiski on hallutsinogeense toimega seente õiguslik seisund ning ka nende kasvatamise ja tarbimise suhtes rakendatavate õiguslike piirangute ulatus liikmesriigiti erinev, st seente suhtes võidakse kontrollimeetmeid kohaldada, mitte kohaldada või kohaldada juhul, kui neid "töödeldakse", mis tähendab, et nende õiguslik seisund ei ole päris selge.

ESPADi uuringus teatati hallutsinogeense toimega seente tarbimisest esmakordselt 2003. aastal. Enamikus uuringus osalenud riikides oli hallutsinogeense toimega seente tarbimise levimuse määr 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas suurem või sama suur kui LSD või muude hallutsinogeensete uimastite tarbimise levimuse määr⁽³¹⁾. Lisaks oli elu jooksul hallutsinogeense toimega seente tarbimise levimus võrreldes elu jooksul ecstasy tarbimise kogemusega suurem Belgias, Saksamaal ja Prantsusmaal ning sama suur Tšehhi Vabariigis, Taanis, Itaalias, Madalmaades ja Poolas. Elu jooksul hallutsinogeense toimega seente tarbimise levimus oli null Küprosel, Soomes ja Rumeenias, tõusis 4%-ni Saksamaal, Iirimaa ja Ühendkuningriigis ning 5%-ni Belgias, Prantsusmaal ja

⁽²⁴⁾ Vaata joonist EYE-1 (vii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁵⁾ Teine Eurobaromeetri küsitlusuuring (Eurobaromeeter, 2004), "Noored inimesed ja narkootikumid", viidi läbi 2004. aastal. See empiiriline valikuuring hõlmas 7659 noort inimest vanuses 15–24 aastat 15 liikmesriigis, mis olid kaasatud eelmisesse, 2002. aasta uuringusse.

⁽²⁶⁾ Vaata joonist EYE-1 (v osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁷⁾ Vaata joonist EYE-1 (vi osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁸⁾ Vaata joonist EYE-1 (viii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁹⁾ Vaata joonist EYE-2 (iv osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽³⁰⁾ Vaata joonist EYE-2 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽³¹⁾ Vaata joonist EYE-2 (v osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Madalmaades. Levimus on kõige suurem Tšehhi Vabariigis (8%). Andmed hallutsinogeense toimega seente tarbimise suundumuste kohta puuduvad.

Uued suunad ennetustöös

Inimeste väärtushinnanguid ja käitumist mõjutab see, mida nad peavad normaalseks oma sotsiaalses keskkonnas, see kehtib eriti noorte kohta. Kui nad arvavad, et proovimise mõttes kanepi tarbimine on "normaalne" ja sotsiaalselt vastuvõetav (pidades kanepit madala ohutusemaga ja kergesti kättesaadavaks aineks), siis võib see avaldada tugevat mõju nende väärtushinnangutele ja käitumisele seoses kanepi tarbimisega (Botvin, 2000). Ennetustöö ülesanne on luua noortele sotsiaalsed ja kognitiivsed strateegiad nimetatud mõju kontrollimiseks. Seepärast ei ole realistlik hinnata ennetuspoliitika tõhusust noorte inimeste uimastiitarbimise andmete põhjal ja kindlasti mitte proovimise mõttes tarbimise määrade põhjal, sest need peegeldavad sotsiaalses keskkonnas kehtivaid norme, aga mitte tõeliselt probleemseid käitumismalle.

Selle asemel tuleks ennetustööd hinnata mitmete selgete kriteeriumite järgi: selgelt määratletud eesmärgid, sihtrühmad ning meetmed, mis on sätestatud siseriiklikes strateegiates ja põhinevad rahvusvahelisel teadmiste baasil; kvaliteedikontrolli meetmed; valikuliste ennetusmeetmete ja perekonnapõhise ennetustöö arendamine; ning legaalse narkootikumide tarbimise reguleerimise meetmed, mille eesmärk on mõjutada sotsiaalseid norme, mis hõlmavad teatava tarbimiskäitumise andestamist või lubamist.

Mis puutub ennetustöö strateegiate hindamisse, siis Prantsusmaa ja Itaalia uued siseriiklikud strateegiad on nende varasemast poliitikast oluliselt edukamad selle poolest, et nii ennetustöö roll kui ka struktureeritud programmide ja meetmete võtmise eelisvaldkondade tähtsus on nüüd paremini määratletud. Peaaegu kõikides liikmesriikides on nähtav tendents strateegilisema lähenemise suunas ning ohustatud rühmi kaasatakse üha enam üldistesse kavadesse.

Normatiivsed ja struktuurimeetmed

Legaalsete narkootikumide kontrollimeetmed aitavad luua normatiivse aluse, mille põhjal saab arendada välja muud ennetusmeetmed. Ühiskondlikud normid, mis toetavad tubaka ja alkoholi tarbimist ning sallivad nende mõju inimeste käitumisele, on tuntud riskifaktorid, mis soodustavad pooldavat suhtumist ebaseaduslikesse uimastitesse ja nende tarbimist (Becoña, 2002). Vastupidiselt üldlevinud arvamusele mõjutab

kontrollipoliitika ühiskondlike norme palju rohkem kui massimeedia kampaaniad või harivad programmid (Hawks *et al.*, 2002; Canning *et al.*, 2004). Eurostat (2002) võrdles tubaka kontrollimeetmeid ja laste/noorukite suitsetamise näitajaid ELi liikmesriikides ning leidis, et on olemas seos tubaka suhtes rakendatava kontrollipoliitika ranguse (reklaamikeeld, vanusepiir ostmisel, piirangud, jne) ja suitsetamisharjumiste vahel. Leiti, et riikides, kus vastav poliitika on suhteliselt leebe (nt Taanis, Saksamaal ja Ühendkuningriigis), on suitsetamise tase noorukite hulgas kõrgem kui riikides, kus kontroll on rangem (nt Prantsusmaal, Rootsis ja Norras). On teada, et ennetava sekkumise mõju on piiratud, kui ühiskondlikud normid ja põhimõtted töötavad sellele vastu või ei toeta seda. ELi ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni algatused (Aspect Consortium, 2004) selles vallas on saavutanud edu ning liikmesriigid ühendavad üha sagedamini tubaka suhtes rakendatava kontrollipoliitika uimastitarbimise ennetamisega.

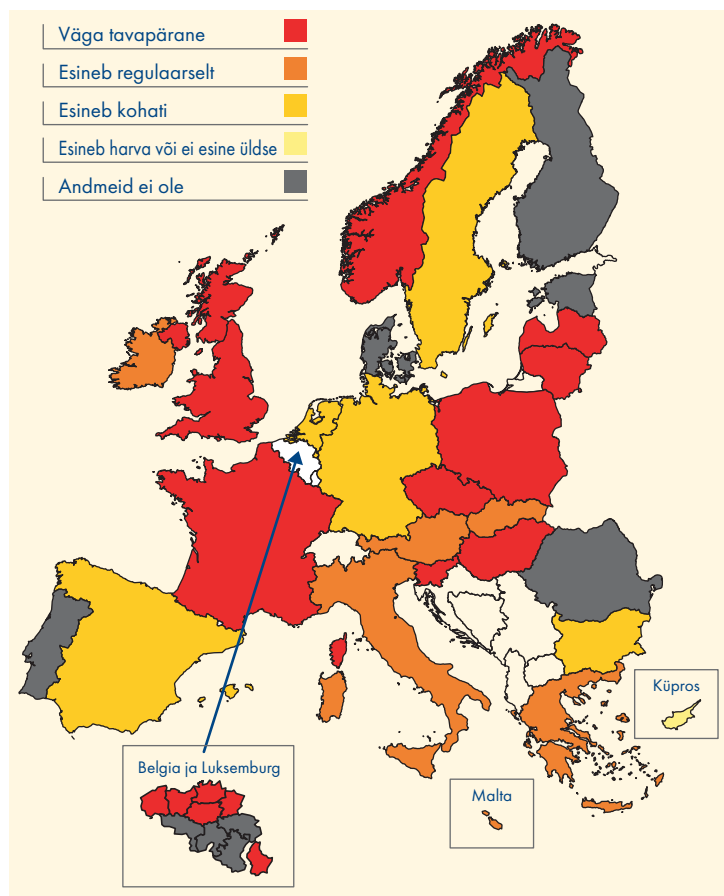
Ennetustöö koolides

Kõikides liikmesriikides peetakse kooli kõige olulisemaks üldise ennetustöö läbiviimise kohaks ning nii koolides tehtava ennetustöö osakaalule siseriiklikes strateegiates kui ka selle lähenemise struktureeritud rakendamisele pannakse üha suuremat rõhku. Seda peegeldab koolide uimastipoliitika laienemine (joonis 2) ning spetsiifiliste moodulitel põhinevate ennetusprogrammide väljatöötamine koolide jaoks ja õpetajate koolitamise edendamine.

Varasemast rohkem riike on võtnud kasutusele struktureeritud ennetusprogrammid (Taanis alustati esimest koolides läbiviidavat eluks vajalike oskuste õpetamise programmi), on neid laiendanud (Saksamaa) või kavatsevad need kasutusele võtta (Prantsusmaa ja Itaalia oma siseriiklike strateegiate raames). Näiteks rakendas 2003. aastal ennetusprogramme 60% Poola koolidest.

Kreeka on eriti hea näide sellest, kuidas asendada traditsiooniline teabele rajatud ja individuaalne (nõustamisel põhinev) lähenemine tegeliku rahvatervise strateegiaga, mille puhul saavutatakse programmipõhise lähenemise kaudu maksimaalne kaetus. Aastatel 2000–2003 kasvas koolides läbiviidavate ennetusprogrammide arv Kreekas rohkem kui kahekordseks ning perekonnapõhiste programmide arv kasvas sama ajavahemiku jooksul kolmekordseks. Malta ja Ühendkuningriik suurendasid samuti programmipõhise lähenemise osa oma ennetuspoliitikas: programmi Blueprint raames püütakse välja selgitada, kuidas rakendada Inglise

Joonis 2: Uimastienetusmeetmete areng koolides



NB: Belgia saksakeelne elanikkond = esineb kohati.
Allikad: Reitoxi teabekeskused riikides.

koolisüsteemis tõhusa narkoennetustöö rahvusvahelisi uuringuid, ja see on rajatud tõdemusele, et koolides antava narkootikumidealase hariduse ühendamine lapsevanemate kaasamise, meediakampaaniate, kohalike tervishoiualgatuste ja kogukondliku partnerlusega on palju tõhusam kui üksnes ennetav sekkumine koolides. Viie aasta jooksul on sellele programmile eraldatud kuus miljonit naela (8,5 miljonit eurot) ⁽³²⁾.

Järelevalve ja kvaliteedikontroll

Ennetustöö kontrollimine ja selle kvaliteedi parandamine sõltub palju läbiviidavate tegevuste ja nende sisu eelnevast põhjalikust ülevaatest. Sellest tulenevalt asetavad liikmesriigid üha suuremat rõhku ennetusprogrammide järelevalvele, millest annavad tunnistust uued tegevuskavad Saksamaal ⁽³³⁾ ja Norras ⁽³⁴⁾ ning Ungari uurimisprojekt "Valgused ja varjud", mille käigus koguti teavet koolis

läbiviidavate ennetusprogrammide sisu, eesmärkide, metodoloogia, sihtrühmade ja katvuse kohta. Järelevalvet teostatakse ka Tšehhi Vabariigis ning Flandrias, andmebaasi Ginger kaudu. Kahjuks jättis Hispaania kõrvale programmi IDEA Prevención, mis oli palju aastaid üks paremaid ennetustegevuse järelevalve ja kvaliteedikontrolli süsteeme Euroopas.

Ennetustegevust käsitlevad infosüsteemid aitavad samuti tuvastada ebaefektiivseid meetodeid ja programmikomponente. Näiteks korraldatakse paljudes riikides ikka veel tihti ühekordseid infotunde või loenguid, mida viivad läbi eksperdid või politseinikud, hoolimata uuringute põhjal tehtud üksmeelsetest järeldustest, et selline sekkumine on parimal juhul ebaefektiivne, kui mitte lausa kahjulik (Canning *et al.*, 2004).

Üksnes ennetustegevuste süstemaatilise registreerimise kaudu on võimalik ennetusprogrammide sisu kontrollida ning kontrollimise tulemusena, kasutades olemasolevat infot efektiivsuse kohta, suunata neid programme spetsiifilistele sihtrühmadele. Suunised või normid ennetusprogrammide rakendamiseks on väga olulised, eriti riikides, kus ennetustegevus on tugevalt detsentraliseeritud.

Programmide ja tegevuste sisu

Programmipõhise lähenemise ja paremini standardiseeritud teabekogumise laienemine võimaldab läbi vaadata ja võrrelda ennetuspoliitika sisu ja suundumusi kogu ELis. Teavet saadakse tavaliselt riiklikelt ekspertidelt või eksperdigruppidelt, kellel on olemas usaldusväärne ülevaade olukorrast riigis, mis võimaldab neil esitada standardiseeritud hinnanguid; samuti järelekontrolli ja programmipõhiste sekkumiste kvantitatiivsetest andmetest, mis on kättesaadavad mõnedes liikmesriikides, näiteks Kreekas ja Ungaris.

Näiteks antakse enamikus liikmesriikides ennetustegevuse raames koolides isiklike ja sotsiaalsete oskuste alast väljaõpet. Käsitletavate teemade hulka kuuluvad otsuste tegemine, toimetulek, eesmärkide seadmine ja enesekindlus, suhtlemine ja empaatia väljendamine. Sellist faktidel põhinevat tehnikat, mis on tuletatud sotsiaalsetest õppimiseooriatest, ⁽³⁵⁾ peetakse nüüd oluliseks meetodiks enamikus liikmesriikides, isegi riikides, kus puudub programmipõhine lähenemine (Prantsusmaa, Luksemburg ja Rootsi) (tabel 2). Eesti teatab sotsiaalseid oskusi käsitleva õpiku laialdasest kasutamisest.

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Käitumist peetakse sotsiaalse õppimise tulemuseks, mis põhineb eeskujudel, normidel ja "oluliste isikute" suhtumisel (Bandura, 1977). Negatiivset suhtumist narkootikumide tarbimisse ja iseenda tõhusat kaitsmist on võimalik õppida või kujundada. See põhimõte on tugiisikute mudelite ja spetsiifiliste eluks vajalike oskuste mudeli aluseks.

Paljudes liikmesriikides on narkoennetustöös teabejagamisel jätkuvalt keskne roll (vt tabel 2). Teabejagamise piiratud mõju uimastitarbimise ennetustöös alles hakatakse teadvustama (vt näiteks Rootsi siseriiklik aruanne). Samuti avaldab üksnes terviseharidusel põhinev

lähenedamine mõju ainult kognitiivsetele protsessidele ning sageli puuduvad selles konkreetsed käitumise ja sotsiaalse suhtlemise alase väljaõppe komponendid. Hoolimata meie praegustest efektiivse narkoennetustegevuse arusaamadest on selline lähenedamine mõnedes riikides laialt levinud.

Tabel 2: Ennetustegevus Euroopa koolides

	Kvaliteedistandardid/suunised (1)			Isiklikud ja sotsiaalsed oskused	Eesmärgid	
	Olemas	Kohustuslikud	Eelduseks rahastuse saamisel		Esmased	Teisesed
Belgia fl	Jah	Jah	Jah	Väga üldine	Eluks vajalikud oskused	Informatsioon
Belgia fr	Jah	Jah	Jah	a.p.	Turvaline keskkond	Hariduslik suhe
Tšehhi Vabariik	Kavandatakse		Jah	Väga üldine	Enesehinnang	Turvaline keskkond
Taani	Ei			Ei	Informatsioon	
Saksamaa	Ei			Väga üldine	Eluks vajalikud oskused	Informatsioon
Eesti	Ei			Juhuslik	a.p.	
Kreeka	Jah	Jah	Jah	Väga üldine	Eluks vajalikud oskused	Hariduslik suhe
Hispaania	Kavandatakse	Jah	Jah	Väga üldine	Eluks vajalikud oskused	Enesehinnang
Prantsusmaa	Jah			Harv	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Iirimaa	Jah	Jah		Väga üldine	Eluks vajalikud oskused	Enesehinnang
Itaalia	Jah			Tavaline	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Küpros	Kavandatakse	Jah	Jah	Kohatiline	Turvaline keskkond	Eluks vajalikud oskused
Läti	Kavandatakse			Kohatiline	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Leedu	Ei			Tavaline	Informatsioon	
Luksemburg	Jah		Jah	Tavaline	Hariduslik suhe	Eluks vajalikud oskused
Ungari	Kavandatakse			Tavaline	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Malta	Ei			Väga üldine	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Madalmaad	Jah			Ei	Informatsioon	
Austria	Jah		Ei	Kohatiline	Eluks vajalikud oskused	Turvaline keskkond
Poola	Ei			Tavaline	Eluks vajalikud oskused	Informatsioon
Portugal	Jah	Jah	Jah	Kohatiline	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Sloveenia	Kavandatakse			Kohatiline	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Slovakkia	Ei			Harv		
Soome	a.p.			a.p.	Sotsiaalhoolekande teenuste pakkumine	Informatsioon
Rootsi	Ei			Tavaline	Turvaline keskkond	Sotsiaalne kaasatus
Ühendkuningriik	Jah			Väga üldine	Informatsioon	Eluks vajalikud oskused
Norra	Ei			Tavaline	Informatsioon	Enesehinnang
Bulgaaria	a.p.			Kohatiline	Informatsioon	Turvaline keskkond
Rumeenia	a.p.			Kohatiline		

NB: a.p. = andmed puuduvad.

(1) Tuleb silmas pidada, et ei ole ühtset Euroopa definitsiooni mõistele "kvaliteedistandardid ja suunised" ning et täpsuse aste võib varieeruda, mis omakorda mõjutab võrreldavust.

On olemas kaks selgitust sellise lähenemise püsimisele narkoennetustegevuses. Esiteks instinktiivne ja traditsiooniline oletus, et teabejagamisel uimastite ja nendega seotud ohtude kohta on ärahoidev mõju. Teine selgitus kajastab hiljutist, kahju vähendamise liikumisest inspireeritud suundumust, mis põhineb veendumusel, et õpetades noori tegema elus informeeritud otsuseid ja valikuid, on kognitiivsed oskused olulisemad kui käitumuslik lähenemine. Selle tehnika propageerijad usuvad, et käitumuslik lähenemine narkoennetustegevusele, näiteks eluks vajalike oskuste parandamine, on patroneeriv ja demoniseerib uimastite tarvitamist (Ashton, 2003; Quensel, 2004) ning noorte varustamine vajalike kognitiivsete tööriistadega teabejagamise teel on parim meetod. Erinevatest traditsioonidest hoolimata peavad mõlemad lähenemised tervisekäitumist, eriti uimastitarbimist, isikliku ratsionaalse valiku küsimuseks, kuigi terviseteaduste vallas valitseb ulatuslik üksmeel, et sotsiaalsed (naabruskond, kaaslased, normid) ja isiklikud (temperament, akadeemilised ja emotsionaalsed oskused) tegurid mõjutavad tervisekäitumist ja uimastite tarvitamist palju rohkem kui lihtsalt kognitiivsed tegurid.

Ekslik arusaam, et uimastitarbimine on eakaaslaste hulgas normaalne ja sotsiaalselt vastuvõetav, on kõige olulisem kognitiivne element, mida on võimalik sekkumisega mõjutada. Asjaolu, et 30% noortest täiskasvanutest on elu jooksul kanepit tarbinud, tähendab tegelikult seda, et rohkem kui kaks kolmandikku sellest rahvastikurühmast ei ole kunagi kanepit tarbinud ning just see on normaalne käitumine. Kuid hoolimata sellest, et noorte inimeste normidesse puutuvaid tõekspidamisi mõjutavate tehnikate kasutegurid on tõestust leidnud (Reis *et al.*, 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers *et al.*, 2002), kasutatakse neid Euroopas harva.

Valikuline ennetustöö

Siseriiklikes narkostrategieates ja tegevuskavades väljendatakse üha sagedamini ja selgemalt, et ennetusmeetmed on suunatud eelkõige ohustatud rühmadele. Selline keskendumine on isegi põhjalikum uutes liikmesriikides: Eestis (tänavalapsed, erikoolid), Ungaris, Küprosel, Maltal, Poolas (hüljatud lapsed ja düsfunktsionaalsetest peredest pärit noored inimesed) ning Sloveenias.

Kuna ohustatud rühmadel, kellele valikuline ennetustöö on suunatud, on sageli arvestatavaid kogemusi legaalsete ja illegaalsete narkootikumidega, piirdub valikuline ennetustöö enamasti spetsiifilise teabe jagamise, individuaalse nõustamise ning loominguliste või sportlike alternatiivide pakkumisega. Siiski tuleb meeles pidada, et

tehnikad, mida kasutatakse kõikehõlmava ennetustöö ulatusliku sotsiaalse mõjutamise programmides, on valikulises ennetustegevuses sama efektiivsed või isegi efektiivsemad. Normide ümberkujundamine (nt teadasaamine, et enamik kaaslast ei pea tarbimist õigeks), enesekindluse treenimine, motiveerimine ja eesmärkide püstitamine, nagu ka müütide purustamine, on osutunud ohustatud noorte inimeste hulgas väga efektiivseteks meetoditeks (Sussman *et al.*, 2004), mida paraku kasutatakse harva valikulises ennetustöös ELis. Meelelahutuspaikades kasutatavad sekkumistehnikad (vt "Ennetustöö meelelahutuspaikades", lk 48) kujutavad endast sageli sihtrühmadele suunatud teabe jagamist.

Valikuline ennetustöö koolides

Koolides tehtava valikulise ennetustöö peamiseks ülesandeks on kriisisekkumine ja probleemsete õpilaste varane tuvastamine. Eesmärk on leida lahendusi kooli tasandil, et vältida riskiõpilaste väljalangemist või väljaviskamist, mille tagajärjel nende olukord muutuks veelgi halvemaks. Programmipõhist lähenemist rakendatakse Saksamaal, Iirimaa, Luksemburgis ja Austrias (Leppin, 2004), samal ajal kui Poolas ja Soomes viiakse läbi õpetajate väljaõppekursusi ning jagatakse juhiseid probleemidega, sealhulgas uimastiprobleemidega õpilaste väljaselgitamiseks ja asjakohaste meetmete võtmiseks. Traditsiooniline individuaalne lähenemine hõlmab hariduspsühholoogia teenuseid (nagu näiteks Prantsusmaal ja Küprosel), mille eeltingimuseks on konsultatsioonile saatmine/pöördumine. Iirimaa on olemas uus aktiivne haridusalane hoolekandeteenus, mis on mõeldud koolidele ja perekondadele piirkondades, kus valitsevad ebasoodsad haridusolud ja tuleb tagada laste regulaarne kooliskäimine.

Valikuline kogukonnapõhine lähenemine

Valikuline kogukonnapõhine lähenemine on peamiselt suunatud ohustatud noortele inimestele tänaval. Põhjamaades patrullivad lapsevanemate rühmad tänavatel projekti Nightwalkers raames. Austria on teinud suuri investeeringuid, et parandada tasakaalu narkoennetustöö, sotsiaalhariduse ja sotsiaaltöö struktuuride vahel kursuste, kvaliteedisuuniste ja ühisseminaride abil, näiteks seminaridega meelelahutuspaikades töötavatele noortele sotsiaaltöötajatele. Eesmärk on ka kasutada noorte sotsiaaltöö struktuure professionaalseks, uimastitarbimist ennetavaks sekkumiseks. Samu põhimõtteid järgides edendatakse Norras koostööd koolide, lastekaitseteenistuste ja sotsiaalteenistuste vahel ning tugevdatakse nende interdistsiplinaarseid jõupingutusi. Nendes projektides kasutatakse Norras, aga ka Saksamaal ja Madalmaades kiire hindamise ja

reageerimise meetodeid ⁽³⁶⁾ – kiiret infokogumist (statistilised andmed) ühendatuna intervjuude läbiviimise (küsimustikud, sihtrühmad) ja/või probleemsete piirkondade jälgimisega.

Iirimaa, Ühendkuningriigis ning vähesel määral ka Madalmaades ja Portugalis on juba tavaks saanud kõrge riskiga piirkondadele suunatud sekkumismeetmed. Nüüd kavandavad ka Saksamaa (Stöver ja Kolte, 2003, tsiteeritud Saksamaa siseriiklikus aruandes) ja Prantsusmaa meetmeid selles valdkonnas. Nendes riikides on narkoennetustöö suunamine sotsiaalsete kriteeriumite alusel teatavatesse geograafilistesse piirkondadesse uudseks lähenemiseks.

Samuti on liikmesriikide valikuline ennetuspoliitika üha rohkem suunatud spetsiifilistele etnilistele rühmadele (nt Iirimaa, Luksemburgis, Ungaris). Kesendumine etnilisele päritolule on oluline aspekt näiteks Ungaris, sest sealne mustlaste kogukond on oma sotsiaalsest ja kultuurilisest eripärast ning ebasoodsatest elutingimustest tulenevalt väga vastuvõtlik uimastitega seotud probleemidele. Seal korraldavad valitsusvälised organisatsioonid mustlastele mõeldud projekte, mis hõlmavad koolitust noortelt noortele, eneseabirühmi, hooldust ja järelevalvet ning erinevaid ennetusprogramme ja madala läve teenuseid.

Ohustatud perekonnad

Paljudes liikmesriikides (Saksamaal, Prantsusmaal, Küprosel ja Soomes) on endiselt populaarne kõikehõlmav perekonnapõhine ennetustöö, peamiselt lapsevanematele mõeldud õhtused üritused, loengud, seminarid ja töötoad, hoolimata tõendite puudumisest sellise tegevuse efektiivsuse kohta (Mendes *et al.*, 2001). Siiski on Kreekas, Hispaanias, Iirimaa ja Norras toimunud huvitavaid arenguid perekonnaga koos tehtavas valikulises ennetustöös uuenduslike kontseptsioonide kasutuselevõtmise kaudu, mis vaatavad kaugemale narkoprobleemidega perekondadest/lapsevanematest ning tunnustavad sotsiaalsete, majanduslike ja kultuuriliste tegurite rolli uimastitarbimises. Madalmaades jõuti immigrantidest lapsevanematele mõeldud narkoennetusprojektide hindamisel järeldusele, et immigrantide võrgustike kaudu pakutavad standardiseeritud sekkumismeetmed, mille puhul naiste ja meestega tegeletakse eraldi, oleks mõeldav uus suund

(Terweij ja Van Wamel, 2004). Norras võeti kolmes kommunis kasutusele ja hindamisele lapsevanemate väljaõppeprogrammi Oregoni mudel, mis algupäraselt oli tõsiste käitumishäiretega laste perekondadele mõeldud väljaõppemeetod. Veel kahes riigis on võetud kasutusele loma perekondade tugevdamise programm. See aktiivse sekkumise pereprogramm ohustatud perekondadele ühendab endas õpilaste (vanuses 10–14 aastat) õpetamise meetodeid ja nende vanematele suunatud harivat programmi, eesmärgiga ennetada uimastiitarbimist perekonna pädevuse ja perekondlike sidemete tugevdamise kaudu (Kumpfer *et al.*, 2003).

Vajadus näidustatud ennetuse järele

Näidustatud ennetustöö keskendub inimestele, kelle puhul on tuvastatud narkoprobleemide riskifaktorid, näiteks tähelepanu defitsiidi / hüperaktiivsuse sündroom. Siiski on tähelepanu defitsiidi / hüperaktiivsuse sündroomiga noortele inimestele suunatud narkoennetusmeetmete kasutamisest teatatud vaid Saksamaal ja Rootsis. Saksamaal näitavad tähelepanu defitsiidi / hüperaktiivsuse sündroomi levimuse praegused määrad, et selle all kannatab 2–6% 6–18aastastest inimestest, mis tähendab, et see on üks tavalisemaid kroonilisi kliinilisi pilte lastel ja noortel. Rootsis hõlmab ennetav strateegia nende laste puhul kognitiivset ja sotsiaalset väljaõpet ning meetodeid levitatakse ennetustöö spetsialistide väljaõppe kaudu. Kuna peaaegu kõikide koolieelikuteni jõutakse esmatasandi tervishoiu kaudu ning enamik lapsi käib algkoolis, siis on võimalik välja selgitada enamik ohus olevaid lapsi süstemaatilise kontrollimise ja seejärel isikupärastatud sekkumismeetmete rakendamise kaudu.

Itaalia tegevuskavas pööratakse suurt tähelepanu laste ja noorukite psühhopatoloogilisele seisundile ja tõsistele käitumisprobleemidele, mis võivad tuua kaasa uimastite tarbimise ja kuritarvitamise, kui neid varases staadiumis ignoreeritakse. Kindlakstehtud probleemide hulka kuuluvad käitumisprobleemid, hüperaktiivsus ja tähelepanu defitsiit, ärevus koos kaasnevate meelelohäiretega, buliimia ja psühhogeenne rasvumine, isiksusehäired, probleemid teistega suhtlemisel, traumajärgne stress ja paanikahood. Nende probleemide lahendamiseks on ette nähtud kasutada nii kõikehõlmavaid kui valikulisi ennetusmeetmeid.

⁽³⁶⁾ Maailma Tervishoiuorganisatsioon: "The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people" (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



3. peatükk

Kanep

Levimus ja harjumused

Kanep on kõige üldisemalt kasutatav keelatud aine Euroopas. Hiljutised rahvastiku-uuringud näitavad, et 3–31% täiskasvanutest (vanuses 15–64 aastat) on proovinud kõnealust ainet vähemalt ühe korra (tarbimine elu jooksul). Elu jooksul tarbimise levimus on kõige madalam Maltal (3,5%), Portugalis (7,6%) ja Poolas (7,7%) ning kõige kõrgem Prantsusmaal (26,2%), Ühendkuningriigis (30,8%) ja Taanis (31,3%). Enamikus riikides (15 riigis 23st, mille kohta infot koguti) on elu jooksul tarbimise levimus 10–25%.

1–11% täiskasvanutest teatas, et on tarbinud kanepit viimase 12 kuu jooksul, kusjuures levimuse määr on kõige madalam Maltal, Kreekas ja Rootsis ning kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal, Hispaanias ja Ühendkuningriigis. Enamik riiki (14) teatas hiljutise tarbimise levimuse määraks 3–7%.

Olemasolevate siseriiklike määrade järgi on võimalik hinnata kanepit tarbivate täiskasvanute (15–64aastased) koguarvu ELis. See arvutus näitab, et umbes 20% kogu rahvastikust, ehk rohkem kui 62 miljonit inimest, on kunagi kanepit proovinud. Hiljutise kanepitarbimise puhul (levimus viimase aasta jooksul) on see arv umbes 6% täiskasvanutest, ehk 20 miljonit inimest. Võrdluseks olgu öeldud, et Ameerika Ühendriikides teatas uimastitarbimise ja tervise 2003. aasta riiklikus uuringus (SAMHSA, 2003) 40,6% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad), et on proovinud kanepit või marihuaanat vähemalt ühe korra, ja 10,6% teatas, et tarbinud seda viimase 12 kuu jooksul. 18–25aastaste hulgas olid need näitajad 53,9% (elu jooksul), 28,5% (viimase 12 kuu jooksul) ja 17% (viimase kuu jooksul) ⁽³⁷⁾.

Samalaadselt muudele uimastitele teatavad noored täiskasvanud jätkuvalt kõrgematest kanepi tarbimise määradest. 11–44% noortest, 15–34aastastest eurooplastest teatab, et on kunagi kanepit proovinud, kusjuures levimuse määr on kõige madalam Kreekas, Portugalis ja Poolas ning kõige kõrgem Prantsusmaal

Elanikkonna uimastitarbimise hindamine

Uimastitarbimist kogu elanikkonna hulgas hinnatakse uuringute abil, mille kaudu saadakse hinnanguline elanikkonna osa, kes on tarbinud uimasteid teatava aja jooksul: elu jooksul (proovimine), viimase 12 kuu jooksul (hiljutine tarbimine) või 30 päeva jooksul (praegune tarbimine) ⁽¹⁾.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus on välja töötanud ühtse põhiteemade paketi (Euroopa näidisküsimustik), mida rakendatakse enamikus ELi liikmesriikides teostatavates uuringutes või mis on nendega ühildatav. Euroopa näidisküsimustiku leiab aruandest, mis on kättesaadav Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehel ⁽²⁾. „Tarbimine elu jooksul“ ei pruugi anda täielikku ettekujutust praegusest olukorrast täiskasvanute hulgas (kuigi see võib olla otstarbekas näitaja koolinoorte puhul), koos teiste näitajatega võib see aga anda pildi tarbimisharjumuste teatud aspektidest (tarbimise jätkamine või lõpetamine) ja uimastitarbimise leviku põlvkondadevahelistest erinevustest. „Viimased 12 kuud“ annab ettekujutuse hiljutisest uimastitarbimisest, kuigi see on tihti juhuslik, ja „viimased 30 päeva“ annab pigem ülevaate praegusest kasutamisest, hõlmates inimesi, kes tarbivad uimasteid sageli.

⁽¹⁾ Täpsema info saamiseks rahvastiku-uuringute metodoloogia kohta ja iga siseriikliku uuringu puhul kasutatud metodoloogia kohta vaata 2005. aasta statistikabülletääni.

⁽²⁾ „Handbook for surveys about drug use among the general population“ („Käsiraamat uimastitarbimise alaste uuringute kohta elanikkonnas“) (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

(39,9%), Ühendkuningriigis (43,4%) ja Taanis (44,6%). Hiljutisest tarbimisest teatas 3–22% noortest täiskasvanutest, kusjuures see näitaja oli kõige madalam Kreekas, Rootsis, Poolas ja Portugalis ning kõige kõrgem Ühendkuningriigis (19,5%), Prantsusmaal (19,7%) ja Tšehhi Vabariigis (22,1%), 11 riiki teatas hiljutise tarbimise levimuseks 7–15%.

⁽³⁷⁾ Pandagu tähele, et vanusepiirid USA uuringus (12aastased ja vanemad) on laiemad kui vanusepiirid, millest teatas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ELi uuringute raames (15–64aastased). Teisest küljest aga on noorte täiskasvanute vanusepiirid (18–25aastased) kitsamad kui enamikus ELi uuringutes kasutatavad vanusepiirid (15–24aastased).

15–24aastaste eurooplaste hulgas teatas 9–45%, et on kanepit proovinud, kusjuures enamikus riikides jäi see määr 20–35% vahele. Hiljutisest tarbimisest (viimase 12 kuu jooksul) teatas 4–32%, kusjuures enamikus riikides jäi see määr 9–21% vahele ⁽³⁸⁾.

Nagu muudegi keelatud uimastite puhul on meeste kanepitarbimise määr märkimisväärselt kõrgem kui naiste oma, kuigi erinevus varieerub riigiti. Meeste-naiste kanepitarbimise kogemuse suhe elu jooksul on vahemikus 1,25 : 1 kuni 4 : 1 (1,25–4 meest iga naise kohta) ning praeguse tarbimise puhul on see suhe ligikaudu 2 : 1 kuni 6 : 1. Uuringud näitavad ka seda, et kanepi tarbimine on sagedasem linnades või suure rahvastikutihedusega piirkondades. Seepärast võivad esiletoodud erinevused riikide vahel osaliselt kajastada erinevusi linnastumise tasemes, kuigi on väidetud, et uimastitarbimine meelelahutuslikul eesmärgil on levimas linnadest maapiirkondadesse.

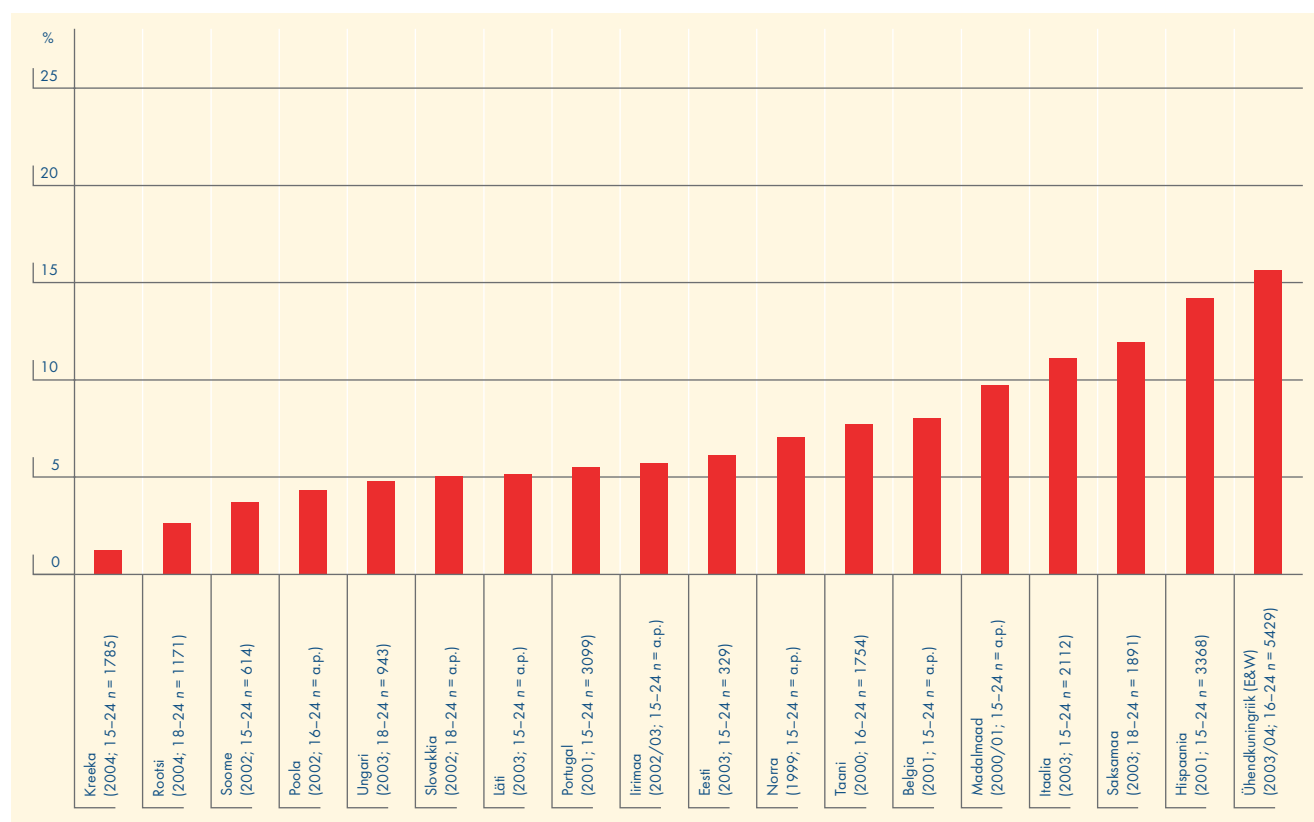
Asjaolu, et hiljutise tarbimise ja praeguse tarbimise määr on oluliselt madalam kui tarbimiskogemuse määr elu jooksul,

näitab, et kanepi tarbimine on sageli juhuslik või katkeb teatud aja pärast. Enamikus ELi riikides teatab kunagi kanepit proovinud täiskasvanutest 20–40%, et on tarbinud seda viimase 12 kuu jooksul, ja umbes 10–20%, et on tarbinud seda viimase 30 päeva jooksul (“kestva tarbimise määr”).

Hiljutistes uuringutes teatas viimase kuu jooksul tarbimise määradest 0,5–9% kõikidest täiskasvanutest (paljudes riikides 2–4%), 1,5–13% noortest täiskasvanutest (paljudes riikides 3–8%) ja 1,2–16% 15–24aastastest (paljudes riikides 5–10%) (joonis 3). Väga laialt üldistades võib öelda, et üks kümnest kuni kahekümnest noorest eurooplastest on praegune kanepitarbija. Praeguse levimuse määr olid kõige madalam Maltal, Kreekas, Rootsis, Poolas ja Soomes ning kõige kõrgem Ühendkuningriigis ja Hispaanias.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta aruandes (EMCDDA, 2004a) sisalduvad viimase 30 päeva jooksul kanepi tarbimise sageduse kohta esitatud andmed näitasid, et ligikaudu veerand (19–33%)

Joonis 3: Kanepi praegune (viimase kuu jooksul) tarbimine noorte täisealiste (15–24aastased) hulgas siseriiklike uuringute kohaselt



NB: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest olemasolevatest siseriiklikest uuringutest.

Mõnedes riikides kasutatakse noorte puhul EMCDDA standardist pisut erinevat vanusevahemikku. Vanuserühmade varieerumine võib põhjustada mõningaid riikidevahelisi erinevusi.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽³⁸⁾ Vaata joonist GPS-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

inimestest, kes tarbisid kanepit viimase kuu jooksul, tegid seda iga päev või peaaegu iga päev⁽³⁹⁾, enamik neist noored mehed. Hinnanguliselt 0,9–3,7% 15–34aastastest eurooplastest tarbis kanepit iga päev, laias laastus võib öelda, et 3 miljonit inimest Euroopas tarbib kõnealust ainet iga päev või peaaegu iga päev.

Suundumused

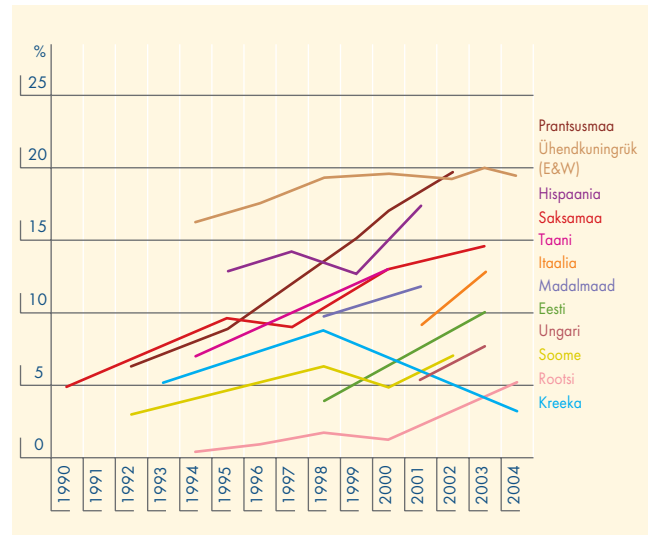
Pikaajaliste järjepidevate uuringuseeriade puudumine enamikus ELi riikides piirab uimastisuundumuste usaldusväärset identifitseerimist. Paljudes riikides viiakse läbi järjestikuseid uuringuid, kuid need ei ole uuringuseeriad ranges mõttes: ühtlustamiselasest edust hoolimata on meetodid ja valimite suurused eri uuringute puhul erinevad ning läbiviimise sagedus võib olla ebaregulaarne. Lisaks viiakse uuringud läbi eri riikides eri aastatel, nii et Euroopa suundumuste väljaselgitamine on keeruline. Ideaalis tuleks siseriiklikud rahvastiku-uuringud viia läbi samaaegselt kõikides liikmesriikides; nii oleks palju lihtsam võrrelda tulemusi siseriiklikul tasemel (ajalises perspektiivis) ja üleeuroopalisel tasemel (riikide vahel) ning hinnata Euroopa uimastivastase tegevuskava saavutusi.

Eri liiki uuringute (siseriiklikud või kohalikud leibkonnauuringud, kutsealuseid ja koole hõlmavad uuringud) olemasolevad tulemused näitavad, et kanepitarbimine suurenes märgatavalt 1990ndatel aastatel peaaegu kõikides ELi riikides, eelkõige noorte hulgas, ja et mõnedes riikides on kanepitarbimise kasv viimastel aastatel jätkunud (joonis 4). Ühendkuningriigis, mille näitajad olid kuni 2000. aastani kõige kõrgemad, püsis kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas aastatel 1998–2003/04 suhteliselt stabiilsena, teiste riikide (Prantsusmaa ja Hispaania⁽⁴⁰⁾) näitajad on lähenemas Ühendkuningriigi omale. Kreekas teatati vähenemisest aastatel 1998–2004.

Uute liikmesriikide puhul näitavad olemasolevad andmed, mis on pärit peamiselt kooliuuringutest, et paljudes nendest riikidest on viimastel aastatel toimunud kanepitarbimise märgatav kasv. See on toimunud peamiselt alates 1990ndate aastate keskpaigast ja leidnud aset peamiselt linnades ning noorte meeste ja noorte täiskasvanute hulgas. Eestis ja Ungaris võimaldasid järjestikused uuringud täiskasvanute hulgas selgitada välja viimase aja suundumusi (joonis 4).

1995., 1999. ja 2003. aasta ESPADi kooliuuringute tulemuste võrdlemine (Hibell *et al.*, 2004) näitab, et peaaegu kõikides uuringus osalenud liikmesriikides ja kandidaatriikides suurenes elu jooksul kanepi tarbimise

Joonis 4: Suundumused kanepi hiljutises (viimase aasta jooksul) tarbimises noorte täisealiste (15–34aastased) hulgas siseriiklike uuringute kohaselt⁽¹⁾



(¹) Valimi suurus (vastanute arv) 15–34aastaste vanuserühmas iga riigi ja iga aasta kohta on esitatud tabelis GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis. NB: Andmed pärinevad iga riigi olemasolevatest siseriiklikest uuringutest. Iga uuringu puhul kasutatud arvude ja metodoloogia kohta vaata tabelit GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus loeb noorteks täisealisteks 15–34aastaseid inimesi (Taanis ja Ühendkuningriigis alates 16 aastast, Saksamaal, Eestis (1998) ja Ungaris alates 18 aastast). Prantsusmaal hõlmas see 1992. aastal 25–34aastaste vanuserühma ja 1995. aastal 18–39aastaste vanuserühma.

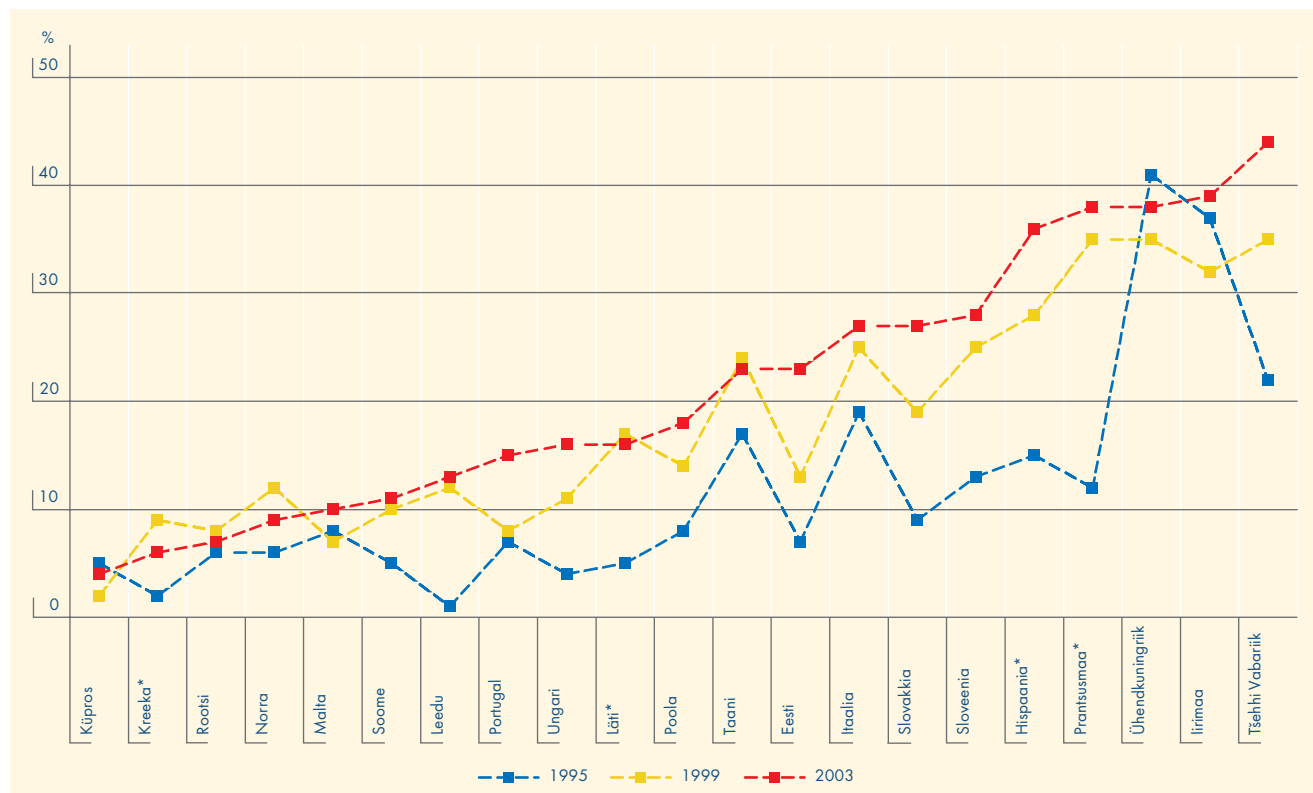
Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

levimus 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 2% või rohkem (joonis 5). Rohkem kui pooltes nendest riikidest on levimuse määr pärast 1995. aastat kahe- või kolmekordistunud. Suhteline kasv oli kõige suurem peamiselt nendes Ida-Euroopa liikmesriikides, kus 1995. aastal oli elu jooksul kanepi tarbimise levimuse määr alla 10%. Kolme küsitlusuuringu jooksul ei ilmnenud üheski riigis, kus ESPADi uuring läbi viidi, et kanepi tarbimise määr oleks elu jooksul püsival ja märgatavalt vähenenud.

Kooliuuringud näitavad, et ELi liikmesriigid võib kanepi meelelahutusliku ja juhusliku tarbimise suundumuste järgi jagada kolme selgelt eristuvasse rühma. Esimeses rühmas (kuhu kuuluvad Iirimaa ja Ühendkuningriik) on elu jooksul tarbimise levimus kõrge (umbes 38–39%), kuid on püsinud viimase kaheksa aasta jooksul stabiilsena. Nendes riikides on pikk kanepitarbimise traditsioon ning kõrged kanepitarbimise levimuse määrad kujunesid välja 1980ndatel ja 1990ndatel aastatel. Teises riikide rühmas

(³⁹) Vaata 2004. aasta aruannet (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Teave toetub andmetele lahtis "tarbimine 20 või enamal päeval viimase 30 päeva jooksul", mille kohta öeldakse ka: "tarbimine iga päev või peaaegu iga päev".

(⁴⁰) Uuringusse kaasamise jaoks liiga hilja jõudsid kohale andmed, mille järgi 2003. aasta uuringu järgi Hispaanias oli viimase aasta jooksul tarbimise levimus noorte täiskasvanute hulgas 20,1%.

Joonis 5: Kanepi elu jooksul tarbimine 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 1995., 1999. ja 2003. aasta ESPADi uuringute kohaselt

NB: 1995. aastal teostatud uuringud riikides, mis on märgitud tärniga, ei ole otseselt võrreldavad ESPADi uuringutega. Hispaania ei osalenud ESPADi uuringutes. Siin kasutatud andmed põhinevad Hispaanias 1996., 1998. ja 2002. aastal läbiviitud uuringutel. Uimastite levimust puudutavaid küsimusi võib pidada ESPADi küsimustega võrreldavaks, kuid metodoloogia erinevate aspektide tõttu ei ole Hispaania andmed otseselt võrreldavad.

Allikas: Hibell et al., 2004.

on elu jooksul kanepi tarbimise levimus kooliõpilaste hulgas sel ajavahemikul oluliselt suurenenud (kuni 26%). Sellesse rühma kuuluvad kõik uued Ida-Euroopa liikmesriigid ning Taani, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Portugal. Kolmandas rühmas on elu jooksul tarbimise levimuse määr kooliõpilaste hulgas püsinud suhteliselt madalal (umbes 10% ja alla selle). Sellesse rühma kuulub liikmesriiki nii Põhja- kui Lõuna-Euroopast (Soome, Rootsi ja Norra ning Kreeka, Küpros ja Malta).

Täiskasvanute hulgas ei ole pilt nii selge, sest kättesaadavaid andmeid on vähem ja need on heterogeensem, kuid pilt on üldiselt samasugune, mis tähendab, et hiljutise kanepitarbimise (tarbimine viimase aasta jooksul) määr on kõrge, kuid stabiilne Ühendkuningriigis, mõnedes riikides (nt Taanis, Saksamaal, Eestis, Hispaanias ja Prantsusmaal) on see viimastel aastatel oluliselt suurenenud ning muudes riikides on levimuse määr madalam ja suundumused vähem selged (nt Kreekas, Soomes ja Rootsis). Uued kooliõpilaste ja täiskasvanute küsitlusuuringud järgmise 2–3 aasta jooksul aitavad heita rohkem valgust uimastisuundumuste kujunemise keerulisele küsimusele.

Kanepitarbimise ennetamine

Mure kanepitarbimise kasvu pärast noorte inimeste hulgas on mõnedes riikides viinud aruteludeni selle üle, kas uimastitestimine oleks kasulik kontrollimeede. Mõned riigid on astunud samme selles suunas, kuigi uimastitestimise meetmeid kasutatakse ikka veel harva. Tšehhi Vabariigis on meedias teatatud, et koolides on kasutatud uimastitestimist uriinis ja narkoeri uimastite leidmiseks. Kuigi neid meetmeid mõningal määral toetatakse, on olemas ekspertide kogu otsus, et need ei peaks kuuluma tõhusasse esmase ennetamise strateegiasse. Ühendkuningriigis hiljuti üllitatud suunistes koolidele märgitakse mitmeid olulisi küsimusi, mida tuleb enne uimastitestimisprogrammi rakendamist arvesse võtta. Muu hulgas tuleb tagada asjakohase nõusoleku saamine lapsevanematelt (ja õpilastelt, kui neid peetakse pädevateks), kaaluda, kas testimine on kooskõlas kooli pedagoogilise vastutuskohustusega, ning võtta arvesse asjakohaste tugiteenuste kättesaadavust või kättesaamatust. Mis tahes otsus viia õpilastel läbi uimastitestimist tuleb lisada kooli uimastipoliitikasse. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse võrgulehel on olemas lühike aruanne narkootikumide testimisest koolides ELis ⁽⁴¹⁾.

(41) <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

Kanep kuulub peaaegu alati kõikehõlmava (mitte sihtgruppidele suunatud) narkoennetuse programmidesse. Tähelepanu, mida meedia pöörab kanepitarbimise suurenemisele noorte inimeste hulgas, koos väitega, et kanepitarbimist peetakse üha sagedamini "normaalseks", rõhutab vajadust mõjutada noorte inimeste normatiivseid hinnanguid. Mure selle pärast, et noorte inimeste kanepitarbimist peetakse üha sagedamini vastuvõetavaks, on viinud ennetusprogrammide juurutamiseni, mille eesmärk on mõjutada noorte inimeste hinnanguid selle kohta, mis on normaalne või vastuvõetav käitumine. Seda küsimust arutatakse üksikasjalikumalt 2. peatükis. Paljud sekkumismeetmed kujutavad endast põhiliselt teabe jagamist kanepi kohta meediakampaaniate, lendlehtede või võrgulehtede kaudu. Siiski leidub mõningaid huvitavad näited valikulisest ennetustööst, neid võib leida Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse hinnatud ennetusprojektide andmebaasis EDDRA⁽⁴²⁾. Need skeemid on suunatud peamiselt noortele kanepitarbijatele, kes on pannud toime uimastitega seotud õigusrikkumisi, ning need pakuvad nõustamist, isiklike oskuste alast väljaõpet ja mitme asutuse poolset toetust. Selliste skeemide hulka kuuluvad näiteks FRED (Saksamaa), MSF-Solidarité Jeunes (Luksemburg), Ausweg (Austria) ning Youth Offending Teams (YOTs; Ühendkuningriik).

Kanepitarbimise kõrge levimus noorte hulgas tähendab seda, et kanepitarbimine on sageli keskse tähtsusega küsimus kooliealiste lastega töötavate inimeste jaoks. Üks potentsiaalselt paljulubav valikulise koolipõhise ennetustegevuse võimalus on programm "Step by Step", mis on võetud kasutusele Saksamaal ja Austrias. See aitab õpetajatel tuvastada uimastitarbimist ja probleemset käitumist oma õpilaste hulgas ning neid probleeme lahendada⁽⁴³⁾.

Kanepiga seotud probleemide lahendamise tegelevate inimeste jaoks on raske küsimus see, kuhu tõmmata piir ennetuse ja ravi vahel. Kanepitarbimist mõjutavad sotsiaalsed, kaaslastega seotud ja isiklikud faktorid ning need võivad oluliselt mõjutada riski, et inimesel kujuneb välja pikaajaline narkoprobleem; seepärast keskendutakse ennetustöös sageli pigem nendele valdkondadele kui vastavale uimastile (Morrall *et al.*, 2002). Näiteks Austria projekti Ausweg hindamise käigus leiti, et kanepiga seotud

esmakordse õigusrikkumise toime pannud noorte inimeste puhul oli oodatust harvem tegemist isiksuse häiretega, mis näitab selgelt, et sotsiaalsed tegurid ja kaaslasted mõjutavad uimastite tarbimist palju rohkem kui individuaalsed psühholoogilised probleemid (Rhodes *et al.*, 2003; Butters, 2004). Siiski on mitmed projektid keskendunud kanepile ning nende raames soovitatakse noortel inimestel uimastitarbimist vähendada. Üks näide Saksamaalt on veebilehekülj "Quit the Shit" (www.drugcom.de) — innovatiivne veebipõhine nõustamisprogramm kanepitarbijatele.

Andmed ravinõudluse kohta

Kokku ligikaudu 480 000 ravinõudluse juhtumi hulgas esineb kanep kui esmane uimasti umbes 12% juhtudest, olles selles osas heroini järel teisel kohal. Kaheksa aasta jooksul, 1996–2003, suurenes paljudes riikides kanepi tõttu ravi taotlevate klientide osakaal uute ravi taotlevate klientide hulgas kõikide narkootikumide arvestuses vähemalt kaks korda⁽⁴⁴⁾, samavõrra suurenes ka klientide arv. Sellesse analüüsi tuleb siiski suhtuda ettevaatusega, kuna siin on kasutatud infot piiratud arvust riikidest, mis suudavad esitada vajalikke andmeid suundumuste võrdlemiseks ajaperspektiivis.

Aruannetes esmakordselt ravile pöörduvate klientide kohta on kanep üldarvestuses heroini järel teisel kohal ka esinemissageduse poolest⁽⁴⁵⁾. Riigiti esineb arvestatavaid erinevusi: Bulgaarias ja Poolas teatab kanepist 2–3% kõikidest klientidest, aga Taanis, Saksamaal, Ungaris ja Soomes rohkem kui 20% kõikidest klientidest⁽⁴⁶⁾. Kõikides riikides, mille kohta andmed on kättesaadavad, on kanepi tõttu ravi taotlevate klientide osakaal uute klientide hulgas suurem kui kõikide klientide hulgas kokku, erandiks on vaid mõned riigid, kus kõnealused arvud on laias laastus võrdsed⁽⁴⁷⁾. Sellest olenemata suurenes kaheksa aasta jooksul, 1996–2003, kanepi tõttu ravi taotlevate klientide osakaal mis tahes uimasti tõttu ravi taotlevate klientide üldarvestuses 9,4%-lt 21,9%-ni⁽⁴⁸⁾. Sellesse analüüsi tuleb siiski suhtuda ettevaatusega, kuna siin on kasutatud infot piiratud arvust riikidest, mis suudavad esitada vajalikke andmeid suundumuste võrdlemiseks ajaperspektiivis.

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>.

⁽⁴³⁾ Lisainformatsiooni saamiseks vaata EDDRA veebilehte: "Step by Step" (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) ja "Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction" — "Probleemse uimastitarbimise ja -sõltuvuse varane tuvastamine ja sekkumine" (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Vaata tabeleid TDI-2 (i osa) ja TDI-3 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁴⁵⁾ Vaata ka valikteemat kanepiravi nõudluse kohta Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta aruandes (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Andmete analüüs hõlmab kõiki kliente kokku, kes taotlesid ravi kõikides, nii üldise suunitlusega kui spetsialiseerunud ravikeskustes, ning ambulatoorse ravi keskuseid, seoses klientide profiili ja tarbimisharjumustega.

⁽⁴⁶⁾ Vaata tabeleid TDI-2 (ii osa) ja TDI-5 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁴⁷⁾ Vaata tabeleid TDI-4 (ii osa) ja TDI-5 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁴⁸⁾ Vaata tabelit TDI-3 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Ravinõudluse indikaator

Andmed inimeste arvu kohta, kes soovivad uimastiprobleemidega seoses ravi saada, annavad kasulikku teavet üldiste suundumuste kohta probleemses uimastitarbimises ning ravivõimaluste korraldamise ja kasutamise tulevikuväljavaadete kohta Euroopas. Europa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ravinõudluse indikaator (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ annab ühtse struktuuri andmete esitamiseks uimastiravile suunatud klientide arvu ja tunnusoonte kohta. Kuigi ravinõudluse indikaatori andmeid võib vaadelda kui spetsialiseeritud uimastiravile suunatud klientide tunnusoonte suhtelisel usaldusväärset ja kasulikku kirjeldust, tuleks siiski mitmel tehnilisel põhjusel olla ettevaatlik tulemuste üldistamisel kõigile teenuseid kasutavatele klientidele. Eeskätt varieerub igal aastal andmeid esitavate riikide arv ning seetõttu tuleb Euroopas levivaid suundumusi tõlgendada teatud ettevaatlikkusega. Lisaks peaks arvestama sellega, et riigiti esitatakse erineval hulgal andmeid (ülevaate hõlmatud raviasutustest leiab statistikabülletäänist) ja et ravinõudlust käsitlevad andmed kajastavad osaliselt uimastiravi kättesaadavust riigis.

Ravinõudlust kajastava teabe tõlgendamise ja võrdlemise lihtsustamiseks tuleks silmas pida järgmist.

- Kliente, kes alustavad uimastiraviga esimest korda, kutsutakse "uuteks klientideks". Seda rühma peetakse analüüsi seisukohast tähtsamaks, sest see annab ülevaate uimastitarbimise suundumustest. Analüüsi teostatakse ka kõikide klientide kohta. See rühm

hõlmab uusi kliente ja neid, kes katkestasid mõnel eelmisel aastal ravi ja alustasid sellega aruandlusaastal uuesti. Ei kajastata nende klientide andmeid, kes aruandlusaastal (ilma katkestamata) jätkasid varem alustatud ravi.

- Kogutakse kahte tüüpi andmeid: koondandmeid kõikide raviasutuste kohta ja detailseid andmeid vastavalt raviasutuse tüübile (ambulatoorset ja statsionaarset ravi pakkuvad asutused, madala läve keskused, üldarstid, raviüksused vanglates, muud tüüpi ravikeskused). Enamiku riikide puhul on siiski muude kui ambulatoorset ja statsionaarset ravi pakkuvate asutuste kohta vähe teavet. Seetõttu piirduakse analüüsis enamasti ambulatoorse raviga, mille kohta on infot kõige enam.
- Ravinõudluse indikaatori andmete tõlgendamisele kaasaaitamiseks on lisatud ka 2004. aasta narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruannetest saadud kvalitatiivsed ja antud teemaga seotud andmed.

⁽¹⁾ Täpsemate andmete saamiseks vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte ravinõudluse kohta (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) ja viidet Pompidou rühma ja Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ravinõudluse indikaatorit käsitletava ühtse protokolliversionile 2.0.

⁽²⁾ Täpsema info saamiseks allikandmete kohta riikide kaupa vaata tabelit TDI-1 2005. aasta statistikabülletäänis.

Ravil viibivate uimastitarbijate hulgas on mehi palju rohkem kui naisi. Kõige suuremaid erinevusi meeste ja naiste osakaalus esineb kanepi tõttu ravi taotlevate uute klientide hulgas (4,8 : 1). Meeste ja naiste osakaalu erinevus on suurem Saksamaal, Küprosel, Ungaris ja Slovakkias ning väiksem Tšehhi Vabariigis, Sloveenias, Soomes ja Rootsis. Need riigiti ilmnevad erinevused võivad peegeldada kultuurilisi faktoreid või siis iseärasusi raviteenuste korraldamises ⁽⁴⁹⁾.

Kanepiga seotud probleemide tõttu ravil viibivad kliendid on enamasti suhteliselt noored, peaaegu kõik uued kanepi tõttu ravi taotlevad kliendid on nooremad kui 30 aastat. Uimastiravi saavate teismeliste puhul mainitakse probleemide peamise põhjusena kanepit sagedamini kui muudesse vanuserühmadesse kuuluvate klientide puhul, kanepi tõttu taotleb ravi 65% alla 15-aastastest ning 59% 15–19-aastastest ravialustest noortest ⁽⁵⁰⁾.

Uute klientide kanepitarbimise sageduses on riigiti märgatavaid erinevusi. Iga päev kanepit tarvitavate

klientide osakaal uute kanepi tõttu ravi taotlevate klientide hulgas on kõige suurem Taanis ja Madalmaades, juhuslike tarbijate või ravile eelnenud kuu jooksul kanepit mittetarbinud klientide osakaal on kõige suurem Saksamaal ja Kreekas ⁽⁵¹⁾, mis peegeldab ilmselt erinevusi ravile saatmises. Saksamaal tarbib umbes kolmandik uutest kanepi tõttu ravi taotlevatest klientidest seda uimastit juhuslikult või ei ole tarbinud seda ravile eelnenud kuu jooksul, kuid mujal kuulub kõnealusesse rühma umbes 11% klientidest ja umbes 60% klientidest tarbib kanepit iga päev.

Konfiskeerimised ja turuinfo

Tootmine ja kaubandus

2003. aastal oli kanep jätkuvalt maailma kõige ulatuslikumalt toodetav ja kaubeldav illegaalne uimasti. Võttes arvesse kanepitootmise ülemaailmset levikut ning

⁽⁴⁹⁾ Vaata tabelit TDI-22 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵⁰⁾ Vaata tabelit TDI-10 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵¹⁾ Vaata tabelit TDI-18 (iv osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendamine

Uimastikonfiskeerimiste arvu riigis peetakse tavaliselt uimastite pakkumise ja kättesaadavuse kaudselt näitajaks, kuigi see peegeldab ka õiguskaitselaseid vahendeid, prioriteete ja strateegiaid ning riiklike ja rahvusvaheliste pakkumise vähendamise strateegiate mõju kaubitsejatele. Konfiskeeritud kogused võivad aastast aastasse suurel määral kõikuda, näiteks siis, kui ühel aastal on mõnel korral konfiskeeritud väga suuri koguseid. Seetõttu peavad mitmed riigid konfiskeerimiste arvu paremaks suundumuste näitajaks. Kõigis riikides moodustavad olulise osa konfiskeerimistest väikesed konfiskeerimised jaemüügi tasandil. Konfiskeeritud uimastite päritolu ja sihtkoht võivad viidata kaubateedele ja tootmispiirkondadele, kuid see teave ei ole alati kättesaadav. Enamik liikmesriike annab teavet jaemüügi tasandil levitatavate uimastite puhtuse ja hinna kohta. Andmed pärinevad siiski väga erinevatest allikatest, mis ei ole alati võrreldavad ega usaldusväärsed, ning see teeb riikidevahelise võrdlemise raskeks.

raskusi järelevalve teostamisel, on siiski raske hinnata, kui palju seda toodetakse (UNODC, 2003a).

Kanepivaigu laiaulatuslik tootmine on koondunud mõnesse riiki, eelkõige Marokosse, aga sellega kaubeldakse paljudes riikides (CND, 2004, 2005). Uuringu põhjal, mis käsitleb kanepitootmist Marokos ja mille viisid läbi UNODC ja Maroko valitsus (2003), oletatakse, et 2003. aastal andis Rifi piirkond umbes 40% kanepivaigu kogutoodangust (INCB, 2005). Enamik ELis tarbitavast kanepivaigust on pärit Marokost ning tuuakse Euroopasse peamiselt Pürenee poolsaare kaudu, kuid Madalmaad on tähtsusele teine jaotuskeskus edasitoimetamisel ELi riikidesse (Bovenkerk ja Hogewind, 2002). 2003. aastal mainiti ELis konfiskeeritud kanepivaigu muude päritolumaadena Albaaniat, Afganistani, Iraani, Pakistani, Nepali ja Indiat (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; INCB, 2005).

Kanepiürdi tootmine on jätkuvalt laialt levinud kogu maailmas ning arvatakse, et potentsiaalne toodang ulatub vähemalt 40 000 tonnini (CND, 2005). Aruannete kohaselt pärines 2003. aastal ELis konfiskeeritud kanepiürt mitmest erinevast riigist, muuhulgas Madalmaadest ja Albaaniast, aga ka Aafrika riikidest (Malawi, Lõuna-Aafrika, Nigeeria) ja USAst (narkootikumide ja

narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004). Lisaks kasvatatakse (sise- või välistingimustes) ja valmistakse kanepitooteid kohalikul tasandil enamikus ELi liikmesriikides (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004).

Konfiskeerimised

Kogu maailmas konfiskeeriti 2003. aastal kokku 1347 tonni kanepivaiku ja 5821 tonni kanepiürti. Kõige rohkem kanepivaiku konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas (70%) ning Edela-Asias ja Lähis-Idas (21%), samal ajal kui kanepiürdi konfiskeerimised olid koondunud Põhja- ja Lõuna-Ameerikasse (68%) ning Aafrikasse (26%) (CND, 2005). Konfiskeerimiste arvu poolest on kanep kõige rohkem konfiskeeritud uimasti kõikides ELi riikides, välja arvatud Eesti ja Läti, kus amfetamiini konfiskeerimiste arv oli 2003. aastal suurem. Konfiskeeritud koguste poolest on kanep samuti üldiselt kõige rohkem konfiskeeritud uimasti ELis, kuigi 2003. aastal teatati mõnes riigis suurematest kogustest mõne muu konfiskeeritud uimasti puhul – need olid amfetamiinid Eestis ja Luksemburgis, heroiin Ungaris ja kokaiin Poolas. Läbi aegade on ELis kõige rohkem kanepit konfiskeeritud Ühendkuningriigis, seejärel Hispaanias ja Prantsusmaal ning ilmselt on see ka praegu nii ⁽⁵²⁾. Kuid üldkoguste osas langeb viimase viie aasta jooksul üle poole ELis konfiskeeritud kanepist Hispaania arvele. ELi tasandil on kanepi konfiskeerimiste arv ⁽⁵³⁾ alates 1998. aastast üldiselt suurenenud, kuigi selle väite teeb ebatäpseks asjaolu, et mõned riigid ei ole esitanud täielikke andmeid; konfiskeeritud kanepi kogused ⁽⁵⁴⁾ on alates 2000. aastast suurenenud.

Hind ja kangus

2003. aastal kõikus kanepivaigu keskmine jaehind Euroopa Liidus 1,4 eurost grammi kohta Hispaanias kuni 21,5 euroni grammi kohta Norras, samas ulatus kanepiürdi hind 1,1 eurost grammi kohta Hispaanias kuni 12 euroni grammi kohta Lätis ⁽⁵⁵⁾.

Kanepitoote kangus sõltub tetrahüdrokannabinooli (THK), selle põhilise toimeaine sisaldusest. 2003. aastal ulatus nendes riikides, mille kohta on andmed kättesaadavad, jaemüüki läinud kanepivaigu keskmine THK-sisaldus vähem kui 1%st (Poolas) kuni 25%ni (Slovakkias), samas kui kanepiürdi kangus ulatus 1%st (Ungaris, Soomes) kuni 20%ni (Madalmaades kasvatatud toode) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Seda tuleks võrrelda puuduvate 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed kanepi konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Rumeenia kohta; andmed nii kanepi konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud kanepi koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁵³⁾ Vaata tabelit SZR-1 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵⁴⁾ Vaata tabelit SZR-2 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵⁵⁾ Vaata tabelit PPP-1 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁵⁶⁾ Vaata tabelit PPP-5 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis.



4. peatükk

Amfetamiini-tüüpi stimulandid, LSD ja muud sünteetilised uimastid

Aruannete kohaselt on peaaegu kõikides riikides tarbimise levimuse poolest teisel kohal mingi sünteetiline narkootikum. Nende ainete üldine tarbimismäär kogu rahvastiku hulgas on tavaliselt madal, kuid levimuse määr nooremate vanuserühmade hulgas on märkimisväärselt kõrgem, eriti kõrge võib nende uimastite tarbimine olla teatavates sotsiaalsetes oludes ja/või mõnesse subkultuuri kuuluvate rühmade hulgas.

Euroopas tarbitavate sünteetiliste narkootikumide hulgas on nii stimulante kui hallutsinogeenseid aineid. Viimaste hulgas on kõige tuntum lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD), kuid selle üldine tarbimismäär on olnud madal ja mõnes mõttes stabiilne juba mõnda aega. On olemas tõendeid kasvavast huvist looduslike hallutsinogeenide vastu, seda teemat käsitletakse käesoleva aruande vastavas osas.

Mõistet "amfetamiini-tüüpi stimulandid" (ATS) kasutatakse nii amfetamiinide kui *ecstasy*-rühma kuuluvate uimastite kohta. Amfetamiinid on üldnimetus, mida kasutatakse mitmete keemiliselt sarnaste narkootikumide kohta, mis stimuleerivad kesknärvisüsteemi; kaks kõige olulisemat neist Euroopa illegaalsete narkootikumide turul on amfetamiin ja metamfetamiin. Amfetamiin on kõige kergemini kättesaadav, kuigi ülemaailmses plaanis on metamfetamiini tarbimise tase tõusmas. Praegu näib, et metamfetamiini märkimisväärne tarbimine Euroopas piirub Tšehhi Vabariigiga, kuigi aeg-ajalt muudest piirkondadest saabuvad teated rõhutavad seire teostamise vajadust, sest teadaolevalt seostatakse seda uimastit mitmete tõsiste terviseprobleemidega.

Tuntuim narkootikum *ecstasy*-rühmas on 3,4-metüüleendioksümetamfetamiin (MDMA), kuid *ecstasy*-tablettides leidub mõnikord ka muid analooge. Mõnikord nimetatakse neid narkootikumide entaktogeenideks, mis tähendab "sisemist puudutamist", ja need sisaldavad sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, aga mõju poolest teataval määral erinevad, sest neile on omased mõned toimed, mida tavaliselt täheldatakse hallutsinogeensete ainete puhul.

Levimus ja tarbimisharjumused

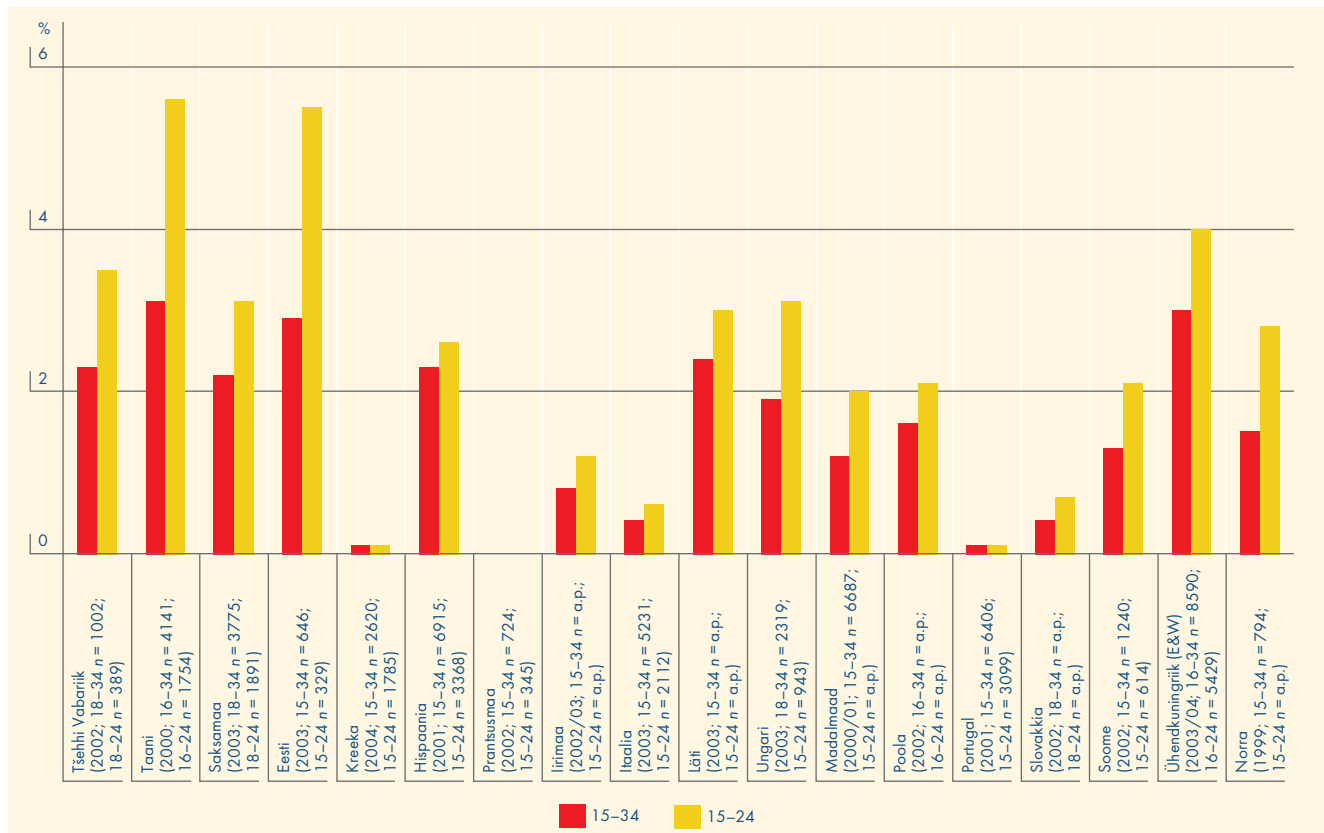
Rahvastiku-uuringute järgi on amfetamiinid tavaliselt illegaalsete narkootikumide hulgas tarbimise sageduse poolest kanepi järel teisel kohal, kuigi amfetamiinide tarbimise üldine levimus on selgelt madalam kui kanepil. Tundub, et see tarbimismall on hakanud mitmes riigis muutuma, sest nii hiljutistes rahvastiku-uuringutes kui õpilasuuringutes edestab *ecstasy* amfetamiin ja asub kanepi järel teisel kohal. Näiteks selgus 2003. aasta ESPADi kooliuuringust (Hibell *et al.*, 2004), et elu jooksul tarbimise levimuse määr oli *ecstasy* puhul kõrgem kui amfetamiini puhul 14 riigis ELi liikmesriikide, Norra ja kandidaatriikide hulgas⁽⁵⁷⁾. Siiski tuleb meele pidada, et *ecstasy* muutus populaarseks alles 1990ndatel, kuid amfetamiini on tarbitud palju kauem. Seda kajastavad hiljutised uuringud täiskasvanute seas, milles teatati kõrgemast elu jooksul tarbimise kogemuse määrast amfetamiini puhul 11 riigis ja *ecstasy* puhul 10 riigis, kuid hiljutise (viimase 12 kuu jooksul) tarbimise määr olid *ecstasy* puhul kõrgem 15 riigis ja amfetamiinide puhul ainult viies riigis (kahes riigis olid esitatud näitajad võrdsed).

Hiljutiste uuringute järgi on elu jooksul amfetamiini tarbimise kogemuse osakaal kõikide täiskasvanute (15–64aastased) hulgas ELi liikmesriikides 0,1–6%, välja arvatud Ühendkuningriigis, kus see näitaja on koguni 12%. Hiljutise tarbimise määr on selgelt madalam, ulatudes 0%st 1,5%ni, kusjuures skaala tipus asuvad Taani, Eesti ja Ühendkuningriik.

Noorte täiskasvanute rühmas (15–34aastased) annavad rahvastiku-uuringud samasuguse pildi: siin on elu jooksul amfetamiini tarbimise kogemus 0,1–10%, kusjuures Ühendkuningriigis teatati erakordselt kõrgest määrast 18,4%. Hiljutise tarbimise määr on 0–3%, kusjuures skaala tipus asuvad taas Taani, Eesti ja Ühendkuningriik (joonis 6). Kuigi elu jooksul tarbimise näitaja on Ühendkuningriigis märgatavalt kõrgem kui vastav näitaja teistes riikides, on amfetamiini hiljutise tarbimise (tarbimine viimase 12 kuu jooksul) levimuse määr seal väga sarnane teiste riikide vastavale määrale ning üldiselt langeb jätkuvalt.

⁽⁵⁷⁾ Vaata joonist EYE-2 (iv osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 6: Amfetamiinide hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine valitud vanuserühmades (15–34 ja 15–24 aastat) noorte täisealiste hulgas rahvastiku-uuringute kohaselt



NB: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest olemasolevatest siseriiklikest uuringutest (vt tabelit GPS-4 15–34aastaste vanuserühma puhul). Mõnedes riikides kasutatakse noorte puhul EMCDDA standardist pisut erinevat vanusevahemikku. Vanuserühmade varieerumine võib põhjustada mõningaid riikidevahelisi erinevusi.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

Uued andmed amfetamiini tarbimise kohta 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas on toodud 2003. aasta ESPADi uuringutes⁽⁵⁸⁾. Elu jooksul amfetamiini tarbimise levimus on alla 1% kuni 7%; selle narkootikumi hiljutise tarbimise ja praeguse (viimase 30 päeva jooksul) tarbimise kõige kõrgemad riiklikud määrad on vastavalt 4% ja 3%.

Ecstasy't on proovinud umbes 0,2–6,5% täisealisest rahvastikust, kusjuures enamiku riikide puhul on vastav näitaja 1–4%. Hiljutisest tarbimisest teatab 0–2,5% täiskasvanutest, kusjuures levimuse määr on kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis.

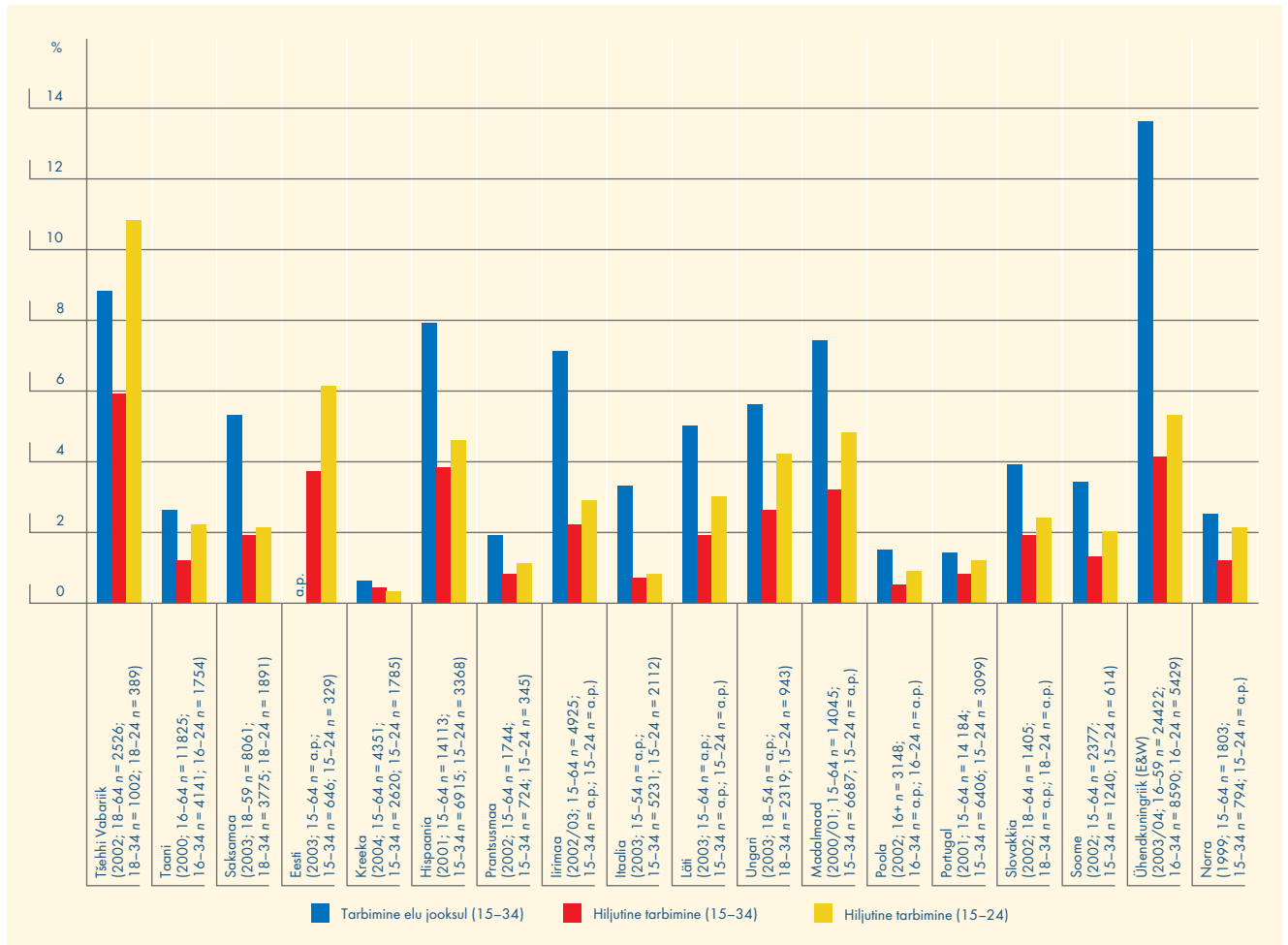
Noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) teatab ecstasy tarbimise kogemusest 0,6–13,6%. Hiljutisest tarbimisest (levimus viimase 12 kuu jooksul) teatab 0,4–6%, kusjuures levimuse määr on kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis, Eestis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis (joonis 7).

Kuna ecstasy tarbimine on levinud peamiselt noorte seas, siis on kasulik analüüsida levimuse määrasid 15–24aastaste ja 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas. 15–24aastaste rühmas on elu jooksul tarbimise kogemuse määr 0,4–13% ning hiljutise tarbimise näitaja 0,3–11%. Veelgi enam, kuna selles vanuserühmas on uimastitarbimise määr meestel kõrgem kui naistel, teatab enamik riike, et elu jooksul tarbimise kogemus 15–24aastastel meestel on 4–16% ja hiljutise tarbimise määr 2–8%. Seitse riiki esitas ka praeguse tarbimise (tarbimine viimase 30 päeva jooksul) näitajad, mis hõlmavad regulaarset tarbimist, ja need ulatusid 2%st 5%ni, mis tähendab, et üks mees igast 20–50 mehest vanuses 15–24 aastat kasutab ecstasy't regulaarselt. Need näitajad on tõenäoliselt kõrgemad linnades ning eriti inimeste hulgas, kes käivad diskodel, klubides või tantsupidudel (Butler ja Montgomery, 2004).

Ecstasy tarbimise levimuse näitajad on 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas märgatavalt madalamad kui 15–24aastaste noorte hulgas. Elu jooksul ecstasy tarbimise

⁽⁵⁸⁾ Vaata 2. peatükki üksikasjalikumalt ülevaate saamiseks 2003. aasta ESPADi kooliõpilaste uuringu tulemustest.

Joonis 7: Ecstasy elu jooksul ja hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine valitud vanuserühmades (15–34 ja 15–24 aastat) noorte täisealiste hulgas rahvastiku-uuringute kohaselt



NB: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest olemasolevatest siseriiklikest uuringutest (vt 2005. aasta statistikabülletään tabelit GPS-2 tarbimise kohta elu jooksul ja tabelit GPS-4 hiljutise tarbimise kohta 15–34aastaste vanuserühmas). Mõnedes riikides kasutatakse noorte puhul EMCDDA standardist pisut erinevat vanusevahemikku. Vanuserühmade varieerumine võib põhjustada mõningaid riikidevahelisi erinevusi.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

levimus uuringutes osalenud kooliõpilaste hulgas ulatub 0–8%ni, veelgi madalam on hiljutise tarbimise (0–4%) ja praeguse tarbimise määr (0–3%). Enamikus riikides jääb praeguse tarbimise määr 1–2% vahele, kusjuures sugudevaheline erinevus on väike (Hibell *et al.*, 2004).

Võrdluseks, Ameerika Ühendriikide 2003. aasta riikliku uimastitarbimist ja tervist käsitleva uuringu (SAMHSA, 2003) põhjal teatas elu jooksul ecstasy tarbimise kogemusest 4,6% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad) ning 0,9% teatas hiljutisest tarbimisest. Samas uuringus osalenud 18–25aastastest teatas elu jooksul tarbimise kogemusest 14,8%, 3,7% teatas hiljutisest tarbimisest ja 0,7% praegusest tarbimisest (viimase kuu jooksul) ⁽⁵⁹⁾.

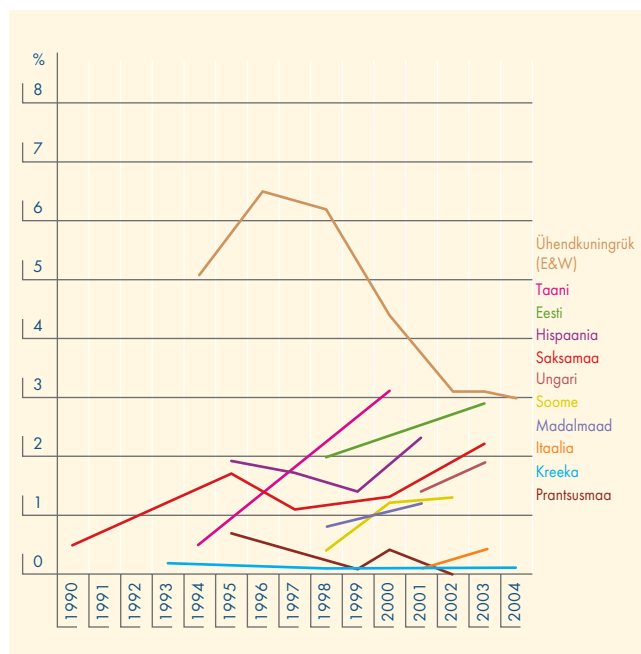
Suundumused

Rahvastiku-uuringud näitavad hiljutise tarbimise suurenemist amfetamiini (joonis 8) ja ecstasy (joonis 9) osas noorte täiskasvanute hulgas enamikus riikides, mis esitasid järjestikuste uuringute andmed. Ecstasy osas on erandiks Saksamaa ja Kreeka, kus tase ei ole tõusnud, ning Ühendkuningriik, kus nende narkootikumide tarbimine on viimasel ajal (2002/2003) stabiliseerunud, kuigi tase on suhteliselt kõrge (joonis 9).

Nagu eelpool mainitud, ületab ecstasy tarbimine praegu paljudes riikides amfetamiini tarbimise; kuid see ei tähenda sugugi, et amfetamiini tarbimine on vähenemas. Enamikus riikides, mis suutsid esitada järjestikuste uuringute andmed,

⁽⁵⁹⁾ Pandagu tähele, et vanusepiir USA uuringus (12aastased ja vanemad) on laiem kui vanusepiir, mida kasutas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ELi uuringutes (15–64aastased). Teisest küljest aga on 18–25aastaseid hõlmav vanusepiir kitsam kui enamikus ELi uuringutes kasutatav vanusepiir (15–24aastased).

Joonis 8: Suundumused amfetamiinide hiljutises (viimase aasta jooksul) tarbimises noorte täisealiste (15–34-aastased) hulgas rahvastiku-uuringute kohaselt ⁽¹⁾



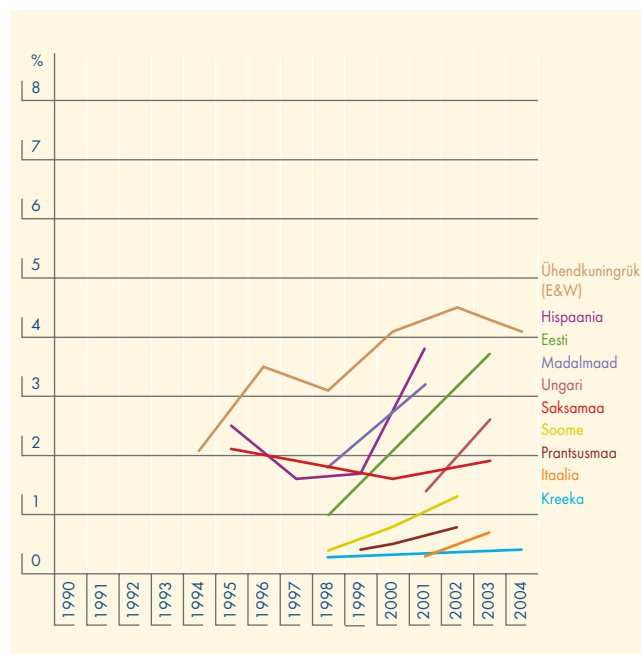
⁽¹⁾ Valimi suurus (vastanute arv) vanuserühmas 15–34 aastat iga riigi ja iga aasta kohta on esitatud tabelis GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.
 NB: Andmed pärinevad iga riigi olemasolevatest siseriiklikest uuringutest. Iga uuringu puhul kasutatud arvude ja metodoloogia kohta vaata tabelit GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.
 Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus loeb noorteks täisealisteks 15–34-aastaseid isikuid (Taanis ja Ühendkuningriigis alates 16 aastast, Saksamaal, Eestis (1998) ja Ungaris alates 18 aastast). Prantsusmaal oli see 1995. aastal 18–39 aastat.
 Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

on amfetamiini tarbimine (hiljutine tarbimine noorte täiskasvanute hulgas) tegelikult suurenenud. Märkimisväärseks erandiks on siin Ühendkuningriik, kus on 1998. aastast alates täheldatud amfetamiini tarbimise olulist vähenemist. See selgitab võib-olla, miks Ühendkuningriigis on elu jooksul tarbimise levimus kõrge võrreldes hiljutise tarbimise tagasihoidlikuma tasemega. Võib oletada, et amfetamiini tarbimise vähenemist kompenseerib teataval määral kokaiini ja ecstasy tarbimise suurenemine (vt joonised 8 ja 9).

Andmed ravinõudluse kohta

Amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbimine on harva peamine põhjus uimastiravile pöördumiseks. Siiski on olemas mõned erandid: Tšehhi Vabariigis, Soomes ja Rootsis nimetatakse ravi taotlemise esmase põhjusena amfetamiini-tüüpi stimulante, amfetamiine sagedamini kui ecstasy't, seda

Joonis 9: Suundumused ecstasy hiljutises (viimase aasta jooksul) tarbimises noorte täisealiste (15–34-aastased) hulgas rahvastiku-uuringute kohaselt ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Valimi suurus (vastanute arv) 15–34-aastaste vanuserühmas iga riigi ja iga aasta kohta on esitatud tabelis GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.
 NB: Andmed pärinevad igas riigis olemasolevatest siseriiklikest uuringutest. Iga uuringu puhul kasutatud arvude ja metodoloogia kohta vaata tabelit GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.
 Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus loeb noorteks täisealisteks 15–34-aastaseid isikuid (Taanis ja Ühendkuningriigis alates 16 aastast, Saksamaal, Eestis (1998) ja Ungaris alates 18 aastast).
 Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

18% kuni rohkem kui 50% kõikidest ravinõudluse juhtudest. Tšehhi Vabariigis on rohkem kui 50% juhtudest ravinõudluse esmaseks põhjuseks metamfetamiin. Sama kajastub ka uutes ravitaotlustes, seda Slovakkia näitajate lisandudes ⁽⁶⁰⁾. 11% uutest klientidest Euroopas, kes taotlesid ravi ja kes esitasid andmed, nimetab amfetamiini-tüüpi stimulante teise narkootikumina, mille tõttu ravi taotleti ⁽⁶¹⁾.

2002. ja 2003. aasta andmete võrdlemine näitab, et amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbijate arvu suurenemine jätkus (kasv 3,5%); aastatel 1996–2003 kasvas amfetamiini-tüüpi stimulantide tõttu ravi taotlejate klientide arv 12 ELi liikmesriigis 2204-lt 5070-le.

Uutest klientidest, kes taotlesid amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbimise tõttu ravi ambulatoorsetes ravikeskustes, tarbis 78,5% amfetamiine ja 21,4% MDMA (ecstasy) ⁽⁶²⁾. Ecstasy tõttu ravi taotlejate klientide

⁽⁶⁰⁾ Vaata tabeleid TDI-4 (ii osa) ja TDI-5 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶¹⁾ Vaata tabelit TDI-24 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶²⁾ Vaata tabelit TDI-23 2005. aasta statistikabülletäänis.

osakaal oli kõige suurem Ungaris, Madalmaades ja Ühendkuningriigis.

Peaaegu kolmandik ravi taotlevatest amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbijatest olid 15–19aastased ning teine kolmandik 20–24aastased⁽⁶³⁾. Suurem osa amfetamiini-tüüpi stimulantide tõttu ravi taotlevatest klientidest tarbis seda narkootikumi esimest korda 15–19 aasta vanuselt⁽⁶⁴⁾.

Ravil viibivate amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbijate hulgas on võrdsel arvul juhulikke ja igapäevaseid tarbijaid. Riikides, kus amfetamiini tarbivate klientide osakaal on kõrgem, tarbib enamik kliente seda uimastit 2–6 korda nädalas⁽⁶⁵⁾.

Amfetamiine ja *ecstasy*'t manustatakse peamiselt suu kaudu (58,2%); siiski umbes 15% klientidest süstib seda; mõnedes riikides on rohkem kui 60% amfetamiini-tüüpi stimulante tarbivatest klientidest praegused amfetamiinisüstijad (Tšehhi Vabariigis ja Soomes)⁽⁶⁶⁾.

Ecstasy'ga seotud surmad

Võrreldes opiaatidega seotud surmadega esineb *ecstasy*'ga seotud surmasid suhteliselt harva, kuid mõnedes riikides on nende arv siiski märkimisväärne ja seire teostamist selliste surmade suhtes tuleks parandada. Mõiste "*ecstasy*'ga seotud surm" võib tähendada, et *ecstasy*'t mainiti surmatunnistusel või et seda leiti toksikoloogilise analüüsi tulemusena (sageli koos teiste narkootikumidega)⁽⁶⁷⁾.

Kuigi aruannete esitamine ei ole ühtlustatud, näitavad 2004. aasta narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruannete andmed, et *ecstasy*'ga seotud surma, eriti ainult *ecstasy*'ga seotud surma, esineb peaaegu kõikides ELi riikides harva. 2003. aastal teatasid mitmed riigid *ecstasy*'ga seotud surmadest: Austria (üks ainult *ecstasy*'ga seotud surmajuhtum), Tšehhi Vabariik (üks surmajuhtum, mille tõenäoliseks põhjuseks oli MDMA üleannustamine), Prantsusmaa (kaheksa *ecstasy*'ga seotud surmajuhtumit), Saksamaa (kaks ainult *ecstasy*'ga seotud surmajuhtumit ja kaheksa surmajuhtumit, mis olid seotud *ecstasy*'ga kombineerituna teiste uimastitega – aastal 2002 olid vastavad näitajad 8 ja 11), Portugal (*ecstasy*'t leiti 2% puhul narkootikumidega seotud surmadest) ja Ühendkuningriik (2000. aastal mainiti *ecstasy*'t 49-l, 2001. aastal 76-l ja 2002. aastal 75 surmatunnistusel). Madalmaades teatati seitsmest surmast, mis olid ägeda psühhostimulantide manustamisest tekkinud mürgistuse tagajärg, kuid konkreetset ainet ei märgitud.

Mõned riigid esitasid andmed *ecstasy*'ga seotud kiirabi- ja õnnetusjuhtude kohta. Amsterdamis püsis *ecstasy*'ga seotud mittefatalsete kiirabijuhtude arv (Madalmaade riiklik aruanne) aastatel 1995–2003 stabiilsena (nagu ka amfetamiinidega seotud kiirabijuhtude arv), kuid hallutsinogeense toimega seente ja gammahüdroksübutüraadi (GHB) manustamisest põhjustatud kiirabijuhtude arv suurenes. Taanis (riiklik aruanne) suurenes stimulantimürgistusest tingituna haiglasse sattumiste arv 112 juhtumilt 1999. aastal 292 juhtumile 2003. aastal; *ecstasy* tarbimisega seotud haiglasse sattumine suurenes märgatavalt aastatel 1999–2000, kuid hiljem selget suundumust ei esinenud, samas suurenes selle ajavahemiku jooksul püsivalt amfetamiini tarbimisega seotud haigla juhtude arv.

Ennetustöö

Mobiilsed ennetusprojektid püüavad kohaneda reivikultuuri killustumisega, et oleks siiski võimalik jõuda meelelahutuslikel eesmärkidel narkootikume tarbivate noorteni, näiteks luues eraldi kontaktpunkte erinevate huvigruppide ja subkultuuride jaoks. Maadest, kus tabletianalüüse tehti, on see Saksamaal ja Portugalis lõpetatud. Madalmaades tehakse tabletianalüüse ainult laboratooriumites ja Prantsusmaal on tehtud ettepanek sündmuskohal tabletianalüüside tegemise lõpetamiseks. Nende muutuste põhjuseks on võltsitud tablettide hulga vähenemine Lääne-Euroopas ning püsivad kahtlused selle tegevuse seaduslikkuse suhtes. Tšehhi Vabariigis aga jätkati tablettide analüüsimise projekte ja vaieldi nende üle meedias.

Ennetustöö meelelahutuspaikades

Uued liikmesriigid teatavad üha sagedamini meelelahutuspaikades läbiviidavatest valikulise ennetustöö projektidest, eelkõige Tšehhi Vabariik, Küpros (mobiilne infoüksus ööklubides), Ungari (kolm organisatsiooni), Poola ja Sloveenia.

Tavaliselt on sekkumismeetmete sisu muutumatu ja ühesugune enamikus liikmesriikides, hõlmates uimastivastaseid diskosid, *performance*'eid, teatrit, meediat (filmid, animafilmid jne), seminare, mobiilseid näitusi ja reise (Luksemburgi riiklik aruanne).

Struktuurilised lähenemisviisid on jätkuvalt olulised. Itaalias, Madalmaades ja Skandinaavias peetakse uimastiennetuse eeltingimuseks koostööd, mille eesmärk on mõjutada

⁽⁶³⁾ Vaata tabelleid TDI-11 (i osa) ja TDI-11 (v osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶⁴⁾ Vaata tabelleid TDI-10 (i osa) ja TDI-10 (v osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶⁵⁾ Vaata tabelit TDI-18 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶⁶⁾ Vaata tabelit TDI-17 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁶⁷⁾ Vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta aruannet (<http://ar2004.emcdda.eu.int/et/page038-et.html>) üksikasjalikuma ülevaate saamiseks *ecstasy*'ga seotud surmade kohta.

ööelukultuuri. Selleks ühendavad uimastiennetustöötajad jõud nende asutuste omanikega, kus meelelahutuslikel eesmärkidel narkootikumide tarbitakse (sealhulgas kohvipood Madalmaades), ja inimestega, kes töötavad ööklubides, nagu näiteks uksehoidjad ja baariteenindajad. Rootsis laiendatakse selliseid sekkumismeetmeid ka teistesse suurtesse linnadesse peale Stockholmi. Madalmaades läbiviidud uuring selliste sekkumismeetmete kohta näitas, et "peokülalised ja -korraldajad käituvad illegaalsete narkootikumidega seoses palju vastutustundlikumalt kui eelnevalt arvati" (Pijlman *et al.*, 2003). Taoliste integreeritud lähenemisviiside eeliseks on ka see, et need juhivad avalikkuse tähelepanu kõrvale suurtel pidudel asetleidvatelt illegaalsete narkootikumidega seotud vahejuhtumitelt ja meditsiinilistelt hädaolukordadelt ning suunavad selle üldistele ohtudele ööklubide keskkonnas. Sellesse kategooriasse kuuluvad ka ohutuma ööelu juhised, kuid need ei ole veel Euroopas laialt levinud (Calafat *et al.*, 2003).

Individuaalne *online*-nõustamine veebilehekülgede kaudu on suhteliselt uus lähenemisviis, mis on kasutusele võetud Austrias ja Saksamaal (www.drugcom.de). Austrias pakub uus narkoabi kõnekeskus Viinis samal põhimõttel nõustamist e-posti teel ning välja on töötatud kvaliteedistandardid (FSW, 2004). Siiski pakub enamik narkoennetuse veebilehekülgi lihtsalt ekspertide nõuandeid ning seal pole arutelufoorumeid, kuna puuduvad kindlad tõendid selliste tarbijate endi poolt juhitud omavahelise suhtluse keskkondade efektiivsuse kohta (Eysenbach *et al.*, 2004).

Konfiskeerimised ja turuinfo ⁽⁶⁸⁾

Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise amet (UNODC, 2003a) teatab, et amfetamiini-tüüpi stimulantide, st "sünteetiliste uimastite, mille hulka kuuluvad keemiliselt sarnased amfetamiin, metamfetamiin ja *ecstasy*", toodangu suurus on raske hinnata, sest "nende tootmist alustatakse kergesti kättesaadavatest kemikaalidest kergesti varjatavates laborites". Siiski hinnatakse amfetamiini-tüüpi stimulantide aastaseks kogutoodanguks maailmas ligikaudu 520 tonni (UNODC, 2003b). Kõige rohkem konfiskeeriti amfetamiini-tüüpi stimulante kogu maailmas kokku 2000. aastal, mil konfiskeeritud kogus ulatus 46 tonnini, pärast järgnenud langust suurenes see 2003. aastal taas, ulatudes 34 tonnini (CND, 2004, 2005).

Amfetamiin

Demonteeritud laborite arvu järgi on ülemaailmne amfetamiini tootmine jätkuvalt koondunud Euroopasse. 2003. aastal avastati amfetamiinilaboreid kaheksas ELi liikmesriigis (Belgias, Saksamaal, Eestis, Leedus, Luksemburgis, Madalmaades, Poolas, Ühendkuningriigis). Suurem osa 2003. aastal ELis konfiskeeritud amfetamiinist oli pärit Madalmaadest, samuti Poolast ja Belgiast. Lisaks on andmeid, et Eestis ja Leedus toodetakse amfetamiini, mis suunatakse siis Põhjamaadesse. Amfetamiinikaubandus on peamiselt piirkondliku ulatusega (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; CND, 2005).

Ka suurem osa amfetamiini konfiskeerimisi toimub Euroopas. 2003. aastal konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas 82%, Ida- ja Kagu-Euroopas 13% ning Lähis-Ida riikides 3% kogu maailmas konfiskeeritud amfetamiinist (CND, 2005). Viimase viie aasta jooksul on Ühendkuningriik olnud peamine amfetamiini konfiskeeriv riik ELis ⁽⁶⁹⁾. Amfetamiini konfiskeerimiste arv ⁽⁷⁰⁾, mille kasvutendents ilmnes juba varem, jõudis Euroopa Liidus tervikuna haripunkti 1998. aastal, konfiskeeritud amfetamiini kogus ⁽⁷¹⁾ oli kõige suurem 1997. aastal. Amfetamiini konfiskeerimiste arv suurenes taas aastatel 2001 ja 2002, kuid suundumuste järgi nendes riikides, mille kohta andmed on kättesaadavad, võis see 2003. aastal stabiliseeruda või väheneda. Ka konfiskeeritud koguste hulk on kõikunud, kuid tundub, et see on alates 2002. aastast suurenenud ⁽⁷²⁾.

2003. aastal ulatus amfetamiini hind tarbijatasandil vähem kui 10 eurost grammi kohta Belgias, Eestis, Kreekas, Lätis, Ungaris, Madalmaades ja Slovakkias kuni 37,5 euronit grammi kohta Norras ⁽⁷³⁾. 2003. aastal jaemüüki läinud amfetamiini keskmine puhtus ulatus 7,5%st (Saksamaal) kuni 50%ni (Norras) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamiin

Globaalsel tasandil on metamfetamiin toodetud ja turustatud koguste poolest kõige tähtsam amfetamiini-tüüpi stimulant. 2003. aastal olid toodetud ja konfiskeeritud koguste poolest esireas jätkuvalt Ida- ja Kagu-Aasia (Hiina, Myanmar, Filipiinid, Tai), neile järgnes Põhja-Ameerika (Ameerika Ühendriigid) (CND, 2005). Euroopas

⁽⁶⁸⁾ Vaata "Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendamine", lk 42.

⁽⁶⁹⁾ Seda tuleks võrrelda Ühendkuningriigi 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed amfetamiini konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Rumeenia kohta; andmed nii amfetamiini konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁷⁰⁾ Vaata tabelit SZR-7 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷¹⁾ Vaata tabelit SZR-8 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷²⁾ Seda tuleks kontrollida puuduvate andmetega 2003. aasta kohta – eelkõige Ühendkuningriigi osas –, kui need on kättesaadavad.

⁽⁷³⁾ Vaata tabelit PPP-4 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷⁴⁾ Vaata tabelit PPP-8 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

toodetakse metamfetamiini palju väiksemas ulatuses. 2003. aastal avastati ja registreeriti salajased metamfetamiinilaborid Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Leedus ja Slovakkias (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; CND, 2005). Tšehhi Vabariigis on teatatud metamfetamiini tootmisest juba alates 1980ndate aastate algusest (UNODC, 2003a); suurem osa sellest on suunatud kohalikule tarbijale, kuigi osa toimetatakse salaja Saksamaale ja Austriasse (Tšehhi riiklik aruanne, 2004). 2003. aastal teatasid Tšehhi ametiasutused, et suurenes "pervitiini" (kohalik metamfetamiin) tootmine registreeritud farmaatsiatoodete baasil, kuna kohalikul mustal turul ei olnud saada efedriini (metamfetamiini lähteaine). Kuigi Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ei kogu süstemaatiliselt andmeid metamfetamiini konfiskeerimiste kohta, teatavad Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Leedu ja Norra selliste konfiskeerimiste toimumisest 2003. aastal. Lisaks teatas Taani, et metamfetamiin on keelatud ainete turul üha tavalisemaks muutumas, ja Läti teatas suurema koguse (0,8 tonni) efedriini konfiskeerimisest 2003. aastal (võrreldes 2002. aastaga) (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004).

2003. aastal ulatus "pervitiini" jaehind Tšehhi Vabariigis 16 eurost kuni 63 euroni grammi kohta⁽⁷⁵⁾ ja selle puhtus kõikus 50%st 75%ni⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Euroopa on jätkuvalt peamine *ecstasy* tootmise keskus maailmas, kuigi selle suhteline tähtsus näib olevat vähenemas, sest viimastel aastatel on *ecstasy* valmistamine levinud ka teistesse maailmajagudesse, eelkõige Põhja-Ameerikasse ning Ida- ja Kagu-Aiasse (CND, 2005; INCB, 2005). 2003. aastal vähenes kogu maailmas avastatud *ecstasy*-laborite arv (CND, 2005); ELis teatati selliste laborite avastamisest Belgias, Eestis, Leedus ja Madalmaades (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; CND, 2005). Aruannete kohaselt on ELis konfiskeeritud *ecstasy* pärit peamiselt Madalmaadest ja ka Belgiast, kuid päritoluriikidena on mainitud ka Eestit ja Ühendkuningriiki (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2003).

Ecstasy'ga kauplemine on ikka veel kindlalt koondunud Lääne-Euroopasse, kuigi samalaadselt tootmisele on see viimastel aastatel levinud kogu maailmas (UNODC, 2003a). 2003. aastal konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas 58% üldkogusest, järgnes Okeania 23%ga (CND, 2005). 2002. aastal jäi Ühendkuningriik esimest korda *ecstasy* konfiskeerimise poolest ELi riikide seas teisele kohale ja esikoht läks Madalmaadele⁽⁷⁷⁾.

Ecstasy konfiskeerimiste arv⁽⁷⁸⁾ ELi tasandil suurenes kiiresti aastatel 1998–2001. Siiski on konfiskeerimiste arv alates 2002. aastast vähenenud ning nende riikide põhjal, kust andmed on kättesaadavad, tundub, et vähenemine jätkus ka 2003. aastal. Tabatud *ecstasy* kogused⁽⁷⁹⁾ suurenesid aastatel 1998–2000 järsult ja hiljem aeglasemas tempos. 2003. aastal aga vähenesid konfiskeeritud kogused kõikides riikides, mis andmeid edastasid. *Ecstasy* konfiskeerimiste (nii arvu kui koguste) näivat vähenemist ELis 2003. aastal tuleb siiski kontrollida, kui saabuval seni puuduolevad andmed, eelkõige Ühendkuningriigi omad.

2003. aastal ulatus ühe *ecstasy*-tableti keskmine hind tänaval vähem kui 5 eurost (Ungaris, Madalmaades) kuni 20–30 euroni (Kreekas, Itaalias)⁽⁸⁰⁾.

2003. aastal leiti suurema osa keelatud narkootikumidena müüdnud tablettide analüüsimisel, et need sisaldavad psühhoaktiivsete toimeainetena ainult *ecstasy*'t (MDMA, toimeaine) ja *ecstasy*-taolisi aineid (MDEA, MDA). Nii oli see Taanis, Hispaanias, Ungaris, Madalmaades, Slovakkias ja Norras, kus rohkem kui 95% analüüsitud tablettidest sisaldas nimetatud aineid. Kuid kaks riiki, Eesti ja Leedu, teatasid, et suur osa (vastavalt 94% ja 76%) analüüsitud tablettidest sisaldas ainsa psühhoaktiivse toimeainena amfetamiini ja/või metamfetamiini. *Ecstasy*-tablettide partiide MDMA-sisaldus on väga erinev (iseegi sama logoga partiidel) nii riigiti kui riigisisesele. 2003. aastal oli *ecstasy*-tablettide keskmine MDMA-sisaldus 54–78 mg⁽⁸¹⁾. Muude psühhoaktiivsete toimeainete hulka, mida leiti 2003. aastal *ecstasy*'na müüdnud tablettides, kuulusid MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA ja 1-PEA (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004).

LSD

LSDd toodetakse ja müüakse palju väiksemas ulatuses kui amfetamiini-tüüpi stimulante. Kuni 2000. aastani toimus suurem osa LSD konfiskeerimistest ELis Ühendkuningriigis,

⁽⁷⁵⁾ Vaata tabelit PPP-4 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷⁶⁾ Vaata tabelit PPP-8 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷⁷⁾ Seda tuleks võrrelda puuduolevate 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed *ecstasy* konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Rumeenia kohta; andmed nii *ecstasy* konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud *ecstasy* koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁷⁸⁾ Vaata tabelit SZR-9 (iv osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁷⁹⁾ Vaata tabelit SZR-10 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸⁰⁾ Vaata tabelit PPP-4 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸¹⁾ Need näitajad tuginevad vaid mõnede riikide andmetele: Taani, Saksamaa, Prantsusmaa, Luksemburg ja Madalmaad.

kuid pärast seda on Saksamaa⁽⁸²⁾ viinud läbi kõige suurema arvu konfiskeerimisi.⁽⁸³⁾ Ajavahemikul 1998–2002 vähenesid ELi tasandil püsivalt nii LSD konfiskeerimiste arv⁽⁸⁴⁾ kui ka konfiskeeritud kogused⁽⁸⁵⁾ – kui välja arvata seisak 2000. aastal. 2003. aastal aga suurenesid pärast üheksat aastat esimest korda nii LSD konfiskeerimiste arv kui tabatud kogused. Ebatavaliselt suured kogused konfiskeeriti Hispaanias, Prantsusmaal ja Poolas. See võib viidata LSDga kauplemise (ja võib-olla ka selle tarbimise) hoogustumisele ELis. 2003. aastal ulatus LSD ühiku keskmine hind tarbijale 4 eurost Ühendkuningriigis kuni 25 euroni Itaalias⁽⁸⁶⁾.

Teave seoses varajase hoiatamise süsteemiga

Euroopa varajase hoiatamise süsteemi (EWS) peamine eesmärk ELi 1997. aasta uute sünteetiliste narkootikumide ühismeetme⁽⁸⁷⁾ raames on koguda, analüüsida ja vahetada teavet uute sünteetiliste narkootikumide kohta niipea, kui need ilmuvad Euroopa narkootikumiturule. Varajase hoiatamise süsteem kuulub Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse egiidi alla narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu kaudu ning tehakse tihedat koostööd Europoliga, mis edastab oma siseriiklike üksuste võrgustiku kaudu asjaomast teavet õiguskaitses valdas.

2004. aastal teatasid liikmesriigid Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele kuuest uuest sünteetilisest narkootikumist, millega koos ulatus kontrollitavate ainete arv üle 25. Nende ainete hulka kuuluvad tuumas tehtud asendustega fenetüülamiinid (peamiselt 2C rühmast ning samuti TMA-2, 4-MTA, PMMA jms), trüptamiinid (nagu DMT, AMT, DIPT ja erinevad derivatiivid) ja piperasiinid (sealhulgas BZP, mCPP). Koguti ja vahetati teavet ka mitmete muude ainete, muu hulgas mõnede katinoonide (nagu näiteks asendustega pürrolidiinid) kohta. Siiski ei palutud Euroopa Komisjonil ega Euroopa Ülemkogul sanktsioneerida ühegi uue aine riskianalüüsi, kuna ei leidunud küllaldaselt tõendeid ei üksikisiku tervise / rahvatervise seotud ohtude ega sotsiaalsete ohtude kohta.

Ketamiini ja GHBd, mille suhtes tehti riskianalüüs 2000. aastal, kontrollitakse endiselt varajase hoiatamise süsteemi kaudu. Kuigi on olemas märke sellest, et nende kahe aine tarbimine võib meelelahutuskohtades hoogsalt levida, ei ole olemasolevad tõendid veel piisavad selleks, et arvutada välja levimus või teha kindlaks suundumused ELi tasandil.

Ketamiini tuvastamisest teatati Belgiast, Taanist, Kreekast, Prantsusmaalt, Ungarist, Madalmaadest, Rootsist, Ühendkuningriigist ja Norrast. Enamiku konfiskeerimiste puhul oli tegemist valge pulbriga, aga Prantsusmaa ja Ühendkuningriik teatasid ka vedela ketamiini konfiskeerimistest/omandamistest. Kõige suuremast arvust kehavedelikes ja proovides avastamisest teatasid Rootsi ja Norra (vastavalt 51 ja 30), aga kummaski riigis ei tehtud vahet meditsiinilistel eesmärkidel ega ebaseadusliku tarbimise vahel.

GHB tuvastamisest, kaasa arvatud selle lähteainete GBL ja 1,4-BD (ulatuslikult turustatavad kemikaalid) konfiskeerimistest teatasid Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Eesti, Prantsusmaa, Madalmaad, Rootsi, Soome, Ühendkuningriik ja Norra. GHBd on konfiskeeritud nii pulbri kui vedeliku kujul.

2004. aasta kahe viimase kuu jooksul teatasid Belgia, Prantsusmaa, Itaalia ja Madalmaad mitmetest mürgistusjuhtumitest, mis olid üsna suurte atropiini⁽⁸⁸⁾ kogustega segatud kokaiini tarbimise tagajärg. Kohe, kui kombineeritud kokaiini/atropiini mürgistuse oht ilmsiks tuli, teatas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus varajase hoiatamise süsteemi partneritele häireolukorrast, soovitades neil jagada oma võrgustikele ja eelkõige asjaomastele tervishoiuasutustele infot kokaiini/atropiini mürgistuse sümptomite kohta, et seda oleks võimalik diagnoosida varases staadiumis. Selle tulemusena otsustasid mitmed liikmesriigid anda varased hoiatused oma kohalikele võrgustikele või tervishoiuasutustele.

2005. aasta mais tugevdati varajase hoiatamise süsteemi veelgi nõukogu otsusega (2005/387/JSK), millega asendati 1997. aasta ühismeede. Nõukogu otsus laiendab tegevusvaldkonda kõikidele uutele psühhoaktiivsetele ainetele (nii narkootilistele ainetele kui sünteetilistele narkootikumidele). Lisaks võimaldab see mehhanism lülitada uusi psühhoaktiivseid aineid käsitlevasse infovahetusse ka ravimid.

⁽⁸²⁾ Välistaks aastate lõikes esinevate erinevuste ületõlgendamist tuleks tähele panna LSD konfiskeerimiste väikest arvu.

⁽⁸³⁾ Seda tuleks võrrelda puuduolevate 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed LSD konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Poola kohta; andmed nii LSD konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud LSD koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa, Malta, Sloveenia, Ühendkuningriigi, Bulgaaria ega Rumeenia kohta.

⁽⁸⁴⁾ Vaata tabelit SZR-11 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸⁵⁾ Vaata tabelit SZR-12 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸⁶⁾ Vaata tabelit PPP-4 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸⁷⁾ 1997. aasta ühismeetmes uusi sünteetilisi narkootikume puudutava teabe vahetuse, riskianalüüsi ja kontrolli kohta (EÜT L 167, 25.6.1997) määratletakse uued sünteetilised narkootikumid kui "sünteetilised narkootikumid, mis ei ole loetletud üheski ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni nimekirjas ja mis kujutavad endast rahvatervisele tõsist ohtu, mis on võrreldav ohuga kõnealuse konventsiooni I või II nimekirjas loetletud ainete puhul ja mille terapeutiline väärtus on piiratud". See käib valmistoodete, mitte lähteainete kohta.

⁽⁸⁸⁾ Atropiin, antikolinergiline toimeaine, on looduslikult esinev alkaloid, mida sisaldab *Atropa belladonna*. Tõsine mürgistus võib osutuda surmavaks.

Rahvusvaheline tegevus sünteetiliste uimastite tootmise ja kaubanduse vastu

ELi tasandil toimuva ja rahvusvahelise koostöö raames teadvustatakse üha rohkem kontrollitavate ainete tootmiseks vajalike lähteainete üle järelevalve teostamise ja nende kontrollimise tähtsust. Tõhustades järelevalvet kemikaalide üle, mis on vajalikud selliste uimastite nagu heroini, kokaiini ja *ecstasy* tootmiseks, on võimalik rakendada meetmeid narkootikumide tootmise katkestamiseks või tõkestamiseks. Praegu on selles vallas käimas kolm ulatuslikku rahvusvahelist programmi: operatsioon Purple, mis on seotud kokaiini tootmiseks kasutatava kaaliumpermanganaadiga; operatsioon Topaz, mille raames jälgitakse rahvusvahelist kauplemist äädikhappe anhüdriidiga, mis on heroini tootmise lähteaine; ja projekt Prism, mis tegeleb amfetamiini-tüüpi stimulantide lähteainete sihtadamates või illegaalsetes uimastilaborites konfiskeerimiste järeluurimisega. Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule on teatatud kokku 20 227 tehingust ja neid on uuritud eelmainitud operatsioonide käigus viimase kahe aasta jooksul; on olemas mõningaid tõendeid, et nimetatud meetmed on uimastitootmisele mõju avaldanud.

Projekt Prism on eriti oluline sünteetiliste narkootikumide tootmise seisukohast ELis. See on keeruline töövaldkond, sest suure hulga kemikaalide hulgas, mida võidakse kasutada amfetamiini-tüüpi stimulantide tootmiseks, on palju aineid, mis on vajalikud seaduslike kaupade tootmiseks või on nende tootmise kõrvalsaadused. Projekti Prism raames teostatakse ka seiret rahvusvahelise safroolikaubanduse üle, mida kasutatakse *ecstasy* tootmisel, tõkestatakse pseudoefedriini sisaldavate ravimpreparaatide kõrvalejuhtimist ja otsitakse laboreid, kus valmistatakse ebaseaduslikult 1-fenüül-2-propanooni. Hoolimata selles töövaldkonnas ette tulevatest raskustest on projekt Prism aidanud kaasa rahvusvahelise koostöö parandamisele ja selle tulemusena on viidud läbi edukaid keelustamisaktsioone. Üks näide sellest, mille Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB, 2005) oma hiljutises aruandes ära märkis, oli koostöö Hiina ja Poola vahel, mis viis ulatusliku 1-fenüül-2-propanooni salaja Poolasse toimetamise juhtumi avastamiseni.

Sünteetiliste uimastite tootmise ja kaubanduse vastased meetmed Euroopas

Kooskõlas sünteetiliste uimastite tootmise suhtes võetavate meetmete kavaga koostas komisjon koostöös Europoliiga

2003. aasta detsembris aruande, milles kirjeldati jaotusvõrgu kaardistamisega tegelevate ulatuslike mitmepoolsete projektide jooksvat olukorda ja selles valdkonnas ELi tasandil, liikmesriikides ja kandidaatriikides saadud kogemusi. Aruandes toodi välja selliste projektide peamised elemendid, mis on äärmiselt olulised tegevuse kasulikkuse seisukohast. Samuti esitati aruandes järeldus, et "sünteetiliste uimastitega seotud eri valdkondadest saadud andmete ja kriminaalteabe ühendamisel kõikehõlmava ja integreeritud strateegia raames võib kasu olla".

2004. aasta detsembris liitis Europol projektid CASE ja Genesis projektiks Sünergia, luues analüüsifaili (AWF), mida toetavad 20 liikmesriiki ja mõned kolmandad riigid, Europoli ebaseaduslike laborite võrdlussüsteem (EILCS) ja Europoli *ecstasy*-logosüsteem (EELS). See projekt toetab jätkuvalt sünteetiliste uimastite vastast üldmeedet Euroopas (CASE), Rootsi algatust amfetamiini iseloomustuse koostamiseks ning Euroopa lähteainete ühisüksust (EJUP), kuhu kuuluvad eksperdid kuuest liikmesriigist.

Analüüsifail võimaldab koguda ja analüüsida kõrgetasemelist kriminaalteavet sünteetiliste narkootikumide ja lähteainete kohta. Eelkõige uuritakse kuritegelikke rühmitusi ja/või olulisi tegevusmeetodeid.

Europoli ebaseaduslike laborite võrdlussüsteemi (EILCS) abil viiakse kokku sünteetiliste uimastite tootmispaikadest ja nendega seotud keemiliste jääkide ladustamiskohtadest saadud fotograafilised ja tehnilised andmed, mille abil on võimalik uurida konfiskeeritud seadmete, materjalide ja kemikaalide vahelisi sidemeid, algatada infovahetust, teostada järeluurimisi ja tõendusmaterjalide kohtuekspertiisi ning tuvastada ja tabada vahendajad ja asjaosalised kuritegelikud rühmitused. EILCSi kaudu on Europol Euroopa-poolne partner projektis "Prism – Equipment", ÜRO Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu ülemaailmses järeluurimisprogrammis, mis tegeleb tabletimasinate ja muude sünteetiliste uimastite tootmiseks vajalike seadmetega.

Europoli *ecstasy*-logosüsteemi abil viiakse kokku fotograafilised ja kohtuekspertiisi andmed tegevusmeetodite kohta oluliste konfiskeerimiste puhul, võimaldades leida konfiskeerimistega seotud sarnasusi ja, võttes arvesse konfiskeeritud stantsimisemasinaid, algatada õiguskaitsealase teabe vahetamist, edasisi uurimisi ja kohtuekspertiisi analüüsise koostamist tõendite leidmiseks ja kuritegelike rühmituste tabamiseks.

Europoli sünteetiliste uimastite tootmise seadmete kataloogi ja Europoli *ecstasy*-logokataloogi ajakohastatakse ja taasavaldatakse regulaarselt.



5. peatükk

Kokaiin ja crack-kokaiin

Kokaiinitarbimise levimus ja harjumused

Viimaste riiklike rahvastiku-uuringute põhjal tunnistab 0,5–6% täisealisest elanikkonnast, et on kokaiini proovinud vähemalt korra (levimus elu jooksul), kuşjuures kõnealuse vahemiku tipus on Itaalia (4,6%), Hispaania (4,9%) ja Ühendkuningriik (6,8%). Hiljutisest kokaiinitarbimisest (viimase 12 kuu jooksul) teatatakse üldiselt alla 1% täiskasvanute kohta, enamikus maades on näitaja 0,3–1% vahemikus. Hispaanias ja Ühendkuningriigis on hiljutine levimusmäär üle 2%.

Kuigi kokaiini levimus on oluliselt väiksem kui kanepi puhul, võivad tarbimismäärad noorte täiskasvanute seas olla kõrgemad kui elanikkonnas keskmiselt. 15–34aastaste seas on elu jooksul tarbimise määr 1–11,6%, kõrgeima määra leiab taas Hispaanias (7,7%) ja Ühendkuningriigis (11,6%). Hiljutise tarbimise näitaja on 0,2% ja 4,6% vahel, seejuures Taanis, Iirimaa, Itaalias ja Madalmaades on kõigis näitaja umbes 2%, Hispaanias ja Ühendkuningriigis aga üle 4%.

Kokaiini tarbimine on rohkem levinud meeste seas. Näiteks Taanis, Saksamaal, Hispaanias, Itaalias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis on uuringud tuvastanud, et 15–34aastaste meeste seas on elu jooksul tarbinuid 5–13%. Kuues riigis on hiljutine tarbimine suurem kui 3%, Hispaania ja Ühendkuningriik teatavad 6–7% määrast (joonis 10).

Kogu elanikkonna hulgas kokaiini tarbimine kas katkestatakse pärast proovimist nooremas täiskasvanueas või on see episoodiline ning esineb peamiselt nädalalõppudel ja meelelahutuspaikades (baarid ja diskod). Kuid mõnedes riikides ei saa tähelepanuta jätta ka teatavaid regulaarse tarbimise vorme. Praegusest kasutusest (viimase 30 päeva jooksul) teatavad 1,5–4% noortest meestest (15–34aastased) Hispaanias, Itaalias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis. Linnades on kokaiini tarbimise määrad tõenäoliselt oluliselt kõrgemad.

Hiljutise mitmeid linnu hõlmanud uuringu põhjal tõmbas suurem osa (95%) sotsiaalselt integreeritud tarbijatena määratletutest (st värvatud diskodel, klubides või isiklike kontaktide kaudu) kokaiini nina, ainult väga väike osa on ainet kunagi suitsetanud või süstinud (Prinzleve *et al.*, 2004).

Hiljutise kokaiinitarbimise (levimus viimase aasta jooksul) umbkaudne hinnang, oletades keskmiseks levimuseks kõigi täiskasvanute seas umbes 1%, annab arvuliselt tulemuseks 3–3,5 miljonit inimest Euroopas. Praeguse tarbimise määr on umbkaudse hinnangu põhjal 1,5 miljonit kasutajat⁽⁸⁹⁾.

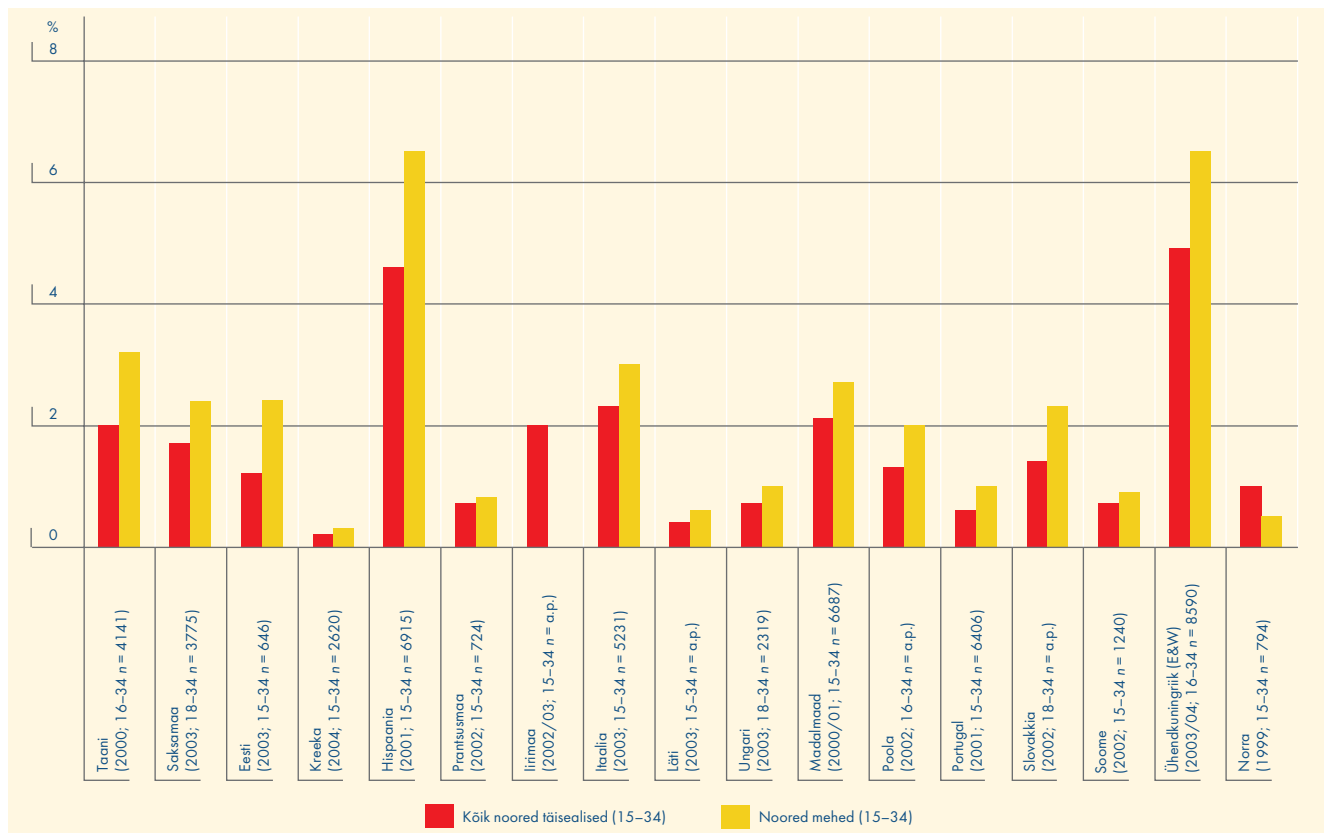
Võrdlusena väljastpoolt Euroopat teatas Ameerika Ühendriikides 2003. aasta riikliku, uimastitarbimist ja tervist käsitleva uuringu (SAMHSA, 2003) põhjal 14,7% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad) kokaiini tarbimisest elu jooksul ja 2,5% kokaiini tarbimisest viimase 12 kuu jooksul⁽⁹⁰⁾. 18–25aastaste hulgas olid näitajad 15% (elu jooksul), 6,6% (viimase 12 kuu jooksul) ja 2,2% (viimase kuu jooksul). 18–25aastaste meeste puhul olid vastavad arvud 17,4%, 8,2% ja 2,9%. Üldiselt on elu jooksul kokaiini tarbimise levimus USA kogu elanikkonnas suurem kui kõrgema levimusega Euroopa maades. Siiski ei ole see erinevus nii ilmne hiljutiste mõõtmiste alusel, mille järgi mõned Euroopa riigid teatavad Ameerika näitajaid ületavaid arve.

Suundumused kokaiinitarbimises

Selgepiirilisi üleeuroopalisi suundumusi kokaiinitarbimises on rahvastiku-uuringute põhjal seni raske tuvastada (vt lõiku kanepitarbimise suundumuste kohta). Sellegipoolest on kokaiinitarbimise kasvu kohta Euroopas tulnud hoiatusi mitmetest allikatest, sealhulgas kohalikest aruannetest, tantsukohtades läbiviidud sihtuuringutest, teadetest konfiskeerimiste näitajate tõusu ja ka probleemidega seotud näitajate (surmad, õnnetusjuhtumid) mõningase tõusu kohta.

⁽⁸⁹⁾ Need väga umbkaudsed näitajad põhinevad siseriiklike levimusmäärade jada keskmistel levimusnäitajatel (vaata tabel GPS-1 2005. aasta statistikabülletäänis). Pandagu tähele, et mitmetes suure rahvaarvuga riikides (Saksamaal, Hispaanias, Itaalias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis) on levimusmäärad võrdlemisi kõrged, mitmel juhul kõrgemad kui arvutustes kasutatud näitajad.

⁽⁹⁰⁾ Pandagu tähele, et vanusepiir USA uuringus (12aastased ja vanemad) on laiem kui vanusepiir, mida kasutas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ELi uuringute raames (15–64aastased). Teisest küljest on aga 18–25aastaseid hõlmav vanusepiir kitsam kui enamikus ELi uuringutes kasutatav vanusepiir (15–24aastased).

Joonis 10: Kokaiini hiljutine (viimase aasta jooksul) tarbimine kõigi noorte täisealiste ja noorte meeste hulgas siseriiklike uuringute kohaselt

NB: Andmed pärinevad iga riigi kõige uematest olemasolevatest siseriiklikest uuringutest (vt tabelit GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis). Mõnedes riikides kasutatakse noorte puhul EMCDDA standardist pisut erinevat vanusevahemikku. Vanuserühmade varieerumine võib põhjustada mõningaid riikidevahelisi erinevusi.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

Noorte hulgas tõusis hiljutine kokaiinitarbimine oluliselt ajavahemikul 1996–2000 Ühendkuningriigis, kuid jäi siis stabiilseks, ehkki viimastel aastatel on taas täheldatud mõõdukat tõusu; ja ajavahemikul 1999–2001 Hispaanias⁽⁹¹⁾. Vähem märgatavat tõusu täheldati Taanis, Itaalias, Ungaris, Madalmaades ja Austrias (kohalike uuringute põhjal) ning Saksamaal, kõikumistega 1990ndatel (joonis 11).

Kokaiiniga seotud surmad

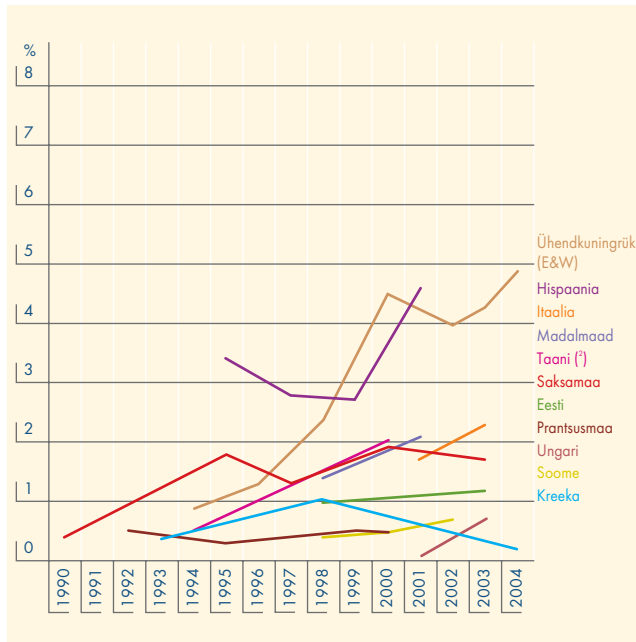
Terviseriskid kokaiinitarbimisel põhjustavad üha rohkem muret, eriti seoses mõnedes riikides täheldatud kasvava meelelahutusliku tarbimisega eelkõige nendes paikades (diskod, klubid), mida külastavad noorterühmad. Hoolimata sellest, et kokaiiniga seotud surmade arvu hindamine on keeruline, võib see näitaja olla väärtuslik suurenenud riski indikaator või aidata tuvastada ohtlikke tarbimisharjumusi. Kuigi üksnes opiaatideta kokaiinist tingitud surmajuhtumid on Euroopas harvad, ei pruugi olemasolev statistika kajastada kokaiiniga seotud

surmajuhtumeid adekvaatselt. Euroopa tasandil on kokaiiniga seotud surmade kohta käiv info piiratud ja seda esitatakse erinevas vormis. Kokaiini tarbimine on levinud opiaaditarbijate hulgas ja opiaatide üledoosi juhtumite toksikoloogilistes analüüsidest leitakse tavaliselt ka kokaiini koos teiste ainetega, nagu alkohol ja bensodiasepiinid.

2003. aastal teatas mitu riiki kokaiinisurmadest (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riiklike teabekeskuste aruanded): Saksamaa (25 ainult kokaiiniga seotud juhtumit ja 93 juhtumit, kus kokaiin esines koos teiste uimastitega; 2002. aastal oli vastavad arvud 47 ja 84), Prantsusmaa (10 ainult kokaiinist tingitud surma ja üks koos ravimiga), Kreeka (kaks kokaiinist tingitud juhtumit), Ungari (neli surma kokaiini üledoosi tõttu), Madalmaad (17 surma kokaiini tõttu 2003. aastal, kasvava tendentsiga 1994. aasta kahest 2002. aasta 37 juhtumini), Austria (kokaiini leiti 30% uimastitega seotud surmade puhul, aga ainult kolmel juhul üksnes kokaiini ja ühel juhul kokaiini koos gaasiga), Portugal (kokaiini tuvastati 37% uimastitega seotud surmade puhul) ja

⁽⁹¹⁾ Uuringusse kaasamise jaoks liiga hilja jõudsid kohale andmed, mille järgi on 2003. aasta uuringutes täheldatav stabiliseerumine (eelmisel aastal oli levimus noorte täiskasvanute hulgas 4,8% võrreldes 4,6%ga 2001. aastal).

Joonis 11: Suundumused kokaiini hiljutises (viimase aasta jooksul) tarbimises noorte täisealiste (15–34aastased) hulgas rahvastiku-uuringute kohaselt ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Valimi suurus (vastanute arv) 15–34aastaste vanuserühmas iga riigi ja iga aasta kohta on esitatud tabelis GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁾ Taanis vastab 1994. aasta kohta esitatud väärtus "kangetele uimastitele". NB: Andmed pärinevad iga riigi olemasolevatest siseriiklikest uuringutest. Iga uuringu puhul kasutatud arvude ja metodoloogia kohta vaata tabelit GPS-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus loeb noorteks täisealisteks 15–34aastaseid isikuid (Taanis ja Ühendkuningriigis alates 16 aastast, Saksamaal, Eestis (1998) ja Ungaris alates 18 aastast). Prantsusmaal oli see 1992. aastal 25–34 ja 1995. aastal 18–39 aastat.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud rahvastiku-uuringutest, aruannetest või teadusartiklitest. Vaata ka tabelit GPS-0 2005. aasta statistikabülletäänis.

Ühendkuningriik (kokaiini mainimine surmatunnistustel sagesen 85 juhtumilt 2000. aastal 115 juhtumile 2001. ja 171 juhtumile 2002. aastal, kaheksakordse kasvuga ajavahemikul 1993–2001). Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riigi teabekeskuse 2003. aasta aruandes teatas Hispaania, et 2001. aastal oli kokaiini esindatud 54%-l kõigist uimastitega seotud surmadest; 39 juhul (8% kõigist uimastitega seotud surmadest) ei olnud opiaadid surmaga seotud, neist 21 surmajuhumit olid põhjustatud ainult kokaiinist ning viis kokaiini ja alkoholi koosmõjust.

Vaatamata olemasoleva info piiratusele, näib kokaiini olevat etendanud määravat rolli 1–15% uimastitega seotud surmade puhul nendes riikides, kus surma põhjustanud uimastite eristamine on olnud võimalik, seejuures mitu riiki (Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa ja Ungari) märgivad

seada 8–12% uimastitega seotud surmade puhul. Kuigi nende tulemuste ekstrapoleerimine kogu Euroopale on väga keeruline, võib see ELi tasandil tähendada mitutsada kokaiinist tingitud surma aastas. Olgugi et need näitajad on väiksemad kui opiaatide põhjustatud surmade puhul, on kokaiiniga seotud surmad tõsine ja tõenäoliselt kasvav probleem; vähestes riikides, kus tendents on võimalik hinnata, kalduvad need näitama kasvu.

Lisaks võib kokaiin olla soodustavaks teguriks kardiovaskulaarsetest probleemidest (arütmiaid, südamelihase infarkt ja ajuverevalumid, vt Ghuran ja Nolan, 2000) tingitud surmade puhul, eriti vastuvõtlikkust suurendava soodumusega uimastitarbijate puhul, ning paljud neist surmadest võivad jääda registreerimata.

Andmed ravinõudluse kohta ⁽⁹²⁾

Opiaatide ja kanepi järel on kokaiin levinuim peamine narkootikum uimastiravi taotlejate seas ja moodustab 10% kogu ELi ravinõudlusest. Ometi kajastuvad selles koondarvus riigiti suured erinevused: enamikus riikides on kokaiiniga seotud ravinõudlus küllalt madal, aga Hispaanias ja Madalmaades moodustavad kõigist ravivajajatest kokaiinitarbijaid vastavalt 26% ja 38% ⁽⁹³⁾. Enamikus riikides on peamiselt kokaiini tõttu ravi taotlevate klientide osakaal uute klientide hulgas kõrgem kui kõigi raviklientide hulgas kokku ⁽⁹⁴⁾. Kokaiinist kui teisese uimastist teatab 13% uutest klientidest, kes taotlevad ravi ambulatoorse ravi keskustes ⁽⁹⁵⁾.

Paljud riigid teatavad kokaiinitarbimise kasvust ravi taotlevate klientide seas, 1996–2003 tõusis kokaiini tõttu ravile pöörduvate uute klientide osakaal 4,8%-lt 9,3%-ni ning kokaiini kui esmase uimasti tõttu ravile pöörduvate uute klientide arv tõusis 2535-lt 6123ni. 2003. aastal ületas Madalmaades kokaiini tõttu ravile pöörduvate uute klientide arv esmakordselt opiaatide tõttu ravi vajajate arvu. Londonist pärinevast raviandmete analüüsist selgub, et ajavahemikul 1995/1996–2000/2001 kokaiini tarbivate klientide arv rohkem kui kahekordistus (GLADA, 2004), kuigi madalalt võrdlusaluselt (735-lt 1917ni).

Neid andmeid mõjutab ilmselt väike, kuid üha suurenev crack-kokaiini (kokaiini suitsetatav derivaat) probleem, mida on täheldatud nii Madalmaades kui ka Ühendkuningriigis, kus crack'i tarbivate klientide arv on viimastel aastatel kasvanud. Olgugi et problemaatiliste tarbijate arvukus on madal, kipuvad nad koonduma üksikutesse suurematesse linnapiirkondadesse ja on seetõttu kõige silmatorkavamad linnade seireraportites.

⁽⁹²⁾ Klientide profiili ja tarbimisharjumuste andmete analüüs hõlmab kliente, kes taotlesid ravi nii üldise suunitlusega kui ka spetsialiseerunud ravikeskustes, ning samuti ambulatoorse ravi keskuseid.

⁽⁹³⁾ Vaata tabelit TDI-5 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis. Hispaania andmed käivad 2002. aasta kohta.

⁽⁹⁴⁾ Vaata tabelit TDI-4 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁹⁵⁾ Vaata tabelit TDI-24 2005. aasta statistikabülletäänis.

Crack-kokaiini tarbijatel on üldiselt kokaiinipulbri tarbijatest erinev sotsiaalne taust. Crack'itarbijad on suurema tõenäosusega sotsiaalselt tõrjutud ja on mõningaid tõendeid oletamaks, et etnilised vähemusgrupid on crack-kokaiini probleemist eriti haavatavad: kaks kolmandikku uimastiravi soovivatest Londoni mustanahalistest on peamiselt crack-kokaiini tarbijad (GLADA, 2004) ja 30% Madalmaade crack'iklientidest on mitte-hollandi taustaga. Crack-kokaiiniga seotud muredele vaatamata peab meeles pidama, et kuigi crack'i seostatakse erilise kahjuga nii tarbijatele individidele kui ka nende kogukondadele, jääb see probleem Euroopas väga lokaliseerituks. Tuleb märkida, et crack-kokaiini klientidest teatavad peamiselt kaks riiki (Madalmaad ja Ühendkuningriik).

Üldiselt ei ole enamus kokaiiniga seotud ravinõudlusest Euroopas seotud crack-kokaiiniga. Ligikaudu 70% uutest kokaiiniga seotud klientidest kasutab kokaiinhüdrokloriidi (kokaiinipulbrit) (enamik tõmbab uimastit ninna) ja ülejäänud 30% kasutab crack'i. Ligikaudu 5% uutest kokaiiniga seotud klientidest teatab kokaiini süstimisest.

Uued ravile pöörduvad kliendid, kes tarbivad kokaiini esmase uimastina, on valdavalt mehed (meeste ja naiste suhtarv on 3,7 : 1). Soolises jaotuses esineb riigiti erinevusi⁽⁹⁶⁾. Itaalias stimulantide, peamiselt kokaiini tarbimise tõttu ravile pöörduvate klientide seas läbi viidud kvalitatiivne uuring näitab, et tarbijate hulgas on naisi peaaegu sama palju kui mehi, ent kokaiini või muude stimulantide tõttu ravile pöördujate seas on meeste ja naiste osakaal tugevasti meeste kasuks (Macchia *et al.*, 2004).

Esmase uimastina kokaiini tarbivad uued kliendid on keskmiselt vanemad kui teised uimastitarbijad (keskmine igaa on 30 aastat, suurem osa 20–34-aastaste vanusegrupis); väiksem, kuid oluline osa klientidest teatatakse olevat vanuses 35–39 aastat⁽⁹⁷⁾.

Kokaiini tarbitakse sageli koos mõne teise täiendava uimastiga, tihti koos kanepi (40%) või alkoholiga (37%). Kohalikud uuringud uimastisüstijate kohta osutavad, et mõnedes piirkondades on heroini ja kokaiini kombinatsioon süstimisseguna muutumas populaarsemaks (uimastisüstijad kasutavad selle kohta mõnikord nimetust *speedballing*). Kui see on nii, ei ilmne see enamiku riikide üldise ravinõudluse andmetest, kus vaid väike osa kliente teatab heroini ja kokaiini kombineeritud tarbimisest. Siiski ei kehti see kõigi riikide kohta, näiteks Madalmaades osutab ravinõudluse andmete analüüs, et paljud kokaiinikliendid on mitme uimasti tarbijad ja et suurem osa neist on just kokaiini ja heroini tarbijad (Mol *et al.*, 2002).

Probleemse kokaiinitarbimise ravi

Probleemsete kokaiinitarbijate jaoks ei ole olemas nii hästi korraldatud ja laialt levinud farmakoloogilist ravi kui probleemsete opiaaditarbijate jaoks. Mõnikord määratakse kokaiinitarbijatele ravimeid probleemide süsteemseks leevenduseks, kuid need on tavaliselt lühiajalise mõjuga ja suunatud kokaiinitarbimisega kaasnevate probleemide, näiteks ärevus- ja unehäirete leevendamisele. Pikemaajalisi ravivõimalusi kokaiinitarbijatele pakutakse tavaliselt üldise uimastiravi raames. Siiski on probleemsetele kokaiinitarbijatele mõeldud ravivõimalusi vähe (Haasen, 2003). Selles osas on oodata muutusi, sest mõnes riigis on hakatud looma probleemsete kokaiinitarbijate jaoks uusi ravivõimalusi, näiteks töötatakse Inglismaal välja eriteenuseid crack'itarbijate jaoks (NTA, 2003).

Suurem osa teaduslikust kirjandusest kokaiiniprobleemide kohta põhineb Ameerika uuringutel ja ei pruugi olla kooskõlas Euroopa kontekstiga. Kahjuks ei teostata probleemse kokaiinitarbimise ravi hindamist ELis kuigi laialt, osaliselt seetõttu, et varem puutusid raviteenistused kokaiiniprobleemidega suhteliselt harva kokku. Ühes Euroopa süstemaatilises ülevaates kokaiiniravialase kirjanduse kohta (Rigter *et al.*, 2004) märgiti, et probleemsete kokaiinitarbijate ravivalmidus on üldiselt madal ja tagasilanguse määr kõrge. On olemas mõningaid tõendeid selle kohta, et psühhoteraapia võib aidata tarbimist vähendada, kuid kindlaid tõendeid akupunktuuri efektiivsuse kohta kokaiiniprobleemide ravimisel ei leitud. Nende järelduste käsitlemisel tuleb siiski meeles pidada, et puuduvad selged, Euroopa kogemustel põhinevad juhised terapeutiliseks sekkumiseks selles valdkonnas. Näiteks ei ole selge isegi see, kas spetsiifilised, kokaiinitarbijatele suunatud sekkumismeetmed on efektiivsemad kui probleemsete kokaiinitarbijate kaasamine üldisesse, mittespetsiifilisse uimastiravisse. Samuti pole teada, kas probleemsete kokaiinitarbijate jaoks on võimalik välja töötada farmakoloogiline ravi, mis võiks edaspidi olla "standardne raviviis", nii nagu metadooni- ja buprenorfiiniravi on standardne raviviis probleemsetele opiaaditarbijatele. Tuleb märkida, et opiaatide ja stimulantide, nagu näiteks kokaiini toimemehhanism organismis on olulisel määral erinev, järelikult on tõenäoliselt ka nende uimastiprobleemide ravivõimalused teistlaadsed. Praegu tehakse USAs huvitavaid uurimusi sekkumismeetmete väljaarendamiseks, mis ajutiselt blokeeriksid kokaiini mõju selle tarbijale, ning on huvitav näha, kas selle töö tulemusena võetakse tulevikus kasutusele uued ravivõimalused.

⁽⁹⁶⁾ Vaata tabelit TDI-22 2005. aasta statistikabülletäänis ja "Differences in patterns of drug use between women and men" (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Vaata tabelit TDI-10 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Tervisekahjustuste vähendamine

Viimastel aastatel on kokaiini ja *crack*-kokaiini tarbimisega seotud tervisekahjustuste ennetamisele ja vähendamisele suunatud meetmete kasutamine kiiresti laienenud ning kokaiini ja *crack*'i kohta on uut teavet, eelkõige Internetis. Abitelefonidel Belgias, Prantsusmaal ja Portugalis on esitatud rohkem küsimusi kokaiini ja *crack*-kokaiini tarbimise kohta kui kunagi varem, kuigi selleteemaliste kõnede osakaal on ikka veel palju madalam kui legaalseid narkootikume ja kanepit puudutavate kõnede oma. Uimastiteenistuste personalile pakutakse ulatuslikumat väljaõpet selle kohta, kuidas reageerida adekvaatselt probleemidele, mis tekivad seoses kokaiini ja *crack*'i tarbimisega erinevates oludes, kus see on uus nähtus (näiteks nädalalõpuüritused Dublinis või *techno* muusikapeod Viinis).

Kokaiini- ja *crack*'itarbijatele pakutakse erinõustamist ja raviteenuseid suurtes linnades, näiteks Frankfurdis (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ff.de), Barcelonas (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Viinis (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) ja Londonis (www.cracklondon.org.uk).

Konfiskeerimised ja turuinfo ⁽⁹⁸⁾

Tootmine ja kaubandus

Kolumbia on suurim ebaseadusliku kokapõõsa päritoluriik maailmas, järgnevad Peruu ja Boliivia. Maailma arvestuslik kokaiinitoodang 2003. aastal oli 655 tonni, millest 67% toodeti Kolumbias, 24% Peruus ja 9% Boliivias (CND, 2005). Enamik Euroopas konfiskeeritud kokaiinist tuli otse Lõuna-Ameerikast (Kolumbia) või läbi Kesk-Ameerika ja Kariibi mere riikide. 2003. aastal olid Brasiilia, Venetsueela ja Costa Rica ELi imporditud kokaiini peamised transiitriigid, nende kõrval Argentina, Costa Rica ja Curaçao (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; CND, 2005). Teisteks transiidipiirkondadeks olid Lõuna- ja Lääne-Aafrika (INCB, 2005). Peamisteks piiriületuskohtadeks Euroopa Liidus jäid Hispaania, Madalmaad ja Portugal (narkootikumide ja narkomaania

Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Konfiskeerimised

Konfiskeerimisandmed näitavad, et kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel kolmas kõige kaubeldavam uimasti maailmas. Konfiskeeritud mahu põhjal – kogu maailmas 2003. aastal 490,5 tonni – toimus 2003. aastal enamik kokaiiniarist jätkuvalt Põhja- ja Lõuna-Ameerikas (82%) ning Euroopas. Kogu maailmas konfiskeeritud kogusest jäi 17% Euroopa arvele, mida on eelmise aastaga võrreldes rohkem (CND, 2005). Euroopa-siseselt saadakse suurem osa konfiskeeritud kokaiinist läänepoolsetest riikidest. Viimase viie aasta jooksul on Hispaanias olnud Euroopa Liidu püsivalt kõrgeim kokaiini konfiskeerimise tase. 2003. aastal jäi Hispaania arvele üle poole Euroopa Liidus tehtud konfiskeerimiste üldarvust ja konfiskeeritud üldkogusest ⁽⁹⁹⁾.

Ajavahemikul 1998–2002 suurenes kokaiini konfiskeerimiste arv ⁽¹⁰⁰⁾ kõigis riikides, välja arvatud Saksamaa ja Portugal. Samal ajal Euroopa Liidus konfiskeeritud kokaiini kogused kõikusid ⁽¹⁰¹⁾, kuid tendents näitas tõusuteed. Ent otsustades nende riikide tendentside järgi, mille kohta andmed on kättesaadavad, on Euroopa Liidus 2003. aastal kokaiini konfiskeerimiste arv langenud (eriti Hispaanias), samas on konfiskeeritud kogused oluliselt kasvanud (just Hispaanias ja Madalmaades). 2003. aastal on Euroopa Liidus konfiskeeritud erakordselt suuri kokaiinikoguseid.

Olgugi et mõnedes ELi riikides teatatakse *crack*-kokaiini konfiskeerimistest, ei ole need mõnikord kokaiini konfiskeerimistest eristatavad. Seega võivad kokaiini eelosutatud konfiskeerimistendentsid hõlmata ka *crack*-kokaiini.

Hind ja puhtus

Kokaiini keskmine grammihind ⁽¹⁰²⁾ jaemüügi tasandil kõikus 2003. aastal tugevasti kõikjal Euroopas, ulatudes 34 eurost Hispaanias 175 euronni Norras.

Heroiiniga võrreldes on kokaiini keskmine puhtus tarbijatasandil kõrge, ulatudes 2003. aastal 32%st Tšehhi Vabariigis ja Saksamaal 68%ni Poolas ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁸⁾ Vaata "Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendamine", lk 42.

⁽⁹⁹⁾ Seda tuleks võrrelda puuduolevate 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed kokaiini konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Rumeenia kohta; andmed nii kokaiini konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽¹⁰⁰⁾ Vaata tabelit SZR-5 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁰¹⁾ Vaata tabelit SZR-6 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁰²⁾ Vaata tabelit PPP-3 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁰³⁾ Vaata tabelit PPP-7 (osa i) 2005. aasta statistikabülletäänis. Pandagu tähele, et kokaiini puhtuse keskmised näitajad Tšehhi Vabariigis ja Poolas 2003. aastal põhinevad väiksel proovide arvul (vastavalt: n = 5 ja 6).



6. peatükk

Heroiin ja uimastite süstimine

Korrapärane ja kestav heroiinitarbimine, narkootikumide süstimine ja, mõnedes riikides, intensiivne stimulantide tarbimine on suure osa narkootikumidega seotud tervise- ja sotsiaalprobleemide põhjuseks Euroopas. Sellise käitumismalliga inimeste osakaal kogu rahvastiku hulgas on suhteliselt madal, kuid probleemse uimastitarbimise mõju on märkimisväärne. Selleks, et aidata seda probleemi mõista ja et jälgida suundumusi pikema aja jooksul, teeb Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus koostööd liikmesriikidega, et defineerida uuesti mõiste "probleemne uimastitarbimine" ja töötada välja strateegiad nii selle ulatuse kui mõju mõõtmiseks.

Probleemne uimastitarbimine

Kasutamise seisukohast defineerituna on probleemne uimastitarbimine "uimastite tarbimine süstimise teel või pikaajaline/korrapärane opiaatide, kokaiini ja/või amfetamiinide tarbimine" ⁽¹⁰⁴⁾. Erinevused definitsioonides ja ebamäärane metoodika tähendavad, et usaldusväärsete hinnangute saamine selles valdkonnas on keeruline ning erinevusi riikide osas või ajalises perspektiivis tuleb tõlgendada ettevaatusega.

Probleemse uimastitarbimise võib jaotada olulistesse rühmadesse. Üldiselt saab teha vahet heroiinitarbimisel, mis on läbi aegade olnud suurema osa probleemse uimastitarbimise põhjuseks enamikus ELi riikides, ning probleemsel stimulantide tarbimisel, mis on ülekaalus Soomes ja Rootsis, kus enamik probleemseid uimastitarbijaid tarvitab peamiselt amfetamiine. Samamoodi on Tšehhi Vabariigis metafetamiinide tarbijad moodustanud läbi aegade märkimisväärse osa probleemsetest uimastitarbijatest.

Probleemne uimastitarbimine on muutumas üha mitmekesisemaks. Näiteks on mitme narkootikumi koostarbimise probleemid enamikus riikides üha tähtsamaks muutunud, kusjuures mõned riigid, kus on läbi aegade olnud ülekaalus opiaadiprobleemid, teatavad nüüd muutustest teiste narkootikumide suunas. Hispaanias on probleemsete opiaaditarbijate hinnanguline arv vähenemas ning täheldatud on kokaiiniga seotud

uimastiprobleemide suurenemist; kuid usaldusväärsed andmed probleemse uimastitarbimise suundumuste kohta ajalises plaanis, mis hõlmaksid ka probleemse kokaiinitarbimise, ei ole kättesaadavad. Saksamaa ja Madalmaad teatavad *crack*-kokaiini tarbijate suurenevast osakaalust oma probleemsete uimastitarbijate hulgas, kuigi probleemsete uimastitarbijate hinnanguline koguarv Madalmaades ei ole muutunud.

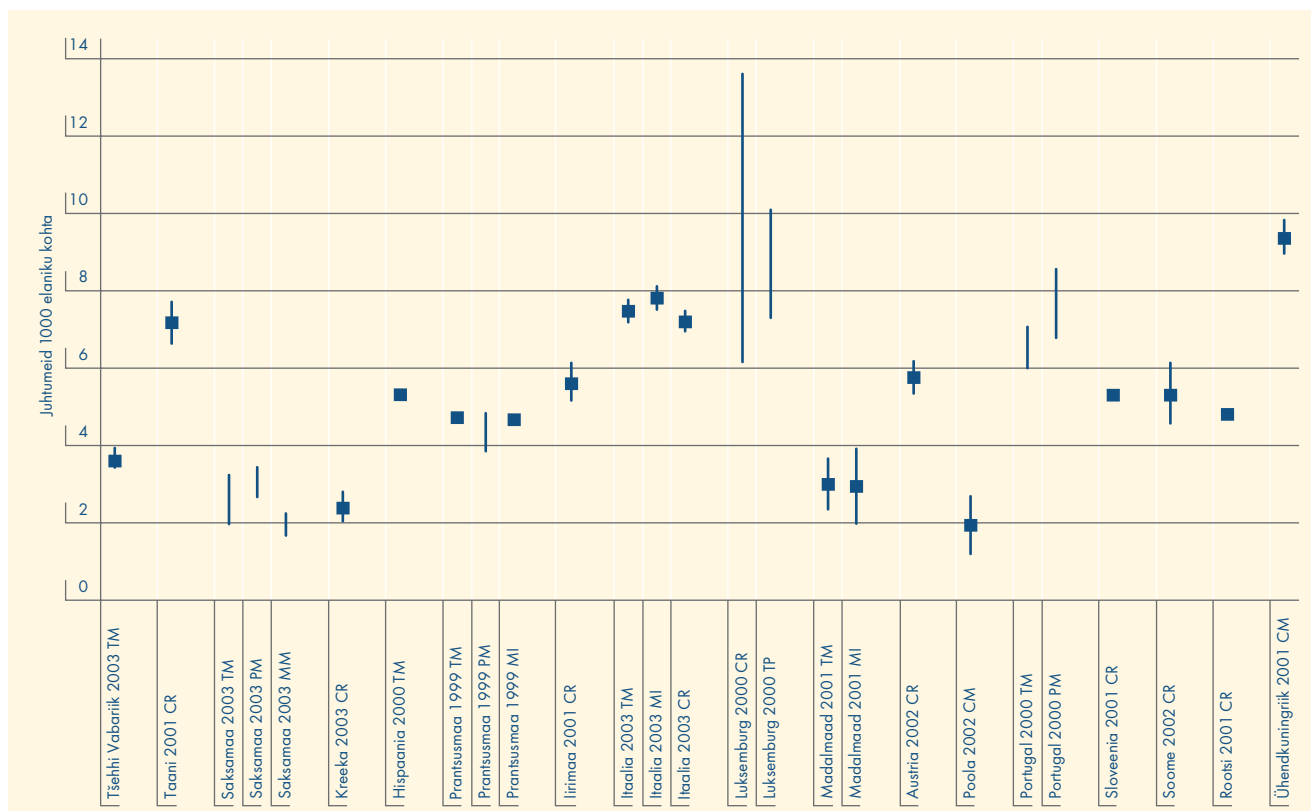
Levimus

Probleemse uimastitarbimise levimuse hinnanguline ulatus siseriiklikul tasandil ajavahemikul 1999–2003 on kaks kuni kümme juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta (näitajate keskmiste järgi), ehk kuni 1% täisealisest rahvastikust ⁽¹⁰⁵⁾. Levimus näib olevat riigiti väga erinev, kuid erinevate meetodite kasutamisel ühes riigis on tulemused olnud suures osas kokkulangevad. Kõrgematest näitajatest teatavad Taani, Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Austria, Portugal, Hispaania ja Ühendkuningriik (6–10 juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta), madalamatest näitajatest teatavad Saksamaa, Kreeka, Madalmaad ja Poola (vähem kui neli juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta) (joonis 12). ELi uutest liikmesriikidest ja kandidaatriikidest on korralikult dokumenteeritud arvestused kättesaadavad üksnes Tšehhi Vabariigi, Poola ja Sloveenia kohta, kus need näitajad on madalad kuni keskmised, vastavalt 3,6; 1,9 ja 5,3 juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta. Probleemse uimastitarbimise kaalutud keskmine määr ELis on ilmselt neli kuni seitse juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta, mis teeb kokku 1,2–2,1 miljonit probleemset uimastitarbijat ELis, kellest umbes 850 000 kuni 1,3 miljonit on aktiivsed süstijad. Hinnang ei ole siiski kaugeltki mitte kindel ja seda tuleb täpsustada, kui uutelt liikmesriikidelt laekub rohkem andmeid.

Kohalikud ja piirkondlikud näitajad annavad alust arvata, et probleemse uimastitarbimise levimus võib linnades ja piirkondades vägagi erinev olla. Kõige kõrgematest kohaliku levimuse näitajatest aastatel 1999–2003 teatasid Iirimaa, Portugal ja Ühendkuningriik, kusjuures määrad 1000 kohta olid 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) ja 25 (mõned Londoni osad), isegi kuni

⁽¹⁰⁴⁾ Üksikasjalikuma ülevaate saamiseks vaata metodoloogilisi märkusi probleemse uimastitarbimise kohta 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁰⁵⁾ Vaata tabelit PDU-1 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 12: Hinnanguline probleemne uimastitarbimine ajavahemikus 1999–2003 (1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat)

NB: CR, mürgistamine-taasmürgistamine; TM, ravikordisti; PM, politseikordisti; MI, mitmemõõtmeline indikaator; TP, lõigatud Poisson; CM, kombineeritud meetodid. Täpsemate andmete saamiseks vaata tabeleid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2005. aasta statistikabülletäänis. Sümbol näitab punkthinnangut ja kriips määramatusvahemikku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil (vaata tabelit PDU-3). Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtühemused veidi erineda; seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik. Hispaania hinnang ei hõlma probleemset kokaiinitarbimist; seda arvestav kõrgem hinnang on esitatud tabelites PDU-2 ja PDU-3, kuid see ei tarvitse olla nii usaldusväärne.

Allikad: Riikide teabekeskused. Vaata ka EMCDDA (2003).

29 (Dundee) ja 34ni (Glasgow) (joonis 13). Kuid geograafiline varieeruvus on kohalikul tasandil märkimisväärne, nii et mõnedes teistes Londoni osades hinnatakse levimust 6 juhule 1000 kohta. See viitab vajadusele suurendada usaldusväärsete kohaliku levimuse näitajate kättesaadavust paljudes teistes riikides, kus võib esineda eriti kõrgeid (või madalaid) kohaliku või piirkondliku levimuse määrasid, mida aga ei mõõdata.

Kuigi hindamistehnikad on märgatavalt paranenud, muudab pikema aja jooksul kogutud usaldusväärsete ja järjepidevate andmete puudumine probleemse uimastitarbimise suundumuste hindamiseks keeruliseks. Mõnedest riikidest saadud teated muutuste kohta näitajates, mida toetavad muud indikaatorandmed, viitavad sellele, et probleemne uimastitarbimine on 1990ndate keskpaigast alates tõusnud (EMCDDA, 2004a); siiski tundub, et mõnedes riikides on see tõus hilisematel aastatel stabiliseerunud. Ajavahemiku 1999–2003 kohta on olemas korduvad hinnangud 16 riigist (nende hulgas on Taani ja Rootsi, mõlemad

andmetega aastatest 1998–2001, ja Ühendkuningriik andmetega aastate 1996–2001 kohta). Nendest 16 riigist kuus teatas probleemse uimastitarbimise näitajate suurenemisest (Taani, Soome, Norra, Austria, Rootsi ja Ühendkuningriik), viis teatas stabiilsest levimusest või levimuse vähenemisest (Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Saksamaa, Kreeka ja Sloveenia) ja viis (Hispaania, Luksemburg, Madalmaad ja Portugal) erinevatest suundumustest, olenevalt kasutatud hindamismeetodist, mida võib osaliselt seletada erinevate sihtgruppide olemasoluga probleemsete uimastitarbijate hulgas⁽¹⁰⁶⁾.

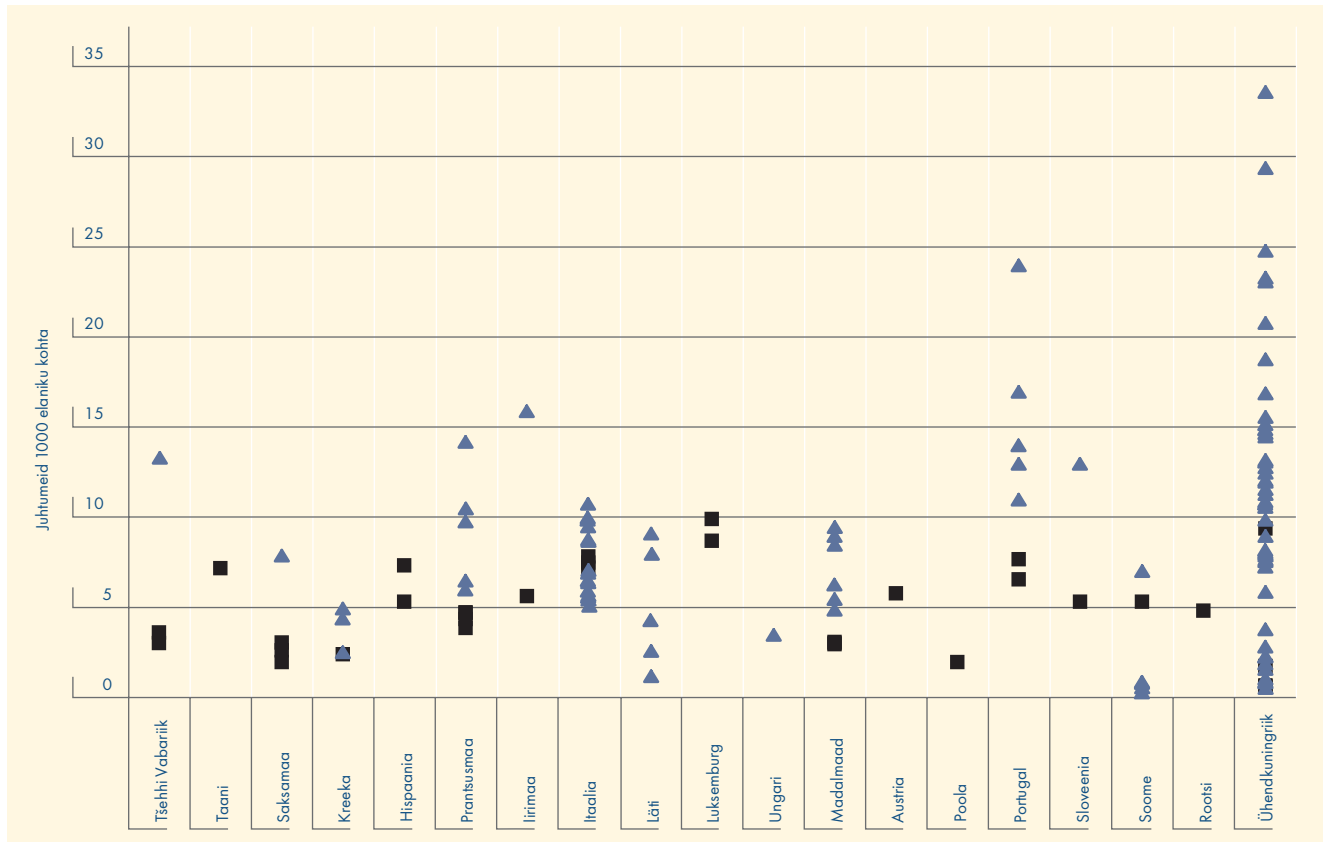
Uimastite süstimine

Süstivatel narkomaanidel on ebasoodsate tagajärgede oht väga suur. Seepärast on oluline käsitleda uimastite süstimist eraldi, ühe probleemse uimastitarbimise põhikategooriana.

Vähesed riigid esitavad siseriiklikke või kohalikke näitajaid narkootikumide süstimise kohta, kuigi see on rahvatervise seisukohast väga oluline. Olemasolevad siseriiklikud näitajad ulatuvad ühest kuni kuue juhuni

⁽¹⁰⁶⁾ Vaata joonist PDU-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 13: Probleemse uimastitarbimise hinnanguline levimus riiklikul ja kohalikul tasandil ajavahemikus 1999–2003 (1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat)



NB: Must ruut = riikliku katvusega valimid; sinine kolmnurk = kohaliku/piirkondliku katvusega valimid. Tulenevalt eri meetoditest ja andmeallikatest võivad sihrühmad veidi erineda; seejärel tuleks võrdlemiseks olla ettevaatlik. Täpsemate andmete saamiseks vaata tabeleid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2005. aasta statistikabülletäänis. Hinnang levimusele kohalikul tasandil sõltub suurel määral uuringute olemasolust ja asukohavalikust; olemasolu korral võivad kohaliku tasandi näitajad siiski viidata sellele, et konkreetses linnades või piirkondades erineb levimus riigi keskmisest määrest. Allikad: Riikide teabekeskused. Vaata ka EMCDDA (2003).

1000 15–64aastase elaniku kohta, mis näitab, et uimastisüstimise levimus on riigiti väga erinev⁽¹⁰⁷⁾. Luksemburg teatab kõige kõrgematest siseriiklikest uimastisüstimise näitajatest, mis on umbes kuus juhtu 1000 15–64aastase elaniku kohta, samal ajal kui Kreeka teatab kõige madalamatest näitajatest, mis on vaid pisut rohkem kui üks juht 1000 kohta. Kuigi uimastisüstimise levimuse näitajaid on esitatud vähe, on olemas tõendeid levimuse suurenemise kohta Norras alates 1999. aastast, Portugalis aga viitavad teistsugused hindamismeetodid teistsugustele suundumustele⁽¹⁰⁸⁾.

Ravil viibivate herooinitarbijate süstismäärade analüüsimine annab tunnistust märkimisväärtsetest erinevustest eri riikides ja samuti suundumuste muutumisest aja jooksul⁽¹⁰⁹⁾. Mõnedes riikides (Hispaania, Madalmaad ja Portugal) süstib vaid suhteliselt väike osa herooinitarbijatest, aga enamikus riikides on herooini

süstimine ikka veel tavaline. Mõnedes pikka aega Eli kuulnud riikides, mille kohta on andmed olemas (Taani, Hispaania, Prantsusmaa, Kreeka, Itaalia ja Ühendkuningriik), on süstimise määravil viibivate herooinitarbijate hulgas vähenenud. Siiski on enamikus uutes liikmesriikides, vähemalt nendes, mille kohta on olemas andmed, peaaegu kõik ravi saavad herooinitarbijad need, kes end süstivad.

Andmed ravinõudluse kohta

Esitatud ravitaotluste üldarvust on 60% teadaolevalt ravitaotlused opiaatide tõttu, kuigi paljudel juhtudel ei panda esmast narkootikumi kirja. Rohkem kui pooled (54%) opiaate tarvitavatest klientidest on teadaolevalt süstivad narkomaanid ja 10% puhul pole teada, kas nad süstivad või mitte. Opiaatidest kui teisest narkootikumist on teatanud ligikaudu 10% uutest klientidest⁽¹¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁷⁾ Vaata joonist PDU-2 2005. aasta statistikabülletäänis.
⁽¹⁰⁸⁾ Vaata joonist PDU-5 2005. aasta statistikabülletäänis.
⁽¹⁰⁹⁾ Vaata joonist PDU-3 2005. aasta statistikabülletäänis.
⁽¹¹⁰⁾ Vaata tabelit TDI-24 2005. aasta statistikabülletäänis.

Paljudes riikides on opiaadid (peamiselt heroiin) seni peamine narkootikum, mille tõttu kliendid ravi taotlevad, kuid riigiti esineb olulisi erinevusi. Jagades ELi riigid laias laastus kolme rühma selle järgi, kui suur on probleemsete heroiniarbijate osakaal ravi saavate klientide hulgas nendes riikides, saame tulemuseks:

- alla 40%: Tšehhi Vabariik, Madalmaad, Poola, Soome, Rootsi;
- 50–70%: Taani, Saksamaa, Hispaania, Iirimaa, Küpros, Läti, Slovakkia, Rumeenia;
- üle 70%: Prantsusmaa, Kreeka, Itaalia, Leedu, Luksemburg, Malta, Sloveenia, Ühendkuningriik, Bulgaaria⁽¹¹¹⁾.

Teatatakse, et palju aastaid ravil viibivate opiaaditarbijate levimus on suurenenud, samal ajal kui uute opiaatide tõttu esitatud ravitaotluste arv on vähenemas (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Mõnedes riikides on võimalik uurida heroini tarbimise suundumusi uute ravil viibivate klientide hulgas aastatel 1996–2003 ja need andmed näitavad, et ravitaotlejate absoluutarv on üldiselt vähenenud.

Opiatide tõttu ravi saavate klientide suhtelise osakaalu vähenemine uute ravi saavate klientide hulgas on olnud märgatavam, seda sellepärast, et klientide arv, kelle puhul teatatakse probleemide esmase põhjusena muudest narkootikumidest, on suurenenud. See võib omakorda tuleneda asjaolust, et mõned opiaaditarbijad on läinud heroiniilt üle kokaiinile (Ouweland *et al.*, 2004), ravisüsteemi diferentseerimisest, mis on seetõttu paremini juurdepääsetav muude narkootikumide probleemsetele tarbijatele, või uute probleemsete tarbijate kaasamise vähenemisest (Madalmaade riiklik aruanne).

See suundumus on viimase kümne aasta jooksul olnud riigiti erinev: heroiniklientide arv on oluliselt vähenenud Taanis, Saksamaal, Madalmaades, Slovakkias ja Soomes ning teataval määral tõusnud Bulgaarias ja Ühendkuningriigis⁽¹¹²⁾.

Ambulatoorsetes ravikeskustes ravi saavate uute klientide andmete analüüs võimaldab opiaatide tarbijaid täpsemalt kirjeldada. Uute klientide hulgas, kes taotlevad ravi opiaatide tõttu, on 2,8 meest ühe naise kohta; siiski on sugude suhe riigiti märkimisväärselt erinev, ulatudes 5 : 1

kuni 2 : 1, kusjuures eranditeks on Küpros, kus meeste ja naiste osakaalu erinevus on väga suur (11 : 1), ja Rootsi, kus see on väga väike (0,9 : 1) ning naisi on opiaaditarbijate hulgas rohkem kui mehi⁽¹¹³⁾.

Enamik opiaaditarbijatest on 20–34aastased, 30–39aastaste vanuserühmas taotlevad rohkem kui pooled kliendid ravi opiaatide tõttu. Teatatakse suundumusest, et opiaaditarbijate vanus tõuseb; näiteks Madalmaades on umbes 40% uutest opiaadiklientidest vanemad kui 40 aastat. Erandiks on Rumeenia ja Sloveenia, kus opiaaditarbijate hulgas on väga noori (15–19aastasi)⁽¹¹⁴⁾.

Enamik opiaadiklientidest teatab, et tarbis opiaate esmakordselt 15–24 aasta vanuselt, umbes 50% klientidest tarbis seda narkootikumi esmakordselt enne 20aastaseks saamist⁽¹¹⁵⁾. Võrreldes vanust esmakordse tarbimise ajal vanusega esmakordse ravi ajal, on ajavahemik esmakordsest tarbimisest esmakordse ravitaotluseni üldiselt 5–10 aastat. Opiatide tarbimise alustamist noores eas seostatakse sageli erinevate käitumisprobleemide ja sotsiaalse tõrjutusega (Ühendkuningriigi riiklik aruanne).

Enamikus riikides tarbib 60–90% opiaadikliente seda narkootikumi iga päev, kuid mõned kliendid ei ole tarbinud opiaate viimase kuu jooksul või on tarbinud üksnes juhuslikult; mida selgitab ilmselt asjaolu, et kliendid lõpetavad narkootikumi tarbimise enne ravile pöördumist⁽¹¹⁶⁾.

40% klientidest süstib ja teine 40% suitsetab või hingab sisse. Täheldatud on erinevust tarbimise meetodis vanades ja uutes liikmesriikides⁽¹¹⁷⁾ (joonis 14), kusjuures opiaatide süstijate osakaal on üle 60% uutes liikmesriikides ja alla 60% vanades liikmesriikides (erandiks on Soome, kus opiaatide süstijate osakaal klientide hulgas on 78,4%). Süstivate narkomaanide osakaal opiaadiklientide hulgas on kõige madalam Madalmaades (8,3%)⁽¹¹⁸⁾.

Paljud uued kliendid tarbivad opiaate koos mõne muu narkootikumiga, sageli koos kanepi (47%) või alkoholiga (24%). Selles osas on siiski riigiti erinevusi: Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias tarbivad peaaegu pooled kliendid opiaate koos muude stimulantidega peale kokaiini; Kreekas ja Maltal tarbib vastavalt 18% ja 29% klientidest opiaate koos kokaiini kui teisese narkootikumiga; Soomes teatab 37% opiaatide (peamiselt buprenorfiini) tarbijatest

⁽¹¹¹⁾ Vaata tabelit TDI-5 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹¹²⁾ Vaata tabelit TDI-3 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹¹³⁾ Vaata tabelit TDI-22 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁴⁾ Vaata tabelit TDI-10 (iii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

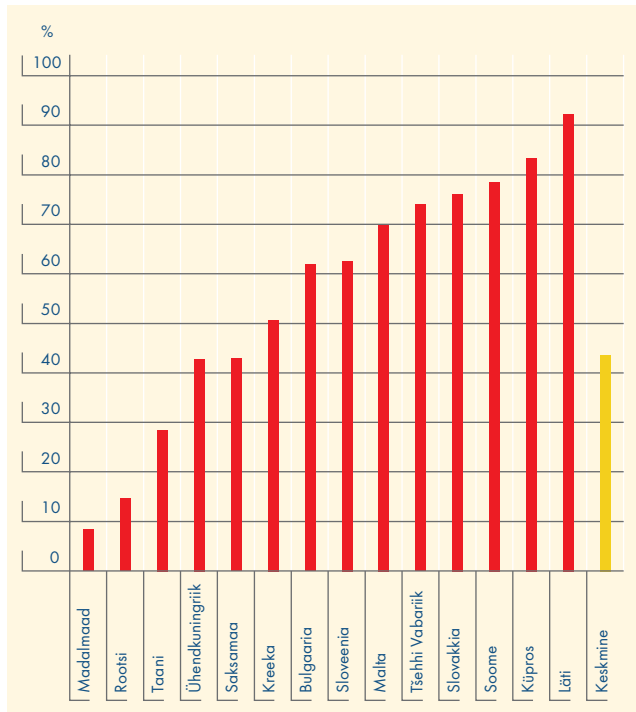
⁽¹¹⁵⁾ Vaata tabelit TDI-11 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹¹⁶⁾ Vaata tabelit TDI-18 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis. Ainult Saksamaa teatab, et 70% uutest klientidest tarbib opiaate juhuslikult või ei ole viimase kuu jooksul neid tarbinud.

⁽¹¹⁷⁾ Ainult need riigid, mille kohta andmed olid kättesaadavad.

⁽¹¹⁸⁾ Vaata tabelit TDI-17 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 14: Ambulatoorset ravi saavate, opiaate süstivate uute klientide osakaal opiaate süstivate uute klientide koguarvust riikide kaupa 2003. aastal



NB: Esitatud on andmed vaid nende riikide kohta, kus on opiaate esimese uimastina tarvitajaid, ja/või riikide kohta, mis on andmeid esitanud.
 Allikas: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004).

uinutite ja rahustite (peamiselt bensodiasepiinide) tarbimisest teisese narkootikumina ⁽¹¹⁹⁾.

Uimastitega seotud nakkushaigused

HIV ja AIDS

Hiljutised suundumused seoses teadaolevate HIV-juhtudega

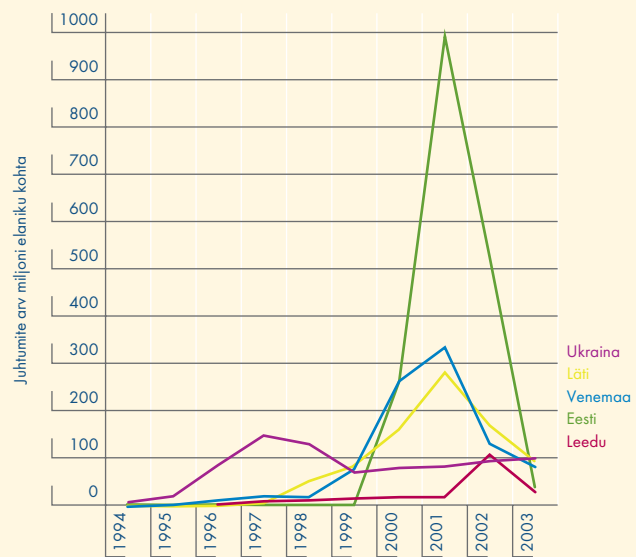
HIV-epideemia levib ulatuslikult süstivate narkomaanide hulgas ELi uutes liikmesriikides Balti mere piirkonnas, seda pärast massilisi epideemiaid Ida-Euroopas (EuroHIV, 2004) (vt "HIV ja AIDS Ida-Euroopas"). Uute diagnoositud juhtude arv jõudis Eestis ja Lätis haripunkti 2001. aastal ja Leedus 2002. aastal, kuid viimastel aastatel on see märgatavalt vähenenud. Selline muster on tavaline HIV-epideemiate puhul süstivate narkomaanide hulgas. Arv suureneb, sest kõige suuremas ohus olevad uimastisüstijad nakatuvad kõik lühikese aja jooksul, pärast seda haigestumus väheneb, sest ei leidu süstivaid narkomaane, kes oleks nakkusele vastuvõtlikud, ning saavutab siis püsiva taseme, mis sõltub uute ohustatud

HIV ja AIDS Ida-Euroopas

Inimese immuunpuudulikkuse viiruse (HIV) epideemia on viimasel ajal levinud laialdaselt süstivate uimastitarbijate hulgas Venemaal ja Ukrainas, nii nagu ka ELi liikmesriikides Balti regioonis. Uute diagnoositud HIV-nakkusjuhtumite määr veeni süstivate narkomaanide hulgas jõudis Eestis ja Vene Föderatsioonis maksimumini 2001. aastal, olles vastavalt 991 ja 333 juhtumit miljoni elaniku kohta. Ukrainas jõudis antud määr maksimumini varem, 1997. aastal, saavutades taseme 146 juhtumit miljoni kohta, olles põhjustatud laialdasest nakkuse edasikandumisest süstivate narkomaanide hulgas; seejärel uute diagnoositud HIV-nakkusjuhtumite määr süstivate narkomaanide puhul alanes, kuid on viimasel ajal hakanud taas tõusma.

AIDSi esinemise määr süstivate uimastitarbijate hulgas tõuseb kiiresti Lätis ja Ukrainas, viidates sellele, et viirusevastase ravi kättesaadavus ja katvus on nähtavasti ebapiisavad (vt "Aktiivne retroviirusevastane ravi Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa piirkonnas", lk 66).

Süstivate uimastitarbijate hulgas diagnoositud uute HIV-nakkusjuhtude arv valitud ELi riikides, Venemaal ja Ukrainas teavitamise aasta kaupa



Allikas: AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskus (EuroHIV) (2004).

uimastisüstijate lisandumise tempost. Siiski ei saa lisategurina välistada käitumises toimunud muutusi ja kui see on tõepoolest nii, siis osaliselt võib see olla spetsiifiliste sekkumismeetmete tulemus (vt "Uimastitega seotud nakkushaiguste ennetamine", lk 68).

⁽¹¹⁹⁾ Vaata tabelit TDI-25 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis. Vaata ka valikteemat buprenorfiini kohta. Iga klient võib teatada kuni nelja teisese ravimi tarbimisest.

EL-15 riikides on uute diagnoositud HIV-juhtude arv viimastel aastatel madal püsinud, välja arvatud Portugalis. Võrdlused ELi tasandil on siiski ebatäielikud, sest mõnede riikide kohta, kus AIDS on kõige rohkem levinud, ei ole andmed HIV-juhtude kohta kättesaadavad (Hispaania ja Itaalia) või alles hakkavad kättesaadavaks muutuma (Prantsusmaa). Portugalis oli see arv 2003. aastal väga kõrge, 88 juhtu miljoni elaniku kohta, kuid on siiski olulisel määral langenud alates 2000. aastast (mil see ulatus 245 juhuni miljoni elaniku kohta). Seda langust tuleb tõlgendada ettevaatusega, sest üleeuroopaline andmete edastamise süsteem võeti Portugalis kasutusele alles 2000. aastal.

Andmed HIV-seropositiivsuse kohta

Süstivate narkomaanide seropositiivsuse andmed (nakatunute protsent uimastisüstitajate proovide hulgas) on oluline täiendus andmetele HIV-juhtude kohta. Seropositiivsuse kordusuuringute ja diagnostiliste analüüside andmete pideva kontrollimise abil on võimalik kontrollida suundumusi aruandluses ja samuti esitada üksikasjalikumad teavet eri piirkondade ja keskkondade kohta. Kuid levimusandmed on pärit erinevatest allikatest ja neid on kohati raske võrrelda, seepärast tuleks neid tõlgendada ettevaatusega.

Olemasolevad seropositiivsuse andmed üldiselt kinnitavad aruandluses täheldatud hiljutist HIV-juhtude arvu suurenemist; näiteks Lätis kasvas levimus riiklikul tasandil moodustatud ja testiitud narkootikumide süstitajate valimites 1,5%-lt (5/336) 1997. aastal kuni 14%-ni (302/2203) 2001. aastal ning seejärel langes 7%-ni (65/987) 2003. aastal. Austrias, kus aruandlusandmed süstivate narkomaanide HIV-juhtude kohta ei ole kättesaadavad, on HIV-levimus riiklikul tasandil (otseselt) narkootikumidega seotud surmajuhtumite valimite järgi otsustades teataval määral suurenenud, 1998. aasta 1%-lt (1/117) 7%-ni (11/163) 2003. aastal, kuid need arvud on väikesed ja suundumus ei ole statistilises mõttes märkimisväärne.

2002. ja 2003. aastal oli HIV-levimus süstivate narkomaanide, peamiselt ravil viibivate uimastisüstitajate hulgas riigiti ja piirkonniti väga erinev, ulatudes 0%st Bulgaarias, Ungaris, Sloveenia ja Slovakkias maksimaalse 37,5%-ni (54/144) ühes Itaalia linnas (2003, Bolzano – ravil ja vanglas viibivad tarbijad) ⁽¹²⁰⁾. Kõige kõrgemad olid

levimusmäärad riiklikul tasandil moodustatud valimites (üle 10% aastatel 2002–2003) Itaalias, Lätis ja Portugalis ⁽¹²¹⁾; Hispaanias oli levimus 2001. aasta andmete järgi väga kõrge, kuid hilisemad andmed puuduvad ⁽¹²²⁾. Piirkondlikul ja kohalikul tasandil moodustatud valimite osas teatati kõige kõrgematest levimusmääradest (üle 20% aastatel 2002–2003) Hispaaniast, Itaaliast, Lätist ja Poolast ⁽¹²³⁾, kuid mõned riigid ja piirkonnad, kus levimus on varasematel aastatel olnud kõrge, ei ole viimaseid andmeid esitanud. Lätis ja Poolas näitavad kohalikud uuringud, et HIV on viimasel ajal edasi kandunud, otsustades väga kõrge levimuse järgi noorte uimastisüstitajate hulgas ⁽¹²⁴⁾. Poola uuringu puhul kinnitab hiljutist edasikandumist 23%-line levimus 127 uuest süstitajast koosnevas valimis ⁽¹²⁵⁾.

Ka ajalises plaanis on levimuse suundumused riigiti erinevad. Kuigi Balti regioonis on viimasel ajal toimunud haiguspuhanguid, näitavad andmed HIV-seropositiivsuse kohta süstivate narkomaanide valimites, et alates 1990ndate aastate keskpaigast on mõnedes kõige suurema levimusega riikides toimunud vastava määra vähenemine (Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias) ning viimastel aastatel stabiliseerumine ⁽¹²⁶⁾. Siiski, kui seropositiivsus on kõrge ja stabiilne, siis on tõenäoline, et nakatumine jätkub. Andmed uute uimastisüstitajate kohta osutavad jätkuvalle ja isegi kasvavale nakatumisele Hispaanias aastatel 1999 ja 2000. Mõnedes teistes riikides (Prantsusmaa 2001–2003, Portugal 1999–2000) osutavad kohalikud ja piirkondlikud andmed uute ja noorte süstivate narkomaanide kohta teatavale (kasvavale) nakatumisele, kuid valimid on liiga väikesed statistiliselt märkimisväärsete suundumuste väljaselgitamiseks ⁽¹²⁷⁾. Teisest küljest aga tuleb tähele panna, et mitmetes riikides oli HIV-levimus uimastisüstitajate hulgas väga madal aastatel 2002–2003. HIV-levimus oli vähem kui 1% Tšehhi Vabariigis, Kreekas (siseriiklikud andmed), Ungaris, Sloveenias, Slovakkias, Soomes, Rumeenias (andmed üksnes 2001. aasta kohta), Bulgaarias ja Norras (andmed Oslo kohta). Mõnedes nendest riikidest (nt Ungaris) on nii HIV-levimuse kui C-hepatiidi levimuse määr madalaimate hulgas ELis, mis näitab, et süstimisriskid on madalad (vt järgnevat lõiku “B- ja C-hepatiit”).

⁽¹²⁰⁾ Vaata joonist INF-3 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²¹⁾ Andmed Portugali ja Itaalia kohta ei piirdu süstivate narkomaanidega ning seega võib levimus nende hulgas näida väiksemana.

⁽¹²²⁾ Vaata tabelleid INF-1 ja INF-8 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²³⁾ Vaata tabelit INF-8 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²⁴⁾ Alla 25aastased süstivad narkomaanid: 33% nakatunuid 55 noore uimastisüstitaja hulgas Poolas ja 20% 107 noore uimastisüstitaja hulgas Lätis.

⁽¹²⁵⁾ Vaata tabelit INF-10 ning jooniseid INF-4 ja INF-5 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²⁶⁾ Vaata joonist INF-16 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²⁷⁾ Vaata jooniseid INF-26 ja INF-27 2005. aasta statistikabülletäänis.

Aktiivne retroviirusevastane ravi Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa piirkonnas

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni hinnang aktiivse retroviirusevastase ravi katvuse kohta viitab sellele, et ELis ja enamikus Kesk-Euroopa riikides on 75%-l ravi vajavatest inimestest juurdepääs nimetatud ravile.

Sellel põhjal hinnatakse katvust Eestis ja Leedus "madalaks" (25–50%) ja Lätis "väga madalaks" (alla 25%). Katvus on hinnanguliselt "väga madal" enamikus Ida-Euroopa riikides.

Hinnangud katvuse kohta seoses süstivate uimastitarbijatega ei ole kättesaadavad, kuid uuringud on näidanud, et süstivate narkomaanide puhul on oht sageli suurem kui muul viisil nakatunud inimeste puhul, et juurdepääs aktiivsele retroviirusevastasele ravile ei ole piisav.

Allikas: Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa piirkondlik büroo, andmebaas "Tervis kõigile" (www.euro.who.int/hfad) (info saadud 8. märtsil 2005).

AIDSi haigestumus

Lätis suurenes uimastisüstimisega seotud AIDSi haigestumus 0 juhust 1997. aastal hinnangulise 19 juhuni miljoni elaniku kohta, seda nii 2002. aastal kui 2003. aastal (¹²⁸). Kuid ELi riikidest on haigestumus kõige suurem endiselt Portugalis, 33 juhtu miljoni elaniku kohta, kuigi see näitaja on alates 1999. aastast vähenenud. Narkootikumide süstimisega seotud AIDSi haigestumus jõudis ELis haripunkti 1990ndate aastate alguses ning hakkas seejärel vähenema. Varem oli AIDSi haigestumus kõige suurem Hispaanias, kus see jõudis 124 juhuga miljoni elaniku kohta haripunkti 1994. aastal, aga 2003. aastaks vähenes see näitaja hinnangulise 16 juhuni miljoni elaniku kohta.

AIDSi haigestumuse vähenemine 1990ndate aastate lõpus on 1996. aastal kasutusele võetud aktiivse retroviirusevastase ravi tulemus, mis hoiab ära AIDSi tekkimise HIVsse nakatunud inimestel (vt kasti aktiivse retroviirusevastase ravi kohta). Süstivate narkomaanide puhul võis oluline roll olla ka HIVi ennetamise meetmetel ning mõnedes riikides võis üheks mõjuteguriks olla süstijate arvu vähenemine (vt "Uimastite süstimine", lk 61).

Haigestumuse andmed aastate kaupa näitavad, et kuni 2002. aastani oli kõige suurem arv uutest AIDSijuhutest ELis põhjustatud narkootikumide veeni süstimisest; seejärel muutus peamiseks viisiks nakatumine heteroseksuaalse seksi teel, mis peegeldab muutusi HIV-epidemioloogias

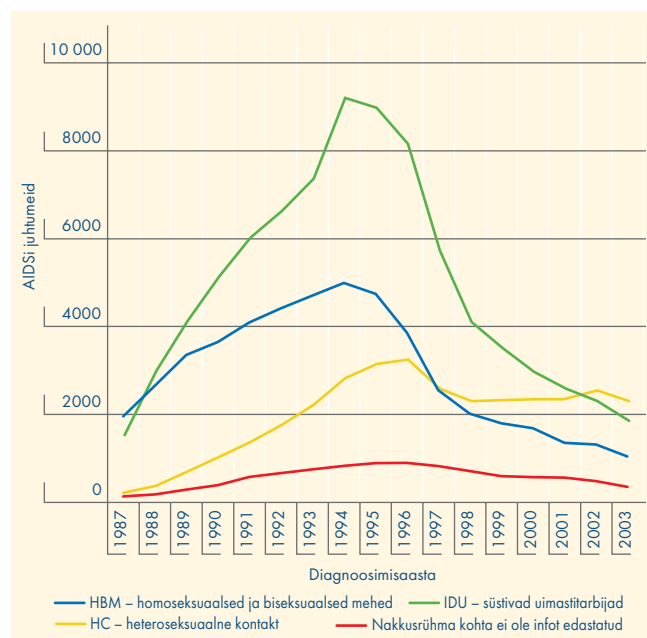
varasematel aastatel (joonis 15). Siiski tuleb märkida, et nakatumismustrid võivad riigiti väga erinevad olla (¹²⁹).

B- ja C-hepatiit

C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade levimus süstivate narkomaanide hulgas on üldiselt väga kõrge, kuigi esineb suuri erinevusi nii piirkonniti kui riigiti (¹³⁰). Üle 60%-listest levimuse määradest uimastisüstijate valimites aastatel 2002–2003 teatasid Belgia, Eesti, Kreeka, Itaalia, Poola, Portugal ja Norra ning alla 40%-lise levimusega valimitest Belgia, Tšehhi Vabariik, Kreeka, Ungari, Austria, Sloveenia, Slovakkia, Soome ja Ühendkuningriik (joonis 16) (¹³¹).

Andmed levimuse kohta noorte (alla 25aastaste) süstivate narkomaanide hulgas on kättesaadavad üksnes mõnede riikide kohta ja mõnedel juhtudel on valimid väikesed. Olemasolevate andmete põhjal on levimus noorte süstivate narkomaanide hulgas aastatel 2002–2003 kõige kõrgem (rohkem kui 40%) Kreeka, Austria ja Poola valimites ning kõige madalam (vähem kui 20%) Ungari, Sloveenia, Soome ja Ühendkuningriigi valimites (¹³²). Andmeid

Joonis 15: AIDSi juhtumite arv ELis nakkusrühma ja diagnoosimisaasta (1987–2003) kaupa kohandatuna vastavalt aruandlusega seotud viivitusele



NB: Andmed on esitatud kolme nakkusrühma kohta ja juhtumite kohta, mille puhul ei ole nakkusrühma teada antud. Andmeid ei ole esitatud Prantsusmaa, Madalmaade (andmed puuduvad perioodi kohta tervikuna) ega Küprose (andmed puuduvad) kohta.

Allikas: EuroHIV; 31. detsembriks 2003 esitatud andmed.

¹²⁸ Vaata joonist INF-1 2005. aasta statistikabülletäänis.

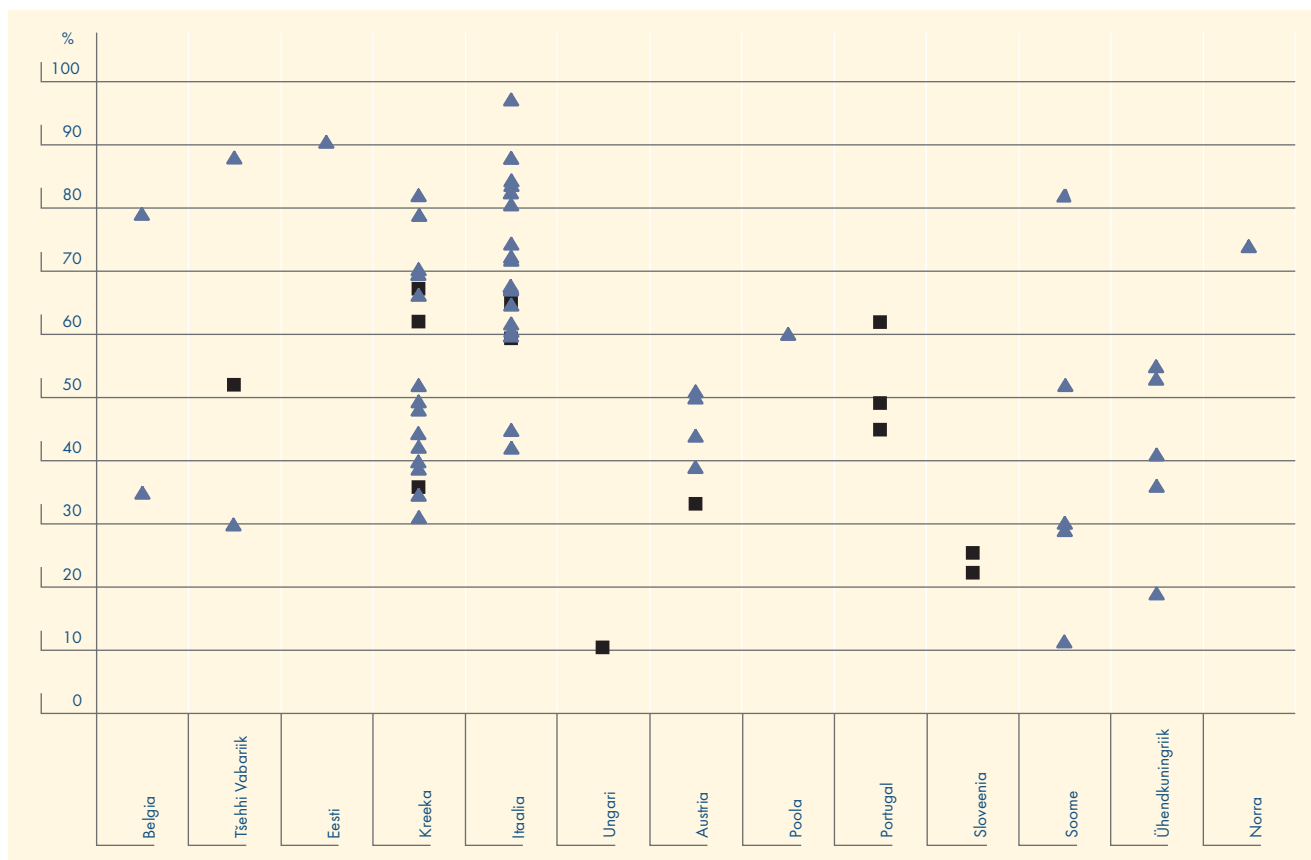
¹²⁹ Vaata joonist INF-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

¹³⁰ Vaata tabeleid INF-2 ja INF-11 2005. aasta statistikabülletäänis.

¹³¹ Vaata ka joonist INF-21 2005. aasta statistikabülletäänis ja Mathei et al., 2005.

¹³² Vaata tabelit INF-12 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 16: C-hepatiidi viiruse hinnanguline levimus süstivate uimastitarbijate hulgas riiklikul ja kohalikul tasandil 2002.–2003. aastal



NB: Must ruut = riikliku katvusega valimid; sinine kolmnurk = kohaliku/piirkondliku katvusega valimid. Eri raviasutuste liikide ja/või uuringumeetodite tõttu tuleks riikidevahelisi erinevusi tõlgendada teatud ettevaatlikkusega; valimi moodustamise meetodid on riigiti erinevad.

Hispaania ja Portugali käsitlevad andmed ja osa Tšehhi Vabariiki puudutavatest andmetest sisaldavad ka teavet mittesüstivate uimastitarbijate kohta, mille tõttu võib levimus süstivate uimastitarbijate hulgas olla alahinnatud (mittesüstivate uimastitarbijate osakaal valimis ei ole teada).

Portugali, Sloveenia ja Slovakkia puuduvad andmed kajastavad vaid levimust ravil olevate süstivate uimastitarbijate seas ja ei pruugi anda head ülevaadet levimusest ravi mitte saavate süstivate uimastitarbijate kohta.

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskused (2004). Lähteallikate, täpsemate uurimust puudutavate üksikasjade ja varasemate kui 2002. aasta andmete kohta vaata tabelit INF-11 2005. aasta statistikabülletäänis.

C-hepatiidi viiruse levimuse kohta uute süstijate (süstinud vähem kui kaks aastat) hulgas on veelgi vähem, aga aastate 2002–2003 teabe põhjal on levimus kõige kõrgem (rohkem kui 40%) Belgia ja Poola valimites ning kõige madalam (vähem kui 20%) Tšehhi Vabariigi, Kreeka ja Sloveenia valimites⁽¹³³⁾. C-hepatiidist teatamise andmed ajavahemiku 1992–2003 kohta näitavad, et andmeid esitanud riikides on suure osa teatatud C-hepatiidi juhtude puhul nakatumise põhjuseks narkootikumide süstimine (tavaliselt teatatakse üksnes diagnoositud ägeda nakatumise juhtudest) (joonis 17).

B-hepatiidi viiruse (HBV) levimuse näitajad on samuti väga erinevad nii piirkonniti kui riigiti⁽¹³⁴⁾. Kõige täielikumad andmed on olemas anti-HBc kohta, mis viitab varasemale infektsioonile ja negatiivse testitulemuse puhul

vaktsineerimise võimalusele. Ajavahemikul 2002–2003 teatasid rohkem kui 60%-lise levimusega uimastisüstijate valimitest Belgia, Eesti ja Itaalia ning alla 30%-lise levimusega valimitest Belgia, Hispaania, Itaalia, Austria, Portugal, Sloveenia, Slovakkia ja Ühendkuningriik⁽¹³⁵⁾. B-hepatiidist teatamise andmed ajavahemiku 1992–2003 kohta näitavad, et andmeid esitanud riikides on süstivate narkomaanide osakaal suurenenud⁽¹³⁶⁾. Põhjamaades esineb suur osa teatatud B-hepatiidi juhtudest süstivatel narkomaanidel ning mitmetes riikides on B-hepatiidi haiguspuhangud langenud kokku narkootikumide süstimise tõusuga (Blystad *et al.*, 2005).

Lühikese ülevaate saamiseks muudest narkootikumidega seotud nakkushaigustest vaata 2004. aasta aruannet (<http://ar2004.emcdda.eu.int/et/page074-et.html>).

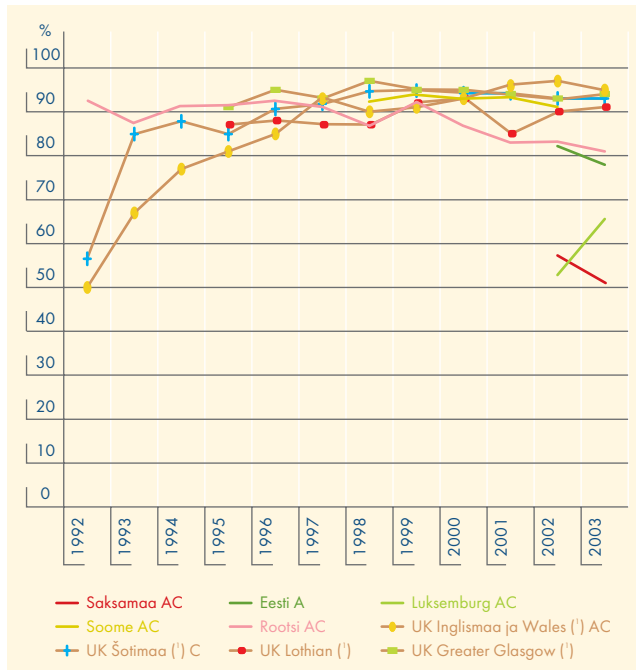
⁽¹³³⁾ Vaata tabelit INF-13 ning jooniseid INF-7 ja INF-8 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹³⁴⁾ Vaata tabeleid INF-3, INF-14 ja INF-15 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹³⁵⁾ Vaata jooniseid INF-9, INF-10, INF-22 ja INF-23 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹³⁶⁾ Vaata joonist INF-14 2005. aasta statistikabülletäänis.

Joonis 17: Teavitatud C-hepatiidi juhtude arv ja süstivate uimastitarbijate osakaal 1992.–2003. aastal



(') Andmed ei kajasta üleriigilist olukorda.
 NB: A, ägedad juhud; AC, ägedad ja kroonilised juhud; C, kroonilised juhud.
 Allikas: Reitoxi teabekeskused riikides.

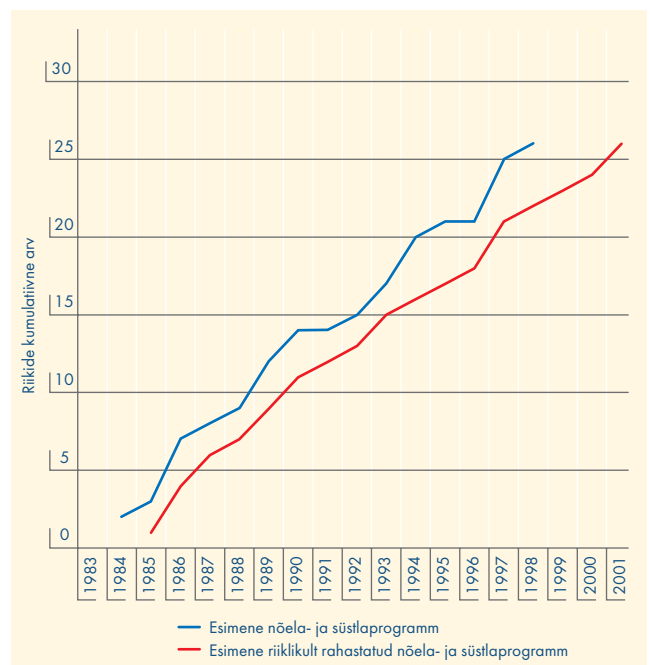
Uimastitega seotud nakkushaiguste ennetamine

Kuigi liikmesriikide siseriiklik poliitika on erinev, kajastades vastava riigi eriomast narkosituatsiooni ja poliitilist konteksti, on siiski olemas tõendeid konsensuse suurenemisest Euroopa tasandil oluliste elementide suhtes, mis on vajalik HIVi ja muude nakkushaiguste leviku efektiivseks tõkestamiseks süstivate narkomaanide hulgas (137). Asjaomased meetodid hõlmavad uimastiravile pöördumise võimaluste parandamist (WHO, 2005), madala läve teenuste väljatöötamist ning steriilsete süstimisvahendite ja harivate programmide kättesaadavaks tegemist, kuigi tuleb märkida, et nimetatud teenustele asetatav rõhk on riigiti erinev. On eriti oluline, et süstivatele opiaaditarbijatele oleks piisavalt suukaudseid asendusravimeid, sest see vähendab märkimisväärselt narkootikumidega seotud käitumismustreid, mille puhul HIVi edasikandumise oht on kõrge (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Nõela- ja süstalde kättesaadavus

Nõela- ja süstlavahetusprogramme alustati Euroopa Liidus 1980ndate aastate keskel otsese vastureaktsioonina HIV-epideemia ohule süstivate narkomaanide hulgas, 1990ndatel aastatel laienesid need kiiresti (joonis 18). 1993. aastal olid riiklikult rahastatud programmid olemas juba rohkem kui pooltes ELi 25 praegusest liikmesriigist ja Norras. Praegu on nõela- ja süstlavahetusprogrammid olemas Bulgaarias, Rumeenias ja Norras ning kõikides ELi riikides peale Küprose, aga seal on steriilsed süstimisvahendid vabalt saadaval apteekides ning ametliku nõela- ja süstlavahetusprogrammi algatamine on arutlusel (138). Kui sellised programmid on riigis loodud, suureneb nõela- ja süstlavahetuspunktide geograafiline levik pidevalt. Paljudes riikides on saavutatud täielik geograafiline kaetus, kusjuures mitmetes liikmesriikides on apteegid olulise tähtsusega partnerid nendes programmides. Ometi jäid 1986. aastal Rootsi lõunaosas loodud kaks programmi ainsateks kogu riigis ning Kreekas on nõela- ja süstlavahetuspunktide arv piiratud ja neid leidub ainult Ateenas (139).

Joonis 18: Nõela- ja süstlaprogrammide käivitamine 23 ELi riigis, Norras ja Bulgaarias



Allikas: Reitoxi riiklikud aruanded, 2004.

(137) Kahel hiljutisel konverentsil kinnitasid Euroopa riikide valitsuste esindajad oma partnerlust võitluses HIV/AIDSi vastu ja määratlesid meetmed selles vallas tehtavate jõupingutuste tugevdamiseks (Dublini deklaratsioon, veebruar 2004, ja Vilniuse deklaratsioon, september 2004). Kõik ELi olulised dokumendid HIV/AIDSi kohta on olemas Euroopa Komisjoni rahvatervise veebilehel (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

(138) Vaata tabelit NSP-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

(139) Vaata "Nõelte ja süstalde kättesaadavust" 2005. aasta statistikabülletäänis.

Teenuste kättesaadavuse parandamine

Mõiste "madal lävi" viitab rakendusasutusele, mille eesmärk on lihtsustada uimastitarvitajate juurdepääsu sotsiaal- ja tervishoiuteenustele. Juurdepääsu lihtsustamiseks luuakse asutused konkreetsetesse kohtadesse ja nende lahtiolekuajad kohandatakse vastavalt klientide vajadustele, sealhulgas võivad need olla avatud hilja õhtul või öösel. Madala läve keskused pakuvad sageli oma abi ka tugiteenuseid pakkuvate isikute kaudu. Selliste keskuste teenuste kasutamine ei nõua bürookraatlikku asjaajamist, on sageli tasuta ning ei ole seotud kliendipoolse kohustusega tulla keskusesse uimastivabalt või loobuda uimastite tarbimisest. Sellised keskused suunavad tähelepanu praegustele uimastitarbijatele, kes ei ole kunagi kasutanud teisi uimasti- või terviseteenuseid, ja nendele, kellel ei ole selliste teenustega pikka aega kokkupuudet olnud. Keskuste teenused on suunatud raskesti ligipääsetavatele rühmadele, konkreetsetele riskirühmadele ja ka katsetajatest tarvitajatele (näiteks teenuste pakkumise kaudu klubides, diskodel ja teistes meelelahutuspaikades). Madala läve teenuseid võib pakkuda tugikeskustes, päevakeskustes, tervishoiukeskustes ja ka varjupaikades. Terviklikus hooldussüsteemis on sellistel asutustel kerge ligipääsetavuse tõttu tähtis roll varjatumate ja raskemini ligipääsetavate uimastitarvitajateni jõudmisel. Lisaks uimastitarvitajate motiveerimisele ravileminiku osas ja nende suunamisele pakuvad keskused sageli ellujäämise suunatud teenuseid, sealhulgas toitu, riideid, varjupaika, steriilseid süstimisvahendeid ja arstiabi. Need on peamised asutused tervisealase teabe levitamisel ja nende inimeste turvalise tarbimise alaste teadmiste ja oskuste tõstmisel, kes tarbivad uimasteid proovimiseks, sõltlasena või probleemsel viisil. Sellised asutused pakuvad järjest enam ka raviteenuseid.

Eli riikides ja Norras kaasatakse nõela- ja süstlavahetuspunktide tavaliselt kindlalt uimastialase nõustamise madala läve keskuste töösse (vt "Teenuste kättesaadavuse parandamine"), süstlavahetustöösse ja kodutute eest hoolitsemisesse. Kuna madala läve keskused suudavad jõuda aktiivsete narkomaanide varjatud kogukondadeni, võib nende keskuste tegevus olla kontaktloomise, ennetustöö, harimise ja nõustamise, aga ka ravile saatmise oluliseks lähtepunktiks. Samuti leitakse üha sagedamini, et madala läve teenused on oluline platvorm esmase meditsiinilise abi osutamisel, nakkushaiguste kontrollimisel ja nende vastu vaktsineerimisel ning viirushaiguste ravi võimaldamisel nimetatud kogukondade nendele liikmetele, kes erinevatel põhjustel peavad ametlike tervishoiuteenuste kasutamist keeruliseks.

16 Eli liikmesriigis ja Norras peetakse nõela- ja süstlavahetusprogramme peamiseks meetmeks nakkushaiguste ennetamisel narkomaanide hulgas ning kuues liikmesriigis on need laialt levinud; kaks kolmandikku Eli liikmesriikidest peab nimetatud programme esmatähtsaks vahendiks nakkushaigustega võitlemisel narkomaanide hulgas ⁽¹⁴⁰⁾.

Tõendid nõela- ja süstlavahetusprogrammide efektiivsuse kohta

Teaduslikke uuringuid nõela- ja süstlavahetusprogrammide efektiivsuse kohta HIV/AIDSi vähendamisel süstivate narkomaanide hulgas hakati läbi viima juba 1980ndatel aastatel ⁽¹⁴¹⁾. Asjakohase kirjanduse ülevaates, mille avaldas Maailma Tervishoiuorganisatsioon 2004. aastal, jõutakse järeldusele, et on olemas ülekaalukad tõendid selle kohta, et steriilsete süstimisvahendite kättesaadavuse parandamine ja kasutamise suurendamine süstivate narkomaanide hulgas vähendab oluliselt HIVi nakatumist ja puuduvad igasugused tõendid tõsiste soovimatute negatiivsete tagajärgede kohta (WHO, 2004). Siiski jõuti ülevaates ka sellisele järeldusele, et ainuüksi nõela- ja süstlavahetusprogrammide ei piisa süstivate narkomaanide HIVsse nakatumise kontrolli all hoidmiseks ja et neid programme tuleb toetada erinevate täiendavate meetmetega, et hoida kontrolli all süstivate narkomaanide HIVsse nakatumist ja nakkuse edasikandmist. Nõela- ja süstlavahetusprogrammide tulemuslikkust uurides jõuavad de Wit ja Bos (2004) järeldusele, et need programmid tunduvad olevat tulemuslikud HIVi leviku tõkestamisel ning et neil on lisaks HIVi vähendamisele veel täiendavaid ja olulisi kasutegureid, näiteks see, et need aitavad luua kontakti narkomaanide raskesti ligipääsetavate kogukondade ning tervishoiu- ja sotsiaalteenistuste vahel.

Hepatiidi ennetamine

Narkootikumide süstivatele inimestele on suur oht nakatuda B- ja C-hepatiidi viirusesse, 50–80% narkomaanidest nakatub viie aasta jooksul pärast süstimise alustamist, selle tagajärjel võib tekkida krooniline infektsioon, mis võib kahjustada maksa ja lõpuks selle hävitada (EMCDDA, 2004b). C-hepatiidi vastu ei ole küll praegu vaktsiini olemas, kuid B-hepatiiti on võimalik vaktsineerimise abil tõhusalt ära hoida ⁽¹⁴²⁾.

Viimase kümne aasta jooksul on mitmed Eli riigid B-hepatiidi lisanud või uuesti sisse viinud siseriiklikesse immuniseerimisprogrammidesse ning B-hepatiidi vastu vaktsineerimine kuulub nüüd enamikus Eli riikides laste

⁽¹⁴⁰⁾ Vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte, kus on olemas ülevaade siseriiklikest jõupingutustest nakkushaiguste vastu võitlemisel (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte, kus on olemas loetelu olulistest ülevaadetest (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Lisainformatsiooni saamiseks hepatiidi kohta vaata Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehte (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

tavalisse vaksineerimiskavasse. Praegu on ainult Taani, Madalmaad, Rootsi, Ühendkuningriik ja Norra jätnud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni soovituset täitmata ⁽¹⁴³⁾.

Kuigi kulub mitukümmend aastat, enne kui enam pole järele jäänud oluliselt ohustatud rahvastikurühmasid, juurutatakse praegu enamikus ELi riikides ja Norras narkomaanidele suunatud vaksineerimisprogramme. Sihtrühmadeni jõudmiseks pakutakse narkomaanidele vaksineerimisteenuseid kergesti juurdepääsetavates kontaktpunktides ning üha sagedamini ka vanglates ⁽¹⁴⁴⁾.

B-hepatiidi vastase immuniseerimise kampaaniad on sageli ühendatud A-hepatiidi vastu vaksineerimise ja C-hepatiidiga seotud nõustamise, testimise ja ravile saatmisega. Kuigi C-hepatiidi ravi pakutakse kõikides riikides, võib juurdepääs ravile tegelikult elus narkomaanide jaoks keeruline olla. Kuna ametlikke meditsiinilisi suuniseid peetakse oluliseks vahendiks C-hepatiidi ravi pakkumise korraldamisel, siis viis Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus aastatel 2003–2004 läbi nende suuniste analüüsi ⁽¹⁴⁵⁾. Enamikus suunistes soovitatakse ravida narkomaane pärast seda, kui nad on uimastitarbimise lõpetanud või on stabiilselt võtnud suukaudseid asendusaineid ravi eesmärgil ajavahemiku jooksul, mis võib ulatuda kolmest kuust kahe aastani. Mida uuemad need suunavad dokumendid on, seda tõenäolisemalt võetakse neis arvesse uurimusi, mis kirjeldavad hepatoloogide ja narkoloogide kaasavate multidistsiplinaarsete raviviiside kasutegureid narkomaanide jaoks. Hiljutine siseriiklike suuniste täiendamine parandab tõenäoliselt ravivõimalusi ja suurendab tulemuslikkust narkomaanide jaoks.

Uimastitega seotud surmad

Heroiiniga seotud surmad

Aruande selles osas kasutatakse mõistet "uimastitega seotud surmad" surmajuhtumite kohta, mille otseseks põhjuseks on ühe või enama narkootikumi tarbimine ja mis üldiselt leiavad

aset varsti pärast asjaomase aine või ainete tarbimist. Selliste surmade kohta öeldakse ka "üledoosid", "mürgitused" või "narkootikumidest põhjustatud surmad" ⁽¹⁴⁶⁾.

Opiate leitakse enamikel ELis registreeritud uimastitega seotud surmajuhtudel, mida on põhjustanud ebaseaduslike ainete tarbimine, kuigi sageli tehakse toksikoloogilise uurimise käigus kindlaks ka muid aineid, eelkõige alkoholi, bensodiasepiine ja mõnedes riikides kokaiini ⁽¹⁴⁷⁾.

Aastatel 1990–2002 teatasid ELi riigid igal aastal 7000–9000 üledoosist põhjustatud surmajuhtumist ⁽¹⁴⁸⁾, nii et kokku teatati selle ajavahemiku jooksul 100 000 surmajuhtumist. Neid arve võib pidada miinimumhinnanguks, sest paljudes riikides esineb tõenäoliselt aruandlusega hõlmamata andmeid.

Opiatide üledoos on üks peamisi noorte surmapõhjuseid Euroopas, eelkõige linnades elavate meeste hulgas (EMCDDA, 2004c). Käesoleval ajal on üleannustamine ka peamine surmapõhjus opiaatide tarbijate hulgas kogu ELis; näiteks 2001. aastal teatasid EL-15 liikmesriigid 8347 narkootikumidega seotud surmast, võrreldes AIDSist põhjustatud 1633 surmajuhtumiga süstivate narkomaanide hulgas (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, kuid mööda ei tohi vaadata HIV-infektsiooniga kaasnevatest kulutustest ja võimalikest pikemaajalistest probleemidest.

Suurem osa üledoosi võtvaist uimastitarbijatest on mehed, kokku 60–100% juhtudest, enamikus riikides on meeste osakaal 75–90%. Enamik üledoosi ohvritest on 20ndates või 30ndates eluaastates ja nende keskmine vanus on 35 aasta ümber (skaalal 22–45 aastat). Keskmine vanus on kõige väiksem mitmes uues liikmesriigis (Eesti, Läti, Leedu ja Rumeenia), paljudes nendest riikidest on alla 25aastaste üledoosi ohvrite osakaal suhteliselt kõrge, mis võib tähendada, et nendes riikides on heroini tarbiv elanikkonna osa noorem ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴³⁾ Aruanne ülemaailmse nõuandva kogu 14. kohtumise kohta: immuniseerimise laiendatud programm, 14.–18. oktoober 1991, Antalya, Türgi, kinnitatud Maailma Tervishoiuassamblee poolt 1992. aastal.

⁽¹⁴⁴⁾ Vaata B-hepatiidi vastu vaksineerimise tabelit (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Konsultatiivuuring süstivatele narkomaanidele mõeldud C-hepatiidi ravi suuniste kohta (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Selles definitsioonis leppisid kokku Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse riiklikud eksperdid: vaata metodoloogilisi märkusi "Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse narkootikumidega seotud surmade definitsioon" 2005. aasta statistikabülletäänis ja DRD standardprotokollis, versioon 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Enamikus riikides on olemas siseriiklikud juhtumidefinitsioonid, mis praegu on kattuvad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse definitsiooniga või suhtelised sarnased, kuid mõnedes riikides hõlmab see ka psühhoaktiivsete ravimitega seotud või mitte üledoosist põhjustatud surmasid, ehkki nende osakaal on üldiselt piiratud (vaata "Narkootikumidega seotud surmade siseriiklikud definitsioonid" 2005. aasta statistikabülletäänis).

⁽¹⁴⁷⁾ Vaata tabelit DRD-1 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁸⁾ Vaata tabeleid DRD-2 ja DRD-3 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁴⁹⁾ AIDSiga seotud surmade arv käib Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa regiooni läänepoolsete riikide kohta ja hõlmab ka surmajuhtumeid mitmetes riikides, mis ei kuulu ELi, nt Šveits, Island ja Iisrael.

⁽¹⁵⁰⁾ Vaata joonist DRD-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

Metadooniga seotud surmad

Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste 2004. aasta aruannetes teatasid mitmed riigid metadooni tuvastamisest arvestatava osa uimastitega seotud surmade puhul. Teabe esitamisel kasutatakse siseriiklikku terminoloogiat ja mõnikord on raske täpselt hinnata, milline oli metadooni osa kõnealuses surmajuhtumises; vahel on selge, et tegemist oli metadoonimürgistusega, kuid teinekord üksnes mainitakse selle aine esinemist. Taani teatas metadooni esinemisest 49% mürgistustest põhjustatud surmade puhul (97-l juhtu 198st; neist 64 juhtu oli seotud üksnes metadooniga). Saksamaa teatas, et 23% surmajuhtumitest oli põhjustatud "asendusainetest", neist 3% olid seotud üksnes nimetatud ainetega (55 juhtu) ja 20% esinesid ained kombineeritult alkoholi ja narkootiliste ainetega (354 juhtu), 2002. aastal aga moodustasid need näitajad kokku 30% (7% üks ja 23% kombineerituna muude ainetega). Ühendkuningriik teatas 418 juhtumist, mille puhul mainiti metadooni, kuigi see ei tähenda tingimata põhjuslikku seost. Teised riigid teatasid uimastitega seotud surmade puhul metadooni esinemisest harvem: Prantsusmaa (kokku kaheksa juhtu, kas siis üks või kombineerituna), Austria (leiti 10% surmajuhtudest), Portugal (tuvastati 3% juhtudest) ja Sloveenia (neli metadoonist põhjustatud surma). Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta aruannetes teatasid metadooni esinemisest märkimisväärse arvu surmajuhtumite puhul ka Lirimaa ja Norra.

Nagu kõik opiaadid on ka metadoon potentsiaalselt toksiline aine, kuid uuringud on näidanud, et asendusravi vähendab üledoosist tingitud suremuse ohtu programmis osalejate hulgas. Mitmed uuringud viitavad sellele, et metadooni mainimisega surmajuhtumid on väga tõenäoliselt põhjustatud ebaseaduslikust tarbimisest, mitte aga arsti poolt väljakirjutatud ravimist, mõnedes uuringutes on ka leitud, et metadooni asendusravi algusetappidel on oht suurem. Need leiud viitavad vajadusele tagada heade kvaliteedistandardite järgimine asendusravi programmides.

Fentanüüli ja buprenorfiiniga seotud surmad

Viimastel aastatel on Balti riigid teatanud mõnedest surmajuhtumitest, mille puhul leiti toksikoloogilisel uurimisel fentanüüli, sageli koos heroiiniga. Rootsi teatas oma riiklikus aruandes fentanüüliga seotud 13 surmajuhtumist süstivate narkomaanide hulgas 2003. aastal, võrreldes üksnes harvade juhtumitega varasematel aastatel. Teabe

saamiseks buprenorfiini rolli kohta narkootikumidega seotud surmades tutvuti valikteemaga buprenorfiini kohta.

Uimastitega seotud äkksurmade suundumused

Tulenevalt erinevustest heroini epideemia kulgemises, heroini tarbimise levimusest, riskikäitumistest (nt süstijate osakaal, mitmete narkootikumide kasutamine samaaegselt), ravi ja tugiteenuste pakkumisest narkootikumide tarbijatele ning võib-olla ka heroini kättesaadavusest ja omadustest, on suundumused uimastitega seotud surmade osas riigiti⁽¹⁵¹⁾ ja veelgi rohkem piirkonniti erinevad. Olulist rolli võivad mängida ka erinevused kiirabiteenuste osutamise korraldamises ja poliitikas.

Loetletud piiranguid meeles pidades võib välja tuua mõned üldised suundumused ELis, eelkõige EL-15 liikmesriikides, mille kohta on olemas pikemad ja süstemaatilisemad andmekogumid. Üldiselt täheldati 1980ndatel ja 1990ndate alguses uimastitega seotud surmade arvu märgatavat suurenemist. Hoolimata vähenemistest mõnedes riikides jätkus Euroopas ajavahemikul 1990–2000 üldine tendents suurenemise suunas, ehkki madalamas tempos. 2000. aastal teatati 8930 surmajuhtumist võrreldes 6426 surmajuhtumiga 1990. aastal (kasv 40%)⁽¹⁵²⁾. Enamikus vanemates liikmesriikides võib üledoosi ohvrite puhul täheldada vanuse tõusu trendi, mis viitab vanusekohordi mõjule, seda võib seostada noorte narkomaanide kaasamise vähenemisega (joonis 19).

Alates 2000. aastast on paljud ELi liikmesriigid teatanud uimastitega seotud surmade arvu vähenemisest. EL-15 liikmesriikides ja Norras langes koguarv 8930 juhtumilt 2000. aastal 8394 juhtumile 2001. aastal (6% vähenemine) ja 7122 juhtumile 2002. aastal⁽¹⁵³⁾ (veel 15% vähenemine). 2003. aasta kohta esitas andmeid ainult 10 riiki, nii et järeldusi ELi suundumuste kohta tuleb teha ettevaatusega. Nendes 10 riigis täheldati 2003. aastal 5%-list vähenemist, mis moodustas vaid kolmandiku 2002. aastal toimunud vähenemisest. 2003. aasta kohta teavet esitanud kümnest riigist kolm teatasid suurenemisest, ühe puhul muutusi ei esinenud ja kuus teatasid vähenemisest, mis oli märkimisväärne Kreekas (22%) ja Itaalias (17%)⁽¹⁵⁴⁾. Need arengud peaksid tekitama tõsist muret, sest on võimalik, et tegurid, mille tõttu toimus narkootikumidega seotud surmajuhtumite vähenemine ajavahemikul 2000–2002 (peaaegu 20%), kaotasid oma tähtsuse 2003. aastal; see on eriti oluline selle tõttu, et uimastitega seotud surmade arv on siiani kõigi aegade

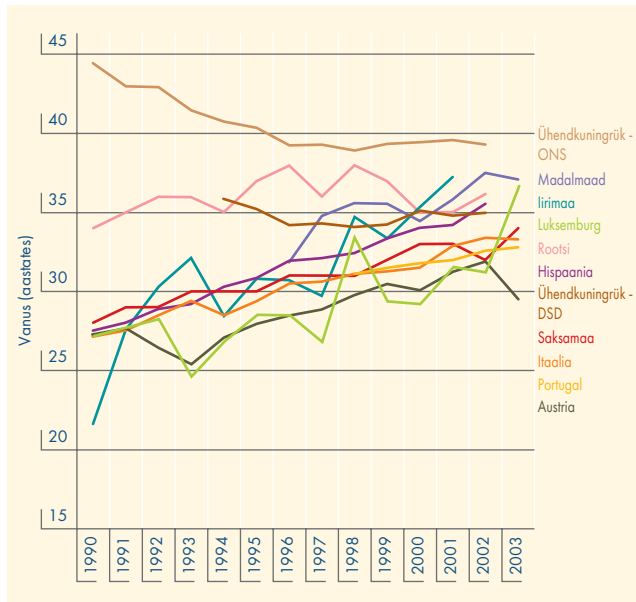
⁽¹⁵¹⁾ Vaata joonist DRD-7 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁵²⁾ Vaata joonist DRD-8 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁵³⁾ 2002. aasta näitajaid Belgia ja Lirimaa kohta ei ole kaasatud (2001. aastal oli Lirimaal 88 juhtumit).

⁽¹⁵⁴⁾ Lihtsa statistilise Poissoni mudeli alusel. Politsei andmed Norrast osutavad samuti selgele vähenemisele 2003. aastal.

Joonis 19: Suundumused uimastitega seotud äkksurmade ohvrte keskmises vanuses mõnes EL-15 liikmesriigis ajavahemikul 1990–2001/03



NB: Joonis kajastab nende riikide andmeid, mis teavitasid ohvrte keskmises vanusest aruandlusperioodi enamikul aastatel. Teave põhineb siseriiklikel määratlustel, mis on esitatud tabelis DRD-6 2005. aasta statistikabülletäänis. Inglismaal ja Walesis kasutatakse uimastivastase strateegia määratlust.

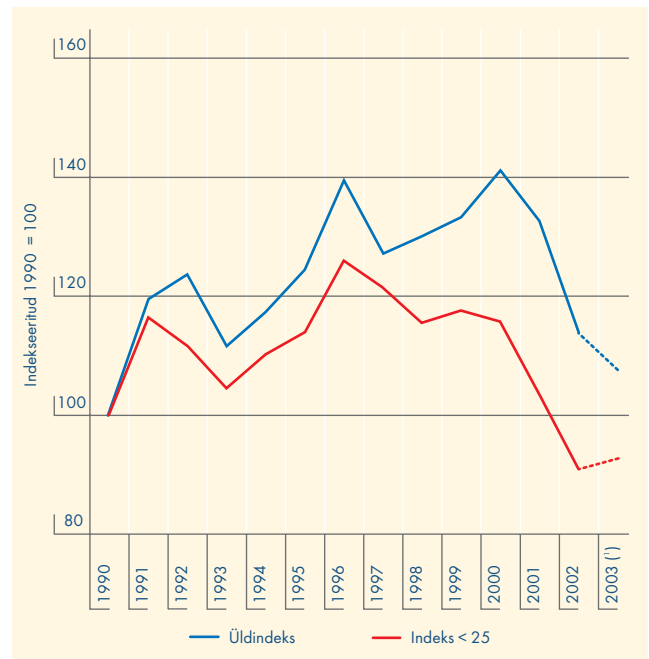
Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud riiklikest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest.

kõrgtaseme läheduses – ligikaudu sama kõrge kui 1990ndate aastate alguses (joonis 20).

Üldiselt on uimastitega seotud surmad alla 25aastaste inimeste hulgas alates 1996. aastast suhteliselt stabiilselt vähenenud, mis osutab noorte süstijate arvu võimalikule vähenemisele (joonised 19 ja 20) ja on enamikus EL-15 liikmesriikides, Prantsusmaa, Rootsi ja Norra välja arvatud, valitseva vähenemise või stabiliseerumissuundumuse tulemus. Siiski täheldati mitmes uues liikmesriigis alla 25aastaste ohvrte osakaalu selget kasvu ajavahemikul 1990ndate keskpaigast kuni aastateni 2000–2002, mis osutab noorte narkomaanide arvu suurenemisele ⁽¹⁵⁵⁾. Lisaks leidis alates 2000. aastast EL-15 tasandil täheldatud vähenemine aset peamiselt meeste hulgas (21,9% vähenemine). Naiste puhul oli see vähenemine palju väiksem (14,5%) ning erinevalt meestest näis 2003. aastal vähenemissuundumus naiste hulgas vastupidiseks pöörduvat ⁽¹⁵⁶⁾.

Uute liikmesriikide suundumuste väljaselgitamine on keeruline, sest kättesaadava teabe hulk on piiratud. Kuigi

Joonis 20: Üldsuundumused uimastitega seotud äkksurmade esinemisel EL-15 liikmesriikides ja suundumused uimastitega seotud surmade alla 25aastaste ohvrte osakaalus ajavahemikul 1990–2003



⁽¹⁾ 2003. aastat puudutav arv on esialgne, sest vaid kümme riiki esitasid 2003. aasta kohta andmeid. 2003. aastat puudutav arv põhineb nende riikide andmetel, mis esitasid andmeid nii 2002. kui 2003. aasta kohta.

NB: Indeks: 1990 = 100. Juhtumite arvud riikide ja aastate kaupa on esitatud tabelis DRD-2 (i ja v osas) 2005. aasta statistikabülletäänis. Belgia ei esitanud andmeid ajavahemiku 1998–2001 kohta ja Iirimaa 2002. aasta kohta. Olukorra parandamiseks on kasutatud arvuastmeetodit, mis on määratletud dokumentis EMCDDA (2001).

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud üldistest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest, põhinevad siseriiklikel määratlustel nagu esitatud tabelis DRD-6 2005. aasta statistikabülletäänis.

riigiti esineb erinevusi, näitavad olemasolevad andmed, et 1990ndate aastate alguses ja keskpaigas hakkas uimastitega seotud surmade arv selgelt suurenema. Seda arvamust toetab ka alla 25aastaste ohvrte osakaalu suurenemine, mis toimus ajavahemikul 1990ndate aastate keskpaigast kuni aastateni 1999–2000 enamikus andmeid esitanud riikides ⁽¹⁵⁷⁾. Uutes liikmesriikides, mille kohta on andmed kättesaadavad, suurenes 1996. aastast kuni viimase ajani alla 25aastaste ohvrte arv oluliselt rohkem kui ohvrte koguarv (joonis 21), mis toetab arvamust, et hiljuti on toimunud epideemia. Alates 2000. aastast on ebaseaduslike ainetega seotud surmajuhtumite arv stabiliseerunud või vähenenud Bulgaarias, Tšehhi Vabariigis ⁽¹⁵⁸⁾, Lätis (2003. aastal) ja Ungaris. Üldiselt tundub, et viimastel aastatel on toimunud stabiliseerumine, kuid sellesse järeldusse tuleb suhtuda ettevaatusega, sest

⁽¹⁵⁵⁾ Vaata joonist DRD-9 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁶⁾ Vaata joonist DRD-6 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁷⁾ Vaata joonist DRD-9 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁵⁸⁾ Arvestades ainult Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse "valiku D" alla kuuluvaid juhtumeid, mis hõlmavad illegaalseid narkootikume. Siseriiklik definitsioon hõlmab paljusid juhtumeid, mis on tingitud psühhootilistest ravimitest (75%).

paljudes riikides on andmete esitamise kvaliteet ja katvus siiani piiratud. Heroiinitarbimise tõenäolist suurenemist 1990ndatel aastatel paljudes uutes liikmesriikides võidi kompenseerida raviteenuste pakkumise suurendamisega hilisematel aastatel või muude teguritega, kuid tulevikusuundumuste prognoosimine on keeruline (joonis 21).

Kokkuvõtteks võib öelda, et hoolimata positiivsetest arengutest aastatel 2000–2002, mis võisid olla seotud selliste teguritega nagu laienev süstimisest loobumine opiaaditarbijate hulgas mitmetes riikides ja ulatuslikum raviteenuste osutamine ning opiaaditarbijate arvu võimalik stabiliseerumine või vähenemine, on praegused näitajad pikemas perspektiivis vaadelduna siiski kõrged ning näha on märke sellest, et olukorra paranemine võib peatuda.

Opiaaditarbijate üldine suremus

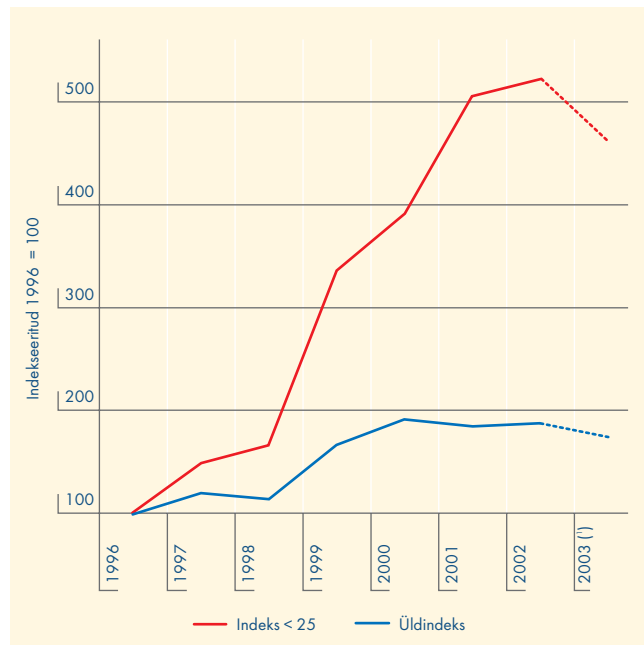
Opiaaditarbijate üldine suremus on 20 või enam korda kõrgem kui kogu samaealise elanikkonna üldine suremus. See üldine suurenenud suremus on eriti kõrge süstivate narkomaanide hulgas. Opiaadisõltuvuse madalast levimusest hoolimata avaldab see märkimisväärset mõju noorte täiskasvanute suremusele Euroopas (Bargagli *et al.*, 2004).

Opiaaditarbijate suremuse põhjuste hulka kuuluvad lisaks üledoosidele ka AIDS ja muud nakkushaigused ning välistest teguritest tingitud surmapõhjused (õnnetused, vägivald, enesetapud jne). Madala HIV-infektsiooni levimusega narkomaanide kogukondades on peamiseks surmapõhjuseks üledoos. AIDSi surmad on viimastel aastatel oluliselt vähenenud isegi kõrge HIV-nakkuse levimusega narkomaanide kogukondades, seda tänu aktiivse retroviirusevastase ravi paremale kättesaadavusele alates 1995. aastast (üldandmed Euroopa kohta on toodud ülalpool) ⁽¹⁵⁹⁾.

Opiaaditarbijate vananedes suureneb suremus progressiivselt, sest üledoosidest ja välistest teguritest, nagu näiteks enesetapud ja vägivald, tingitud surmajuhtumitele lisanduvad krooniliste seisundite (nagu tsirroos, vähk, respiratoorsed haigused, endokardiit, AIDS) tagajärjel aset leidvad surmajuhtumid (Madalmaade riiklik aruanne).

Lisaks võivad elutingimused ja ka muud tegurid peale narkootikumide tarbimise (kodutus, vaimuhaigused, vägivald, halb toitumus jne) iseenesest juba oluliselt suurendada narkomaanide kõrget suremust. Uuringud on näidanud, et psühhiaatriapatsientide hulgas on suremus neli korda kõrgem kui kogu elanikkonna hulgas üldiselt

Joonis 21: Üldsuundumused uimastitega seotud äkksurmade esinemisel uutes liikmesriikides ja kandidaatriikides ning suundumused alla 25aastaste ohvrite osakaalus ajavahemikul 1996–2003



(*) 2003. aastat puudutav arv on esialgne.

NB: Andmed on esitatud Bulgaaria, Tšehhi Vabariigi, Eesti, Läti, Leedu, Ungari, Malta ja Sloveenia kohta.

Indeks: 1996 = 100. Juhtumite arv riikide ja aastate kaupa on esitatud tabelis DRD-2 (ii osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

Tuleb silmas pidada, et indeks on arvatud piiratud arvu riikide andmete alusel. Samuti tuleks tähele panna, et alla 25aastaste ohvrite oluline osakaal moodustub Tšehhi Vabariigi ja Eesti andmete põhjal.

Eesti ei esitanud andmeid 1996. ja 2003. aasta kohta, Ungari 2002. aasta ja Tšehhi Vabariik ajavahemiku 1996–2000 kohta. Kasutatud arvusmeetodit on kirjeldatud dokumendis EMCDDA (2001).

Allikad: Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2004), andmed saadud üldistest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest, põhinevad siseriiklikel määratlustel, mis on esitatud 2005. aasta statistikabülletäänis tabelis DRD-6.

(Korkeila, 2000) ja et ka kodutute hulgas on suremus kolm kuni neli korda kõrgem kui kogu elanikkonna hulgas üldiselt (Hwang, 2001).

Uimastitega seotud surmade arvu vähendamine

Vastumeetmed

Eli poliitikale aastatel 2000–2004, mille eesmärgiks oli vähendada oluliselt uimastitega seotud surmade arvu, sai osaks märkimisväärne heakskiit liikmesriikide poolt. Kaheksa EL-15 liikmesriiki (Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Iirimaa, Luksemburg, Portugal, Soome ja Ühendkuningriik) ning neli uut ELi liikmesriiki (Küpros, Läti, Leedu ja Poola) lisasid oma siseriiklikku strateegiasse eesmärgi vähendada narkootikumidega seotud surmade arvu ⁽¹⁶⁰⁾. Asjaolu, et

⁽¹⁵⁹⁾ Narkomaanide suremus ELis: uute kogukonna-uuringute läbiviimise koordineerimine, järelkontrolli ja analüüsi teostamine olemasolevate kogukondade kohta ning uute meetodite ja väljundite väljatöötamine. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse aruanne CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Vaata ülevaattetabelit: "Strateegiad ja valitud meetmed uimastitega seotud surmade arvu vähendamiseks" (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

mitmetel uutel liikmesriikidel puuduvad siiani usaldusväärsed andmed uimastitega seotud surmade kohta, on siiski oluliseks takistuseks adekvaatsete vastumeetmete kavandamisel.

Uues ELi uimastistrateegias (2005–2012) asetatakse suur rõhk juurdepääsu parandamisele mitmetele erinevatele teenustele, mis võivad vähendada uimastisõltuvusega seostatavat haigestumust ja suremust, uimastitega seotud surmade arv on valitud üheks peamiseks eesmärgi saavutamise edu indikaatoriks esimese nelja-aastase tegevuskava jooksul (2005–2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Sekkumismeetmed

Üks kõige ulatuslikuma mõjuga sekkumismeetmeid uimastitega seotud surmade arvu vähendamiseks on küllaldane raviteenuste, eelkõige asendusraviteenuste osutamine (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal *et al.*, 2005). 1980ndatel ja veelgi enam 1990ndatel aastatel suurenes asendusravi kättesaadavus Euroopas kiiresti, eelkõige kõrge herooinisüstimise levimusega ELi liikmesriikides. ELis on praegu asendusravi programmidesse kaasatud rohkem kui pool miljonit herooinitarbijat – see on üks neljandik kuni pool herooinitarbijate hinnangulisest sihtgrupist.

Riikides, kus üle poole probleemsetest uimastitarbijatest saab asendusravi, on tõenäoline, et narkootikumide süstimine ja sellega seotud riskikäitumine väheneb ning sellest tulenevalt väheneb ka üledoosist põhjustatud surmade arv.

2003. aastal soovitas Euroopa Ülemkogu ELi liikmesriikidele mitmeid meetmeid uimastitega seotud surmade arvu vähendamiseks ⁽¹⁶²⁾. Lisaks narkosõltuvuse ravi võimaldamisele hõlmavad meetmed hariduse edendamist ja teabe jagamist üledoosiga seotud ohtude ja üledoosi korral reageerimise kohta narkomaanidele, nende kaaslastele ja peredele, ning proaktiivseid strateegiaid, et jõuda süstalde levitamise ja kergesti kättesaadavate atraktiivsete uimastiteenuste pakkumise kaudu nende narkomaanideni, kes on pakutavatest teenustest eemale jäänud. Komisjon hindab tähelepanelikult soovitusel rakendamise taset ja selle mõju ning esitab vastava aruande 2006. aastal.

Üledoosi ohvrite demograafiline profiil näitab, et ravi mittesaavatel vanematel herooinitarbijatel on oht üledoosi tagajärjel surra kõige suurem. Erimeede, mis aitab jõuda selle prioriteedirühmani, on järelevalve all olevate uimastitarbimisruumide rajamine ⁽¹⁶³⁾. Sellised ruumid on praegu olemas 15 linnas Saksamaal ja 15 linnas

Madalmaades ning ka Madridis, Barcelonas ja Bilbaos (Hispaania) ja Oslos (Norra).

Opiadisõltuvuse ravi

Lihtsustatult võib probleemse opiaaditarbimise olemasolevad ravivõimalused jagada kolme üldkategoriasse: ravimitega ravi, ravimivaba ravi ja võõrutusravi (viimast siinkohal ei puudutata). Siiski moodustab sõltuvuse ja võõrutuse teema käsitlemine vaid ühe tahu opiaadiprobleemi edukast ravimisest. Pikaajalises perspektiivis on positiivse tulemuse kindlustamiseks sama oluline aidata inimesel sotsiaalse lõimimise teel – töökoha ja turvalise kodu leidmine, tagasilanguse vältimiseks vajaliku sotsiaalse toimetulekuvõime arendamine – ühiskonda naasta. Arvukad uuringud on näidanud, et probleemsetel opiaaditarbijatel on sageli mitmeid ravikontakte ning et esimene ravikontakt ei vii alati ravieesmärkide, eelkõige karskuse saavutamiseni, kuid neid eesmarke on võimalik saavutada korduvate raviotstarbeliste sekkumiste kaudu.

Ravimitega ravi

Ravimitega ravi hõlmab nii asendusravi agonistidega (metadoon, buprenorfiin, dihidrokodeiin, heroiin, aeglase toimega morfiin) kui vähemkasutatavat ravi antagonistidega (näiteks naltreksoon).

Metadoon on kättesaadav peaaegu kõigis liikmesriikides (vaata tabel 3) ning Euroopas kirjutatakse seda asendusraviks jätkuvalt kõige sagedamini välja. Siiski on viimastel aastatel ravivõimalused mitmekesisunud. Buprenorfiin on nüüd kättesaadav 18 riigis 26st, mille kohta on olemas infot. Ravi teiste agonistidega ning ravi antagonistidega (naltreksoon, naloksoon või klonidiin) kasutatakse kogu Euroopa Liidus harvem. Uuring väljakirjutatud heroiiniga ravi sisseviimise kohta on praegu käimas Belgias ning Austria on saanud eksperdiarvamuse krooniliste opiaadisõltlaste heroiiniga ravi kohta, mis tugineb olemasolevate rahvusvaheliste programmide tulemustele.

Viimastel andmetel oli 2003. aastal Euroopa Liidu eriraviasutustes üle 450 000 asendusravi kliendi (tabel 4), kellest rohkem kui 90% sai metadooni. Neile lisandusid kliendid, kes said teistsugust asendusravi (dihidrokodeiini, aeglase toimega morfiini või heroini), ning need, kes said asendusravi näiteks oma üldarsti juures. Kahjuks pole usaldusväärsed andmed asendusravi nende valdkondade kohta paljudes liikmesriikides kättesaadavad ning seetõttu

⁽¹⁶¹⁾ Vaata ELi uimastistrateegiat 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltxtdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Üleeuroopaline aruanne uimastitarbimisruumide kohta (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabel 3: Ravimitega teostatava ravi puhul kasutatavad ained Euroopas (sealhulgas uuringud)

Riik	Metadoon	Buprenorfiin	Dihüdrokodeiin	Aeglase toimega morfiin	Heroiin	Naltreksoon/naloksoon	Klonidiin
Belgia	X	X	X			X	X
Tšehhi Vabariik	X	X					
Taani	X	X					
Saksamaa	X	X	X		X	X	
Eesti	X	X					
Kreeka	X	X				X	
Hispaania	X	X			X		
Prantsusmaa	X	X		X			
Iirimaa	X						
Itaalia	X	X				X	X
Küpros							
Läti	X						
Leedu	X	X				X	
Luksemburg	X	X		X			
Ungari	X						
Malta	X		X			X	X
Madalmaad	X	X			X	X	X
Austria	X	X	X	X			
Poola	X						
Portugal	X	X				X	X
Sloveenia	X						
Soome	X	X					
Rootsi	X	X					
Ühendkuningriik	X	X	X		X	X	X
Bulgaaria	X			X			
Rumeenia	X						
Norra	X	X					

NB: Andmed puuduvad Slovakkia ja Türgi kohta.
Allikas: Standardne tabel uimastialase ravi kättesaadavusest.

ei ole võimalik teha kindlaks koondarve Euroopa Liidu kohta tervikuna.

Siiski on mõnede riikide andmed või hinnangud üldarstide juures asendusravi saavate klientide arvu kohta usaldusväärsed, mis annab olulist lisainfot ELi asendusraviklientide kohta üldiselt. 2003. aastal oli üldarstide kaudu metadooniravi saavate klientide arv Prantsusmaal 8500, Iirimaal 2682, Luksemburgis 851 ja Madalmaades 930. Lisaks sai Tšehhi Vabariigis ja Prantsusmaal vastavalt 1200 ja 70 000 klienti buprenorfiiniravi oma üldarsti kaudu. On hinnatud, et kokku

81 743 klienti sai nendes viies riigis asendusravi oma üldarsti kaudu. Arvestades, et eriraviasutustes on üle 450 000 asendusravikliendi, on asendusravi saavate klientide koondarv ületanud poole miljoni piiri, ulatudes 530 tuhandeni. Taas, kuivõrd andmed on ebatäielikud, esitab arv 530 000 asendusravi saavate narkomaanide hinnangulist miinimumi.

Asendusravi kättesaadavuse tase erineb EL-15 riikide, uute liikmesriikide ja kandidaatriikide vahel märkimisväärselt. Kuigi uute liikmesriikide ja kandidaatriikide arvele langeb üle 20% kogu rahvastikust, on nende osa asendusravi

Tabel 4: Hinnanguline asendusravil olevate klientide arv Euroopas 2003. aastal

Riik	Eriasutustes metadoonravil olevate klientide arv	Eriasutustes buprenorfiinravil olevate klientide arv	Eriasutustes asendusravil olevate klientide koguarv
Belgia	1 922	48	1 970
Tšehhi Vabariik	368	204	572
Taani	4 971	484	5 455
Saksamaa	65 000	9 000	74 000
Eesti	60	13	73
Kreeka	2 018	275	2 293
Hispaania	88 678	36	88 714
Prantsusmaa	15 000	13 000	28 000
Iirimaa ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Itaalia	79 065	7 113	86 178
Küpros	0	0	0
Läti	67	0	67
Leedu	332	a.p.	332
Luksemburg	133	10	143
Ungari	750	0	750
Malta	698	0	698
Madalmaad	12 000	a.p.	12 000
Austria ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Poola	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Sloveenia	1 909	0	1 909
Soome	170	430	600
Rootsi	800	1 300	2 100
Ühendkuningriik	128 000	a.p.	128 000
Bulgaaria	380	0	380
Rumeenia	400	0	400
Norra	1 947	484	2 431
Kokku ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽³⁾

(¹) See on pigem juhtumite kui antud aastal ravi saanud isikute arv.
(²) Austrias saab 46% klientidest asendusravi muu aine kui metadooni või buprenorfiiniga, mis on lisatud selleks, et anda õige koguarv. Proportsionaalne jaotus põhineb esimestel raviviisidel.
(³) Suurem koguarv tuleneb hinnanguliselt 2950 Austrias asendusravil olevast kliendist, keda ravitakse muude ravimite kui metadooni või buprenorfiiniga (peamiselt aeglase toimega morfiiniga).
(⁴) a.p. = andmed puuduvad. Koguarvu arvestamisel loeti "andmed puuduvad" väärtuseks 0, seega moodustavad esitatud numbrid miinimumarvu.
NB: Andmed puuduvad Slovakkia ja Türgi kohta.
Allikas: Standardne tabel uimastialase ravi kättesaadavusest.

saavate klientide üldarvust vaid 1,3% (hõlmamata Türgit, kus asendusravi puudutavad andmed pole kättesaadavad). Uutest liikmesriikidest vaid kaks, Tšehhi Vabariik ja Sloveenia, pakuvad probleemse uimastitarbimise levimuse hinnanguid ning mõlemas riigis on asendusravi kättesaadav väiksemale osale probleemsetest narkomaanidest (vastavalt 16% ja 26%) kui EL-15s

keskmiselt (35%). Hoolimata hinnangute puudumisest probleemse uimastitarbimise levimuse kohta teistes uutes liikmesriikides ja kandidaatriikides, jääb asendusravi tase EL-15 liikmesriikide omale kõvasti alla. Arvestades suurt nakkushaiguste leviku ohtu mõnedes riikides ja ravimitega ravi ennetavat rolli selle piiramisel (vt näiteks UNODC, 2002), on olukord murettekitav.

Ravimitega ravis on viimastel aastal eristunud kaks suundumust. Esiteks jätkub suundumus asendusravi kättesaadavuse paranemisele, kuigi see on muutumas vähem märgatavaks. Lisaks on mitmekesistunud pakutavate ainete valik, näiteks buprenorfiini kasutamisest teatavate riikide arv on kasvanud kuult aastatel 1999–2000 14ni 2003. aastal.

Kolmas, mitte nii selge suundumus on üldarsti osaluse kasv ravimitega ravi osutamisel. Aastatel 2000–2001 teatati üldarstide osalemisest 15 liikmesriigist ainult kolmes (Belgia, Prantsusmaa, Ühendkuningriik) (Solberg *et al.*, 2002), nüüd on see levinud 10 EL-15 liikmesriigis (Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Madalmaad, Austria, Rootsi ja Ühendkuningriik), aga ka kolmes uues liikmesriigis (Tšehhi Vabariik, Malta ja Sloveenia).

Ravimivaba ravi

Ravimivaba ravi hõlmab psühhosotsiaalsete ja õppetehnikate rakendamist, mille abil saavutatakse pikaajaline uimastite kasutamisest hoidumine. Traditsiooniliselt on ravimivaba ravi olnud statsionaarne ja pikaajaline, toimudes näiteks kommuunilaadsetes ravikeskustes. Tänapäeval pakutakse seda sageli ka kogukondlikes keskkondades.

Erinevalt ravimitega ravist, mille kohta on kesksed riiklikud registrid paljudes liikmesmaades, leidub registreid ravimivaba ravi kohta harva ning usaldusväärseid, selgeid, kvantitatiivseid andmeid on selle meetodi kohta napilt. Kuigi täpne võrdlus ravimitega raviga ei ole võimalik, näitavad liikmesriikide aruanded, et ravimitega ravi on probleemsete opiaaditarvitajate peamine ravivorm enamikus ELi liikmesriikides ja Euroopa Liidu tasandil üldiselt. Mõned riigid siiski teatavad ravimivaba ravi üldisest eelistamisest ravimitega ravile (Eesti, Küpros, Leedu, Poola ja Soome). Mõnedes riikides, eriti Kreekas, Hispaanias ja Norras, on ravimitega ravi ja ravimivaba ravi tase võrdne.

Uued suunad kvaliteedi tagamises

Mitmed riigid (Saksamaa, Austria ja Portugal) on andnud välja uimastiravis osalevatele meditsiinietajatele mõeldud käsiraamatuid. Ühendkuningriigi valitsuse uimastistrateegia raames tehtud pingutused on näidanud, et eelarvesse, korraldustöösse, seiresse ja personali investeerides on võimalik ootejärjekordi kärpida ning rohkem probleemseid uimastitarbijaid pääseb ja jääb ravile. Inglismaal oli aastatel 2003–2004 41% rohkem probleemseid uimastitarbijaid uimastiravi teenustega seotud kui aastatel

1998–1999 ning ooteajad olid 2001. aastaga võrreldes kahe kolmandiku võrra lühenenud. Aastatel 2003–2004 oli 72% kliente kas edukalt lõpetanud struktureeritud ravi või jätkas seda, aastatel 2000–2003 oli see protsent 57 (NTA, 2004).

Ravimivaba ravi pakutakse väga erinevates tingimustes. Mõnedes riikides (Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Küpros, Luksemburg, Madalmaad, Poola, Sloveenia, Ühendkuningriik) toimub probleemsete opiaaditarbijate ravimivaba ravi valdavalt ambulatoorsetes tingimustes, samal ajal kui väike osa riike teatab valdavalt statsionaarse ravi kasutamisest (Iirimaa, Itaalia, Austria) ning ülejäänud ei esita selget eelistust (Rootsi, Norra).

Sotsiaalne reintegratsioon

Sotsiaalne reintegratsioon on defineeritud kui "igasugune sotsiaalne sekkumine endise või praeguse probleemse uimastitarbija ühiskonda lõimimise eesmärgil". Sotsiaalse reintegratsiooni kolm tugisammast on 1) eluase, 2) haridus ja 3) tööhõive (sealhulgas kutseõpe). Võib kasutada teisigi meetmeid, nagu nõustamine ja vaba aja tegevused.

Sotsiaalne reintegratsioon on raviga võrreldes vähem juurutatud probleemse uimastitarbimise vastumeede ja seetõttu on seire ja aruandlus selles vallas ebaühtlasem. Mõned riigid teatavad sotsiaalse reintegratsiooni alal tehtavate jõupingutuste kvalitatiivsest hindamisest, siiski ei teata ükski riik piisavast ulatusest. Kõik aruande esitanud riigid (Eesti, Iirimaa, Malta, Madalmaad, Rumeenia, Rootsi ja Norra) tunnistavad puudujääke oma sotsiaalse reintegratsiooni teenustes ja/või programmides. Sellele reeglile on üks erand – Kreeka, kus on olemas nii suhteliselt lai valik sotsiaalse reintegratsiooni programme kui ka usaldusväärseid andmeid klientide arvu kohta, keda nendesse programmidesse kaasatakse.

Konfiskeerimised ja turuinfo ⁽¹⁶⁴⁾

Opiaatide tootmine, kaubandus ja konfiskeerimised

Afganistan on ebaseadusliku oopiumi tootmises maailmas selgelt esikohal, eriti arvestades sel otstarbel haritava maa pindala suurenemist 2004. aastal. Ülemaailmne ebaseaduslik oopiumitoodang 2004. aastal oli hinnanguliselt umbes 4850 tonni (4766 tonni 2003. aastal), millest 87% tootis Afganistan ja 8% Myanmar. Oopiumitootmine maailmas on püsinud stabiilsena viimase viie aasta jooksul, välja arvatud 2001. aasta, mil Talibani režiimi kehtestatud unimaguna viljelemiskeeld Afganistanis

⁽¹⁶⁴⁾ Vaata "Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendamine", lk 42.

kutsus esile tugeva, kuid lühiajalise languse. Maailma potentsiaalse heroini tootangu mahuks hinnati 2004. aastal 485 tonni (477 tonni 2003. aastal) (CND, 2005).

Euroopa Liidus tarbitav heroini toodetakse valdavalt Afganistanis (kasvutendents) või oopiumi kaubateedel, eelkõige Türgis (UNODC, 2003a; INCB, 2005), ning tuuakse Euroopasse kaht peamist kaubateed kasutades. Ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil on jätkuvalt otsustav roll heroini salakaubaveos. Pärast transiitvedu läbi Pakistani, Iraani ja Türgi marsruut hargneb, kulgedes mööda lõunapoolset haru läbi Kreeka, endise Jugoslaavia Makedoonia Vabariigi, Albaania, osa Itaaliast, Serbia ja Montenegro ning Bosnia ja Hertsegoviina ning mööda põhjapoolset haru läbi Bulgaaria, Rumeenia, Ungari ja Austria. Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB, 2005) teatab, et 2003. aastal sai Balkani marsruudi põhjajarust peamine heroini kaubatee. Alates 1990ndate aastate keskpaigast on heroini salakaubana Euroopasse toimetatud üha sagedamini mööda siiditeed Kesk-Aasia, Kaspia mere ja Vene Föderatsiooni, Valgevene või Ukraina kaudu (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Kõnealused marsruudid on kõige tähtsamad, kuid 2003. aastal on Euroopasse saadetavat heroini konfiskeeritud ka mitmes Ida- ja Lääne-Aafrika ning Lõuna- ja Põhja-Ameerika riigis (CND, 2005; INCB, 2005).

Lisaks imporditud heroini toodetakse teatavaid opiaatideks liigitatavaid uimasteid ka Euroopa Liidus. See piirdub peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatoodete (näiteks unimaguna purustatud vartest või kupardest valmistatud kontsentraat) piiratud valmistamisega terves reas Euroopa Liidu idapoolsetes riikides, nagu Eesti, Läti ja Leedu (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004). Eriti on sellised tooted uuesti populaarsust võitnud 2003. aastal Eestis.

Mahu osas konfiskeeriti 2003. aastal maailma peamised heroini kogused jätkuvalt Aasias (56%) ja Euroopas (34%). Euroopa osakaal tõuseb eriti tänu Ida- ja Kagu-Euroopa riikides suurenenud heroini konfiskeerimistele (CND, 2005). Euroopa Liidu riikidest konfiskeeriti alates 1998. aastast suurimal arvul ja suurimates kogustes heroini Ühendkuningriigis, konfiskeerimiste arvult järgnes Hispaania ja kinni peetud koguste poolest Itaalia⁽¹⁶⁵⁾.

Ühendkuningriigi arvele langes 2002. aastal umbes 30% Euroopa Liidus toimunud heroini konfiskeerimiste üldarvust ning samuti konfiskeeritud üldkogusest.

Konfiskeeritud heroini kogused⁽¹⁶⁶⁾ on Euroopa Liidus viimase viie aasta jooksul üldiselt kasvanud, püsidis stabiilsed ajavahemikul 2000–2002, kusjuures samal ajal on konfiskeerimiste üldarv kahanenud. Otsustades nende riikide suundumuste põhjal, mille andmed on kättesaadavad, on Euroopa Liidus nii heroini konfiskeerimiste arv kui ka kinni peetud kogused 2003. aastal vähenenud⁽¹⁶⁷⁾.

Fentanüüli ja metüülfentanüüli – heroiniist kuni 100 korda kangemate sünteetiliste opiaatide – konfiskeerimistest teatati uuesti 2003. aastal Eestis, samal ajal kui Läti teatas oma esimesest 3-metüülfentanüüli konfiskeerimisest 2003. aastal ja Austria oma esimesest fentanüüli konfiskeerimisest 2004. aastal. Eestis on alates 2002. aastast kohalikul turul kättesaadava heroini kehva kvaliteeti kompenseerinud nende kahe sünteetilise opiaadi ilmumine “valge hiinlase”, “valge pärslase” või “sünteetilise heroini” nime all (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded, 2004).

Kuigi bensodiasepiinide – mida heroini tarbijad kasutavad aseainena – konfiskeerimiste andmeid ei ole Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus süstemaatiliselt kogunud, on Hispaania, Leedu, Rootsi ja Norra teatanud nende (eriti rohupooli) konfiskeerimistest 2003. aastal.

Heroini hind ja puhtus

Euroopas esineb heroini kahel kujul: üldiselt kättesaadav pruun heroini (selle keemiline baasvorm) ning vähem üldine ja kallim valge heroini (soolavorm), mis on tavapäraselt pärit Kagu-Aasiast. Euroopa Liidus kõikus 2003. aastal ühe grammi pruuni heroini keskmine tänavahind vahemikus 27 eurost Belgias kuni 144 euronit Rootsis, kusjuures valge heroini ühe grammi hind ulatus 25 eurost (Slovakkia) kuni 216 euronit (Rootsi)⁽¹⁶⁸⁾. Selles hinnavahe peegeldub tõenäoliselt müüdava uimasti puhtus.

2003. aastal kõikus Euroopa Liidus tänaval müüdava pruuni heroini keskmine puhtus 6%st Austrias kuni 40%ni Maltal. Andmeid valge heroini puhtuse kohta teatasid vaid mõned riigid⁽¹⁶⁹⁾, see ulatus keskmiselt 6%st Soomes 70%ni Norras⁽¹⁷⁰⁾.

⁽¹⁶⁵⁾ Seda tuleks võrrelda puuduolevate 2003. aasta andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed heroini konfiskeerimiste arvu kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Madalmaade ega Rumeenia kohta; andmed nii heroini konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud koguste kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽¹⁶⁶⁾ Vaata tabelit SZR-4 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁶⁷⁾ Vaata tabelit SZR-3 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁶⁸⁾ Vaata tabelit PPP-2 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁶⁹⁾ Vaata tabelit PPP-6 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁷⁰⁾ Norras valimite arv väike (n = 8).

Buprenorfiin: ravi, kuritarvitamine ja kasutamine, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2005. aasta aruanne: valikteemad

Viimase kümne aasta jooksul on Euroopas hakatud ühe enam kasutama buprenorfiini kui metadooni alternatiivi opiaadisõltuvuse ravil. 1970ndate aastate lõpus hakati buprenorfiini, mis algselt oli välja töötatud valuvaigistiks, kasutama opiaadisõltuvuse raviks. Artikkel annab ülevaate buprenorfiini kasutuselevõtust EL-15 liikmesriikides, selle edasisest levikust nendes ja uutes liikmesriikides.

Võrreldakse buprenorfiini ja metadooni efektiivsust ja maksumust. Antakse ülevaate buprenorfiinravist Euroopas ja võrreldakse liikmesriike, kus buprenorfiin on peamine aine opiaadisõltuvuse ravil nende riikidega, kus teostatakse medikamentooset ravi peamiselt metadooniga. Uurimistulemused näitavad, et 20% sellise ravi klientidest ELis saavad tänapäeval buprenorfiinravi, kuigi enamik neist asub ühes riigis (Prantsusmaa). Üldiselt kasutatakse buprenorfiini paljudes riikides, kuid enamikus liikmesriikides on kasutajate arv piiratud.

Vaadeldakse ka buprenorfiini võimalikku kuritarvitamist. Esmased tulemused näitavad, et buprenorfiini kuritarvitamine on levinud vaid vähestes riikides ja et mujal seda ei esine. Leidub tõendeid buprenorfiini kuritarvitamise kohta teatud elanikkonna- või vanuserühmades ja püüete kohta määratleda konkreetseid buprenorfiini kuritarvitajate rühmi. Kuigi buprenorfiini kuritarvitamisest põhjustatud surmajuhtumeid esineb väga harva, on mõningaid neist teaduskirjanduses ja mõnede Euroopa riikide poolt kajastatud. Buprenorfiini kuritarvitamisega seotud teadaolevaid surmajuhtumeid on võrreldud metadooniga seotud surmajuhtumitega.

Antud valikteema annab kokkuvõtliku ülevaate buprenorfiini ja metadooni suhtelistest eelistest opiaadisõltuvuse ravil. Buprenorfiini määratletakse kui vahendit, mille abil on võimalik muuta ravimitele tuginev ravi rohkem ja kergemini kättesaadavaks.

See valikteema on kättesaadav trükituna ja Internetist vaid inglise keeles ("Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



7. peatükk

Kuritegevuse ja vanglaga seotud küsimused

Uimastitega seotud kuritegevus

Uimastitega seotud kuritegevuse all mõistetakse kuritegusid, mis on toime pandud uimastite mõju all, uimastite tarbimise rahastamiseks, illegaalse uimastituru toimimise raames, ja neid, mille korral rikutakse uimastialaseid seadusi. Regulaarselt kogutavad andmed on ELis kättesaadavad ainult viimast tüüpi kuritegude – uimastialaste õigusaktide rikkumise – kohta.

“Aruanded”⁽¹⁷¹⁾ uimastialaste seaduste rikkumise kohta kajastavad riikide õigusaktide vahelisi erinevusi, õigusaktide kohaldamise ja täitmise tagamise erinevaid viise ning lahknevusi prioriteetides ja kriminaalkohtuasutuste poolt konkreetsete kuritegude uurimiseks eraldatud vahendites. Lisaks erinevad eri riikide uimastialaste õigusaktide rikkumise teabesüsteemid üksteisest märkimisväärselt, eelkõige aruandlus- ja registreerimistavade osas, st mida registreeritakse, millal ja kuidas. Need erinevused muudavad Euroopa Liidu riikide andmete omavahelise võrdlemise keeruliseks.

Ajavahemikus 1998–2003 kasvas “aruannete” arv uimastialaste seaduste rikkumise kohta enamikus ELi riikides. Kasv oli eriti märkimisväärne (kaks korda või rohkem) Eestis ja Poolas. Samas vähenes “aruannete” arv 2003. aastal Belgias, Hispaanias, Itaalias (alates 2001. aastast), Ungaris, Maltal, Austrias ja Sloveenias (alates 2002. aastast)⁽¹⁷²⁾.

Enamikus ELi liikmesriikides on suurem osa uimastialaste õigusaktide registreeritud rikkumistest jätkuvalt seotud uimastite tarbimisega või omamisega tarbimise eesmärgil⁽¹⁷³⁾, ulatudes 39%ni kõigist uimastialaste õigusaktide rikkumistest Poolas ja 87%ni Austrias ja Ühendkuningriigis. Tšehhi Vabariigis ja Luksemburgis oli vastavalt 91% ja 46% uimastialaste õigusaktide rikkumistest seotud vahendamise ja kaubandusega, samas kui Itaalias ja Hispaanias, kus uimastite tarbimine ja

Andmeid uimastitarbimise ja kuritegevuse kohta

2004. aastal Tšehhi Vabariigis teostatud uuringu tulemusena leidsid piirkondlikes peakorterites töötavad politseiametnikud, et hinnanguliselt ligikaudu 40% tavalistest vargustest ja ligikaudu 30% murdvargustest pandi toime selleks, et osta uimasteid. Samas riigis näitas regulaarselt kuritegude kohta salvestatud info, et 2003. aastal saadeti 0,7% kõigist õigusrikkumistest korda narkootiliste või psühhotroopsete ainete (välja arvatud alkohol) mõju all olevate isikute poolt (Tšehhi Vabariigi siseriiklik aruanne).

Soomes oli ajavahemikul 2000–2003 illegaalsete uimastite mõju all olevate õigusrikkujate poolt toime pandud mõrvade ja kallaletungide arv palju väiksem kui alkoholi mõju all olevate õigusrikkujate poolt toime pandud õigusrikkumiste osakaal (6% võrreldes 64%ga mõrvade puhul ja 2% võrreldes 71%ga kallaletungide puhul) (Lehti ja Kivivuori; tsiteeritud Soome siseriiklikus aruandes). Kuigi uimasti mõju all toime pandud varguste osakaal paistab olevat viimase kümnendi jooksul suurenenud, on alkoholi mõju all toime pandud varguste osakaal siiski üldisem (43% vargustest on seotud alkoholiga, võrreldes 9% vargustega, mis on seotud uimastitega).

Saksamaal vähenes otseste majanduslik-kompulsiivsete kuritegude (kuriteod, mis pannakse toime narkootikumide, asendusainete või alternatiivsete uimastete saamiseks) arv 2003. aastal 2568 juhtumile, millest 70% olid seotud retseptide võltsimise või retseptiblankettide vargusega (BKA, 2004).

Lätis näitas siseministeriumi regulaarselt kogutav info, et 2,8% kõigist 2003. aastal avastatud kuritegudest (3,1% 2002. aastal) pandi toime õigusrikkujate poolt, kes olid narkootiliste ainete mõju all (Läti siseriiklik aruanne).

⁽¹⁷¹⁾ Mõiste “aruanded” (reports) uimastialaste seaduste rikkumise kohta on jutumärkides, sest sellel mõistel on eri riikides eri sisu (politseiinfo kahtlustatavate uimastiseaduserikkujate kohta, süüdistusasjad seoses uimastialaste seaduste rikkumisega jne). Iga riigi vastava mõiste kohta vaata täpsemalt metodoloogilisi märkusi mõiste “aruanded” kasutamise kohta uimastialaste seaduste rikkumise puhul 2005. aasta statistikabülletäänis. (NB! Kuni 2001. aastani kasutati aastaaruannetes mõistet “vahistamised” (arrests)).

⁽¹⁷²⁾ Vt tabelit DLO-1 (i osa) 2005. aasta statistikabülletäänis. Andmed uimastialaste seaduserikkumisi kajastavate “aruannete” kohta 2003. aastal ei olnud kättesaadavad Taani, Saksamaa, Iirimaa, Läti, Slovakkia ega Ühendkuningriigi kohta.

⁽¹⁷³⁾ Vt tabelit DLO-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

omamine tarbimise eesmärgil ei ole kriminaalkuritegu, olid kõik uimastialased rikkumised seotud vahendamise või kaubandusega. Portugalis (¹⁷⁴) ja Norras (¹⁷⁵) oli 59% rikkumistest seotud nii uimastite tarbimise kui uimastiäriaga.

Kõigis riikides, mille kohta andmed olid kättesaadavad, välja arvatud Portugal, suurenes uimastialaste seaduste rikkumise hulgas viie aasta jooksul (1998–2003) rikkumiste osakaal, mis olid seotud uimastite tarbimisega / omamisega tarbimise eesmärgil (¹⁷⁶). Kasv oli üldiselt aeglane, kuid selgemat kasvusuundumust võis märgata Belgias, Luksemburgis ja Sloveenias ning kuni 2001. aastani Iirimaa. Portugalis hakkas uimastite tarbimisega seotud rikkumiste osakaal vähenema 2000. aastal, üks aasta enne seda, kui uimastite tarbimine ja omamine tarbimise eesmärgil 2001. aasta juulis kriminaalkorras mittekarakteristatavaks kuulutati (¹⁷⁷). 2003. aastal teavitati vähenemisest Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis, Austrias ja Sloveenias.

Enamikus liikmesriikides oli aruannetes hõlmatud uimastialaste õigusaktide rikkumisega kõige sagedamini seotud illegaalseks uimastiks jätkuvalt kanep (¹⁷⁸). Sellistes riikides moodustasid kanepiga seotud juhtumid 2003. aastal 39% (Itaalias) kuni 87% (Prantsusmaal) kõigist uimastialaste õigusaktide rikkumistest. Madalmaades olid ülekaalus (58%) "tugevate uimastitega" seotud õigusrikkumised (¹⁷⁹), samas kui Tšehhi Vabariigis oli enamik uimastialaste õigusaktide rikkumisi seotud amfetamiiniga (48%). Konkreetsete uimastitega seotud uimastialaste õigusaktide rikkumise suhtelist osakaalu mõjutavad mitmed tegurid, nende hulgas õiguskaitseorganite rakenduslikud prioriteedid ning otsesed või kaudsed strateegilised otsused käsitleda eri liiki uimastialaste õigusaktide rikkumisi erinevalt.

Alates 1998. aastast on suurenenud kanepiga seotud õigusrikkumiste (¹⁸⁰) osakaal Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Leedus, Luksemburgis, Maltal ja Portugalis, samas on see jäänud üldiselt stabiilseks Belgias,

Tšehhi Vabariigis, Madalmaades, Sloveenias, Rootsis ja Ühendkuningriigis ning alanenud Itaalias ja Austrias (¹⁸¹).

Sama ajavahemiku jooksul vähenes heroiiniga seotud õigusrikkumiste osakaal kõigis ELi riikides, mille kohta andmed olid kättesaadavad, välja arvatud Austria ja Ühendkuningriik, kus õigusrikkumiste osakaal kasvas (¹⁸²). Seevastu kokaiiniga seotud õigusrikkumiste osakaal on uimastitega seotud õigusrikkumiste hulgas alates 1998. aastast kasvanud kõigis andmeid edastanud riikides, välja arvatud Saksamaal, kus aruannetest nähtus langustendents (¹⁸³).

Uimastitarbijad ja vangla

Uimastitarbijad vanglas

Riikides regulaarselt kogutavat teavet vangide seas tarbitavate uimastite liigi ja kasutamise struktuuri kohta on vähe ja see on ebaühtlane. Palju kättesaadavaist andmeist ELis pärineb sihtuuringutest, mis põhinevad erineva suurusega valimitel ja mille tulemuste (ja suundumuste) põhjal on väga keeruline järeldusi teha.

Võrreldes kogu rahvastikuga on uimastitarvitajate osakaal vangide seas väga kõrge. Enamiku ELis teostatud uuringute kohaselt on vangide osakaal, kes on oma elu jooksul uimasteid tarvitanud, 50%; see aga varieerub tugevasti, ulatudes sõltuvalt kinnipeetavatest vanglas, kinnipidamisasutusest või riigist 22%st kuni 86%ni (¹⁸⁴). Regulaarset uimastite tarbimist või sõltuvust enne vangistust esineb Euroopa Liidus 8–73%-l vangidest (¹⁸⁵).

Enamik uimastitarbijaid vähendab vanglasse sattudes uimastite tarbimist või lõpetab selle. Paljud vangid siiski jätkavad uimastite tarbimist pärast vanglasse sattumist ning osa alustab uimastite tarbimist (ja/või süstimist) vanglas. Olemasolevad uuringud näitavad, et vangidest on enda väitel 8–60% kasutanud vanglas olles uimasteid ja 10–42% tarbivad uimasteid regulaarselt (¹⁸⁶).

⁽¹⁷⁴⁾ Portugalis on ülejäänud uimastialaste õigusaktide rikkumised seotud "uimastite vahendamise/kaubandusega", sest uimastite tarbimise / tarbimise eesmärgil omamisega seotud õigusrikkumised dekriminaliseeriti 2001. aasta juulis.

⁽¹⁷⁵⁾ Norras ei tehta vahet mõistete "uimastite vahendamine/kaubandus" ja "uimastite tarbimine/vahendamine ja kaubandus" vahel. Seetõttu hõlmavad ülejäänud uimastitega seotud õigusrikkumised üksnes "uimastite tarbimist".

⁽¹⁷⁶⁾ Vt tabelit DLO-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁷⁷⁾ Seadus uimastite tarbimise ja tarbimise eesmärgil omamise dekriminaliseerimise kohta võeti vastu 2000. aasta novembris ning jõustus 2001. aasta juulis.

⁽¹⁷⁸⁾ Vt tabelit DLO-3 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁷⁹⁾ Madalmaades on "tugevad uimastid" määratletud kui uimastid, mis kujutavad lubamatut ohtu inimeste tervisele, näiteks heroiin, kokaiin, ecstasy ja LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Järgmised riigid on esitanud teavet uimastite või uimastitega seotud õigusrikkumiste kohta ajalise jaotuses: Belgia, Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Leedu, Luksemburg, Ungari, Malta, Madalmaad (ainult "nõrgad uimastid" / kanep ja "tugevad uimastid"), Austria, Portugal, Sloveenia, Rootsi ja Ühendkuningriik.

⁽¹⁸¹⁾ Vt tabelit DLO-5 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸²⁾ Vt tabelit DLO-6 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸³⁾ Vt tabelit DLO-7 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸⁴⁾ Vt tabelit DUP-1 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸⁵⁾ Vt tabelit DUP-5 (lisa) 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸⁶⁾ Vt tabelit DUP-3 2005. aasta statistikabülletäänis.

Aruannete kohaselt on vangide osakaal, kes on oma elu jooksul süstitavaid uimasteid tarvitanud, üldiselt 15–50%; samas on mõned uuringud andnud tulemuseks ka nii madalaid näitajaid kui 1% või nii kõrgeid kui 69%. Võrdlusandmed, kus need on kättesaadavad (Austria 1999, Inglismaa ja Wales 1997–1998), näitavad, et süstitavate uimastite tarvitamise tõenäosus on noorte õigusrikkujate puhul väiksem kui täisealistel ning vanglas viibivate naiste puhul suurem kui meestel⁽¹⁸⁷⁾. Mitme ELis läbiviidud uuringu põhjal on Bird ja Rotily (2002) tõestanud, et umbes üks kolmandik täisealistest meesvangidest süstib uimasteid. Vastavalt narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste poolt esitatud andmetele on 0,2–34% vangidest⁽¹⁸⁸⁾ süstinud uimasteid vanglasoleku ajal. See tõstatab küsimuse steriilse süstimisvarustuse kättesaadavuse ja hügieeniliste jagamisharjumuste kohta vangide seas ning potentsiaalse nakkushaiguste leviku kohta.

Vanglas uimasteid tarvitavate inimeste abistamine ja ravi

Kõigis liikmesriikides ja kandidaatriikides on kehtestatud ühe- või teistsugused süsteemid, millega tagatakse abi kättesaadavus vanglas uimasteid tarvitavate inimestele, kuigi teenuste hulk ja juurdepääs neile erinevad märkimisväärselt. Märgata on suundumust, et üha rohkem tunnistatakse asjaolu, et vangidel on samad õigused kui teistel inimestel, mis puudutab juurdepääsu tervishoiule, sealhulgas abile ja ravile uimastite tarvitamise puhul (WHO Regional Office for Europe, 2002; Iirimaa, Leedu ja Soome riiklikud aruanded). Teenuste hulgas, mis peaksid olema vangidele kättesaadavad, on ennetusstrateegiad, sealhulgas uimastivabad programmid, detoksifitseerimisravi, ravi metadooni ja teiste ainetega, nõustamine ja haridus.

Riigid kajastavad aruannetes siiski mitmeid probleeme seoses piisava abi tagamisega. Näiteks Eestis on teenuste kättesaadavus väga ebaühtlane, Läti ei pakuta ühtegi uimastitarbijatele suunatud teenust, Poolas on pikad ravijärjekorrad, Rootsi on ära märkinud ülerahvastatud vanglad ja vanglapersonali arvu vähendamise ning Rumeenias puudub asjakohane seadusandlus. Küprosel on võetud mõned ennetavad meetmed, vaatamata sellele, et uimastitarvitajatele vanglas ei ole loodud integreeritud toetusprogrammi.

Haridus- ja koolitustegevus on üldised ennetavad strateegiad. Enamikus ELi ja kandidaatriikides on selliseid tegevusi korraldatud nii uimastitarvitajatele vanglates kui vanglapersonalile. Sellistest tegevusest teavitatud riikide hulgas on Eesti, Hispaania, Küpros, Ungari, Rumeenia ja Sloveenia (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded).

Teine ennetav meetod on uimastivabade üksuste loomine vanglates. Osalemine toimub vabatahtlikkuse alusel, tavaliselt pärast uimasteid tarvitavate vangide poolt kirjaliku avalduse allkirjastamist, et nad nõustuvad teatud tingimustega, näiteks kindla aja tagant võetava uriiniprooviga. Taolised üksused on olemas 15 ELi liikmesriigis. Uutest liikmesriikidest on uimastivabad üksused loodud enamikus neist. Uimastivaba tsooni kohta teostatud hindamine ühes Austria vanglas näitas, et vangid, kes pääsesid vabadesse uimastivabast tsoonist, said oluliselt vähem uusi karistusi kui vangid, kes vabastati vangla tavalistest üksustest (35% võrreldes 62%ga).

Kõige tavapärasem ravimeetod vanglates on uimastivaba ravi, mis on olemas kõikides liikmesriikides (välja arvatud Küpros ja Läti). Raviasutused pakuvad paljudes riikides toetust ja ravi ning järelhooldust, näiteks Belgias, Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Luksemburgis ja Ühendkuningriigis.

Enamikus riikides ei ole asendusravi vanglas sama kättesaadav kui väljaspool vanglat. Vaid Hispaanias on asendusravi laialt levinud, 18% kõikidest vangidest ehk 82% probleemsetest uimastitarbijatest vanglas saavad nimetatud ravi. Luksemburgis on ravi samuti hästi kättesaadav. Riigid, mis on teavitanud ravimeetega teostatava ravi kättesaadavuse märkimisväärselt tõusust, on Prantsusmaa, kus ravi toimub peamiselt buprenorfiiniga, ja Iirimaa (narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded). Madalmaades on ravimeetega teostatav ravi kättesaadav ainult lühiajaliselt kinnipeetavate isikute puhul, kes kasutasid metadooni enne vangistust, samas kui Poolas alustati esimese metadoonravi programmiga 14 eelvangistuses oleva inimesega.

Nakkushaiguste leviku vastase võitluse areng vanglates

2003. aastal paranes Eestis HIVi leviku tõkestamisega seotud olukord. Esmakordsete HIV-testide arv suurenes 2002. aastal 2,6 korda, kuigi positiivsete testide arv suurenes väga vähe. Testide eel ja järel pakutavate nõustamisteenuste arv suurenes ja need paranesid kvaliteedilt. Rumeenias töötati koostöös mõnede rahvusvaheliste valitsusväliste organisatsioonidega välja programme, mille eesmärk on ennetada HIVi/AIDSi levikut kinnipidamisasutustes ja vangide hulgas.

Hispaania on ainuke riik, kus vanglates rakendatakse süstemaatiliselt nõela- ja süstlavahetusprogramme. 2003. aastal jaotati nende programmide kaudu kokku 18 260 süstalt. Sarnaste programmide rakendamist ei kavandata teistes liikmesriikides ega kandidaatriikides.

⁽¹⁸⁷⁾ Vt tabelit DUP-2 2005. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁸⁸⁾ Vt tabelit DUP-4 2005. aasta statistikabülletäänis.

Vanglakaristuse alternatiivid: keskendumine õigusrikkumise toime pannud probleemsetele uimastitarbijatele ELis, Euroopa Narkootikumide ja Narkoopia Seirekeskuse 2005. aasta aruanne: valikteemad

Vanglateskkond on probleemsetele uimastitarbijatele eriti kahjustav ning valitseb laialdane poliitiline konsensus põhimõtte osas kasutada vanglakaristuse alternatiivina ravi. Uimasteid tarvitavatele õigusrikkujatele pakutavad alternatiivid hõlmavad mitmeid sanktsioone, mille alusel võib vanglakaristuse, mis on määratud uimastitarbijale, kes on toime pannud riikliku seadusandluse alusel tavaliselt vangistusega karistatava õigusrikkumise, edasi lükata, seda asendada, vältida või täiendada. Valikteema suunab tähelepanu nendele meetmetele, mis on seotud uimastiraviga.

Alates 1960ndatest aastatest on ÜRO ja ELi kokkulepetes, strateegiates ja tegevuskavades korduvalt rõhutatud ja tugevdatud põhimõtet kasutada ravi, koolitust ja taastusravi kui alternatiivi uimastitega seotud õigusrikkumiste eest süüdimõistmisele ja karistuse määramisele. Seda põhimõtet on ELi liikmesriigid rakendanud oma siseriiklikus seadusandluses ning kriminaalkohtu-, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemid on selle järgi kohandatud. Noored uimastitarbijad on sellesse narkootikumide ja kuritegude nõiaringi sattumise eest eriti halvasti kaitstud ning eeskätt soovetakse vältida vangistust noorte õigusrikkujate puhul.

Vanglakaristusele alternatiivsete meetmete rakendamine on aga raskendatud erinevate administratiivsete süsteemide ja nende erinevate põhimõtete tõttu.

Koordinatsioonistruktuuride ja algatuste kaudu on püütud vähendada erinevusi kohtu-, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide vahel, st politsei, kohtute, vanglate ja uimastiraviasutuste vahel. Mitteformaalsed koostöömehhanismid kohalikul tasandil on sageli olnud stabiilsemate institutsionaalsete reformide eelkäijateks.

Vangla alternatiivide kasutamine on EL-15 liikmesriikides viimastel kümnenditel suurenenud ja mõnedes riikides hiljuti isegi seiskunud, samas algas alternatiivide kehtestamine ja rakendamine uutes liikmesriikides hiljem. Tavaliselt on traditsioonilise ravisüsteemi ülesanne tagada probleemsetest uimastitarbijatest õigusrikkujate ravi. Enamikus riikides teostatakse statsionaarset ravi, kuid on ka olemas võimalus pakkuda ambulatoorse ravi programme.

Ravi kui vangistuse alternatiivi hindamise uuringuid on Euroopas vähe ja need on osaliselt lõpetamata. Kooskõlas muu ravi käsitleva uurimistööga peetakse ravi jätkamist peamiseks edu aluseks ning ravist eemalejäämine on üks suuremaid probleeme vangistuse alternatiivide puhul. Tõendite põhjal on järeldatud, et ravi edukuse määrab selle kvaliteet ja mitte kliendi ravile sattumise viis. Ravi kui vangistuse alternatiiv paistab toimivat kõige paremini, kui uimastisõltlased on ravi saamiseks motiveeritud, kui hooldusasutused peavad kinni headest kliinilistest standarditest ja kui neis töötab piisavalt kvalifitseeritud personali.

See valikteema on kättesaadav trükituna ja Internetis vaid inglise keeles ("Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).





Kirjanduse loetelu

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), „The American STAR comes to England”, *Drug and Alcohol Findings* 8, lk 21–26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Pariis.
- Becoña, E. (2002), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. ja Rotily, M. (2002), „Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates” behavioural risks – results from European prisons”, *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. ja Aavitsland, P. (2005), „Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities”, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), „Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors”, *Addictive Behaviours* 25, lk 887–897.
- Bovenkerk, F. ja Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- 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*, ilmumas.
- Butler, G. K. L. ja Montgomery, A. M. J. (2004), „Impulsivity, risk taking and recreational „ecstasy” (MDMA) use”, *Drug and Alcohol Dependence* 76, lk 55–62.
- Butters, J. E. (2004), „The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, lk 381–390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. ja Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Viin.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Viin.
- Cuijpers, P., et al. (2002), „The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project”, *Addiction* 97, lk 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), „Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study”, *Journal of Studies on Alcohol* 62, lk 228–233.
- De Wit, A. ja Bos, J. (2004) „Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature”, In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon, lk 329–343.
- Drug Misuse Research Division (2004), „Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002”, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), „Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths”, project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2003), „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000”, CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforschung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

- EMCDDA (2004b), „Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options“, *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- Eurobaromeeter (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, Euroopa Komisjon, Brüssel.
- EuroHIV (AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskus) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, lk 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), „Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions“, *BMJ* 328, lk 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Viin.
- Ghuran, A. ja Nolan, J. (2000), „Recreational drug misuse: issues for the cardiologist“, *Heart* 83, lk 627–633.
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. ja Ali, R. (2005), „Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection“ (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- Haasen, C. (2003), Kõne EMCDDA konverentsil „Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004“, november 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Maailma Tervishoiuorganisatsioon, Genf.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), „Mental illness and mortality among homeless people“, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, lk 81–82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES, Helsingi.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. ja Whiteside, H. O. (2003), „Family-based interventions for substance use and misuse prevention“, *Substance Use and Misuse* 38, lk 1759–1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung „Qualität schulischer Suchtprävention“ am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. ja Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), „Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences“, *Epidemiology and Infection* 133, lk 127–136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), The challenge of prevention of drug use, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. ja De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. ja Paddock, S. M. (2002), „Reassessing the marijuana gateway effect“, *Addiction* 97, lk 1493–1504.
- Narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrgu riikide teabeskuste aruanded (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- National Treatment Agency (NTA) (2003), „New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers“, press statement 13 June 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), „54 per cent more drug misusers get treatment in England“, press statement 30 September 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. ja Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. ja Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- 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.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. ja Baer, J. (2000), „Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education“, *Journal of Drug Education* 30, lk 399–421.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), „Risk factors associated with drug use: the importance of „risk environment““, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, lk 303–329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. ja Van Laar, M. (2004), „Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004“, Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. ja Nilson, M. (2002), „An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway“, *International Journal of Drug Policy* 13, lk 477–484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. ja Fiellin, D. A. (2005), „Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users“, *Addiction* 100, lk 150–158.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), „The motivation, skills and decision-making model of „drug abuse“ prevention”, *Substance Use and Misuse* 39, lk 1971–2016.

Taylor, B. J. (2000), „Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial”, *Prevention Science* 1, lk 183–197.

Terweij, M. ja Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

UNODC ja Maroko valitsus (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genf.

WHO (2004), „Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users”, *Evidence for action technical papers*, WHO, Genf.

WHO (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users”, *Evidence for action technical papers*, final draft, March 2005, WHO, Genf.

WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, drugs and society: a consensus statement on principles, policies and practices*, WHO Regional Office for Europe, Genf.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

Aastaruanne 2005: uimastiprobleemide olukord Euroopas

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus
2005 — 89 lk — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-236-5

MÜÜK JA TELLIMINE

Väljaannete talituse tasulised väljaanded on saadaval meie müügiesindustes üle maailma.

Müügiesinduste nimekirja leiate väljaannete talituse veebileheküljelt (<http://publications.eu.int>) või küsige paberväljaannet faksi teel: (352) 2929-42758.

Võtke ühendust valitud esindusega ja esitage oma tellimus.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kohta

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

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

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

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