



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

AASTARUUTINE 2004

NARKOPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPA LIIDUS JA NORRAS



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

NARKOPROBLEEMIDE
OLUKORD EUROOPA LIIDUS JA NORRAS

AASTARUUTINE
2004

Õiguslik teadaanne

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

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

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

Tasuta infotelefon:

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Kataloogimisandmed on esitatud väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2004

ISBN 92-9168-207-1

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004

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 Lisboa, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

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

Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	7
Põgus ülevaade uimastiprobleemide olukorrast Euroopas	9
1. peatükk	
Uued suundumused poliitikas ja õigusnormides	15
2. peatükk	
Uimastitarbimise ennetamine – töö kogukondadega ning keskendumine riskirühmadele	24
3. peatükk	
Kanep	28
4. peatükk	
Amfetamiini-tüüpi stimulandid, LSD ja muud sünteetilised uimastid	34
5. peatükk	
Kokaiin ja kokaiin <i>crack</i>'i kujul	44
6. peatükk	
Heroiin ja uimastite süstimine	50
7. peatükk	
Ravi – probleemidega inimeste vajaduste rahuldamine	63
8. peatükk	
Kuritegevuse ja vanglaga seotud küsimused	70
Valikteema 1	
Euroopa siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamine	75
Valikteema 2	
Kanepiga seotud probleemid ja nende kontekst – Euroopa ravinõudluse suurenemise mõistmine	82
Valikteema 3	
Kaasnev haigestumus	94
Kirjanduse loetelu	105
Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskused	111



Eessõna

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) käesoleva aasta aruandes on toodud andmed Euroopa Liidu 25 liikmesriigi ja Norra kohta. Esitatud põhjalik informatsioon ei aita meil mitte ainult paremini mõista Euroopa kodanikke ning neid ümbritsevat keskkonda puudutavaid narkoprobleeme, vaid aitab ka kajastada meetmeid ja tegevuspoliitikaid, mida liikmesriigid on välja töötanud ja rakendavad uimastitarbimisega kaasnevate keerukate ja mitmetahuliste probleemidega toimetulekuks.

Neile, kes on tutvunud EMCDDA eelmiste aastate aruannetega uimastiolukorra kohta Euroopas, torkavad kindlasti silma laienemisega kaasnevad märgatavad erinevused. Mitmed meie eelhinnangud uimastiprobleemide iseloomule ja suundumustele tuleb uuesti läbi vaadata ning kohandada kajastamiseks tegelikku keerukat, dünaamilist ja mitmepalgelist olukorda tänases Euroopas.

Teavet iga valdkonna kohta ei esita kõik riigid, samuti ei ole kõik võrdlusandmed kättesaadavad. Seetõttu on toodud ära ka meetodilised märkused ning samuti manitseme lugejat järelduste tegemisel ettevaatusele. Euroopa uimastiolukorra kohta esitatud informatsioon on siiski põhjalik ja selle usaldusväärsus kasvab pidevalt. Tulevatel aastatel, kui liikmesriikide poolt praegu tehtavad investeeringud juba tulemusi annavad, loodame tuua teieni veelgi põhjalikumat teavet. Ala asjatundjad ja need, kes soovivad täpsemat teavet aruande mõne aspekti kohta, võivad uurida täielikke andmebaase, mille põhjal käesolev kokkuvõtlik informatsioon on esitatud ning mille leiate lisatud statistikabülletäänist või käesoleva väljaande laiendatud *online*-versioonist. Nendele, kes soovivad kokkuvõtlikku ülevaadet arengutest, antakse ülevaade põhisuundumustest osas "Pilguheit", mida siis käsitletakse põhjalikumalt aruande põhiosas.

Tunnistame tänulikult, et käesolevas aruandes esitatud teave on saadud tänu meie partneritele ja nende tööle Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgus (Reitox) ning teadustöötajatele, kes osalevad siseriiklike ja Euroopa Liidu tasandi tööühmade töös. Aruande koostamisele on kaasa aidanud ka meie töö Euroopa Komisjoniga Euroopa narkootikumidevastase tegevuskava (2000–2004) hindamise toetamisel.

Mõned kommenteerijad keskenduvad raskustele, mis võivad tekkida Euroopa suurema integreerumise tagajärjel, eriti sellele, et piiride avanemisest, kaupade ja inimeste vabast liikumisest lõikab kasu organiseeritud kuritegevus. Käesolevas aruandes ei vaadata nendest küsimustest mööda, kuid siit võib leida ka teisesisulisi sõnumeid. Eurooplastena jagame me narkootikumide tarbimisest tulenevaid ühiseid probleeme, kuid toome arutellu ka erinevaid ajaloolisi kogemusi ja perspektiive. Aruandes esitatud andmeid esitavad liikmesriigid, kes on võtnud endale kohustuse koguda võrreldavaid andmeid ning kasutada neid poliitika ja meetmete täpsemaks suunamiseks ja tõhusamaks arendamiseks. Euroopa Liidu laienemine annab meile uue võimaluse oma kasulike kogemuste jagamiseks ning tihedamaks koostööks paremate meetmete väljatöötamisel. Nende püüdluste täitmiseks teeb EMCDDA koostööd liikmesriikidega argumenteeritud debatiks vajaliku kõrgekvaliteedilise teabe kogumisel.

Marcel Reimen

EMCDDA haldusnõukogu esimees

Georges Estievenart

EMCDDA tegevdirektor



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;
- Euroopa Parlamenti, Euroopa Liidu Nõukogu, eelkõige narkovaldkonna horisontaalküsimuste töörühma, Euroopa Komisjoni;
- Euroopa Nõukogu Pompidou rühma, ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Bürood, Maailma Tervishoiuorganisatsiooni, Europoli, Interpoli, Maailma Tolliorganisatsiooni, alkoholi ja muude sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN), AIDSi Epidemioloogilise Seire Euroopa Keskust (EuroHIV);
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkesekst ja Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitust;
- Prepress Projects Ltd.;
- eLg Language Integration.

Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide ja Norra (osaleb kõnealuse keskuse töös alates 2001. aastast) riiklike aruannetena. Käesolevas aastaaruandes on kasutatud 2002. aasta (või viimase aasta, mille kohta andmed olid kättesaadavad) statistilisi andmeid. Uimastiitrimise vastaste meetmete ja valikteemade osas võib olla uuemaid andmeid.

Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded on kättesaadavad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebileheküljel (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).

Aastaaruande elektrooniline versioon on kättesaadav 20 keeles aadressil <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Täiendavad materjalid, millele viidatakse joonealustes märkustes tähisega OL, on kättesaadavad vaid *online*-versioonis. Need ingliskeelsed materjalid sisaldavad arvukalt jooniseid, tabeleid ja taustteavet.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta statistikabülletään sisaldab statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabelite täielikku kogu (<http://statistics.emcdda.eu.int>). Selles on täpsustatud ka muid kasutatud meetodika üksikasju.



Põgus ülevaade uimastiprobleemide olukorrast Euroopas

Käesolevas ülevaates tõstetakse esile mõned põhilistest arengusuundadest, mis sisalduvad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2004. aasta aruandes uimastiprobleemidega seotud olukorra kohta Euroopas. Täieliku ülevaate saamiseks peaks lugeja tutvuma aruandega tervikuna.

Poliitika ja õiguslik raamistik

Aruandes märgitud suuremate poliitikaarengute hulka kuulub maailma uimastiprobleemi käsitletud ÜRO Peaassamblee 1998. aasta eriistungjärgu (UNGASS) töö põhineva tegevuskava vahehindamine. Peale selle aitab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus hinnata Euroopa Liidu narkootikumide alast tegevuskava (2000–2004), mis lõpeb 2004. aastal.

Juunis 2003 võttis ministrite nõukogu vastu soovitusel narkosõltuvusega seotud tervisekahjustuste ennetamise ja vähendamise kohta. Soovitusel käsitletud põhivaldkondade hulka kuulub tervisekaitse ja riskide vähendamine, vere kaudu levivate haiguste esinemuse vähendamine uimastitarbijate hulgas (HIV, HCV ja TB), uimastitega seotud surmajuhtude arvu vähendamine ning asjakohase hindamissüsteemi loomine. Ministrite nõukogu jõudis 2003. aastal ka poliitilisele kokkuleppele narkokaubandust käsitlevas raamotsuses. Kõnealune kokkulepe keskendus karistuste ühtlustamisele ning tegevuseesmärkide laiendamisele, et hõlmata need kuritegelikud ja terroriühendused, kelle rahalised vahendid tulevad narkokaubandusest.

Tööd jätkati 2003. aastal uute sünteetiliste uimastite kontrollimisega Euroopa Liidus ning ministrite nõukogu võttis vastu otsuse kontrollmeetmete kehtestamise kohta uimastite 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2 üle.

2003. aastal suurenes nende riikide arv, kelle uimastipoliitika toimib siseriikliku üldstrateegia raames, ning Taanis, Saksamaal, Leedus ja Sloveenias võeti vastu uimastialased tegevuskavad. Kui Eesti ja Prantsusmaa toimivad 2004. aastal kavandatu kohaselt, siis on kolmveerand Euroopa Liidu riikidest kõnealuse lähenemisviisi kasutusele võtnud. Siseriiklikes strateegiates on ühisteks teemadeks kohustus läheneda pakkumise ja nõudmisega seotud meetmetele tasakaalustatult ning kooskõlastamise tähtsuse otsene tunnustamine.

Uimastipoliitika hindamised võivad pakkuda tuleviku seisukohalt vajalikke õppimisvõimalusi. Liikmesriigid esitasid 2003. aastal seire- või hinnanguaruanded järgmistes valdkondades: uute uimastialaste õigusaktide toime; muudatuste mõju isiklikuks tarbimiseks mõeldud uimastite, eelkõige kanepi valdamist käsitlevates õigusnormides; meetmed, mis võimaldavad kohalikel asutustel tarvitusele võtta abinõud narkokaubandusega või üldsust häiriva käitumisega seotud kohtades; kavad uimastitarvitajate suunamiseks muudesse kui kriminaalkohtusüsteemi asutustesse; uimastikaubanduse ja rahapesu vastu võitlemise meetmed. Liikmesriikide võetud meetmed siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamisel esitatakse hindamist käsitleva valikteema all.

Kaks riiki (Belgia, Ühendkuningriik) teatasid muudatustest kanepi õiguslikus määratluses. Mõlema kõnealuse riigi õigusaktid ja suunised käsitlevad selgesti probleemset kanepitarbimist ning kasutuselevõetud õiguslikel muudatustel on arvukalt aspekte, mida massiteabevahendid on kõnealustest meetmetest teatades mõnikord ignoreerinud.

Valdkond, mis muutub tulevikus võetavate meetmete ja rahvusvahelise koostöö seisukohalt üha tähtsamaks, hõlmab volituste kindlaksmääramist, mis võimaldavad konfiskeerida narkootikumidega kauplevate ja kuritegelike rühmituste vara. Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa ja Ühendkuningriik kannavad ette uutest edusammudest kõnealuses valdkonnas.

Paljudes liikmesriikides tekitab endiselt muret sõidukijuhtimine uimasti mõju all ning selle käsitlemise küsimus. Kolmes riigis (Prantsusmaa, Austria ja Soome) tehti 2003. aastal märkimisväärsed muudatusi, et tugevdada kõnealuse valdkonna õigusaktide toimet ja need selgemaks muuta.

Narkoennetustöö

Narkoennetust Euroopas võib liigitada vastavalt sellele, kas ennetustöö on suunatud kogu ühiskonnale (kõikehõlmav ennetus) või kõige enam ohustatud isikutele nii rühma (valikuline ennetus) kui üksikisiku (soovituslik ennetus) tasandil. Kõige paremini väljatöötatud kõikehõlmava ennetuse mudelid on kooliõpilastele suunatud programmid, mis toetuvad küllaltki stabiilsele, programmi sisu ja rakendamist suunavale

tõendusmaterjalile. Mitmed riigid teatavad soodsatest arengutest koolipõhiste ennetusprogrammide katvuses ja toimimises. Paljudes riikides on siiski veel väga palju kasutamata võimalusi kõikehõlmava ennetuse katvuste ja kvaliteedi parandamiseks. Kõikehõlmava ennetuse võimalusi on tähelepanuväärselt palju ka väljaspool koolikeskkonda, kuid praegu kasutatakse sellist lähenemisviisi ainult mõnes riigis.

Hoolimata asjaolust, et ennetustöö tähtsust suurimas ohus oliivate hulgas tunnistatakse üha enam, püsib vajadus teha olulisi investeeringuid ka sel viisil suunatud ennetusse.

Kanep

Kanep on endiselt kõige tavalisem ebaseaduslik aine Euroopa Liidus, mille tarbimistase on riigiti väga erinev. Viimase aja uuringud 15aastaste kooliõpilaste hulgas lubavad järeldada, et elu jooksul tarbimine võib olla alla 10% kuni üle 30%, kusjuures suurimast määrast teatatakse poiste hulgas Ühendkuningriigis (42,5%). Väike kuid kindel osa (umbes 15%) viimase aasta jooksul kanepit tarbinud 15aastastest kooliõpilastest teatab 40 või enamast tarbimiskorrast. Selline intensiivne kanepitarbimine valmistab muret, eelkõige seetõttu, et kõnealust rühma võivad ohustada negatiivsed tagajärjed. Seda probleemi ning asjaolu, et kanepiga seotud ravinõudlus on Euroopas suurenenud, käsitletakse üksikasjalikumalt valikteema all. Kanepitarbimise viimase aja (viimase aasta) levimus on suurim noorte täisealiste hulgas (15–34aastased), olles enamikus riikides 5% ja 20%. Selgub, et kanepitarbimine suurenes oluliselt enamikus riikides 1990. aastatel, kuid on nüüd vähemalt mõnes riigis stabiliseerunud.

Euroopas konfiskeeritud kanepi päritoluriikidena nimetatakse enamasti kui 30 riiki, milles väljendub kanepitootmise ülemaailmne laad. Euroopa on maailma suurim kanepivaiguturg, kusjuures enamik kanepivaigust pärineb Marokost, mis on praegu selle uimastivormi peamine päritoluriik maailmas. Kanepit viljeldakse praegu enamikus Euroopa riikides, kuigi kõigis riikides (välja arvatud Holland) on ülekaalus ikkagi imporditud kanepitooted. Näib, et Euroopasse imporditud kanepi kangus on püsinud suhteliselt stabiilsena rea aastate jooksul. Euroopa Liidus intensiivmeetodil kasvatatud kanep on tavapäraselt kangem, kuid kõnealust kahte toodet iseloomustab märkimisväärne kattuvus.

Amfetamiini-tüüpi stimulandid (ATS), LSD ja muud sünteetilised uimastid

Amfetamiin on Euroopas olnud kanepi järel teine kõige üldisemalt kasutatav uimasti. Näib, et see on muutumas

terves reas riikides, eriti Saksamaal, Hispaanias, Hollandis, Soomes ja Ühendkuningriigis, kus hiljutised vaatlusandmed tõendavad, et ecstasy't tarbitakse nüüdisajal amfetamiiniga võrdselt või isegi rohkem. Olenemata kõnealusest ecstasy-tarbimise tõusust toimus 2002. aastal suurem osa amfetamiini konfiskeerimistest maailmas (86% mahust) ikkagi Euroopas. Elu jooksul ecstasy tarbimise levimuse määrad ulatuvad tavaliselt 0,5 protsendist seitsme protsendini täisealiste hulgas, kuigi noorte meeste hulgas on need määrad suuremad. Levimuse määrad elu jooksul 15- kuni 24aastaste meeste hulgas Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Hollandis ja Ühendkuningriigis on näiteks 11%–17%. Üldiselt tundub, et ecstasy-tarbimise tõus 1990. aastatel on nüüdseks stabiliseerunud ning kasvavast suundumusest teatavad ainult mõned riigid. Konkreetsete rahvastikurühmade hulgas tehtud uuringud näitavad jätkuvalt, et ecstasy-tarbimine on kõige tavalisem tantsuüritustel/pidudel käivate noorte hulgas, kuigi viimased tõendid sunnivad oletama, et see seos võib olla nõrgenemas.

Ecstasy'ga seotud surmad on opiaadisurmadega võrreldes haruldased, kuid tekitavad küllaltki suurt muret üldisuse hulgas. Mõistestamise ja mõõtmisega seotud probleemid raskendavad kõnealuse teema analüüsimist. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele teatati vähem kui sajast ecstasy'ga seotud surmajuhtumist viimase aasta jooksul, mille kohta olid andmed olemas. Kuid arvu tuleb suhtuda ettevaatusega, sest mõned riigid ei esitanud üldse andmeid ning juhul kui toksikoloogilisi andmeid esitati, sisaldasid need sageli peale ecstasy ka muid aineid. Umbes kaks kolmandikku kõigist Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele teatatud ecstasy'ga seotud surmajuhtudest tuli Ühendkuningriigist, kus kõnealune suundumus kasvab. Jäab selgusetuks, kui suur osa sellest näitajast kajastab ecstasy-tarbimise kõrget levimust ning kui suures ulatuses see peegeldab aruandlustavade erisusi.

Liikmesriigid jätkavad sihikindlat tegevust stimulantide meelelahutuslikul eesmärgil tarbimise vastu rea ennetusprogrammide ja kahjustuste vähendamisele suunatud programmide abil, ning eriti paistab selles valdkonnas silma uute liikmesriikide tegevus. ATSi tarbimine on harva esmaseks uimastiravi taotlemise põhjuseks, välja arvatud Rootsis ja Soomes, kus on pikka aega olnud tegemist kroonilise amfetamiinitarbimise probleemidega, ning Tšehhi Vabariigis, kus juba mõnda aega valitsevad pervitiini (kohalikult valmistatav metamfetamiin) tarbimise probleemid.

Kuigi metamfetamiini tarbimine muutub üha suuremaks probleemiks kõikjal maailmas, piirdub selle uimasti tarbimine Euroopas praegu Tšehhi Vabariigiga. Aeg-ajalt

tuleb siiski teateid metamfetamiini tarbimise kohta reast muudest Euroopa riikidest, mis laiendab selle eriti kahjustava toimega uimasti võimaliku edasise leviku spektrit.

Kokaiin

Viimaste vaatlusandmete põhjal võib arvata, et 0,5%–6% täisealistest on üldse tarbinud kokaiini (eluaegne levimus). Noorte täisealiste (15–34aastased) hulgas on eluaegse levimuse määrad üldjoontes 1%–10%. Tavapärastelt teatavad umbes pooled üldse kokaiini tarbinud isikutest, et on seda tarbinud viimase aasta jooksul. Tarbimisnäitajad on kõrgemad Hispaanias ja Ühendkuningriigis; mõlemas riigis on viimase aja (viimase aasta) tarbimise levimus täisealiste hulgas üle kahe protsendi, kusjuures enamikus teistes riikides on see alla ühe protsendi. See tähendab, et kokaiini hiljutise tarbimise levimus Hispaanias ja Ühendkuningriigis on nüüd sama kõrge nagu USAs, kuigi eluaegse levimuse määrad püsivad madalamad. Kokaiinisuundumusi on siseriiklikul tasandil raske jälgida, kuid siiski olemasolevad andmed lubavad oletada, et viimase aja kokaiinitarbimine noorte hulgas on mõnevõrra tõusnud Taanis, Saksamaal, Hispaanias, Hollandis ja Ühendkuningriigis, kuid ka Kreeka, Iirimaa, Itaalia ja Austria teatavad kohalikele või kvalitatiivsetele allikatele tuginedes suurenenud tarbimisest.

Kokaiini konfiskeerimiste arv tõusis ajavahemikul 1997–2002 kõigis riikides, välja arvatud Saksamaa ja Itaalia. Olemasolevatele andmetele tuginevad suundumused lubavad arvata, et täielik analüüs näitaks konfiskeerimiste arvu uut tõusu Euroopa tasandil 2002. aastal. Teadete kohaselt on enamikus riikides kõnealusel perioodil langenud ka kokaiini hind.

Crack'i (kokaiini lähteaine) suitsetamine piirdub ikkagi mõne suurema linnaga Euroopas, ning tarbimine näib olevat kõige tavapärasem marginaliseerunud rühmades. Uimastitarbimispunkte kasutavate tarbijate hulgas tehtud uuringute andmetel on kokaiinisuitsetamise määrad näiteks eriti kõrged naissoost seksitöötajate hulgas. Kuigi kokaiinisuitsetamist esineb elanikkonna hulgas üldiselt harva, on see eelkõige seotud suurenenud terviseriski ja sotsiaalsete probleemidega.

Toksikoloogilise analüüsi andmetel esineb mõnes riigis uimastitega seotud surmajuhude korral kokaiin tavaliselt koos opiaatidega. Kokaiinist ilma opiaatideta tingitud surmajuhud on harvad, kuid nende arv võib tõusta. Ühendkuningriigis suurenes ajavahemikul 1993–2001 kokaiini mainimiste arv surmatunnistustel kaheksa korda, ning Hollandis kasvas üksnes kokaiinist tingitud surmade arv kahelt juhult 1994. aastal 26 juhuni aastal 2001.

Kokaiin võib kaasa aidata surma saabumisele kardiovaskulaarsete probleemide korral, kuid need juhud on statistikas halvasti esindatud.

Kokaiiniprobleemidega isikute ravivõimalused kalduvad enamjaolt olema üldist laadi, tavaliselt ilma farmakoloogilise komponendita. Jätkatakse tööd eesmärgiga parandada farmakoloogiliste sekkumiste efektiivsust, kuid peale sümptomaatilise abi osutamise ei ole selget konsensust heade ravitavade suhtes kõnealusel valdkonnas. *Crack*'i tarbijatega tegelemine võib tekitada ravikeskustele probleeme.

Probleemne uimastitarbimine, heroiniitarbimine ja uimastite süstimine

Heroiniitarbimine ja uimastite tarbimine süstimise teel moodustavad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse probleemse uimastitarbimise indikaatori olulise osa. Kõnealune indikaator on liitmeede, mille eesmärk on aidata hinnata kroonilise uimastitarbimise kui suurel määral varjatud probleemi ulatust. Hinnanguliselt ulatub probleemne uimastitarbimine kahest kuni kaheistkümnelt juhuni 1000 täisealise elaniku kohta. Hinnanguliselt erineb probleemse uimastitarbimisega elanikkonna osa suurus suurel määral nii riigiti kui riikide siseselt, kusjuures näitajad on suhteliselt kõrged Taanis, Itaalias, Luksemburgis, Portugalis ja Ühendkuningriigis.

Probleemsete uimastitarbijate rühmad Euroopas hakkavad muutuma heterogeensemaks. Varem oli paljudes riikides probleemsete uimastitarbijate enamiku hulgas levinud heroiniitarbimine, kuid nüüd muutub mitme uimasti ja stimulantide kasutamine üha üldisemaks. Raske on hinnata, kuid heroiniitarbimine näib püsivat suhteliselt stabiilsena paljudes riikides ning uute tarbijate lülitumistasemed (juhtude arv) on langenud võrreldes olukorraga 1990. aastatel. See analüüs ei tarvitse paika pidada Euroopa Liidu uute liikmesriikide puhul.

Euroopa arvele langeb üle veerandi kõigist heroini konfiskeerimistest maailmas. Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini mahuga seoses ei saa väljakujunenud tendentsi täheldada ning üldjoontes näib see olevat suhteliselt stabiilne. Nii mahu kui konfiskeerimiste arvu osas teatab Ühendkuningriik, kellele järgneb Hispaania, suuremast konfiskeerimiste arvust võrreldes teiste riikidega.

Euroopa riikides esineb piiratud koguses opiaatide tootmist, mis suurel määral piirdub magunavartest valmistatud toodetega kohalikuks tarbimiseks. Viimaste andmete põhjal ei saa täheldada ühtki selget suundumust ei heroini puhtuse ega tänavamüügihinna osas.

Opiaadid on ikkagi ebaseaduslike ainetega seotud surma peamine põhjus Euroopas. Igal aastal registreeritakse 8000 kuni 9000 surmavat üledoosi, kusjuures see arv on peaaegu kindlasti tegelikust väiksem. Enamik ohvreid on noored mehed kahekümnendate eluaastate keskel või lõpus või varastes kolmekümnendates, kuid surmade osas on märgata vanuse kasvu. Kuigi riigiti täheldatakse märkimisväärset erinevust, on uimastitega seotud surmade arv kogu Euroopa Liidus 1980ndate ja 1990ndate aastate jooksul üldjoontes tõusnud. Paljud riigid teatasid uimastitega seotud surmade arvu vähenemisest ajavahemikul 2000–2001 ning selle tulemusena registreeriti Euroopa Liidu tasandil väike, kuid statistiliselt oluline surmade arvu langus 8838 juhult 8306 juhuni. Surmade arv jääb tagasivaates siiski kõrgeks.

Viimasel ajal tekitab muret fentanüülkaubandusega seotud suundumus; fentanüül on heroiinist kuni sada korda kangem sünteetiline opiaat. Viimasel ajal on teatatud konfiskeerimistest reas Läänemere-äärsetes riikides ja Venemaa Föderatsioonis. Eestis ilmus fentanüül uimastiturule heroiini asendajana 2001. aasta lõpus ning Soomes konfiskeeriti 2002. aastal suur metüülfentanüüli partii.

Ravilolevate heroiinitarbijate hulgas korraldatud uuringute põhjal võib oletada suuri riikidevahelisi erinevusi uimasti tarbimise ulatuses (süstimine või suitsetamine). Heroiinitarbijate uute ravinõudluste hulgas teatab süstimisest vähem kui pool tarbijatest, ning mõnes riigis näib süstimine muutuvat üha vähem tavapäraseks. Muijal, esmaajoonel uutes liikmesriikides, kuid mitte ainult nendes, peetakse süstimist normiks heroiinitarbijate hulgas. Süstimise teel manustatava uimasti üldine hinnanguline levimus ulatub kahest kuni kuue juhuni 1000 täisealise elaniku kohta.

HIV epideemia levib mõnes Euroopa Liidu uuest liikmesriikidest ning Euroopa Liiduga piirnevates riikides, samas kui levimusmäärad on Euroopa Liidu riikides väga erinevad. Lääne-Euroopas ähvardavad HIV levimuse näivat stabiilsust mõned uued kohalikud puhangud alates 1990. aastate keskelt ning püsivalt kõrged nakkuste määrad elanikkonna teatavate rühmade hulgas.

C-hepatiiti (HCV) nakatumisaste uimastisüstitajate hulgas püsib Euroopas kõrge ning uuringute andmetel on kolmveerand kuni pool uuritud süstitajatest viirusevastaste antikehade kandjad. Teatavatel juhtudel võib täheldada otsest korrelatsiooni HCV ja HIV nakkuse vahel. B-hepatiidi nakkus süstivate uimastitarbijate hulgas on vaksineerimise kättesaadavusest hoolimata Euroopas jätkuvalt tavaline. Kui mõned Balti riigid võimalike eranditena välja arvata, on tuberkuloosilevimus süstivate

uimastitarbijate hulgas Euroopa Liidu riikides püsivalt madal, kuid mõnes Euroopa Liiduga piirnevas riigis on nakkusaste kõrge.

Üldiselt näib, et investeerimine uimastisüstitajatele mõeldud nõela- ja süstlavahetusprogrammidesse on kõikjal Euroopas suurenenud. Eesti ja Läti on kiiresti laiendanud teenuseid selles valdkonnas ning nõela- ja süstlavahetusprogrammid on kasutusel ka Põhja-lirimaal ja Flandrias (Belgia). Mõnes kõnealuseid programme kasutavas riigis on siiski jaotatavate süstalde arv vähenenud, mis arvatavasti tähendab madalamat süstimistaset. Põhisuundumusteks madala lävega teenuste arendamisel on suurem integreeritus muude ellujäämist võimaldavate teenustega, nagu näiteks varjupaigad ja esimese etapi arstiabi punktid, ning lahtiolekuaegade paindlikkus. Uimastitarbimispunktid on sisse seatud kolmes liikmesriigis ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus on avaldanud kõnealuseid punkte käsitleva üksikasjaliku uuringu.

Uimastiravi

Uimastitarbimisega seotud ravi hõlmab enamikus liikmesriikides enamasti opiaaditarbijaid või mitme uimasti, sealhulgas ka opiaatide tarbimist. Selle rühma jaoks on põhiliseks ravivõimaluseks mõni asendusravivormidest, kuigi uutes liikmesriikides on asendusravi kättesaadavus piiratud ning üldiselt kasutatakse ikka ravimivabu raviviise. Tuleks ühtlasi märkida, et Tšehhi Vabariigis, Soomes ja Rootsis moodustavad süstivad amfetamiinide tarbijad tähelepanuväärse osa uimastiravi olevatest patsientidest.

Uimastiprobleemide tõttu abi otsivate isikute kohta olemasolevad andmed lubavad arvata, et abivajajate tunnused on nüüd mitmekesisemad. Süstimise ja mittesüstimisega seotud ravitava heroiini kõrval kantakse ette reast probleemidest seoses mitme uimasti, stimulantide ja kanepitarbimisega. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ravinõudluse indikaatori põhjal võis 2002. aastal esmakordselt näha, et 11 andmed esitanud riigis oli kanep (mitte opiaadid) selleks uimastiks, mille tõttu suunati suurim arv uusi kliente ravile ambulatoorsetesse raviasutustesse. Ulatus, milles kõnealune teave kajastab aruandlustavade muutumist, teenuste laiendamist või abivajajate omaduste muutumist, arutatakse üksikasjalikult valikteema all pealkirjaga "Kanepiga seotud probleemid ja nende kontekst".

Üha rohkem tunnistatakse, et uimastialased ja muud, eelkõige marginaliseerunud ja sotsiaalselt tõrjutud rühmadele suunatud teenused on vaja terviseabiteenustega integreerida. Eriti keeruline on tõhusalt reageerida nende vajadustele, kellel koos

uimastitarbimisega esinevad ka psühhiaatrilised probleemid. Seda teemat vaadeldakse kaasnevat psühhiaatrilist haigestumust käsitleva valikteema all.

Vanglaga seotud küsimused

Vanglates on uimastitarbijad esindatud arvukamalt kui elanikkonna hulgas üldiselt. Uimastitarbimise eluaegne levimus kinnipeetavate hulgas kõigub vahemikus 22%–86% olenevalt vangide üldkoosseisust, kinnipidamisasutusest ja riigist. Kinnipeetavate hulgas on uimastite süstimise teel tarbimise levimus suhteliselt kõrge ning vanglateskeskkonnas valitseb suur nakkushaiguste leviku

oht. Selle vastu võitlemiseks on vanglates kasutusele võetud asendusraviprogrammid ning nõela- ja süstlavahetusprogrammid. Uimastitarbimisest tulenevaid terviseprobleeme koos piiratud juurdepääsuga teenustele ning vangla tervishoiuteenuste eraldatusega tavapärasest tervishoiusüsteemist käsitletakse üha sagedamini riikliku tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi kontekstis. Uuenduste kohaselt karistuspoliitikas allutatakse uimastitarbijad vangla alternatiivina poolkohustuslikule ravile või rakendatakse nende suhtes ravikommuni teenuseid eeldusel, et sellised sekkumised rahuldavad paremini kinnipeetavate vajadusi.

1. peatükk

Uued suundumused poliitikas ja õigusnormides

Käesolevas peatükis kirjeldatakse uimastipoliitika uuemaid suundumusi nii Euroopa Liidus tervikuna kui ka üksikutes liikmesriikides. Enamikul juhtudel põhineb esitatud teave 2003. aastal – aastal, mis tähistab Euroopa Liidu 2000.–2004. aasta uimastivastase tegevuskava teise osa algust – toimunud muutustel. Peale selle kuulutas 2003. aasta saabumine riikide valitsustele, et kätte oli jõudnud tähtaeg vahekokkuvõtte tegemiseks edusammudest riikliku uimastikontrollistrateegia väljatöötamisel ja rakendamisel ÜRO Peaassamblee 1998. aasta eristungijärgu (UNGASS) ⁽¹⁾ uimastinõudluse vähendamise juhtpõhimõtete deklaratsiooni kohaselt. Euroopa Liidu 2000.–2004. aasta uimastivastane tegevuskava lõpeb käesoleval aastal ning näib olevat õige aeg hinnata selle meetme edukust. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusel on suur ja aktiivne osa kõnealuses töös, mis loodetavasti lihtsustab kindlate tegevuspõhimõtete väljatöötamist uimastivaldkonnas. Strateegiaid ja õiguslikku arengut nii siseriiklikul kui Euroopa Liidu tasandil vaadeldakse põhimõtteliselt sellest vaatenurgast lähtudes.

Areng Euroopa Liidus

2003. aastal võeti Euroopa tasandil vastu kaks uut õigusakti, et püüda lahendada uimastiprobleeme. Ühes käsitletakse rahvatervise, teises ebaseadusliku uimastiäri küsimusi. Muud 2003. aastal Euroopa Liidu tasandil käsitletud teemad hõlmasid meetmeid uute sünteetiliste uimastite arvessevõtmiseks, kooskõlastusmeetmete ja -vahendite rakendamist ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse rolli.

Rahvatervis

Euroopa Parlament ja nõukogu võtsid 23. septembril 2002 vastu ühenduse rahvatervise valdkonna uue tegevusprogrammi (2003–2008), mis tugineb kolmele üldeesmärgile – tervise teave, kiire reageerimine terviseohtudele ja terviseedendusele –, pöörates tähelepanu tervist määravatele teguritele. Tervise teabe ja

terviseedenduse alased meetmed on uimastivaldkonnas eriti olulised.

Ministrite nõukogu võttis 2003. aasta juunis vastu soovitusel "Uimastisõltuvusega seotud tervisekahjustuste ennetamine ja vähendamine", mille koostamise algatas Euroopa Komisjon 2002. aasta mais. Kõnealune dokument hõlmab peamisi saavutusi ning on esimene uimasteid käsitlev Euroopa Liidu soovitus rahvatervise valdkonnas. Selle esmaeesmärgiks on uimastisõltuvusega seotud tervisekahjustuste vähendamine ⁽²⁾. Paljud liikmesriigid on juba inkorporeerinud kõnealuse dokumendi järeldused oma siseriiklikku narkoennetuse strateegiasse.

Kõnealuses dokumendis soovitatakse järgmist.

- Tervisekaitse kõrge taseme kindlustamiseks peaksid liikmesriigid seadma rahvatervise alal eesmärgiks uimastisõltuvuse ennetamise ja sellega seotud terviseriskide vähendamise ning vastavalt välja töötama ja rakendama terviklikud strateegiad.
- Uimastitega seotud tervisekahjustuste (HIV, B- ja C-hepatiit ning tuberkuloos) ja surmajuhtumite arvu oluliseks vähendamiseks peaksid liikmesriigid oma narkoennetuse ja ravi üldpoliitika lahutamatu osana tegema kättesaadavaks terve rea eri teenuseid ja vahendeid, mille esmaeesmärk on riski vähendamine.
- Liikmesriigid peaksid arvesse võtma konkreetsete meetmete loetelu, et välja töötada asjakohane hindamine, mis suurendab narkoennetuse mõjusust ja tulemuslikkust ning vähendab uimastitega seotud terviseriske.

Liikmesriigid peaksid tegema komisjonile ettekande kõnealuse soovitusel rakendamise kohta kahe aasta jooksul pärast selle vastuvõtmist ning seejärel komisjoni nõudmisel. See võimaldab ühenduse tasandil jälgida soovitusel rakendamist ning võtta seejärel asjakohased meetmed Euroopa Liidu uimastivastase tegevuskava eesmärkide saavutamiseks.

⁽¹⁾ <http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm>.

⁽²⁾ Vt ülevaadet kahjustuste vähendamise poliitika rolli kohta, tabel 1 OL.

Peale selle tehakse soovitus Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele ettepanek osutada Euroopa Komisjonile tehnilist abi aruande ettevalmistamisel Euroopa Liidu uimastivastase tegevuskava kohaselt, pidades silmas kõnealuse soovitusel läbivaatamist ja ajakohastamist.

Uimastiäri

Euroopa Komisjon esitas nõukogule ja Euroopa Parlamendile 1999. aastal Soomes Tampere toimunud Euroopa Ülemkogu erakorralise istungi järeldustest tulenevalt ning vastusena Euroopa Liidu uimastivastasele strateegiale ja tegevuskavale raamotsuse ettepaneku, millega kehtestatakse "kuriteo koosseisu tunnuste ja karistuste miinimumeeskirjad ebaseadusliku uimastiäri valdkonnas". Ministrite nõukogu saavutas 2003. aasta novembris poliitilise kokkuleppe seoses kõnealuse esimese raamotsusega uimastiäri valdkonnas. Kõnealust raamotsust loetakse uimastiäriga võitlemisel võtmetähtsusega dokumendiks, sest uimastiäri seotud õigusrikkumiste eest määratavate karistuste vastavusseviimine muutub laienenud Euroopa Liidu liikmesriikide vahel üha tähtsamaks.

Kõnealuse raamotsuse põhimõte on, et liikmesriigid tunnistaksid kriminaalkorras karistatavaks mitte üksnes uimastitega kaubitsemise, vaid ka selle üritamise ja teiste isikute uimastiärile õhutamise ja sellele kaasaaitamise. Nimetatud raamotsuses sisalduvad meetmed on suunatud uimastitega kaubitsejate ning kuritegelike ja terroristlike organisatsioonide vastu, kes hangivad narkokaubanduse teel vahendeid oma ebaseadusliku tegevuse rahastamiseks.

Raamotsuses kavandatakse sanktsioonide kehtestamist isikute suhtes, kes osalevad ÜRO konventsioonide ja EÜ otsustega hõlmatud ainetega kaubitsemisel mis tahes etapis: nimetatud ainete tootmisel, müügiks pakkumisel, veol, levitamisel ja omamisel või ostmisel kaubitsemise eesmärgil. Otsuses palutakse riikidel tagada, et "kuritegusid ... karistataks kriminaalkorras karistustega, millega kaasneb vähemalt 1–3aastane vabadusekaotus" või 5–10aastane vabadusekaotus, kui õigusrikkumine on seotud suurte uimastikoguste või kõige tervistkahjustavamate uimastitega. Raamistiku tuum seisneb uimastiäri ühise määratluse esitamises Euroopa Liidu tasemel ja soovituslike karistuste ettenägemises nimetatud õigusrikkumise eest Euroopa Liidus. Liikmesriikide kokkuleppe saavutamiseks tuli ületada riikidevahelised erinevused isikliku tarbimise määratlemisel. Seetõttu jäävad raamotsusest välja isikliku uimastitarbimisega

seotud õigusrikkumised, mis on määratletud liikmesriikide siseriiklikus õiguses.

Raamotsus jõustub selle avaldamise kuupäeval Euroopa Liidu Teatajas ja liikmesriikidel on aega 18 kuud, et võtta kõnealuse õigusakti täitmiseks vajalikud meetmed.

Uued sünteetilised uimastid

Jätkates oma ülesande täitmist uute sünteetiliste uimastite kontrollimisel, võttis ministrite nõukogu 2003. aasta novembris vastu otsuse, mis käsitleb uute sünteetiliste uimastitega 2C-L, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2 seotud kontrollimeetmeid ja sanktsioone. Liikmesriikides kehtivad nüüd kontrollimeetmed ja kriminaalkaristused kõnealuste ainete suhtes, mis ei sisaldu ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete vastase konventsiooni üheski loendis.

Komisjon esitas 2003. aasta oktoobris nõukogu otsuse eelnõu, et asendada 1997. aasta ühismeede, mis käsitleb uute sünteetiliste narkootikumide alast teabevahetust, riskianalüüsi ja kontrolli⁽³⁾. See algatus on otseselt seotud komisjoni poolt Euroopa Liidu narkootiliste ainete seotud tegevuskava (2000–2004) alusel ette nähtud ühismeetme välise hindamise tulemustega. Kavandatava uue õigusliku vahendi eesmärk on selgitada mõisteid ja korda ning laiendada reguleerimisala ühtviisi kõigile uutele sünteetilistele uimastitele ning kõigile uutele narkootilistele ainetele.

Kooskõlastamine

Komisjon võttis 2003. aasta novembris samuti vastu teatise Euroopa Liidu kooskõlastustegevuse ja vahendite kohta uimastite valdkonnas. Teatis rajaneb olemasolevate kooskõlastuskokkulepete ja -mehhanismide uuringu tulemustel, mille Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus korraldas liikmesriikides koostöös komisjoniga⁽⁴⁾. Teatistes kinnitatakse, et kooskõlastamine on väga tähtis, kui Euroopa Liit soovib narkomaania kui nähtuse keerukusele ja selle tagajärgedele tõhusalt reageerida.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse roll

Komisjon tegi 2003. aasta detsembris lõpuks ettepaneku Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskust reguleerivate määruste uuendamiseks. Nõukogus 2004. aastal arutusele tulev ettepanek hõlmab mitut valdkonda, sealhulgas muudatusi põhimäärustes, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse rolli

⁽³⁾ EÜT L 167, 25.06.1997, lk 1–3.

⁽⁴⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356>.

suurendamiseks mõeldud muudatusi uimastitarbimise uute vormide ja Euroopa Liidu laienemise taustal ning muudatusi, mis võtaksid arvesse kõnealuse keskuse rolli Euroopa Liidu uimastivastase tegevuskava hindamisele kaasaaitamisel.

Siseriiklik poliitika

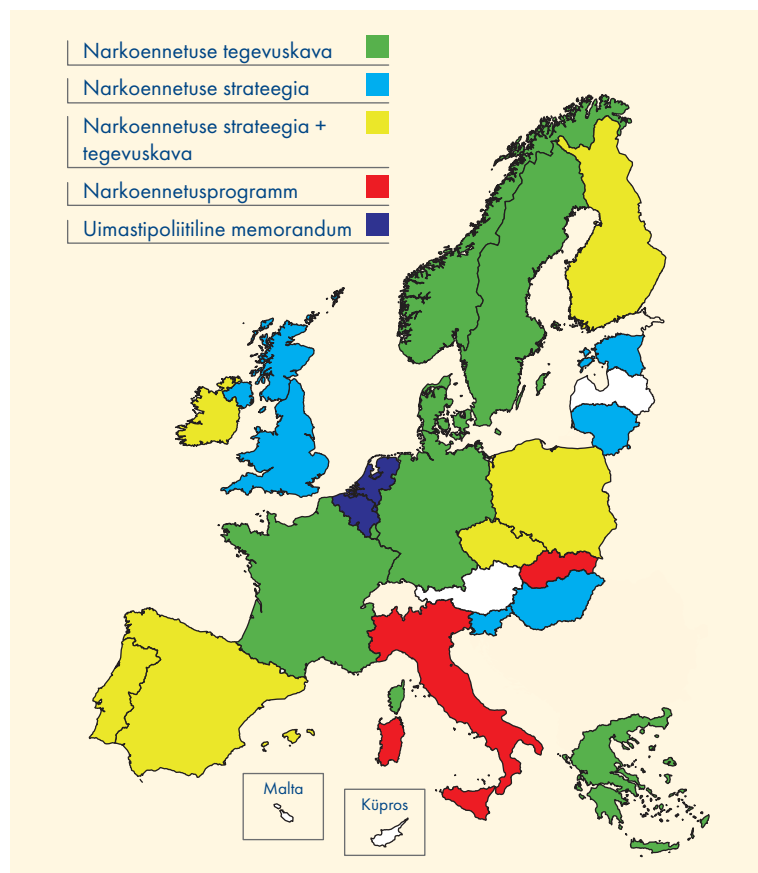
“Narkoennetuse strateegiad” ⁽⁵⁾

Eelmise aasta aruandes nenditi liikmesriikide seas “siseriiklike narkoennetuse strateegiate” vastuvõtmise tendentsi, mis on Euroopa Liidu uimastipoliitika nurgakiviks, ning see tendents jätkus 2003. aastal (joonis 1). 2003. aastal võeti Taanis, Saksamaal, Leedus ja Sloveenias vastu uimastiennetuskavad ja -programmid ning 2004. aastal oodatakse sama Eestilt ja Prantsusmaalt ⁽⁶⁾, mis tõstab narkoennetuse üldise riikliku strateegia raames uimastipoliitikat rakendavate liikmesriikide koguarvu 21-le 25st (22-le 26st, kui Norra kaasa arvata) ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

“Siseriiklike narkoennetuse strateegiate” sedavõrd laiaulatuslik rakendamine suhteliselt lühikese aja jooksul (1997–2004) ⁽⁹⁾ ja piiritletud geograafilises piirkonnas annab võimaluse võrrelda kõnealust nähtust eri liikmesriikides ja saada kogu Euroopa Liitu hõlmav ülevaade.

Esimene tähelepanek on, et üha sagedamini lähenetakse uimastipoliitikale terviklikult ehk “tasakaalustatud lähenemise” teel, kaasates meetmed nii nõudluse kui pakkumise vähendamiseks ⁽¹⁰⁾. See joon esineb kõigis analüüsitud dokumentides. Teiseks on tähtsustumas kooskõlastamise roll. Siseriiklike narkoennetuse strateegiaid viiakse üha enam ellu tsentraliseeritult ja kooskõlastatult (enamikul Euroopa Liidu riikidel on riiklikud kooskõlastusasutused ja koordinaatorid ⁽¹¹⁾), kuigi piirkondlike ja kohalike asutustega tehakse tihedalt koostööd. Kolmandaks võetakse rohkem arvesse sekkumist

Joonis 1: Valik riikide narkoennetuse strateegiaid



Märkused: Teoreetilisest erinevusest uimastipoliitika, riikliku narkoennetusstrateegia (mis peaks määratlema nii üldised põhimõtted kui ka raamistiku ja eesmärgi) ja tegevuskava (mis rakendab strateegiat, kavandades konkreetsed üksikasjalikud tegevused) vahel ei peeta eri riikide dokumentides alati kinni. Erinevuste tõttu riikide vahel kirjeldame siseriiklike strateegilisi dokumente nii, nagu need on ametlikult esitatud, üritamata mõisteid ühtlustada või võrdlusi tuua.

Allikas: Liikmesriikide siseriiklikud strateegiad.

kõige madalamal tasemel ning strateegiate rakendamise järelevalvet ja hindamist kui vahendeid, millega tagatakse otsuseid tegevate isikute vastutus (vt valikteema hindamise kohta, lk 75).

⁽⁵⁾ Arvestades siseriiklike narkoennetuse strateegiate ülesehituse ja sisu suuri erinevusi, ei ole käesolevas aruandes püütud määratlusi ega kontseptsioone ühtlustada. Mõiste “siseriiklik narkoennetuse strateegia” all peetakse seega silmas mis tahes dokumenti, mille valitsus on heaks kiitnud ja kus on kindlaks määratud üldpõhimõtted ja konkreetne sekkumine/eesmärgid, mida (osutatud ajavahemiku jooksul) tahetakse uimastiite vallas rakendada, olgu need ametlikult esitatud uimastistrateegia, tegevuskava, poliitiliste märkustena vms. Lisateavet saab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse siseriiklike strateegiate ja kooskõlastusmehhanismide aruandest (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

⁽⁶⁾ Vt lahter 1 OL: Hiljuti vastu võetud siseriiklikud narkoennetuse strateegiad.

⁽⁷⁾ Norra, kes ei ole Euroopa Liidu liikmesriik, on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse liige. Ainult neli 25st Euroopa Liidu liikmesriigist ei esita (veel) aruandeid niinimetatud siseriikliku narkoennetuse strateegia kohta: Küpros, Läti, Malta ja Austria. Küprosel ja Lätis on narkoennetuse strateegia ettevalmistamisel. Austrias on igal liidumaal oma tegevuskava, kuid puudub ühine narkoennetuse strateegia.

⁽⁸⁾ Vt tabel 2 OL: Olemasolevad “siseriiklikud narkoennetuse strateegiad” EL riikides.

⁽⁹⁾ See ajavahemik hõlmab ka Hollandit, kelle uimastipoliitika on dokumenteeritud kirjutises *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) ning erinevates järeldokumentides (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004).

⁽¹⁰⁾ Tasakaalustatud lähenemisviisi põhimõtte kiideti heaks ÜRO Peaassamblee 1998. aasta eristungijärgu (UNGASS) poliitilises deklaratsioonis: “rakendatakse tasakaalustatud lähenemist nõudluse vähendamise ja pakkumise vähendamise suhtes, mis kindlustavad teineteist, integreeritud lähenemisel uimastiprobleemi lahendamiseks”. Selles peatükis ei ole püütud hinnata liikmesriikide saavutatud “tasakaalustatud lähenemise” ulatust; on lihtsalt täheldatud sellisele lähenemisviisile osutatava tähelepanu suurenemist.

⁽¹¹⁾ Üksikasjalikum käsitlus <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>.

Sellest olenemata on nii "siseriiklike narkoennetuse strateegiate" ülesehituses kui sisus olulisi erinevusi. Näiteks erineb oluliselt strateegiate üksikasjalikkus ning meetmetele ja eesmärkidele seatud rõhuasetus. Mõnede dokumentide ülesehitus võimaldab kontrollida esitatud meetmete ja strateegia üldist rakendamist; teised on vähem üksikasjalikud ja esitavad üldisi eesmärke, sidumata neid aga sealjuures tegevussuundade, ülesannete või tulemuslikkuse näitajatega. Uimastipoliitika dokumendid erinevad ka mõistete kasutuse osas: mõnes riigis on võetud vastu tegevuskavad, teistes riikides strateegiad ja kolmandad on rakendanud programme. Mitmesugused poliitilised eesmärgid ja kavad võivad tõepoolest luua väga avara pildi, millel "siseriiklike uimastienetuse strateegiaid" kujutatakse küllaltki

erinevatena (joonis 1). Sellest hoolimata võib tegevuskava, programmi ja strateegia mõistet kasutada vaheldumisi ⁽¹²⁾ ja need ei pruugi kajastada poliitiliste eesmärkide või kavade erisusi.

Veel üks eri liikmesriikide puhul erinev tahk on siseriiklike narkoennetuse strateegiate tähtajad. Enamik riike on kehtestanud 3–5 aasta pikkuse tähtaja; mõnes riigis hõlmab strateegia siiski 8–10 aastat ja mõned ei ole tähtaega üldse märkinud (tabel 1). Sellest seisukohast tuleks kaaluda "siseriiklike narkoennetuse strateegiate" ning Euroopa Liidu uimastivastase tegevuskava sidumist.

Sisulised erinevused võivad kajastada eri poliitilisi eesmärke või narkomaania kui nähtuse erinevaid tunnusoone eri riikides. Käesolevas aruandes käsitletakse

Tabel 1: Siseriiklike narkoennetuse strateegiate tähtajad

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Euroopa Liit				(1)					(2)				
Belgia (2001)													
Tšehhi Vabariik													
Taani (2003)													
Saksamaa				(Uimastitevastase võitluse plaan 1990)					Kuni 2008–2013				
Eesti									2004–2012				
Kreeka													
Hispaania													
Prantsusmaa			(1)					(2)					
Iirimaa													
Itaalia													
Leedu			(1)					(2)					
Luksemburg													
Ungari (2000)													
Holland (1995)													
Poola			(1)			(2)							
Portugal				(1)					(2)				
Sloveenia													
Slovakkia				Aastani 2003, perspektiivis aastani 2008									
Soome			(1) Tähtaega pole märgitud		(2)								
Rootsi													
Ühendkuningriik		(1)				(2)							
Norra													

Varjutus tähistab "siseriikliku narkoennetuse strateegiaga" kaetud ajavahemikku: (1) ja (2) osutavad järjestikustele "strateegiatele".

⁽¹²⁾ Narkoennetuse strateegiat võib määratleda kui "ühendavat motiivi, raamistikku otsuste tegemiseks, ühtsuse tagamiseks ja suuna määramiseks" ja tegevuskava kui "plaani või programmi üksikasjalikeks tegevusteks" (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, november 2002: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

Tabel 2: "Legaalsed uimastid" riikide narkoennetuse strateegiates

Riik	Alkohol	Tubakas	Alkoholivastane tegevuskava (¹)
Belgia	●	●	Ei
Tšehhi Vabariik	●	●	Ei
Taani	–	–	Jah
Saksamaa	●	●	Jah
Eesti	○	○	Jah
Kreeka	●	–	–
Hispaania	●	●	Ei
Prantsusmaa	●	●	Jah
Iirimaa	●	○	Jah
Itaalia	○	–	Jah
Leedu	–	–	Jah
Luksemburg	–	–	Ei
Ungari	●	○	Jah
Holland	●	●	Jah
Poola	○	○	Jah
Portugal	●	○	Jah
Sloveenia	○	○	Ei
Slovakkia	●	●	Ei
Soome	–	–	Jah
Rootsi	–	–	Jah
Ühendkuningriik	○	○	Jah
Norra	●	●	Jah

● tegevus kavandatud; ○ aine mainitud; –: andmed ei ole kättesaadavad.

(¹) Maailma Tervishoiuorganisatsiooni alkoholiandmebaas (<http://www.euro.who.int/alcoholdrugs>).

kaht kõige asjakohasemat valdkonda, milles esineb erinevusi: hõlmatud ained ja strateegiate põhieesmärk.

Kuigi siseriiklikud narkoennetuse strateegiad keskenduvad põhiliselt uimastiteks klassifitseeritud ainetele, võetakse eriti haridust, ennetamist ja ravi käsitledes mitmetes dokumentides arvesse ka nn lubatud uimastid, peamiselt alkohol ja tubakas (tabel 2). Mõnes riigis seisneb "lubatud uimastite" käsitlemine konkreetsetes meetmetes ja projektides, samas teised üksnes mainivad neid. Paljudes riikides, kes käsitlevad oma narkoennetuse strateegiates

ka alkoholi, on olemas ka alkoholivastane riiklik tegevuskava.

Kuigi kõigi riikide üldeesmärgid on samad (nõudluse vähendamine, pakkumise vähendamine jne) ja Euroopa Liidu tegevuskavas 2000–2004 seatakse kuus ühist eesmärki (¹³), on nende eesmärkide kavandatav saavutamise viis erinev, oleneb vastava riigi uimastipoliitika üldeesmärgist. Peamine erinevus seisneb selles, et mõne riigi eesmärgiks on "uimastivaba ühiskonna" saavutamine, kuna aga teistes on põhieesmärgiks uimastite negatiivsete tagajärgede vähendamine nii üksikisiku kui ühiskonna jaoks. Olukord ei ole siiski ühene: enamikus "siseriiklikest narkoennetuse strateegiatest" esinevad need kaks eesmärki läbisegi (lisatakse veel teisigi), kusjuures kord rõhutatakse ühte, kord teist. Valitud eesmärk (ja see, kui suurt rõhku pannakse selle saavutamisele) kujundab "riiklikest narkoennetuse strateegiatest" tulenevad meetmed.

Tunnistades, et erinevused on vajalikud konkreetsete poliitiliste eesmärkide ning kohalike iseärasuste ja kultuuri arvestamiseks, on Euroopa tasandil kooskõlastamise nimel tehtud märkimisväärseid jõupingutusi. Euroopa Liidu kooskõlastatud lähenemisviisi väljatöötamist uimastite suhtes (Euroopa Liidu uimastivastane strateegia ja Euroopa Liidu tegevuskava 2000–2004), mida viimastel aastatel on tugevdatud ja ümber kujundatud, kavatakse edaspidi jätkata.

Küsimus, milliseks kujuneb laienenud Euroopa Liidus uimastipoliitika tulevikusuund ja kas 25 erinevat siseriiklikku narkoennetuse strateegiat koonduvad lõpuks Euroopa Liidu katusstrateegia alla (arvestamata piirkondlike ja kohalike strateegiaid), on seni lahtine. Sellest hoolimata arutatakse liikmesriikides näiteks küsimust, millised õigusakti liigid (strateegia, programm, tegevuskava) tuleksid liikmesriikide puhul arvesse, millised võiksid olla nende kestus, aluspõhimõtted ja kriteeriumid, liikmesriikide vahel arutatakse kollegiaalselt läbi peamised eesmärgid ja sihid.

Siseriiklik poliitika: õigusaktide hindamine (¹⁴)

Viimaste aastate jooksul on üha hoogustunud suundumus uusi õigusakte (rakendamist ja/või mõju) hinnata või hindamistulemustest ette kanda. Uimastite valdkonnas võib pilootkavasid kasutada uimastikontrolli paljude eri aspektide, sealhulgas tarbimist või omamist keelava põhiõigusakti täitmise, salakaubanduse ja rahapesu vastase

(¹³) 1) Vähendada viie aasta jooksul oluliselt uimastite tarbimise levimust, samuti uute tarbijate tekkimist, eriti alla 18aastaste noorte hulgas; 2) vähendada viie aasta jooksul oluliselt uimastitega seotud tervisekahjustuste (HIV, hepatiit, tuberkuloos jne) esinemissagedust ja uimastitest põhjustatud surmade arvu; 3) oluliselt suurendada edukalt ravitud sõltlaste arvu; 4) vähendada viie aasta jooksul oluliselt ebaseaduslike uimastite kättesaadavust; 5) vähendada viie aasta jooksul oluliselt uimastitega seotud kuritegude arvu; 6) vähendada viie aasta jooksul oluliselt rahapesu ja ebaseaduslikku kaubitsemist lähteainetega.

(¹⁴) Vt käesoleva jaotise laiendatud versiooni lahtrist 2 OL: Siseriiklik poliitika: õigusaktide hindamine.

võitluse ning uimastikuritegude vastumeetmete tulemuste kontrollimisel ja hindamisel. Viimaste aastate jooksul on üha hoogustunud suundumus uusi õigusakte (rakendamist ja/või mõju) hinnata või hindamistulemustest ette kanda.

Näiteks Belgia, Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Ungari, Rootsi ja Ühendkuningriik on kõik alates 1999. aastast ette kandnud teatavatest seire- või hindamisvormidest uimastitarbimise või uimasti omamisega seotud kuritegusid käsitlevate põhiliste õigusnormide mitmesuguste aspektide alusel. Sellest tulenevalt on Belgia, Ungari ja Ühendkuningriigi narkootikumide alastes õigusaktides tehtud olulisi muudatusi.

Kriminaalkorras karistatavaks tunnistamise mõju iseloomustamine on olnud vaidluste ja hindamise keskne teema. Hindamisalgatustest tõstame esile kahte ilmselt sarnast olukorda, mis on viinud eri tulemusteni. Nii Ungaris kui Rootsis hinnati hiljuti uimastitarbimise kriminaalkorras karistatavaks tunnistamise mõju. Ungari kriminaalkodeksisse tehti 1999. aasta märtsis muudatus, mille kohaselt on uimastitarbimine kriminaalkuritegu, ning õigusrikkujate sunniviisil ravile saatmise nõue hakkas kehtima ainult sõltlastest tarbijate suhtes. Sellele järgnevate teadusuuringute põhjal selgus, et narkootiliste ainete kuritarvitamist, tarbimist ja ringluse vähendamist taotlevat eesmärki ei saavutatud; uimasteid proovivate inimeste arv ning registreeritud õigusrikkumiste ja õigusrikkujate arv suurenes endiselt. Peale selle raskendas seadusemuudatus uimastite juriidilist kvalifitseerimist, muutis kohtumenetlused keerulisemaks ning mõjutas negatiivselt uimastiturul osalejate käitumist. Uuringu autorid jõudsid järeldusele, et karistused olid liiga ranged ega võtnud arvesse asjaolu, et noortest saavad uimastitarbijad mitte nende kriminaalse olemuse, vaid neid ümbritsevate asjaolude tõttu. Sellest tulenevalt rakendati 1. märtsil 2003 uus muudatus, mis muutis tulemuslikult ära eelmised muudatused ning võttis arvesse uuringutulemused.

Rootsis uuris riiklik kriminaalpreventsiooni nõukogu 2000. aastal 1988. aasta määruse (millega tunnistati lihtsate uimastite tarbimine õigusrikkumiseks, ning mille toimet tugevdati 1993. aastal) mõju. Uurimistulemuste põhjal selgus, et määruse rakendamine tõi kaasa uimastitarbimisega seotud väiksemate õigusrikkumiste tõttu vahistatud inimeste arvu järsu suurenemise. Kuigi paljud vahistatutest olid hästituntud uimastikuritarvitajad, oli siiski ka noori, varem teadmata tarbijaid. Määruse vastuvõtmine oli oluline selleks, et identifitseerida noored uimastitarbimise varases järgus, ning aruande kohaselt see eesmärk saavutati. Aruandes käsitletakse ka määruse mõju uimastiturule (mis on eskaleerunud). Jõuti järeldusele, et puuduvad selged viited sellele, et uimastitarbimise

kriminaalkorras karistatavaks tunnistamine avaldas noortele tõkestavat toimet.

Muude vastumeetmete osas tegeletakse Ühendkuningriigis hinnangu andmisega või on juba hinnang antud mitmele uimastitega seotud õigusrikkumisi käsitlevale õiguslikule vahendile, näiteks testimisele pärast vallandava mõjuga õigusrikkumisi, uimastitega seotud kohtuasju ja vahistamisi hõlmavate kavade rakendamist. Uimastitega seotud õigusrikkujatega tegelemise muid viise hinnatakse ka Saksamaal (ravi karistamise asemel), Lirimaaal (vahistamine) ja Hollandis (sundravi).

Hollandis on samuti tarvitusel meetodid, et hinnata viimase aja õigusaktide toimet, mille eesmärk on võidelda narkokaubanduse (kullerite vahistamine) ja rahapesu (riigihankelepingud) vastu. Rootsis sisaldavad valitsusasutuste direktiivid konkreetseid nõudeid valitsusele seoses hinnangu andmisega politseioperatsioonide korraldusele ja rakendamisele uimastitevastases võitluses. Hindamismeetodeid on kasutatud ka selleks, et täiustada kohaliku uimastivahenduse ja üldsust häiriva tegevusega seotud vastumeetmeid, näiteks kohalike vastumeetmete kooskõlastamine Lirimaaal, tööruumide sulgemise õigus Hollandis ning võimalus nõuda sõidueksamite ümbertegemist Saksamaal.

Hindamist tunnustatakse kindlalt kui üha tähtsamat vahendit uimastiprobleemide kõigi aspektidega tegelemisel. Selliste hinnangute abil on võimalik vaagida õigusaktide rakendamist, mõjusust ja tõhusust. Üldjoontes kalduvad aruannetes esitatud hinnangud vaadeldavate vastumeetmete osas toetama politseiliste vastumeetmete tähtsust. Siiski näitab tegelik tahe asendada politseipõhine tegevus hinnangutel põhinevaga, nagu on toimunud Ungaris, uut usaldust tõenditel põhineva uurimise vastu, mis on varem sageli puudunud. See hindamise tervitatav suundumus on haldusjuhtimise üldisema arengutendentsi osa olla aruandlussuutlikum ning toetuda üha enam erasektori tavapärastele mõistetele, nagu tulemuseesmärgid ja tasuvus.

Arengud siseriiklikus õiguses

Kanepiga seotud õigusaktid

Viimase aasta jooksul liigitati kanep ümber kahes riigis, kusjuures mõlemal juhul on meedia seda ulatuslikult, kuid mitte alati õigesti kajastanud. Belgias tehti kahest õigusaktist, seadlusest ja kohtumenetluse juhendist koosneva paketi alusel mitu muudatust õigusraamistikku, millest tähtsaim oli ehk kanepitoodete liigitamine teistest uimastitest erinevasse õiguslikku kategooriasse. Sätestati uued õigusrikkumiste liigid, mille kohaselt täisealine, kes sooritab esimese või teise kuriteo, mis seisneb isiklikuks

kasutamiseks mõeldud kanepi omamises ilma häiriva tegevuse või probleemse tarbimiseta, peaks maksma ainult trahvi ning oleks kohustatud end politseis registreerima. Jälitustegevust käsitleva direktiivi kohaselt on kanepi isiklikuks tarbimiseks piisav kogus maksimaalselt 3 grammi või üks taim. Häiriv tegevus on siiski karistatav kolme kuu kuni ühe aasta pikkuse vanglakaristusega ja/või rahatrahviga 5000–500 000 eurot, kusjuures raskendavate asjaolude korral, näiteks omamine alaealiste juuresolekul, rakendatakse rangeid karistumäärasid.

Võitlus rahapesu vastu

Praegusel hetkel ei ole usaldusväärsete andmete puudumise tõttu võimalik anda täpset hinnangut uimastiäri ülemaailmsete tulude kohta. Europoli (2002) andmetel on see hinnanguliselt 2%–5% maailma sisemajanduse kogutoodangust. Uimastiäri tundub endiselt olevat kõige ulatuslikum üheselt määratletav rahapesu viis. Rahvusvaheline rahapesu hõlmab alati kapitali või kaupade, nagu kulla, plaatina või teemantide ebaseaduslikku või ebatavalist liikumist üle piiride (Maailma Tolliorganisatsioon (WCO, 2003c)).

Rahapesu käsitleva nõukogu direktiivi 91/308/EMÜ muudatustega laiendatakse tunduvalt rahapesu mõistet, lähtudes põhiliste õigusrikkumiste laiemast ringist, ning hõlmatakse aruandmise kohustusega ka iseseisvad juristid.

Europoli laiendatud mandaat jaanuarist 2002 annab organisatsioonile pädevused kõigi rahapesuoperatsioonide uurimisel, mille põhiline õigusrikkumine on nimetatud Europoli konventsiooni 2. lisas (Europol, 2002).

Interpol on ehitanud üles ekspertide kontaktpunktide võrgustiku kõigis liikmesriikides, et teavet rahapesu kohta oleks võimalik vahetada kiiremini ja tulemuslikumalt (Interpol, 2002). Maailma Tolliorganisatsiooni poolt välja töötatud Tollide Rakendamise Võrgustik (CEN) on elektrooniline teabe- ja kommunikatsioonisüsteem, mis hakkas tööle 2000. aasta juunis. 2003. aasta juuni seisuga oli sellel rohkem kui 700 kasutajat 130 riigis ja registreeritud üle 700 valuuta konfiskeerimisjuhtumi. 2002.–2003. aasta jooksul saavutas rahapesuvastane töökond rahapesu vastu võitlemises märkimisväärset edu. Kõnealune töökond viis edukalt lõpule 40 soovitud muutmise (Rahapesuvastane töökond, 2003a). Erilist tähelepanu pöörati võitlemisele alternatiivsete ülekandesüsteemide kuritarvitamisega (Rahapesuvastane töökond, 2003b).

Ühendkuningriigis liigitati kanep ja selle derivatiivid Briti klassifikatsioonisüsteemi B- ja A-klassist vastavalt C-klassi. Selle tulemusena vähendati isiklikuks tarbimiseks mõeldud omamise eest määratavat maksimaalset vanglakaristust viielt aastalt kahe aastani, kuid on selge, et kanepi igasugune valdamine on ikkagi kriminaalkuritegu. Kaks omavahel seotud tegurit, st maksimaalne karistus edasitoimetamiskavatsusega valdamise eest ning kanepi valdamine kinnipidamisega karistatava süüteona, jäid muutmata paralleelse seadusandliku tegevuse tulemusena. Politseiülemate ühenduse (*Association of Chief Police Officers*) suunistes soovitatakse, et politsei peaks valdamise korral vahistamist kasutama ainult teatavatel juhtudel, kui on tegemist suitsetamisega üldkasutatavas kohas või alaealiste juuresolekul. Vahistada tuleks ka alla 18aastased, et oleks võimalik nad ravile suunata.

Nii Belgia kui Ühendkuningriigi õigusaktid ja suunised käsitlevad konkreetset kanepi probleemse tarbimise küsimust, mida arutatakse edaspidi käesolevas aruandes.

Vara konfiskeerimine

Viimaste aastate jooksul on paljud riigid teinud oma õigusaktides muudatusi seoses salakaubitsejate vara või sellisel varal põhinevate rahaliste vahendite haldamisega. Iirimaa võtavad *Criminal Assets Bureau* (kuritegelikul viisil hangitud varade büroo) ja *Garda National Drugs Unit* (Garda narkomaania seirekeskus) oma ühisalgatuse abil vaatluse alla narkootikumide vahendamise tegelevate keskastme kurjategijate ning kohalike uimastivahendajate varad. Ühendkuningriigis asutati kuritegelikul teel saadud tulu käsitleva aktiga (*Proceeds of Crime Act*, 2003) varade sissenõudmise talitus (*Assets Recovery Agency*) ning uute seaduste alusel on politseinikel ja tolliametnikel õigus konfiskeerida raha ja teha vastavaid läbiotsimisi. Akt sisaldab meetmeid, mis abistavad uurijaid kuritegelikul teel saadud tulu väljaselgitamisel ning rahapesu uurimisel. Šotimaal on tugevdatud õiguskaitse ja kohtuorganite volitusi, et anda neile võimalus suurendada sissenõudmist nii kriminaal- kui ka tsiviilasjades.

Hispaanias tunnistatakse 2003. aastal jõustatud uue seadusega, millega reguleeritakse salakaubaveoga seoses arestitud rahalisi vahendeid, kehtetuks kõnealust küsimust käsitlev 1995. aasta seadus. Uue seaduse eesmärk on kiirendada konfiskeeritud kauba identifitseerimiseks ja selle asukoha kindlaksmääramiseks vajalike dokumentide üleandmist, ning laiendada kõnealustest vahenditest abi saajate ringi, et hõlmata rahvusvahelised ja riigiülesed üksused ning välisriikide valitsused. Hollandis uuriti konfiskeerimist käsitleva õigusakti põhjal 10 aastat pärast selle jõustumist kõnealuse ajavahemiku jooksul vastutusele võetud 52 suure kuritegeliku ühenduse varade laadi ja

suurust. Selle põhjal järeldub, et hinnangulisest ebaseaduslikult omandatud rahast saaks konfiskeerida ainult 10%, kuid ebaseaduslikult omandatud rahasumma täpset suurust oleks ikkagi raske tõendada. Uurijad soovivad täiustada teadmisi finantsasjade eeluurimise valdkonnas. Prantsusmaal sätestatakse kriminaalasjade ja armuandmistega tegeleva osakonna (*Department of Criminal Affairs and Reprieves*) 2002. aasta ringkirjaga täpsed tööeeskirjad ning korraldatakse narkokaubandusel või rahapesul põhinevate rahaliste vahendite järelevalvet, toetudes järeldusele, et uimastipoliitika 1995. aastal asutatud fondi ei ole tehtud olulisi laekumisi.

Uimastid ja sõidukijuhtimine

Euroopa Liidus tegid kolm riiki olulisi muudatusi oma õigusaktides, mis käsitlevad sõidukijuhtimist pärast narkootikumide tarvitamist. Austrias jõustus 2003. aastal maanteeliiklust käsitleva seaduse 21. muudatus, mille kohaselt on politseinikel õigus paluda sõidukijuhtidelt vereproovi, kui tekib kahtlus, et juhtimisvõime on uimasti mõjul kahjustunud. Karistused testi positiivse tulemuse korral ning tagajärjed juhul, kui sõidukijuht keeldub testimisest, on samaväärsed sõiduki alkoholijoobes juhtimise puhul kohaldatavate karistustega. Lisaks ei koosta kõnealuse seaduse kohaselt politsei positiivse katsetulemuse korral protokoll narkootiliste ainete seaduse (*Narcotic Substances Act*) rikkumise kohta, vaid üksnes teatise piirkonna tervishoiuasutustele.

Prantsusmaal käsitleb 2003. aasta veebruaris kehtestatud uus seadus sõidukijuhtimist pärast narkootikumideks liigitatud ainete või taimede tarbimist konkreetse süüteona ning muudab kohustuslikuks kõigi raskes liiklusõnnetuses

osalevate sõidukijuhtide testimise. Karistused on palju karmimad juhul, kui uimastitega koos on tarvitatud alkoholi. Peale selle tuleks sõidukijuhte, kes on sattunud raske tervisekahjustuse põhjustanud liiklusõnnetusse, süstemaatiliselt testida, kui tekib kahtlus, et nad on kasutanud uimasteid. Peale selle on *gendarmérie*'l ja politseil luba sõidukijuhte pisteliselt kontrollida.

Soomes märgitakse karistusseadustiku 23. peatüki muudetud versioonis, et sõidukit juhtivale isikule, kelle veres avastatakse narkootilist toimeainet või selle metaboolset derivaati, esitatakse sõiduki joobes juhtimise süüdistus, kui kõnealune aine ei ole arsti määratud. Kui juhtimisvõime on kahjustatud, esitatakse sõidukijuhile ikkagi joobes juhtimise süüdistus olenemata sellest, kas kõnealune aine on arsti määratud või mitte. Kui juhtimisvõime on kahjustatud teiste liiklejate turvalisust ohustaval määral, võib raskes joobes juhtimise eest määrata minimaalselt 60 päeva trahviühiku suuruse rahatrahvi või maksimaalselt kahe aasta pikkuse vanglakaristuse.

Juunis 2003 avaldas Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas (ELDD) võrdleva uuringu ⁽¹⁵⁾ uimastite ja sõidukijuhtimisega seotud õiguslikust olukorrast 16 riigis ning selgus, et politseile sõidukijuhtide testimiseks antud volitused, asjakohased ained ning kasutatavad sanktsioonid erinevad üksteisest suurel määral, kuigi sõidukijuhtimine uimastite mõju all on kuritegu kõigis riikides. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus esitas kõnealuse uuringu Euroopa Nõukogu Pompidou rühma maanteeliikluse ja psühhoaktiivsete ainete alasel seminaril juunis 2003.

⁽¹⁵⁾ http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.



2. peatükk

Uimastitarbimise ennetamine – töö kogukondadega ning keskendumine riskirühmadele

Uimastitarbimist ennetavate meetmete eesmärk on vähendada nende inimeste arvu, keda alles juhatatakse narkootilise aine kasutamise juurde, või lükata uimastitarbimine sageli edasi hilisemale elueale, et sel viisil piirata vähemalt uimastiprobleemide ulatust (Rhodes jt, 2003). Uimastitarbimise ennetustöö hõlmab narkootikumide tarbimise ja nendega seotud ohtude eest hoiatamise alast kasvatustööd, kuid ei piirdu sellega. Tegelikult moodustab see konkreetselt uimastitele suunatud element ainult väikese osa uimastiennetusest. Tulemuslikes strateegiates on teave ainete kohta kombineeritud valikuliste biheivioristlike ja kognitiivsete meetoditega (normatiivsed veendumused), mis avaldavad uimastitarbimisest tulenevale käitumisele ennetavat mõju (Flay, 2000).

Ennetustegevus liigitatakse vastavalt sihtrühmadele. Kõikehõlmav ennetus on suunatud kogu elanikkonnale (tavaliselt noortele), näiteks koolidele, mitte konkreetsetele riskirühmadele; seevastu valikuline ennetus seab eesmärgiks vastuvõtlikud rühmad, ning soovitusliku ennetuse eesmärgiks on ohu suhtes vastuvõtlikud üksikisikud. Koolidele suunatud ennetus on sageli poliitiliselt prioriteetne, kuid võib siiski vaielda, kas see tegelikult on ennetustegevuse tugisammas. Ennetuse rahastamine on piiratud ning mõnes riigis vähenenud (näiteks Prantsusmaal vähenes uimastiennetuseks ettenähtud eelarve (riigi toetused) 15 miljonilt eurolt 2001. aastal 11 miljoni euron 2002. aastal) ning seetõttu muutuvad üha tähtsamaks uimastiennetuse kõrge kvaliteet ning alus, mille moodustavad kindlad tõendid. Oleks ideaalne, kui ennetuspoliitikat, mis on kavandatud ja rakendatud rahvatervist silmas pidades ning eesmärgiga viia põhiline ja majanduslikult tõhus annus üldist ennetust (*prêt-à-porter*) elanikkonna suure sihtrühmani, täiendaksid intensiivsemad ja täpsemad sekkumised, mis on eelkõige suunatud vastuvõtlikele rühmadele ja üksikisikutele (¹⁶).

Kõikehõlmav ennetus

Kaasaegsete uimastiennetusstrateegiade, eelkõige koolidele suunatud kõikehõlmavate ennetusprogrammide

põhimõtted ja sisu põhinevad tõenditel. Mõõdetavad pikaajalised tagajärjed, ka väikesed (Stothard ja Ashton, 2000), toovad märkimisväärset kasu, kui need hõlmavad elanikkonna suuri rühmi. Aluspõhimõtted, mis töötab ja mis mitte, on nüüd kindlalt välja kujunenud. Tõhusateks elementideks on interaktiivne õpetus (tugiisikud) (Tobler ja Stratton, 1997), normatiivsete veendumuste korrigeerimine (Flay, 2000), tugev rõhuasetus suhtlemisoskusele ja teataval määral teavet ainete kohta, mis peab olema tasakaalustatud ja vastavuses noorte sotsiaalse tegelikkusega (Hansen, 1992; Dusenbury ja Falco, 1995; Paglia ja Room, 1999; Tobler jt, 2000; Tobler, 2001). Mitme liikmesriigi poliitikud ja spetsialistid peavad töös jätkuvalt prioriteetseks ebatõhusaks osutunud lähenemisviise, nagu tundekasvatust (nt enesehinnangu tõstmine), teabejagamist (teadlikkuse tõstmine) ja refleksioon.

Samamoodi on teada, et koolipõhise ennetuse edukat levikut (¹⁷) toetavad järgmised tegurid: range kinnipidamine kehtivast õppekavast, mille järgi õpetavad asjakohase koolituse saanud õpetajad; selgesti määratletud sisu; ning varustatus käsiraamatute ja materjaliga. Peale selle peaks uimastiennetus moodustama osa kooli terviklikust uimastipoliitikast ja terviseedendustööst (Paglia ja Room, 1999; Chinman jt, 2004). Tegelikult saab eristada siiski kolme eri strateegiat, mis on väga harva integreeritud. Esimese strateegia järgi tehakse ennetustööd suurte riiklike programmide abil (Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Holland) või heakskiidetud programmide kogumi toel (Kreeka, Hispaania, Ungari, Rootsi). Teise lähenemisviisi puhul keskendutakse õpetajate koolitusele (Belgia prantsuskeelsed alad, osa Saksamaast, Austria, Ühendkuningriik) eeldusel, et õpetajad integreerivad ennetussõnumi kooliellu. Lõpuks, mõned riigid (näiteks Portugal, Soome) teevad valiku tervist edendavate koolide kasuks. Ainult Iirimaa ja Hispaanias rakendatakse kõiki kolme lähenemist ühtse süsteemina üle kogu riigi (¹⁸).

Kõikehõlmav ennetus väljaspool kooli (¹⁹) on tavaliselt suunatud noortele peamiselt kolmel viisil: alternatiivsed

(¹⁶) Vt joonis 1 OL: Siseriiklike ennetustegevusi ja strateegiaid täpsustavad kavad.

(¹⁷) Vt joonis 2 OL: Ennetustöö viisid koolides.

(¹⁸) Vt tabel 3 OL: Kokkuvõtte koolipõhise ennetustöö parameetritest.

(¹⁹) Vt joonis 3 OL: Noortele suunatud ennetustegevus väljaspool kooli.

vaba aja veetmise võimalused, näiteks noorsootöö, seiklus- ja loometegevus (Kreeka, Hispaania, Läti, Luksemburg, Ühendkuningriik); sport ja spordiklubid, et kaitsta noorukeid toetusrühma käitumis- ja suhtumishormidega (Saksamaa, Itaalia, Soome); toetusmeetodite kasutamine (Taani, Austria, Poola, Portugal, Norra). Kooliväline ennetustegevus pakub väga suuri võimalusi ohustatud noorte identifitseerimiseks ning tegelemiseks tundlike rühmadega, kuid seda potentsiaali kasutatakse ainult mõnes liikmesriigis (Iirimaa, Ungari, Holland, Austria, Ühendkuningriik).

Valikuline ennetustöö

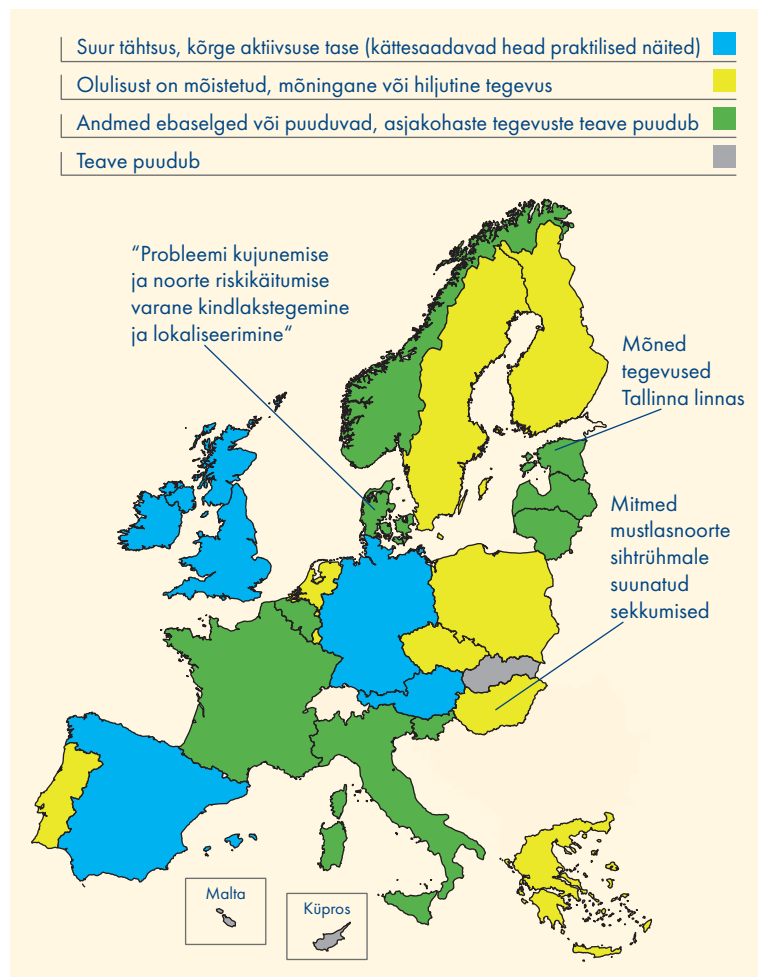
Vastandina suure või väikese ulatusega kõikehõlmavale ennetusele keskendub valikuline ennetuspoliitika vastuvõtlikele üksikisikutele või rühmadele. Valikulise ennetuse puhul kasutatakse ära olemasolevad (parimal juhul kohalikud) uurimistööd, mis käsitlevad ohutegureid, tundlikke rühmi, ja problemaatiline naabruskond, et reageerida seal, kus uimastiprobleemide tekkimise oht on kõige suurem. Valikulisele ennetusele pööratakse mõnes riigis, näiteks Soomes ja Rootsis, üha suuremat tähelepanu, sest kanepi- ja alkoholitarbimine meelelahutuslikul eesmärgil on suurenenud (vt 3. peatükk), kuid see piirdub siiski mõne liikmesriigiga (joonis 2), valdavalt nendega, kus on juba olemas kõikehõlmava ennetustegevuse strateegia. Oluline on usaldusväärne teoreetiline alus ja hindamine, et sihtrühmade või -valdkondade valiku aluseks oleksid uuringuandmed ning et sekkumiste eesmärgid oleksid määratletavad ja vastastikku seostatavad. Näiteks Ungaris keskenduvad mitmed sekkumised mustlastest elanikkonnale ning kasutavad tugiisikute rühmi kaasavaid lähenemisviise. Ennetust meelelahutusüritustel kui valikulise ennetuse konkreetset alamliiki kirjeldatakse 4. peatükis.

Viimase aja edusammud laienenud Euroopa Liidus

Kreekas, Portugalis ja Rootsis on ennetuspoliitika arenenud kaasaegsete kontseptsioonide ja selgema struktuuri suunas, näiteks koolipõhine ennetustöö on varasemast paremini määratletud. Lasteaia- ja algkoolilastele mõeldud programme on laiendatud, eriti Kreekas ja Austrias.

Liikmesriikide hulgas võib tavaliselt täheldada, et kvaliteedikontrolli süsteeme (joonis 3) kasutatav ennetuspoliitika on paremini üles ehitatud (näiteks toimub töö täiustatud programmide abil ⁽²⁰⁾) ning rohkem pööratakse tähelepanu valikulisele ennetusele (vt joonis 2). Euroopa ennetuspoliitika võrdlemisel on põhiteguriteks

Joonis 2: Liikmesriigid, mille strateegiates märgitakse ja kus rakendatakse valikulist ennetustööd (st sihtgrupiks on riskirühmad või riskipiirkonnad)



Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded ja aruanne valikulise ennetustöö kohta Euroopa Liidus (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569>).

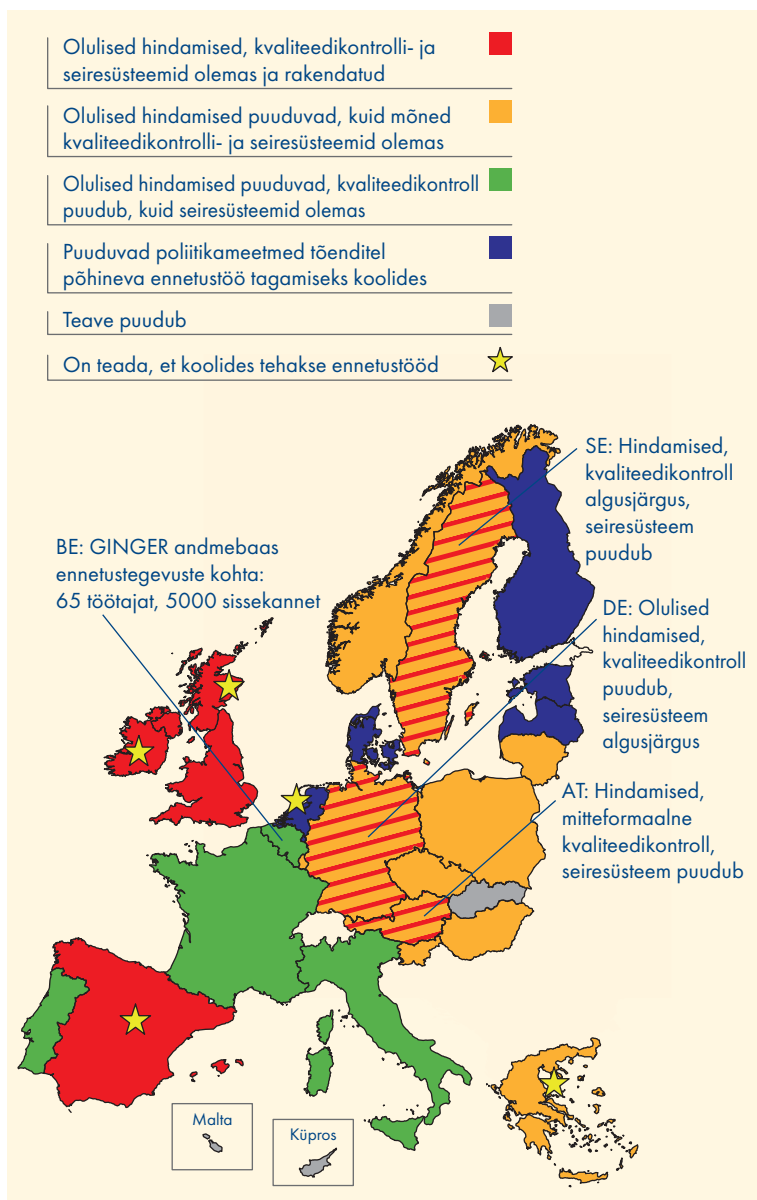
kvaliteet (tõenditel põhinevad kontseptsioonid), struktuur (kuidas tegevust korraldatakse ja kes korraldab) ning katvus (elanikkonna hõlmata osa suurus).

Kvaliteedikontrolli süsteemid ja standardid on olemas Tšehhi Vabariigis, Leedus, Sloveenias ja Rootsis; Saksamaal ja Portugalis on ennetusega seotud sekkumiste uued seiresüsteemid nüüd töökorras või väljatöötamisel. Riiklikes strateegiates määratletakse ja soovitakse üha rohkem ennetusega seotud sekkumiste konkreetseid komponente, näiteks Leedus ja Rootsis soovitakse suhtlemis- ja otsustamisoskuste edendamist ning enesehinnangu tõstmist.

Koolipõhise ennetustegevuse katvus, mida väljendab kõikehõlmava ennetusega kokkupuutuva õpilaskonna osa,

⁽²⁰⁾ Vt joonis 1 OL: Siseriiklike ennetustegevusi ja strateegiaid täpsustavad kavad.

Joonis 3: Liikmesriigid, kus peetakse oluliseks ja rakendatakse koolides tehtava ennetustöö kvaliteedikontrolli, seiret ja hindamist



Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded.

on mõõdetav üksnes programmidel põhineva ennetuse kaudu, ning suur katvus on mõne strateegia eesmärgiks (Hispaania, Iirimaa, Ühendkuningriik). Kõigis Hispaania autonoomsetes piirkondades on jätkuvalt suurenenud heakskiidetud ja soovitatud ennetusprogrammidega kokkupuutuva õpilaskonna osa, ning teistes liikmesriikides (Tšehhi Vabariik, Kreeka, Norra) on katvust hiljuti

hinnatud. Nimetatud arengusuundade tulemusena on tasapisi suurenenud ennetusega seotud jõupingutused paljudes liikmesriikides, keda varem iseloomustas "vähene keskendumine (valdavalt ebakonkreetsed sekkumised ning vähe asjakohast ennetusmaterjali), madal tahtlus (kõnealuses valdkonnas töötavate spetsialistide koolituse madal tase), kehvad prognoosi- ja hindamismeetmed (uurimistööde madal tase ning hindamismenetluste puudumine), vähene järjepidevus (*ad hoc* sekkumiste sagedus) ning vähene kooskõlastatus ja osalus (rakendatud meetmete kooskõlastamatus)" (Portugali riiklik aruanne).

... ning edu puudumine

Mõnes liikmesriigis on edusammud aeglasel ning ikka veel valitsevad kontseptsioonid, mis ei tugine tõenditele. Seda põhjustab inertsus, meditsiini- ja sõltuvuskesksete lähenemisviiside ületähtsustamine, suutmatus hinnata ühiskonna mõju tähtsust ning keskendumine isikuomadustele. Peale selle puuduvad mõnes riigis standardid, mis tähendab, et ennetusega on volitatud tegelema ainult tervishoiuspetsialistid või õpetajad, kellel on sageli vähe tõenduspõhise ennetuse alaseid teadmisi, ning ennetustöö toimub rahva hulgas levinud arvamuste ja veendumuste tasandil. Ning mõnes liikmesriigis (näiteks Taani, Eesti, Prantsusmaa, Läti ning osaliselt Belgia, Saksamaa ja Itaalia) on koolipõhine ennetustöö suurel määral rajatud teabe levitamisele voldikutena, juhuslikele seminaridele, temaatilistele päevadele ja näitustele, koosolekutele, loengutele ja ekspertide visiitidele.

On tõendeid, ehkki vähevõitu (Flay, 2000), et edukas koolipõhine ennetus peab olema tervise edendamise õppekava ja kooli uimastipoliitika osa ning seotud ühiskonna- ja kogukonnaelu aspektidega (Paglia ja Room, 1999). Selliste fraaside nagu "tervisliku eluviisi edendamine", "terviklik lähenemisviis" ja "preventsioon kui millegi lahutamatu osa" ülespuhutud kasutamise taga on sageli asjaolu, et ennetuspoliitikal puudub usaldusväärne alus ning tõenduspõhise ennetuse kohustus on piiritlemata. Perepõhise ennetustöö osas ei ole märgatavat edasiminekut. Kõikehõlmava ennetuse osas piirduvad perepõhine ennetustöö vanematele või rühmadele korraldatud õhtutega (näiteks Saksamaa, Kreeka, Rootsi), see moodustab valikulise ennetuse (keskendumine ohustatud perekondadele) osa ainult Hispaanias, Iirimaa, Poolas, Rootsis ja Ühendkuningriigis ⁽²¹⁾.

⁽²¹⁾ Vt tabel 4 OL: Kokkuvõttelik ülevaade ennetustegevuse parameetritest.



3. peatükk

Kanep

Kanep on kõige üldisemalt kasutatav keelatud aine kõigis Euroopa Liidu riikides, olenemata riigiti esinevast varieerumisest. Kanepitarbimine noorte hulgas muutus esmalt valdavaks mõnes Euroopa riigis 1970. aastatel ning levis teistesse Euroopa Liidu riikidesse 1970ndatel ja 1980ndatel (joonis 4. Näide Hispaaniast). Uutes Euroopa Liidu riikides on uimastite laialdane kasutamine uuema aja nähtus.

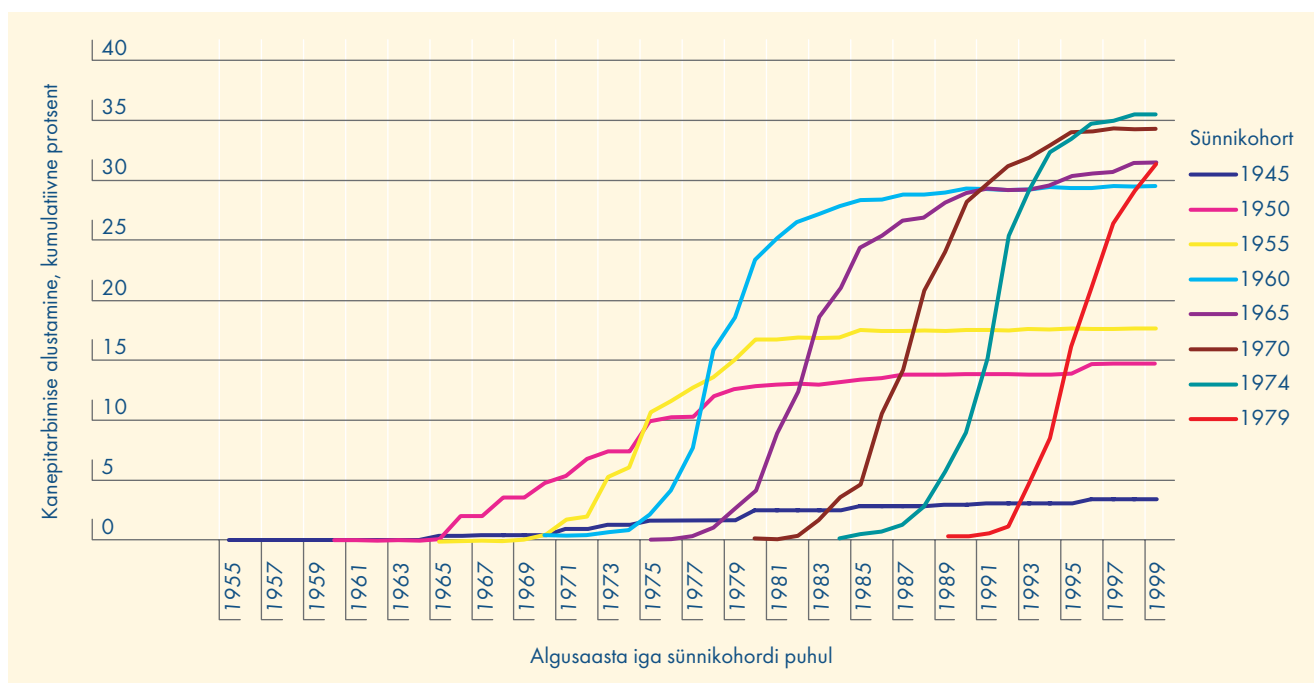
Levimus ja harjumused

Uimastitarbimist kogu elanikkonna hulgas hinnatakse rahvastiku-uuringute abil ning saadakse hinnanguline osa elanikkonnast, kes on tarbinud uimasteid teatava aja jooksul ⁽²²⁾. Hiljutised rahvastiku-uuringud näitavad, et

kõnealust ainet on proovinud vähemalt korra märkimisväärne osa Euroopa täisealisest elanikkonnast (vanuses 15–64 aastat), ulatudes 5–10 protsendist Belgias, Eestis, Ungaris ja Portugalis 24–31 protsendini Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis. Võrdluseks: Ameerika Ühendriikide 2002. aasta riikliku uuringu kohaselt, mis käsitleb leibkondade uimastitarbimist, teatas 40% täisealistest (üle 12 aastased), et on kanepit või marihuaanat proovinud vähemalt ühe korra, ning 11% teatas, et on kõnealuseid aineid kasutanud eelmise 12 kuu jooksul (SAMHSA, 2002) ⁽²³⁾.

Vaatlused näitavad, et kanepit tarbivad peamiselt nooremad täisealsed (vanuses 15–34 aastat) ning esmaajoon 20ndates eluaastates inimesed.

Joonis 4: Kanepi tarbimise areng valikuliste sünnikohortide kaupa – Hispaania näide



Märkused: 1997. aasta riiklik uimastiuuring (n = 12 515, 15–64aastased isikud) ja 1999. aasta riiklik uimastiuuring (n = 12 488, 15–65aastased isikud).

Ühe aasta sünnikohordi järgi koostatud valimid ilma märkimisväärsete erinevusteta kahe valimi vahel.

Allikas: Kraus, L. ja Augustin, R. Kanepi esmatarvitajate vanuse analüüs Saksamaal, Kreekas ja Hispaanias. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse aruanne CT.00.EP14: Uimastite tarbimist puudutavate siseriiklike rahvastiku-uuringute Euroopa Liidu andmebaasi tehniline rakendamine ja uuendamine ning kogutud andmete ühine analüüsimine.

⁽²²⁾ Vt rahvastiku-uuringute metodoloogilised märkused 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽²³⁾ USA uuringu vanuseklass (12 aastat ja vanemad) on laiem Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse poolt Euroopa Liidu uuringute põhjal esitatud vanuseklassist (15–64).

Kanepitarbimise määrad on meeste puhul märkimisväärselt kõrgemad kui naiste puhul. Riiklikest vaatlustest selgub ühtlasi, et tarbimine on suurem linnades või suure rahvastikutihedusega aladel. Mõned esiletoodud siseriiklikud erinevused võivad osaliselt kajastada erisusi linnastumise astmes.

15- ja 16-aastaste kooliõpilaste arv, kelle arvates kanep on kergesti või väga kergesti kättesaadav, on püsivalt palju suurem nende inimeste arvust, kes teatavad, et on elu jooksul kanepit tarvitanud ⁽²⁴⁾, kuid mõlemal juhul tulevad välja samad geograafilised erinevused. Erinevused riikide vahel on märkimisväärsed. Viimased vaatlused 15-aastaste kooliõpilaste hulgas näitavad, et elu jooksul kanepit tarbinute arv ulatub 10 protsendist Kreekas, Maltal, Rootsis ja Norras rohkem kui 30 protsendini Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis ⁽²⁵⁾. Suurimad levimusmäärad on poiste hulgas Inglismaal (42,5%), kusjuures need on veidi madalamad (38%) tüdrukute hulgas Inglismaal. Poiste ja tüdrukute erinev kanepitarbimine erineb ka riigiti ning kaldub olema rohkem väljendunud Põhja-Euroopas. Rootsis on näiteks levimuse määr elu jooksul poiste puhul 7,7% ja tüdrukute puhul 6,6%, kusjuures Kreekas on samad näitajad vastavalt 8% ja 2,7%.

Kanepitarbimine kaldub tavaliselt olema suurel määral episoodiline või katkema teatava aja pärast. Enamikus Euroopa Liidu riikides teatab ainult 20%–40% kõigist täisealistest, kes on kunagi kanepit proovinud, et tarbis kanepit eelmise 12 kuu jooksul, ning ainult 1%–10% tunnistab, et tarbis seda viimase 30 päeva jooksul.

Võrreldes kogu täisealise elanikkonnaga, on kanepitarbimine viimase 12 kuu jooksul nooremate täisealiste (15–34-aastased) hulgas suurem, ulatudes enamikus riikides 5%–20% (joonis 5).

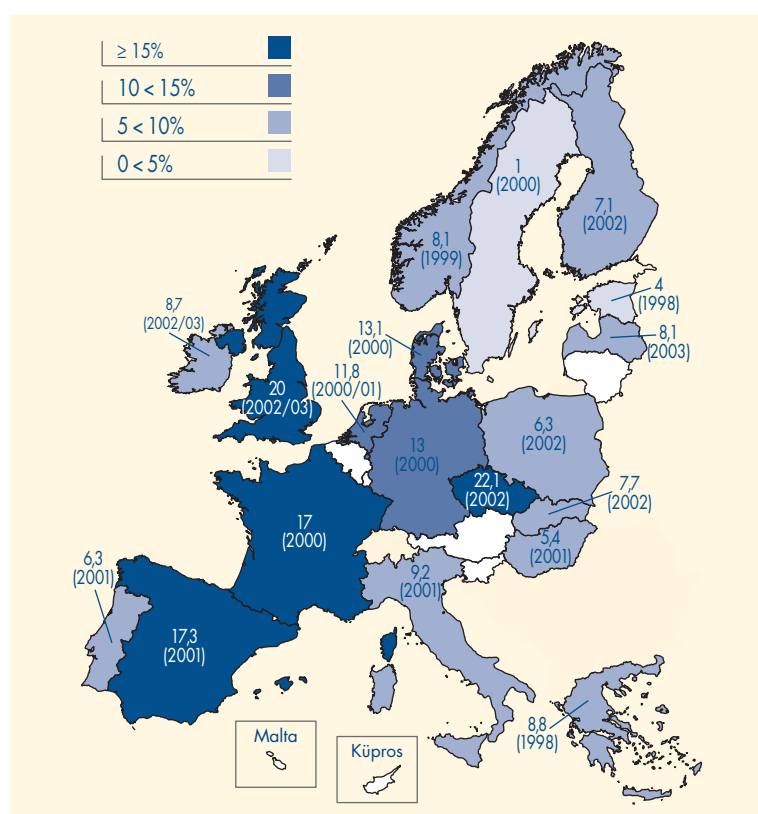
Väike, kuid oluline ja püsiv osa (umbes 15%) 15-aastastest kooliõpilastest Euroopa Liidus, kes on kanepit tarbinud viimase aasta jooksul, teatab selle tarbimisest 40 või enamal korral (loetakse "tugevaks" tarbimiseks). Jooniselt 6 on näha, et meesõppurid on kaks korda tõenäolisemalt "tugevad" tarbijad kui naisõpilased. Meeste hulgas ulatub "tugevate" tarbijate osa alla 1 protsendi enamikus Läänemere-äärsetes riikides (Eesti, Läti, Leedu, Soome ja Rootsi) ning Maltal, 5–10 protsendini Belgias, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Sloveenias ja Ühendkuningriigis. Naisõppurite puhul on see vahemik 0%–4,6% maksimaalselt. Kanepi "tugeva" tarbimise osa terviseprobleemides ning suurenenud ravinõudlust

käsitletakse valikteema all "Kanepiga seotud probleemid ja nende kontekst" (lk 82) ⁽²⁶⁾.

Suundumused

Pikaajaliste järjepidevate vaatlusseeriade puudumine enamikus Euroopa Liidu riikides piirab uimastisuundumuste identifitseerimist. Sellest olenemata on eri liiki vaatlused (riiklikud, kohalikud, kutsealuseid ja koole hõlmavad

Joonis 5: Kanepi tarbimise levimus (viimase aasta jooksul) noorte täisealiste (15–34-aastased) hulgas siseriiklike rahvastiku-uuringute kohaselt



Märkused: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest, v.a Prantsusmaa, kus väikese valimi tõttu ei saa kasutada 2002. aasta vaatlusandmeid, seega esitatakse siin 2000. aasta andmed.

Valim (n) – uuringu käigus vastanute koguarv. Vastanute arvu kohta vanuserühmade kohta vt täpsemalt GPSurvey_Tbl 4, 2004. aasta statistikabülletään.

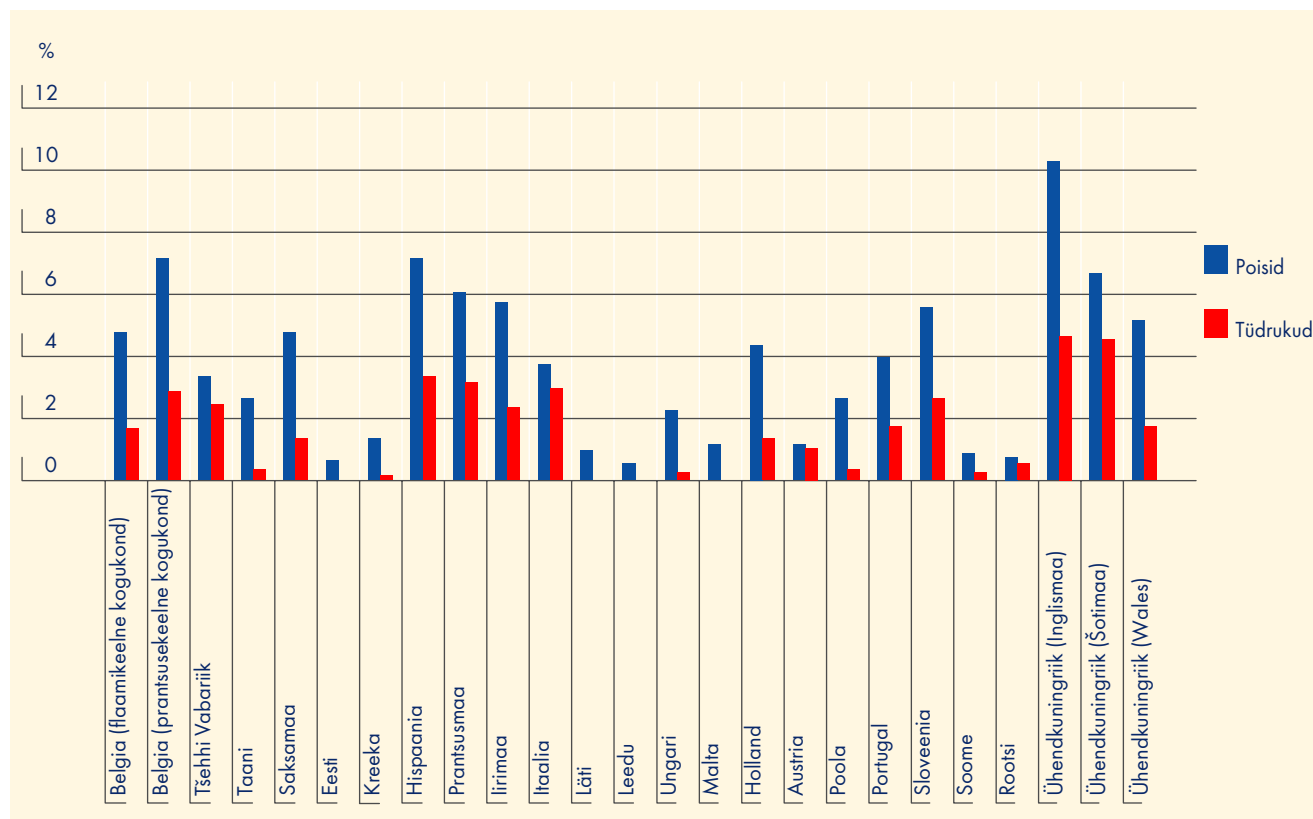
Kõik andmed ei vasta täpselt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse standardvanusele (Taani ja Ühendkuningriik 16–34; Eesti, Ungari ja Saksamaa 18–34). Vanuserühmade erinevused võivad veidi mõjutada mõningaid erinevusi riikide vahel. Mõned riigid tegid ise ümberarvutused, et kohendada andmed Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse vanuserühmastandardiga.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta arvanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt ka rahvastiku-uuringu tabelid 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽²⁴⁾ Vt Prevalence_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

⁽²⁵⁾ Vt Prevalence_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

⁽²⁶⁾ Vt ka joonis 4 OL: Kanepitarbimise suhteline sagedus 15-aastaste kooliõpilaste hulgas, kes tarbisid kanepit eelmise aasta jooksul.

Joonis 6: Kanepi "tugeva" tarbimise levimus 15aastaste õpilaste seas soo järgi 2001/2002

Märkused: Kanepi "tugeva" tarbimise all mõistetakse tarbimist vähemalt 40 korral möödunud aasta jooksul. Saksamaa, ainult piirkondlik valim. Portugal, piiratud võrreldavus valimi suuruse ja vanuse tõttu.

Allikas: Currie, C. et al. (2004), *HBSC international report from the 2001/02 WHO survey*.

vaatlused) näidanud, et kanepitarbimine eeskätt noorte hulgas suurenes märgatavalt 1990. aastate jooksul peaaegu kõigis Euroopa Liidu riikides. Mõnel juhul järgnes kõnealune tõus kasutamise vähenemisele 1980. aastatel ⁽²⁷⁾.

Kuigi paljud riigid teatavad, et kanepitarbimise tõus on jätkunud viimastel aastatel, kannab neli riiki (Holland, Soome, Rootsi ja Norra) ette, et tarbimise kasv kooliõpilaste, ajateenijate ja teismeliste hulgas on viimase 2–4 aasta jooksul peatunud. Koostatav 2003. aasta ESPADi kooliõpilaste küsitlusuuringu aruanne annab üksikasjalikuma kirjelduse suundumustest kooliõpilaste hulgas Euroopa Liidus ⁽²⁸⁾.

Kokkuvõttes suurenes kanepi meelelahutuslik ja episoodiline tarbimine 1990. aastatel oluliselt paljudes Euroopa riikides, kuid võib nüüd hakata nivelleeruma, vähemalt mõnes riigis. Praegune tarbimine on tõenäoliselt samuti tõusnud, eelkõige noorte hulgas.

Konfiskeerimised ja turuinfo

2002. aastal oli kanep jätkuvalt maailma kõige ulatuslikumalt toodetav ja kaubeldav ebaseaduslik narkootikum. Kuid võttes arvesse kanepitootmise ülemaailmselt levikut ning seiresüsteemide puudumist, on ikkagi raske hinnata, kui palju seda toodetakse (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Tootmine ja kaubandus

Viimastel aastatel on Maroko olnud maailma peamine kanepivaigu päritoluma, järgnevad Afganistan ja Pakistan, ning teataval määral tuleb kanepivaiku ka muudest Kesk-Aasia riikidest, Venemaa Föderatsioonist, Liibanonist ja Albaaniast (UNODC, 2003a). Marokot nimetati 2002. aastal jätkuvalt kõige rohkem kanepivaigu päritolumaana, järgnesid Albaania ja India, kuid peale nende esitati päritolumaadena veel 31 riiki, mis kinnitab narkokaubanduse laialdast levikut ning päritolumaadena

⁽²⁷⁾ Vt joonis 5 OL: Kanepitarbimise areng noorte hulgas mõnes Euroopa Liidu riigis, mõõdetuna rahvastiku-uuringute põhjal.

⁽²⁸⁾ Vt lahter 3 OL: Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja muude uimastite kasutamise küsitlusuuring.

Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendus

Uimastikonfiskeerimiste arvu riigis peetakse tavaliselt uimastite pakkumise ja kättesaadavuse kaudseks näitajaks, kuigi see peegeldab ka õiguskaitsealaseid vahendeid, prioriteete ja strateegiaid ning kaubitsejate nõrku kohti õiguskaitse poolelt vaadatuna. Konfiskeeritud kogused võivad aastast aastasse suuremal või vähemal määral kõikuda, mõnel aastal võivad mõned konfiskeerimised olla väga suured. Seetõttu peavad mitmed riigid konfiskeerimiste arvu pigem suundumuste näitajaks. Kõigis riikides moodustavad olulise osa konfiskeerimistest väikesed konfiskeerimised jaemüügi tasandil. Konfiskeeritud uimastite päritolu ja sihtkoht, kui need on teada, võivad viidata kaubateedele ja tootmispiirkondadele. Uimastite hinnast ja puhtusest jaemüügi tasandil kannab ette enamik liikmesriikidest. Andmed pärinevad siiski väga erinevatest allikatest, mis ei ole alati võrreldavad ega usaldusväärsed, ning see teeb riikide võrdlemise raskeks.

tuntud riikide arvukust (CND, 2004). Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise amet (UNODC) ning Maroko valitsus viisid 2003. aastal läbi esimese kanepitootmist käsitleva vaatluse Marokos. Vaatluse põhjal selgus, et 27% viljelusmaast Rifi piirkonnas oli kanepikasvatuse all, see vastab potentsiaalselt 3080 tonnile 2003. aastal toodetud kanepivaigust (UNODC ja Maroko valitsus, 2003). Kanepi salakaubavedu toimub peamiselt Pürenee poolsaare kaudu, kuid Holland on tähtsusetult teine jaotuskeskus edasitoimetamisel Euroopa Liidu riikidesse (Bovenkerk ja Hogewind, 2002; riiklikud aruanded, 2003).

Kanepiürdi päritoluriike leidub kogu maailmas. Üldiselt olid 2001. aastal kõige sagedamini mainitud päritolumaad maailmas Albaania, Kolumbia, Lõuna-Aafrika, Venemaa Föderatsioon, Jamaica ja Holland. Kanepitaimega kauplemine, kui Euroopat mitte arvestada, on enamikul juhtudel piirkondlik. See tähendab, et tootmine ja tarbimine toimub kohapeal või naaberriikides (UNODC, 2003a). Aruannetele tuginedes on Euroopa Liidus 2002. aastal konfiskeeritud kanepiürt pärit eri riikidest, peamiselt Hollandist ja Albaaniast (CND, 2004; INCB, 2004a), kuid ka Aasiast (Tai), Aafrikast (Malawi, Lõuna-Aafrika, Nigeeria, Angola) ning Ameerikast (Mehhiko, Jamaica, USA) (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003).

Kohapeal kultiveeritakse ja toodetakse kanepit enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides. Olenemata sellest, et mõnel juhul võivad konfiskeeritud taimed olla mõeldud transiidiks

teise riiki, võiks kanepitaimede konfiskeerimisi Euroopa Liidus (vt tabel 3) pidada kohaliku kanepikasvatuse üheks näitajaks. Belgias on kanepiviljelus viimastel aastatel levinud kogu riigis. Tšehhi Vabariigis avastati 2002. aastal esimesed suuremahulised kanepi vesikultuurina viljeluse juhud, mis asendavad kodust "oma tarbeks" kasvatamist

Tabel 3: Kanepitaimede konfiskeerimine Euroopa Liidu riikides ja Norras 2001. aastal

Riik	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogused: taimede arv (kui taimede arv ei ole teada, siis kg)
Belgia	–	–
Tšehhi Vabariik ⁽¹⁾	–	343
Taani ⁽¹⁾	–	230
Saksamaa	785	68 696
Eesti	24	6043
Kreeka	–	18 821
Hispaania	–	(3907 kg)
Prantsusmaa	681	(41 kg)
Iirimaa	20	365
Itaalia	–	3 219 414
Küpros ⁽¹⁾	–	274
Läti ⁽¹⁾	–	(72,7 kg)
Leedu	–	–
Luksemburg	2	11
Ungari	–	–
Malta	–	–
Holland	–	884 609
Austria	120	(36 kg)
Poola ⁽¹⁾	–	2550
Portugal	64	3807
Sloveenia	426	1925
Slovakkia ⁽¹⁾	–	535
Soome	612	(16 kg)
Rootsi	51	(3 kg)
Ühendkuningriik ⁽²⁾	1875	71 507
Norra	–	(17 kg)

–: andmed ei ole kättesaadavad.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskused, välja arvatud:

⁽¹⁾ Interpol (2003), Riikide statistika ebaseaduslike uimastite tootmise, kaubanduse ja tarvitamise kohta 2001, Interpol: Lyon.

⁽²⁾ Corkery, J. M. ja Ains, J. (2003), Uimastite konfiskeerimine Ühendkuningriigis 2001. aastal, resolutsioon nr 202, Siseministeeriumi teadus-, arendus- ja statistikaosakond: London.

avamaal. Eestis avastati 2002. aastal suuremal arvul kanepiistandusi, kusjuures avastati ka mõned suured istandused. Ungaris kasvatatakse aruannete kohaselt kanepitaimi üha suuremal maa-alal. Euroopa Liidus konfiskeeritakse enamik kanepitaimi Itaalias, kellele järgneb Holland, kus on konfiskeeritud taimede arv alates 1998. aastast kasvanud. See tuleneb ühtlasi lähenemisviisist, mis hõlmab paljude kohaliku tasandi asutuste omavahelist edukat koostööd (kohalike asutuste, elektriettevõtete, maksuametite jt tihe koostöö) Hollandis. Kuigi umbes pool kuni kolmveerand Hollandis tarbitavast kanepist on kodumaal kasvatatud ("nederwiet"), väheneb hinnangute põhjal Hollandi kui kanepit teistesse riikidesse eksportiva päritolumaa tähtsus ning Holland muutub välismaalt tuleva kanepi transiidiriigiks, eriti seoses kanepikasvatuse suurenemisega teistes Euroopa Liidu riikides.

Konfiskeerimised

Kogu maailmas konfiskeeriti 2002. aastal kokku 1039 tonni kanepivaiku ja 3800 tonni kanepiürti. Kanepivaiku on jätkuvalt kõige rohkem konfiskeeritud Euroopas ja Aasias, vastavalt 70% ja 23%, kanepiürdi konfiskeerimised on koondunud Ameerikasse (70%) ja Aafrikasse (19%) (CND, 2004). Konfiskeerimiste arvu ja üldkoguste poolest on kanep kõige rohkem konfiskeeritud uimasti kõigis EL riikides, välja arvatud Lätis, kus heroini konfiskeerimiste arv on suurem. Euroopa Liidus konfiskeeritakse kõige rohkem kanepit Ühendkuningriigis, seejärel Hispaanias ja Prantsusmaal (²⁹). Kuid koguste osas langeb viimase viie aasta jooksul üle poole Euroopa Liidus konfiskeeritud üldkogusest Hispaania arvele. Euroopa Liidu tasandil on kanepi konfiskeerimiste kõikuv arv (³⁰) väljendanud tõusutendentsi alates 1997. aastast, kusjuures konfiskeeritud kogused (³¹) on vähenenud alates 1999. aastast. Pärast langust 2001. aastal täheldatakse nii konfiskeerimiste arvu kui konfiskeeritud koguste uut

suurenemist Euroopa Liidus 2002. aastal, kui aluseks võtta suundumused riikides, kes on andmed esitanud.

Mõned riigid on investeerinud uutesse tehnoloogilistesse süsteemidesse, et tõhustada kanepikaubanduse vastu võitlemise meetmeid. Hispaanias näiteks töötati hiljuti välja välispiiride ühtne seiresüsteem (SIVE), mida praegu kasutatakse Algecirase piirkonnas ja Kanaari saarte mõnel saarel ning mis on mõeldud selleks, et toetada kanepi salakaubaveo ja ebaseadusliku sisseande avastamist reaajas (³²).

Hind ja kangus

Kanepivaigu keskmine jaehind 2002. aastal kõikus Euroopa Liidus 2,7 eurolt grammi kohta Hispaanias 21,5 euroni grammi kohta Norras, kusjuures kanepiürdi hind ulatus veidi alla 2 euro grammi kohta Eestis ja Hispaanias kuni 14 euroni grammi kohta Lätis (³³). Ajavahemikus 1997–2002 püsisid kanepivaigu keskmised hinnad stabiilsetena või langesid mõnevõrra enamikus Euroopa Liidu riikides, välja arvatud Luksemburg, kus teatati hindade vähesest tõusust kõnealusel perioodil. 2002. aastal registreeriti samalaadne suundumus kõigis riikides, välja arvatud Saksamaal, Prantsusmaal, Lätis, Leedus ja Hollandis, kus tänaval müüdava kanepivaigu müügihind tõusis. Sama viie aasta jooksul püsis kanepiürdi hind samuti stabiilsena või langes enamikus riikides, kuigi Belgia, Tšehhi Vabariik, Leedu ja Luksemburg teatasid teatavast tõusust. 2002. aastal tõusis kanepiürdi hind Saksamaal, Leedus ja Lätis, kuid püsis stabiilsena või langes teistes liikmesriikides.

Kanepitoodete kangus määratakse kindlaks nende esmase aktiivse koostisosa, Δ^9 -tetrahydrokannabinooli sisalduse (THK) järgi (EMCDDA, 2004c). 2002. aastal varieerus nendes riikides, kelle andmed on kättesaadavad, jaemüüki läinud kanepitoodete (vaik (³⁴) ja ürt (³⁵)) keskmine THK-sisaldus alla 1% kuni 15%ni.

(²⁹) Seda tuleks kontrollida 2002. aasta andmete põhjal, kui need tehakse teatavaks. Andmed kanepi konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Ungari, Poola ja Sloveenia kohta; andmed nii kanepi konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Küprose, Malta, Hollandi, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

(³⁰) Vt Markets_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

(³¹) Vt Markets_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

(³²) Vt <http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp>.

(³³) Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.

(³⁴) Vt Markets_Tbl 15, statistikabülletään 2004.

(³⁵) Vt Markets_Tbl 16, statistikabülletään 2004.



4. peatükk

Amfetamiini-tüüpi stimulandid, LSD ja muud sünteetilised uimastid

Käesolevas peatükis vaadeldakse mitmete sünteetiliselt valmistatud uimastite tarbimist. Mõned nendest, nagu amfetamiinid, on olnud Euroopas pikka aega kasutusel. Teisi, näiteks *ecstasy*-rühma uimastid, on hakatud nende psühhootiliste omaduste tõttu laialdaselt kasutama alles hiljuti. Käesolev peatükk peatub ka jõupingutustel, mida tehakse iga uue Euroopa turule ilmuva sünteetilise uimasti identifitseerimisel.

Amfetamiinid on üldnimetus, mille alla kuuluvad amfetamiin, metamfetamiin ja arvukalt teisi, laiemale üldsusele vähem tuntud aineid, mis kõik stimuleerivad kesknärvisüsteemi. Kõnealustest ainetest on amfetamiin Euroopas kindlasti kõige kättesaadavam. Kogu maailmas kasvavad metamfetamiini kasutamise määrad ning põhjustavad küllaltki suurt muret, sest uimastiga on seotud terve rida tõsisemaid terviseprobleeme. Praegu näib, et metamfetamiini tarbimine Euroopas piirdub suuremas osas Tšehhi Vabariigiga, kuigi aeg-ajalt saabuval teated sunnivad kartma, et kõnealune uimasti võib võimust võtta ka mujal.

Ecstasy-rühm, mida mõnikord nimetatakse entaktogeenideks, koosneb sünteetilisest ainetest, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid mõju poolest nendest teataval määral erinevad. *Ecstasy*-rühma kõige tuntum liige on 3,4-metüleenidoksiimetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt avastatakse *ecstasy* tablettides ka teisi analooge.

Ecstasy, amfetamiini ja LSD üldlevimus kogu elanikkonna hulgas on madal, kuid lähemal uurimisel selgub, et levimus on märksa kõrgem nooremate vanuserühmade hulgas, ning kõnealuste uimastite tarbimine võib olla eriti kõrge teatavates ühiskonnakihtides ja/või mõnes väiksemas kultuurirühmas.

Levimus ja tarbimisharjumused

Tavaliselt on amfetamiinid kanepist järgmine keelatud aine, mida kõige laialdasemalt kasutatakse, ehkki üldine levimus on selgesti madalam (joonis 7). Mitmetes riikides, kus on tehtud korduvaid uuringuid (Saksamaa, Hispaania, Holland, Soome ja Ühendkuningriik), on siiski leitud, et

ecstasy tarbimine on viimastel aastatel amfetamiinitarbimisele järele jõudnud või seda edestanud ⁽³⁶⁾. Peale selle lubavad mitme teise riigi (Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Portugal) viimased uuringud (kuigi need ei kuulu seeriasse) oletada, et *ecstasy*-tarbimine on suhteliselt suur.

Viimaste uuringute põhjal kõigub elu jooksul amfetamiini tarbinute osakaal kogu täisealise (15–64 aastat) elanikkonna hulgas 0,5%–6% Euroopa Liidu liikmesriikides, välja arvatud Ühendkuningriik, kus see on 12%. *Ecstasy*-t on proovinud ligikaudu 0,5%–7% elanikkonnast.

Viimaste andmete kohaselt (viimase 12 kuu levimus) on amfetamiinide või *ecstasy* tarbimine täisealiste hulgas üldjuhul alla 1%, kuigi mõlema aine tarbimine on mõnevõrra suurem Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Iirimaa (1998. aasta uurimus) ja Ühendkuningriigis; peale selle tarbitakse viimasel ajal amfetamiini keskmisest rohkem Taanis, ning *ecstasy*-tarbimise viimased näitajad on kõrgemad Hollandis.

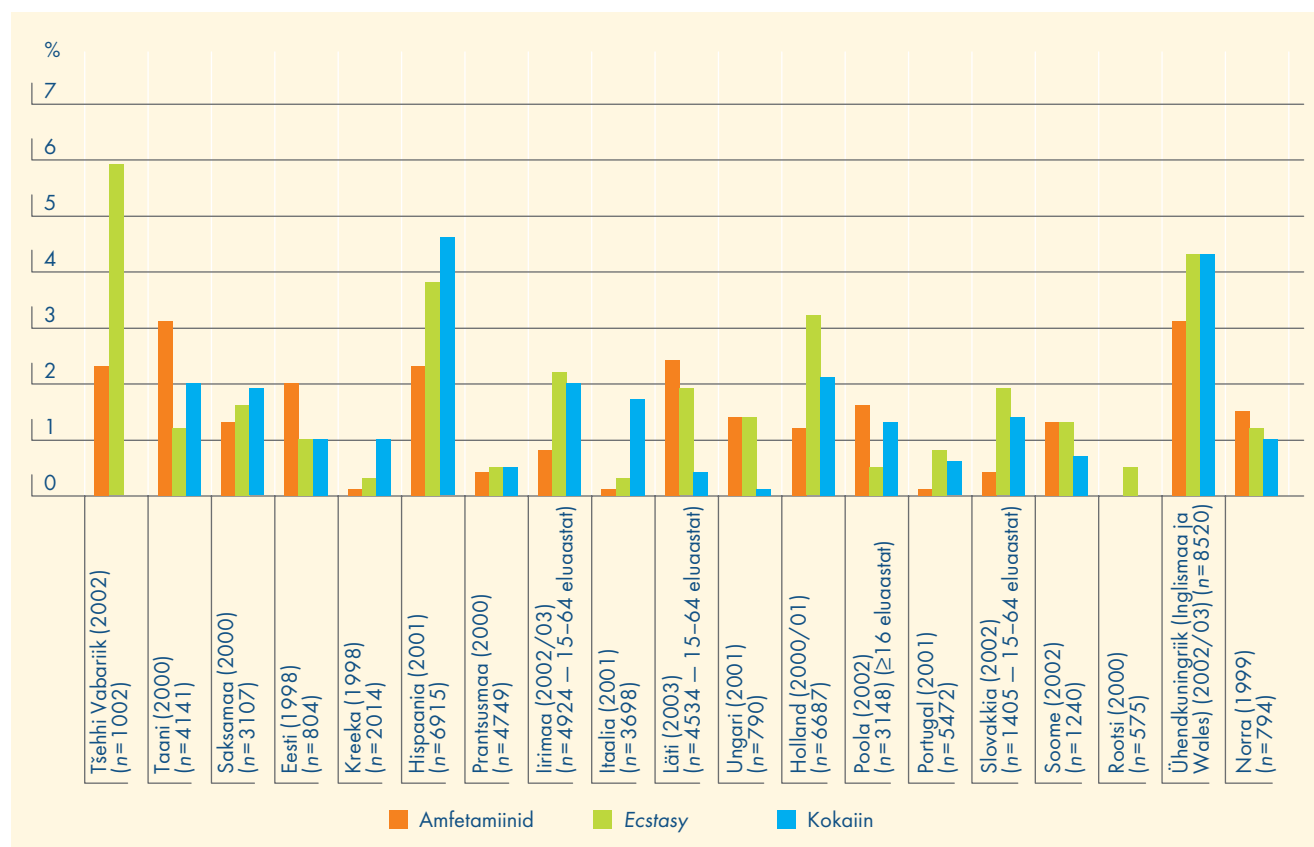
Kogu elanikkonda silmas pidades on amfetamiini ja *ecstasy* tarbimine põhimõtteliselt noorte hulgas levinud nähtus. Elu jooksul on noortest täisealistest kõnealuseid uimasteid proovinud (15–34 aastased) 2%–11% ning viimasel ajal 0,5%–6%. Riiklike vaatlusandmete põhjal on 15–24 aastastest meestest *ecstasy*-t elu jooksul proovinud 11%–17% Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Hollandis ja Ühendkuningriigis, ning viimase aja tarbimise määr on vahemikus 5%–13% Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Iirimaa (1998), Lätis, Hollandis ja Ühendkuningriigis. Tõenäoliselt oleksid need näitajad veelgi kõrgemad, kui arvesse oleks võetud ainult linnaelanikkond (joonis 8).

Ecstasy-tarbimine üldjuhul suurenes 1990ndatel aastatel. Selle kasutamine võib praegugi suurened noorte hulgas, kuid näib siiski, et levik kogu elanikkonna hulgas on vähemalt mõneks ajaks piiratud.

Võrdluseks, 2001. aastal oli Ameerika Ühendriikide riikliku leibkondade uuringu põhjal *ecstasy* elu jooksul tarbimise kogemus täisealiste hulgas (12 aastased ja vanemad) 4,3%, kusjuures 9% oli kasutanud erguteid

⁽³⁶⁾ Vt joonis 6 OL: Amfetamiini ja *ecstasy* hiljutise (viimase aasta jooksul) tarbimise areng noorte täisealiste (15–34 aastased) hulgas Ühendkuningriigis (Briti kuritegevusuuring).

Joonis 7: Amfetamiinide, ecstasy ja kokaiini tarbimine (viimase aasta jooksul) noorte täisealiste (15–34aastased) hulgas siseriiklike rahvastiku-uuringute kohaselt



Märkused: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest, v.a Prantsusmaa, kus väikese valimi tõttu ei saanud kasutada 2002. aasta vaatlusandmeid, seega esitatakse siin 2000. aasta andmed (vt GPSurvey_Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis). Valim (n) – vastanute arv 15–34aastaste vanuserühmas. Uuringute käigus vastanute koguarvu vt GPSurvey_Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis. Kõik andmed ei vasta täpselt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse standardvanusele (Taani ja Ühendkuningriik 16–34; Eesti, Ungari ja Saksamaa 18–34). Vanuserühmade erinevused võivad veidi mõjutada mõningaid erinevusi riikide vahel. Mõned riigid tegid ise ümberarvutused, et kohendada andmed Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse vanuserühmastandardiga.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta aruanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt ka rahvastiku-uuringu tabelid 2004. aasta statistikabülletäänis.

(sealhulgas 5,3% oli kasutanud metamfetamiini). Ecstasy-tarbimisest viimasel ajal (viimased 12 kuud) teatas 1,3% ning stimulantide hiljutisest kasutamisest teatas 1,4% (nende hulgas teatas 0,7% metamfetamiini tarbimisest) ⁽³⁷⁾.

Vaatlused ja uuringud noorte hulgas

Võrdlevad andmed noorte kohta toetuvad suurel määral 15- ja 16aastastele kooliõpilastele suunatud uuringutele.

Kooliõpilaste hulgas 2001.–2002. aastal läbi viidud uuringute andmed näitavad, et ecstasy't elu jooksul tarbinute arv 15- ja 16aastaste kooliõpilaste hulgas püsib stabiilsena või on langenud kuues liikmesriigis (Belgia, Tšehhi Vabariik,

Hispaania, Itaalia, Ungari ja Rootsi). Ecstasy't oli elu jooksul proovinud kõnealustes riikides 1%–4,7% ⁽³⁸⁾.

Ecstasy't elu jooksul tarbinute arvu 1-protsendilisest kasvust 15- ja 16aastaste kooliõpilaste hulgas teatas Ühendkuningriik (5%). Järgmise Euroopa kooliõpilaste küsitlusuuringu (ESPAD) ⁽³⁹⁾ põhjal koostatud aruandes esitatakse olulised andmed suurema arvu Euroopa Liidu liikmesriikide suundumuste kohta pärast 1995. ja 1999. aastat.

Amfetamiini elu jooksul proovinute arv 15- kuni 16aastaste kooliõpilaste hulgas püsib stabiilsena või langes kõigis riikides (välja arvatud Ungari), kes esitasid uued andmed ajavahemiku 2001–2002 kohta ⁽⁴⁰⁾.

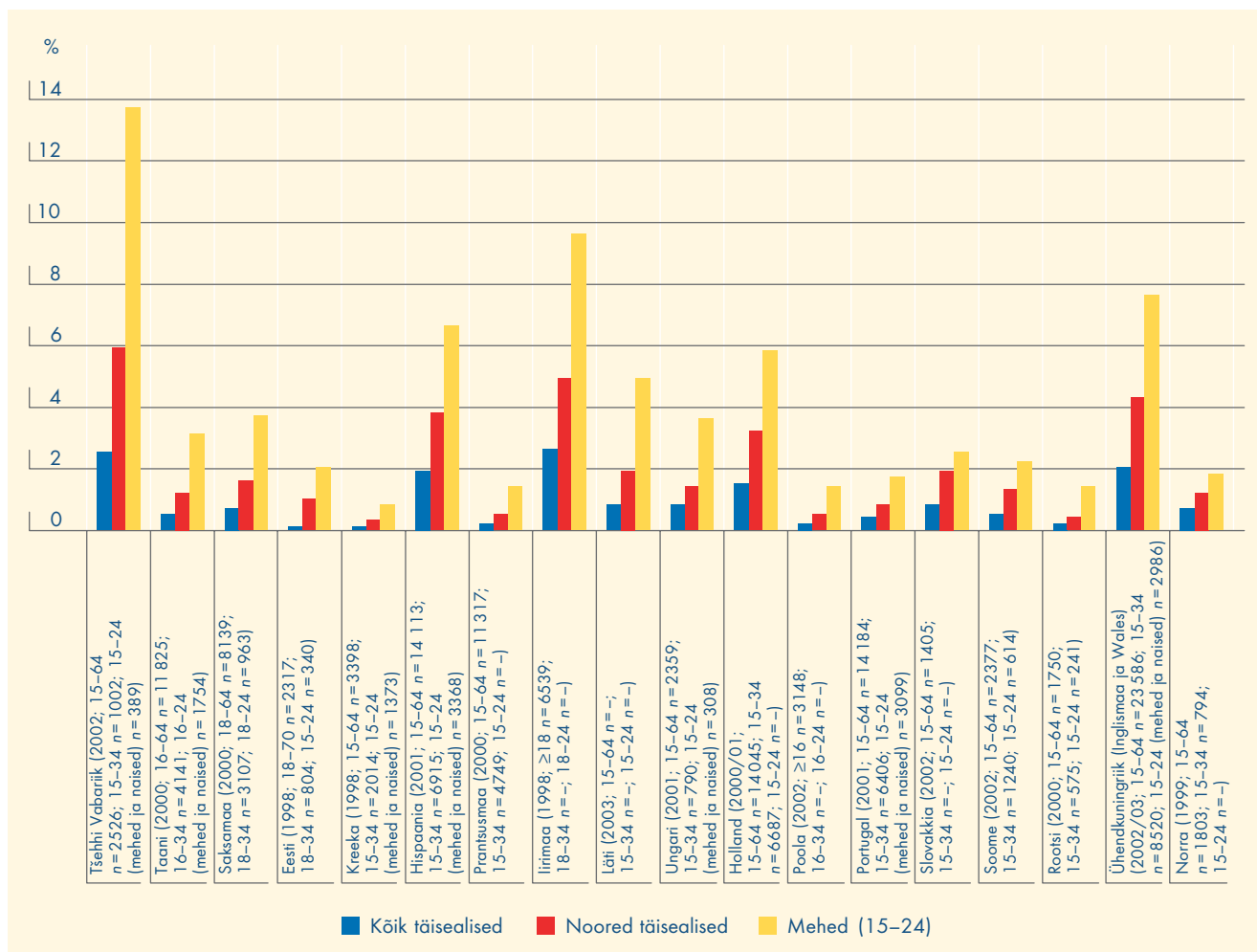
⁽³⁷⁾ USA 2002. aasta narkootikumide tarbimise ja tervishoiustatistika alase riikliku vaatlusuuringu andmed (ainete kuritarvitamise ja vaimse tervishoiu küsimustega tegelevate talituste administratsiooni (SAMHSA) rakendusuuringu amet). Kättesaadavad SAMHSA veebisaidil (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). USA uuringu vanuseklass (12 aastat ja vanemad) on laiem Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse poolt Euroopa Liidu uuringute põhjal esitatud vanuseklassist (15–64).

⁽³⁸⁾ Vt Prevalence_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

⁽³⁹⁾ Lahter 3 OL: Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja muude uimastite kasutamise küsitlusuuring.

⁽⁴⁰⁾ Vt Prevalence_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

Joonis 8: Ecstasy levimus eelmisel aastal kõigi täisealiste (15–64aastased), noorte täisealiste (15–34aastased) ja noorte meeste (15–24aastased) hulgas siseriiklike rahvastiku-uuringute kohaselt



Märkused: Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest, v.a Prantsusmaa, kus väikese valimi tõttu ei saanud kasutada 2002. aasta vaatlusandmeid, seega esitatakse siin 2000. aasta andmed.

Kõik andmed ei vasta täpselt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse standardvanusele (Taani ja Ühendkuningriik 16–34; Eesti, Ungari ja Saksamaa 18–34). Vanuserühmade erinevused võivad veidi mõjutada mõningaid erinevusi riikide vahel. Mõned riigid tegid ise ümberarvutused, et kohendada andmed Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse vanuserühmastandardiga.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aastaaruanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt GPSurvey_Tbl 3 ja Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis.

Amfetamiini-tüüpi stimulantide elu jooksul tarbinute arv ja nende intensiivne kasutamine on üldjuhul meeste seas suurem võrreldes naistega, välja arvatud Tšehhi Vabariigis, kus nii ESPADi kui Maailma Tervishoiuorganisatsiooni kooli-uuringute andmetel oli kooliõpilaste elu jooksul metamfetamiini tarbimise (peamiselt "pervitiini") levimus suurem tütarlaste hulgas. See langeb ühte andmetega, mis on kogutud narkoravikeskustes käivate noorte hulgas Tšehhi Vabariigis: üle poole stimulantide (peamiselt "pervitiini") kasutamisest tulenevate probleemide tõttu ravi taotlevatest teismelise-eas klientidest on tütarlapsed, võrreldes 20aastaste ja vanematega, kelle hulgas on kaks korda rohkem meessoost kui naissoost kliente. Seni ei ole pakutud ühtegi selgitust selle teismeliste hulgas esineva

nähtuse kohta, kuid see viitab vajadusele hoolikalt kontrollida amfetamiini-tüüpi stimulantide tarbimise olukorda naiste hulgas.

Viimased uuringud Hollandis ja Ühendkuningriigis näitavad, et ecstasy-tarbimine on püsivalt palju tavapärasem (tantsu)pidude küllastajate kui kogu elanikkonna hulgas (Deehan ja Saville, 2003; Ter Bogt ja Engels, 2004). Andmed ecstasy-tarbimise sageduse ja tarbitud koguste kohta on piiratud, kuid olemasolev teave lubab arvata, et tarbimisharjumused on väga muutuvad. Näiteks 2001. aastal Hollandis reiviküllastajate hulgas korraldatud vaatluse põhjal leiti, et rohkem kui pooled (58%) olid kasutanud ecstasy't viimase kuu jooksul.

Nendest 17% (määratluse kohaselt "praegused ecstasy kasutajad") tunnistas, et kasutab ecstasy't "mõnel korral nädalas", ning 22% tarbis ecstasy't kord nädalas. Üks kolmest (32%) tarbis ecstasy't "mõned korrad kuus". Tulevaste suundumuste osas teatas Hispaania, et seos ecstasy-tarbimise ja teatavat liiki muusika või ürituste vahel võib olla nõrgenemas ning et uimasti võib muutuda vähem tähtsaks konkreetsete rühmade identifitseerimisel.

Hoolimata stimuleerivate uimastite ja sõidukijuhtimisega seoses levinud murest identifitseeriti Hispaanias 2002. aastal tehtud liiklusõnnetuses hukkunute toksikoloogilise uuringu käigus ecstasy ainult 0,4 protsendil 1441 uuritud sõidukijuhist.

Ecstasy'ga seotud surmad

Ecstasy'ga seotud surmasid esineb opiaadisurmadega võrreldes harva, kuid need tekitavad üldsuse hulgas tõsist muret tõenäoliselt ohvrite nooruse ja juhtumi täieliku ootamatuse tõttu. Mõiste "ecstasy'ga seotud surm" vajab selgemat määratlemist. Praegu võib see tähendada, et kõnealust ainet on mainitud surmatunnistusel või leitud toksikoloogilise analüüsi tulemusena (sageli kombineerituna opiaatide, alkoholi, kokaiini või muude uimastitega).

Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu 2003. aasta aruannete põhjal on "ecstasy'ga seotud surmad" väga haruldased enamikus Euroopa Liidu riikides ning surmasid, millel on ecstasy'ga ilmne seos, esineb veelgi harvemini (kaks Austrias, kaks Prantsusmaal, nendest ühe põhjuseks oli üksnes ecstasy, 19 Saksamaal, nendest kaheksa põhjuseks oli üksnes ecstasy, üks Kreekas ja kaks Amsterdamis, üks oli seotud alkoholiga), kuigi aruannete esitamise kord on ebaühtlane. Ühendkuningriiki registreeris 2001. aastal 55 surma, mille puhul oli tegemist ecstasy'ga, kusjuures 1998. aastal oli neid 16. Briti uuring, toetudes 202 juhust koosnevale seeriale, millest kanti ette ajavahemikul 1996–2002 ainete kuritarvitamisest tingitud surmade uurimise riikliku programmi (*National Programme on Substance Abuse Deaths*) raames, tuvastas samuti ecstasy'ga seotud surmade arvu suurenemise ajavahemikel 1996–1997 (12 juhtu) ning 2001–2002 (72 juhtu), kusjuures ecstasy't mainiti ainsa uimastina 17% juhtudest (Schifano jt, 2003). Ecstasy'ga seotud surmade suhteliselt suur arv Ühendkuningriigis võib olla tingitud tegelikust ecstasy tarbimise suuremast levimusest, kuid see võib olla ka paremate seire- ja analüüsimetodite tulemus.

Haiglate kiirabijuhud võivad ka olla ainete kuritarvitamisega seotud ägedate terviseprobleemide näitajaks. Mõõdukast ecstasy ja amfetamiinidega seotud kiirabijuhtude arvu suurenemisest kanti ette Hispaanias ajavahemikul 1996–2001 ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾; teised riigid ei kogu süsteemselt riiklikke andmeid kiirabiosakondadest ning samalaadse kasvu kohta ei ole seni teateid ühestki muust riigist.

Briti uurimus, mille eesmärk oli hinnata ecstasy põhjustatud surmade ohtu, tuvastas kasutajate arvu uurides väga suure vahemiku (0,2–5,3 ja 10 000 kasutajat) ning rõhutas, et nii ecstasy'ga seotud surmade kui ka elanikkonna vaadeldavate riskirühmade mõiste vajab paremat määratlemist (Gore, 1999; Schifano jt, 2003).

Osa ecstasy'ga seotud surmajuhudest oleks saanud ära hoida, kui oleks kasutatud suhteliselt lihtsaid meetodeid, nagu piisav ventileerimine, vedelikukao korvamine ning paremat turvalisust tagav käitumine terviseõpetuse abil. Mõnel juhul saabus surm ilmselt harvaesineva idiosünkraatilise reaktsiooni tulemusena. Selliseid ettearvamatuid reaktsioone on raske vältida ning muud sekkumisvõimalused peale arstiabi on seetõttu piiratud.

Sekkumised meelelahutuspaikades

Ennetustöö meelelahutuses on vast kõige rohkem kasutatav konkreetne valikulise ennetuse vorm. Mõnes liikmesriigis ⁽⁴³⁾ kasutatakse juba mõnda aega vastavaid loetelusid, suuniseid ja teenuseid. Ennetustegevus on mõnevõrra hoogustunud, eriti uutes liikmesriikides ⁽⁴⁴⁾.

Sekkumised ulatuvad hoidumisele suunatud meetmetest, nagu on Rootsi kampaania "Põhjusi uimastite proovimisest hoiduda on palju" 2003. aasta suvel (eesmärgiks oli tugevdada nende meelekindlust, kes on juba uimastite vastu, ning veenda kõhklejaid valima õiget rada), kuni tarbijatele uimastitablettide andmiseni mõnes riigis (vt uurimust allpool) ⁽⁴⁵⁾. Viimasel ajal on suurenenud struktuuriliste lähenemisviiside tähtsus üha enamates liikmesriikides, eelkõige Põhjamaades (peamiselt alkohol) ja Itaalias. Nende aluseks on ühiste koostööstrateegiade arendamine, mis hõlmab restorane, klube ja baare, politsei, uimastienetusteenistused, restoranitöötajate ühendused ning juhtkonnad. Tähelepanu keskmes on üldjuhul turvalisus, esmaabi, uimastijärelevalve ning hädaolukordade ja vägivalda ärahoidmine. Töötajate koolitus hõlmab ohuolukordade kindlakstegemist ning professionaalset sekkumist.

⁽⁴¹⁾ Hispaanias on psühhootilistest ainetest põhjustatud ägedate reaktsioonidega hospitaliseerimisi jälgitud mitme aasta jooksul selleks valitud haiglates kogu riigi ulatuses ühe juhuslikult valitud nädala jooksul kuus. Ainete "mainimise" arv on registreeritud. Metodoloogiliste üksikasjade kohta vt Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide aruanded 2003 (lk 34–36).

⁽⁴²⁾ Vt joonis 7 OL: Mainimise osakaal uimastitest põhjustatud ägedate reaktsioonidega hospitaliseerimisjuhtumites, Hispaania 1996–2001.

⁽⁴³⁾ Vt joonis 8 OL: Tähtsus, mis liikmesriigid omistavad ennetusmeetmetele meelelahutusasutustes.

⁽⁴⁴⁾ Vt tabel 5 OL: Kokkuvõtlikud andmed ennetustegevusest meelelahutusüritustel.

⁽⁴⁵⁾ Vt ka joonis 8 OL: Tähtsus, mis liikmesriigid omistavad ennetusmeetmetele meelelahutusasutustes.

Taani arendusprojekt, mis oli suunatud *ecstasy*-tarbimise ennetamisele kahes "näidismaakonnas", keskendus sekkumistele munitsipaaltasandil (kohalike tegevuskavade ja uimastipoliitika kujundamine), koolides ja kolledžites ning pidudel. Sekkumistega seoses koostati ka "uimastisallimatuse teatmik" öiste lõbustuskohtade tarbeks ning taustamaterjali sisaldav veebisait. Restoranide juhtkond ja töötajad said uimastite käsitlemise alast koolitust. Esimeste aruannete põhjal selgub, et mõne *ecstasy*-keskse teenuse, näiteks telefoni abiliini ja nõustamisteenuse seotatus oli nõrk. Vastuvõtt kiirabisakondadesse ja raviastutustesse oli ebapiisav.

Hiljutises Hollandi-Saksa-Austria uuringus (Benschop jt, 2002) ⁽⁴⁶⁾ analüüsiti uimastitablettide jaotajate tegevuse mõju uimastitarbimisega seotud käitumisele ning *ecstasy*-tarbijate ohuteadlikkusele kolmes Euroopa linnas (Amsterdam, Hannover ja Viin). Vastajad kõnealusel kolmes linnas andsid tähelepanuväärselt samalaadseid andmeid: erinevused uimastitablettide jaotamisteenuse kasutajate ja mittekasutajate vahel olid väikesed. Kõige tavalisem *ecstasy* teabeallikas on tugiisikud, kusjuures massimeedia ja elustiili kajastavate ajakirjade osa on vähem tähtis. Kasutajad teavitavad oma sõpru katsetamise tulemustest. Seda mitteametlikku levitamiskiisi peetakse tablettide jaotamisteenuse varjatud eeliseks: see avardab uimastiennetusvõrku ning alandab kontaktiläve ennetusteenustega. Kasutajatel ja mittekasutajatel näib olevat eraldi sotsiaalne võrgustik ning nad ei suhtle omavahel, ka siis mitte, kui nad osalevad samadel üritustel (näiteks pidudel). Uuringust ei tulenenud, et uimastitablettide jaotamine võiks soodustada *ecstasy*-tarbimist või laiendada *ecstasy*-tarbijate ringi.

Ravi

Amfetamiini-tüüpi stimulantide (ATS) kasutamine on harva narkootikumide ravikeskustesse pöördumise esmane põhjus. On olemas siiski mõned märkimisväärsed erandid: 52% klientidest Tšehhi Vabariigis, 35,3% Soomes ja 29% Rootsis nimetavad ATSi ravilemineku esmase põhjusena. Tšehhi Vabariigis on ravinõudlus kõige suurem "pervitiini" ⁽⁴⁷⁾ tarbijate hulgas, kellest ligikaudu üks kolmandik on teismelised (alla 20aastased), kusjuures pooled teismelise-eas tarbijatest on naissoost. Nii Rootsis kui Soomes on amfetamiinid olnud tavapäraselt riigisest narkoprobleemide hulgas tähtsal kohal, ning teataval määral on see nii ka tänapäeval.

Konfiskeerimised ja turuinfo ⁽⁴⁸⁾

Vastavalt Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise ametile (UNODC, 2003a) on ATSi (sünteesilised uimastid, sealhulgas amfetamiinidega keemiliselt seotud ained, metamfetamiin ja *ecstasy*) toodangu suurust raske hinnata, sest "see algab kergesti kättesaadavate kemikaalidega kergesti varjatavates laborites". ATSi toodetakse kogu maailmas hinnanguliselt siiski umbes 520 tonni aastas (UNODC, 2003b). Üle kogu maailma konfiskeeritud ATSi kogus jõudis 2000. aastal 46,2 tonnini ja on seejärel langenud 25,7 tonnini 2002. aastal (CND, 2004).

Metamfetamiin

Maailmatasandil on metamfetamiin toodetud koguste ja kauplemise poolest ATSide hulgas kõige tähtsamal kohal. Suurimad kogused on konfiskeeritud Ida- ja Kagu-Aasias (Tai, Hiina), nendele järgneb Põhja-Ameerika (UNODC, 2003a). Euroopas toodetakse metamfetamiini palju väiksemas ulatuses: ainult 2% kogu maailmas ajavahemikul 2000–2001 demonteeritud salajastest metamfetamiinilaboritest asus Euroopas, peamiselt Tšehhi Vabariigis, Venemaa Föderatsioonis ja Slovakkias. Euroopa Liidus on metamfetamiini väikesemahulist tootmist registreeritud Belgias, Saksamaal, Eestis, Prantsusmaal, Lätis, Leedus ja Ühendkuningriigis (UNODC, 2003a, b). Tšehhi Vabariigis on metamfetamiinitootmisest teatatud alates 1980. aastate algusest; sellest suurem osa läheb kohalikuks tarbimiseks, kuigi teatav kogus toimetatakse salaja Saksamaale ja Austriasse (UNODC, 2003a). Kuigi Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ei kogu süsteemselt metamfetamiini konfiskeerimiste andmeid, teatasid Tšehhi Vabariik, Taani, Eesti, Leedu, Norra ja Rootsi siiski sellistest konfiskeerimistest 2002. aastal.

2002. aastal püsis "pervitiini" keskmine jaehind Tšehhi Vabariigis suhteliselt stabiilsena, olles 32 eurot grammi kohta, välja arvatud teataval ajavahemikul aasta alguses, kui hind tõusis lähteaine (efedriin) nappuse tõttu. Keskmine puhtus esitatud andmete põhjal on 40%.

Amfetamiin

Demonteeritud laborite arvu põhjal koondub amfetamiinitootmine maailmas ikkagi Euroopasse. 2002. aastal jäi amfetamiinilaboreid avastamata Poolas ja Hollandis ning teataval määral ka Saksamaal, Eestis,

⁽⁴⁶⁾ EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

⁽⁴⁷⁾ "Pervitiin" on Tšehhi Vabariigis ebaseaduslikult valmistatava metamfetamiiniliigi kohalik nimetus. Seda on kasutatud pikka aega ning manustatakse peamiselt süstimise teel. Selle valmistamine võib olla seotud seadusliku efedriinitootmisega (UNODC *ecstasy* ja amfetamiinide ülemaailmne uuring, 2003).

⁽⁴⁸⁾ Vt 3. peatükk: Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendus, lk 31.

Prantsusmaal ja Leedus ⁽⁴⁹⁾ (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003; CND, 2004). Euroopa Liidus 2002. aastal konfiskeeritud amfetamiin oli pärit peamiselt Hollandist ja Poolast, ning väiksemas ulatuses Belgiast, Eestist ja Leedust.

Samuti, enamik amfetamiini konfiskeerimisi toimub Lääne-Euroopas. Selle alampiirkonna arvele langeb 86% kogu maailmas 2002. aastal konfiskeeritud amfetamiini üldmahust, millest Ida-Euroopa osa moodustab 10% ning Lähis- ja Kesk-Ida riikide osa 3% (CND, 2004). Viimase viie aasta jooksul on peamine amfetamiini konfiskeeriv riik Euroopa Liidus olnud Ühendkuningriik ⁽⁵⁰⁾. Euroopa Liidu tasandil jõudis amfetamiini konfiskeerimiste arv ⁽⁵¹⁾ tippu 1998. aastal ning kogused ⁽⁵²⁾ olid kõige suuremad 1997. aastal. Andmed kättesaadavaks teinud riikide suundumuste põhjal näib, et alates 2000. aastast on uuesti kasvanud konfiskeerimiste arv ning pärast 2001. aastat on suurenenud konfiskeeritud kogused ⁽⁵³⁾. Amfetamiini hinnad kõikusid 2002. aastal tarbija tasandil 11 eurost grammi kohta Ungaris ja Eestis kuni 37,5 euronit grammi kohta Norras ⁽⁵⁴⁾. Viimase viie aasta jooksul on hinnad olnud stabiilsed või langenud enamikus riikides, kes on suutelised selliseid andmeid esitama.

2002. aastal jaemüüki läinud amfetamiini puhtus ulatus 10 protsendist (Saksamaa) 52 protsendini (Norra), puhtuseaste oli Norra järel kõige suurem Läänemere-äärsetes riikides, Eestis, Lätis, Leedus ja Soomes. Tähelepanavalt erines Portugal, kus keskmine puhtuseaste 2002. aastal oli alla 1%. Viimase viie aasta jooksul on amfetamiini puhtus olnud kõigis riikides püsiv või langemas, kuigi 2002. aastal teatasid Belgia, Eesti ja Ühendkuningriigi puhtuseastme tõusust.

Ecstasy

Euroopa on maailma peamine *ecstasy*-tootmise keskus, kuigi tema suhteline tähtsus näib vähenevat, sest *ecstasy*-tootmine levib muudesse maailma paikadesse, eelkõige

Põhja-Ameerikasse ning Ida- ja Kagu-Aasia riikidesse (UNODC, 2003a; CND, 2004). Euroopas asub suurem osa *ecstasy*-tootmisest Hollandis ja Belgias. Euroopas näiteks toimus ajavahemikul 1999–2001 üle 63% *ecstasy* lähteainete konfiskeerimistest Hollandis ning 21% Belgias, kusjuures Euroopa Liidus demonteeritud *ecstasy*-laboritest 75% asus Hollandis, 14% Belgias, 6% Ühendkuningriigis ja 4% Saksamaal. *Ecstasy*-laborite (ja/või ATSilaborite) demonteerimisest teatasid ka Eesti, Hispaania, Läti, Leedu, Ungari, Poola ja Norra ajavahemikul 1991–2001 (UNODC, 2003a). Kogu maailmas avastati 2002. aastal 54 *ecstasy*-laborit, nende hulgas 18 Hollandis ⁽⁵⁵⁾, kolm Ühendkuningriigis, Prantsusmaal ja Eestis kummaski üks (CND, 2004). Esitatud andmete kohaselt on Euroopa Liidus konfiskeeritud *ecstasy* pärit peamiselt Belgiast ja Hollandist, kuigi mitmes aruandes mainitakse tootjariikidena ka Eestit ja Ühendkuningriiki (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003).

Ecstasy'ga kauplemine on ikka veel tugevasti koondunud Lääne-Euroopasse, kuigi viimastel aastatel on see samasuguste toodetena levinud üle kogu maailma (UNODC, 2003a). Konfiskeeritud mahust langeb 2002. aastal Euroopa arvele 73% ja Põhja-Ameerika arvele 20% (CND, 2004). Viimase viie aasta jooksul on Ühendkuningriik olnud järjekindlalt see Euroopa Liidu liikmesriik, kes on konfiskeerinud kõige rohkem *ecstasy*'t ⁽⁵⁶⁾.

Pärast langust 1997. aastal on *ecstasy* konfiskeerimiste arv ⁽⁵⁷⁾ Euroopa Liidu tasandil väga kiiresti kasvanud. Otsustades andmed esitanud riikide suundumuste põhjal näib, et *ecstasy* konfiskeerimiste arv on 2002. aastal langenud. Seda tuleks siiski kinnitada 2002. aasta andmete põhjal, kui need muutuvad kättesaadavaks, eeskätt andmete põhjal Ühendkuningriigist. Konfiskeeritud *ecstasy*-koguste ⁽⁵⁸⁾ kohta võib öelda, et need suurenesid väga kiiresti ajavahemikul 1997–2000 ning 2001. aastal tõus lakkas. Enamiku riikide aruannete põhjal suurenesid kogused uuesti 2002. aastal.

⁽⁴⁹⁾ Ühendkuningriigis on viimastel aastatel avastatud terve rida ebaseaduslikke amfetamiinilaboreid, kuigi need selles loetelus puuduvad. Peale selle avastati esimene salajane amfetamiinilabor Luksemburgis 2003. aasta alguses.

⁽⁵⁰⁾ Kõnealust olukorda tuleks kontrollida Ühendkuningriigi 2002. aasta andmete põhjal, kui need tehakse teatavaks. Andmed amfetamiini konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Belgia, Itaalia, Ungari, Hollandi ja Poola kohta; andmed nii amfetamiini konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa, Küprose, Ungari, Malta, Poola, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁵¹⁾ Vt Markets_Tbl 7, statistikabülletään 2004.

⁽⁵²⁾ Vt Markets_Tbl 8, statistikabülletään 2004.

⁽⁵³⁾ Võrrelda 2002. aasta andmetega, kui need saavad kättesaadavaks.

⁽⁵⁴⁾ Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.

⁽⁵⁵⁾ Hollandis 2002. aastal avastatud kokku 43st sünteetiliste uimastite tootmiskohast 18 on võimalik seostada eelkõige MDMAga.

⁽⁵⁶⁾ Kõnealust olukorda tuleks kontrollida Ühendkuningriigi 2002. aasta andmete põhjal, kui need tehakse teatavaks. Andmed *ecstasy* konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Belgia, Ungari, Hollandi ja Poola kohta; andmed nii *ecstasy* konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Itaalia, Küprose, Malta, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁵⁷⁾ Vt Markets_Tbl 9, statistikabülletään 2004.

⁽⁵⁸⁾ Vt Markets_Tbl 10, statistikabülletään 2004.

2002. aasta aruannete põhjal ulatus ühe ecstasy-tableti keskmine hind 6 eurost (Tšehhi Vabariik) 20–25 euroni (Itaalia, Soome) ⁽⁵⁹⁾. Äsja siiski teatati (DrugScope, 2004), et mõnes kohas Ühendkuningriigis on ecstasy-tablettide hind langenud 1,5 euroni. Viimase viie aasta jooksul on enamikus Euroopa Liidu riikides ecstasy-tabletid järjest odavnenud. 2002. aastal jätkus see trend kõigis riikides, välja arvatud Eesti, kus tabletihind mõnevõrra tõusis.

Võrreldes ajaga viis aastat tagasi näib, et ecstasy nime all müüdud tablettide amfetamiinisaldus on vähenenud, samas kui ecstasy't ja ecstasy-laadseid aineid leitakse üha rohkem. Kõigis EL riikides olid ainsad psühhoaktiivsed ained, mida enamikus ecstasy nime all müüdud ja analüüsitud tablettides 2002. aastal leiti, ecstasy (MDMA) ja ecstasy-laadsed ained (MDEA, MDA). Belgias, Taanis, Saksamaal, Leedus, Ühendkuningriigis ja Norras moodustasid sellised tabletid üle 95% analüüsitud ecstasy-tablettide üldarvust. Ecstasy-tablettide MDMA sisaldus on eri partiides (isegi sama logoga partiides) väga erinev riigisiselt ja eri riikides. Enamiku Euroopa Liidu riikide aruannete põhjal oli 2002. aastal keskmine toimeainesisaldus (MDMA) tableti kohta 60–80 mg, kuigi Ungaris ja Norras oli nimetatud vahemik laiem.

LSD

LSDd toodetakse ja müüakse palju väiksemas ulatuses kui teisi sünteetilisi uimasteid, näiteks ATSi. Ajavahemikus 2000–2001 langes LSD konfiskeerimiste arv kogu maailmas 73% võrra. Kõige suuremal arvul ühikuid konfiskeerinud riikideks 2001. aastal olid USA, Hispaania ja Holland (UNODC, 2003a). Kuni 2000. aastani oli kõige suuremal arvul LSD konfiskeerimisi teinud Euroopa riigiks Ühendkuningriik, kuid nüüd on Saksamaa Ühendkuningriigist ette jõudnud ⁽⁶⁰⁾. Euroopa Liidus on nii LSD konfiskeerimiste arv ⁽⁶¹⁾ kui ka konfiskeeritud kogused ⁽⁶²⁾ viimase viie aasta jooksul pidevalt langenud, kui välja arvata seisak 2000. aastal. Euroopa Liidus ulatus 2002. aastal LSD ühiku keskmine hind ostjale 5 eurost Ühendkuningriigis üle 20 euroni Itaalias ⁽⁶³⁾.

Rahvusvaheline tegevus sünteetiliste uimastite kaubanduse vastu

Komisjon koostas 2003. aasta detsembris koostööd Europoliga ettekande, mis käsitles jaotusvõrgustiku kaardistamise tegevate suurte mitmepoolsete projektide

praegust olukorda liikmesriikides ja kandidaatriikides, ning selles valdkonnas ühenduse tasandil saadud kogemusi. Ettekandes esitatud põhiliste projektide hulgas käsitleti sünteetiliste uimastite vastast üldmeedet Euroopas (*Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe*, CASE), milles on ühendatud Rootsi riikliku kriminalistikalabori (*Swedish National Laboratory of Forensic Science*, SKL) esitatud amfetamiini kohtuekspertiisil põhinev iseloomustus ning õiguskaitseandmete võrdlus Euroopa tasandil, et identifitseerida sünteetiliste uimastite tootmiskohad ja sünteetiliste uimastite tootmise ja edasitoimetamisega tegelevad kuritegelikud ühendused ning algatada eeluurimine. Projekti toetab Europoli analüüsifail CASE. Teise projekti, ehk Europoli ebaseaduslike laborite võrdlussüsteemi (*Europol Illicit Laboratory Comparison System*, EILCS) abil viiakse kokku kogu Euroopa Liidus asuvate sünteetiliste uimastite tootmiskohtade fotograafilised ja tehnilised andmed, mis annab võimaluse uurida eri tootmiskohtade vahelisi sidemeid, konfiskeeritud seadmeid ning isikuid, kes aitavad seadmetega varustamist korraldada.

Peale selle koostab Europoli ecstasy-logosüsteem (*Europol Ecstasy Logo System*, EELS) iga-aastase logokataloogi, mida levitatakse üle maailma kõigi asjakohaste õiguskaitseasutuste hulgas. Europoli ecstasy-logosüsteem on teinud tihedat koostööd ecstasy keske analüüsiprogrammiga (*Central Analysis Programme Ecstasy*, CAPE), mille haldajaks on Saksamaa riiklik kriminaalpolitsei amet (*German Federal Criminal Police Office*).

Interpol on algatanud projekti, mis keskendub organiseeritud kuritegevusega seotud rühmadele, kes toodavad ja turustavad sünteetilisi uimasteid. SYDRUG-projekt võtab kokku ja seostab operatiivandmed, mis võimaldavad korraldada riikidevahelisi operatsioone ⁽⁶⁴⁾. Suundumused näitavad, et ecstasy't toimetatakse salakaubana Lääne-Euroopast Põhja-Ameerikasse, Kagu-Aiasse ja Okeaaniasse (Interpol, 2002).

Saab üha selgemaks, et uimastite salakaubaveoga ja lähteainete edasitoimetamisega tegelevad võrgustikud on omavahel seotud. Jaanuaris 2003 alustas loosungi "Projekt Prism" all operatiivtegevust rahvusvaheline algatus, mille eesmärgiks on tegeleda ATSi ebaseaduslikuks tootmiseks vajalike peamiste lähteainete leviku küsimustega. Kaubitsejad pööravad üha enam tähelepanu ravimpreparaatidele kui lähteaineallikale (INCB, 2004b).

⁽⁵⁹⁾ Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.

⁽⁶⁰⁾ Kõnealust olukorda tuleks kontrollida Ühendkuningriigi 2002. aasta andmete põhjal, kui need tehakse teatavaks. Andmed LSD konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Hispaania, Itaalia, Leedu, Ungari ja Hollandi kohta; andmed nii LSD konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Belgia, Iirimaa, Küprose, Malta, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁶¹⁾ Vt Markets_Tbl 11, statistikabülletään 2004.

⁽⁶²⁾ Vt Markets_Tbl 12, statistikabülletään 2004.

⁽⁶³⁾ Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.

⁽⁶⁴⁾ SYDRUG, Interpoli ülemaailmne sünteetiliste uimastite projekt, Lyon, aprill 2003.

Teave seoses varajase hoiatamise süsteemiga

Ühismeede ⁽⁶⁵⁾ võeti koos varajase hoiatamise süsteemiga (EWS) kasutusele eesmärgiga identifitseerida uued sünteetilised uimastid ⁽⁶⁶⁾, hinnata nendega seotud ohte ning vastu võtta otsustusprotsess, mis võimaldab neid kontrollida. Uued sünteetilised uimastid moodustavad ikka veel ainult mürdosa üldisest sünteetiliste uimastite turust, mida püsivalt valitsevad MDMA (ecstasy), amfetamiinid ja LSD. Olenemata ühismeetme edukusest sünteetiliste uimastite kindlakstegemisel on oluline märkida, et enamik uute ühenditega seotud andmetest tuleb nendest liikmesriikidest, kellel on kõrgel tasemel analüüsi- ja teabesuutlikkus, mis tugineb nii kohtuekspertiisi- kui toksikoloogialaboritele ja operatiivsele andmeedastusvõrgule. Sellest tulenevalt võib

Uued sünteetilised uimastid, mille suhtes on ühismeetme kohaselt kehtestatud kontroll

Ajavahemikul 1998–2002 tehti ühismeetme raames riskianalüüs viiele uuele sünteetilisele uimastile (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamiin ja PMMA). Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse teaduskomitee viis koos liikmesriikide määratud ekspertide ja Euroopa Komisjoni esindajate, Europoli ja Euroopa Ravimihindamisametiga (EMA) 2003. aastal läbi nelja uue sünteetilise uimasti riskihindamise: 2C-I (2,5-dimetoksü-4-jodofeenetüülamiin), 2C-T-2 (2,5-dimetoksü-4-etüültofeenetüülamiin), 2C-T-7 (2,5-dimetoksü-4-(n)-propüültofeenetüülamiin) ja TMA-2 (2,4,5-trimetoksüamfetamiin) ⁽¹⁾. Selle tulemusena võttis nõukogu 27. novembril 2003. aastal vastu otsuse ⁽²⁾ kehtestada seoses nende nelja ühendiga kontrollimeetmed ja kriminaalkaristused 15 Euroopa Liidu riigis.

Uute sünteetiliste uimastite spetsiifilise riski teaduslik hindamine on äärmiselt raske, sest vastastikuse eksperdihinnangu saanud teaduslikke andmeid ei ole piisavalt. Riskianalüüsid tuginevad siiski teabele, mille aluseks on toksilise mõju uuringud loomkatsetes (nt TMA-2), analoogia osaliselt seotud ühenditega, aga ka tõendid muudest teabeallikatest, nagu üksiktarbijad, massiteabevahendid, mitteametlikud väljaanded.

⁽¹⁾ Riskihindamisaruanded on kättesaadavad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebilehel (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584>).

⁽²⁾ Nõukogu otsus 2003/847/JSK, 27. november 2003, mis käsitleb uute sünteetiliste narkootikumidega 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2 seotud kontrollimeetmeid ja kriminaalkaristusi.

olukorra kirjeldus pigem kajastada uute sünteetiliste uimastite riiklike varajase hoiatamise süsteemide tegevust, kui tegelikku olukorda Euroopa uimastiturul.

Uimastiseire EWSi abil

2003. aastal kontrolliti EWSi raames järjekindlalt kõiki üheksat ainet (MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB ja ketamiin), mille suhtes alates 1998. aastast kehtis riskianalüüsi nõue, ning samuti järgmisi fenetüülamiine: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2. Peale selle kontrolliti veel mitmeid aineid, mille kohta Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus oli saanud infot, nende hulgas trüptamiinide rühma (5-MeO-DMT, 5-MeO-DiPT, AMT, 5-MeO-AMT ja 5-MeO-trüptamiin) ja piperasiini (BZP ja TFMPP) ⁽⁶⁷⁾.

2003. aastal kandsid nii Hispaania kui Ühendkuningriik ette, et politsei on konfiskeerinud väikesi MBDB koguseid. 4-MTA, mida 1999. aastal kontrolliti ühismeetme raames, näib olevat turult kadunud, kuna viimastel aastatel ei ole teatatud ühestki konfiskeerimisest. Üks PMMA konfiskeerimine toimus Rootsis, ning Taanis tehtud konfiskeerimisel võeti ära tabletid, mille koostises oli nii PMMA kui ka PMA. Belgias registreeris üks labor PMMA-positiivsed uriiniproovid ning lisaks teatas üks kiirabiosakond joobnud isiku puhul tehtud toksikoloogilisest analüüsist, mis kinnitas PMA olemasolu (kombineerituna MDA ja MDMAga). Näib, et ükski kolmest ainest (MBDB, 4-MTA ja PMMA) ei ole sünteetiliste uimastite kasutajate hulgas enam populaarne.

Trüptamiinirühma osas toimus kõige rohkem konfiskeerimisi Rootsis ja Soomes. Kuid nii Prantsusmaa kui Taani kandsid ette 5MeO-DiPT sisaldavate proovide omandamisest. Paljusid trüptamiiniühendeid ei kontrollita ei rahvusvahelisel ega riiklikul tasandil ning seetõttu võivad neid toota kommertslaborid ning müüa Interneti kaudu kui "uurimistööks ettenähtud kemikaale" (peamiselt USA äriühingud). Peale selle on peaaegu kõigi uute ja "vanade" sünteetiliste uimastite retseptid Internetis kõigile kättesaadavad.

Rootsi on üha sagedamini ette kandnud BZPst, mida leitakse sageli koos TFMPPga, kuid seda on tuvastatud ka Belgias, Hispaanias, Madalmaades ja Soomes.

Tundub, et 2003. aastal riski suhtes analüüsitud fenetüülamiinist on üha populaarsemaks muutumas 2C-I, mida sageli müüakse "i"-logo kandvate tablettidena, sest mitmest väikesest kogusest konfiskeerimisest on teatatud

⁽⁶⁵⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346>.

⁽⁶⁶⁾ 1997. aasta ühismeede, mis käsitleb uute sünteetiliste narkootikumide alast teabevahetust, riskianalüüsi ja kontrolli (EÜT L 167, 25.06.1997), määratleb uued sünteetilised narkootikumid järgmiselt: sünteetilised uimastid, mida praegu pole veel kantud psühhotroopseid aineid käsitleva ÜRO 1971. aasta konventsiooni nimekirjadesse ning mis kujutavad samasugust tõsist ohtu inimeste tervisele nagu kõnealuse konventsiooni I või II nimekirjas loetletud ained ja mille raviväärtus on piiratud. See käsitleb lõpptooteid, mitte lähteaineid.

⁽⁶⁷⁾ Enamik loetletud uusi aineid on turul väga uued ning nendel ei ole rahva hulgas levinud nimetusi (tänavanimetusi).

Soomest, Rootsis ja Ühendkuningriigist, kusjuures kõnealust uimastit on avastatud ka Prantsusmaal, Hispaanias ja Hollandis. Peale selle konfiskeeriti 2C-H (ühend, mis ei toimi inimesel, kuid on 2C-I, 2C-C ja 2C-B lähteaine) suhteliselt väikestes kogustes Soomes ja Hollandis ning on tõendeid, et Hollandis kavatseti seda ainet kasutada lähteainena 2C-I valmistamisel.

Levikupotentsiaaliga sünteetilised uimastid

Euroopa EWSi ja Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse teaduskomitee ühismeetme raames tehtud riskianalüüsi põhjal eeldatakse, et GHB ja ketamiin on need kaks sünteetilist uimastit ⁽⁶⁸⁾, mis võivad hakata märkimisväärses ulatuses levima meelelahutusüritustel.

GHB

ÜRO 2001. aasta otsust kontrolli kehtestamise kohta GHB üle rakendatakse enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides. 2003. aastal teatati GHB (tavaliselt vedeliku kujul) politseis või tollis tehtud konfiskeerimistest Belgias, Eestis, Hispaanias, Prantsusmaal, Soomes, Rootsis ja Norras. Seoses GHBga registreeritud trendid olid segatud. Rootsi teatas GHB konfiskeerimiste vähenemisest 2003. aastal, Norra olulisest tõusust ja Ühendkuningriik muutuste puudumisest. Holland teatas samuti, et uimastiteabe seirekeskusesse (DIMS) toodud GHB-proovide arv jäi samaks, kuid Hollandi riiklik vastumürgikeskus registreeris GHB alaste infotaotluste arvu teatava suurenemise. Eesti kandis ette GHB kättesaadavuse tunduvalt suurenenisest. Holland ja Belgia teatasid, et on saanud väikese arvu GHB proove pulbri kujul.

Norra ja Rootsi teatasid, et tunduvalt rohkem konfiskeeriti GHB – GBL (gamma-butürolaktoon) ja BD (1,4-butaandiool) ⁽⁶⁹⁾ lähteaineid, mis täidavad mitut otstarvet eri tootmisetappidel ning on seetõttu laialdaselt kättesaadavad (mõlemad muutuvad allaneelatuna kiiresti GHBks). Norra ja Rootsi aruannete kohaselt on GHB lähteained 2003. aastal ebaseaduslikul turul kergemini kättesaadavad kui eelmistel aastatel.

Öö- ja tantsuklubide üritustel toimuvatesse uimastiuuringutesse lülitatakse üha rohkem GHB tarbimisega seotud küsimusi. Saksamaal registreeris riiklik kriminaaluurimisamet (*Federal Office of Criminal Investigation*, BKA) GHB tarbimise tõusu ⁽⁷⁰⁾, kuid Amsterdamis tarbiti seiresüsteemi "Antenn" 2002. aasta komisjoniuuringu kohaselt ⁽⁷¹⁾ "GHBd peaaegu kõigis klubides; näis, et trendikujundajad olid siiski sellest uimastist vähem huvitatud kui aasta tagasi, ning võib arvata, et GHB levik on peatunud". Austrias leiti uimastitablettide kohapeal jaotamist käsitleva uuringu raames, et Viini reividel osalevast 225 noorest koosnevas valimis oli GHBd elu jooksul tarbinute osakaal 12,6% (Benschop jt, 2002).

2003. aasta jooksul avastati GHBd inimvalimite uurimisel Belgias, Rootsis ja Norras, ning joobes isikute ja haiglate kiirabiosakondade patsientidest koosneva valimi uurimisel Hispaanias (Barcelona) ja Hollandis. GHBga seotud kiirabiväljakutsete arv Amsterdamis ei muutunud ajavahemikul 2001–2002, st igal aastal esines veidi üle 60 juhu.

Ketamiin

Ketamiini konfiskeerimistest ja/või avastamistest inimvalimites teatati 2003. aastal Belgiast, Kreekast, Hispaaniast, Prantsusmaalt, Soomest, Rootsis, Ühendkuningriigist ja Norrast. Austrias oli Benschopi jt (2002) kohaselt ketamiini elu jooksul tarbinute määr Viini reividel osalevast 225 noorest koosnevas valimis 11,7%. Ketamiini leviku ärahoidmist takistab asjaolu, et see on veterinaarias kasutatav litsentsitud ravim ning seetõttu koos seadusliku toodangu levimisega tõenäoliselt kergesti kättesaadav.

Uutest tarbimisharjumustest tulenevad terviseriskid

2003. aastal võimaldas EWS Euroopa Liidu liikmesriikidel vahetada väärtuslikku teavet teatavate kontrollitud ainete kohta, mis võivad uute tarbimisharjumuste tõttu olla tervisele tõsiselt ohtlikud. Näiteks jõudis Euroopa Liidu riikideni varajasi hoiatusi seoses kõrge doositasemega MDMA tablettidega, mis tuginesid Belgiast, Prantsusmaalt ja Europolilt saadud teabele, samuti lirimaalt saadud teave tablettide kohta, mida müüdi ecstasy nime all, kuid mis sisaldasid ka teisi ohtlikke aineid, näiteks DOB (2,5-dimetoksü-4-bromoamfetamiin).

⁽⁶⁸⁾ Rangelt võttes ei ole kumbki nendest 1997. aasta ühismeetme kohaselt uus sünteetiline uimasti, kuid pärast riskianalüüsi seatakse mõlema üle sisse järelevalve.

⁽⁶⁹⁾ Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu varajase hoiatamise süsteemi arenguaruanne 2003.

⁽⁷⁰⁾ Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu varajase hoiatamise süsteemi arenguaruanne 2003.

⁽⁷¹⁾ Antenn Amsterdam on paljusid meetodeid hõlmav seiresüsteem, mille eesmärk on identifitseerida ja tõlgendada uusi suundumusi ja arenguid seaduslikus ja ebaseaduslikus uimastitarbimises ning hasartmängudes noorte seas Amsterdamis, ning ajakohastada ja täiustada uimastiennetust.



5. peatükk

Kokaiin ja kokaiin *crack'*i kujul

Sissejuhatus

Kokaiinitarbijaid teatakse tavaliselt kui jõukaid, moeteadlikke ja sotsiaalselt integreeritud inimesi või siis marginaliseerunud, puudustkannatavaid ja sotsiaalselt tõrjutud isikuid ning kokaiinisuitsetamist seostatakse esmajoones probleemse tarbimisega. Oluline on märkida, et uimastitarbimise koondumine teatavatesse elanikkonna rühmadesse ja geograafilistesse piirkondadesse tähendab, et riikide esitatud andmed ei tarvitse kajastada õigesti suundumusi, mis võivad olla olulised vastavate kogukondade või elanikkonna rühmade jaoks. Nüüd on igatahes põhjust karta, et kokaiinitarbimine võib Euroopas järjest enam levida ning selle uimasti tarbijaskond muutub sotsiaalselt eripalgelisemaks.

Kokaiinitarbimise levimus

Üldised rahvastiku-uuringud

Viimaste riiklike rahvastiku-uuringute põhjal tunnistab 0,5%–6% täisealisest elanikkonnast, et on kokaiini proovinud vähemalt korra (st levimus elu jooksul), kusjuures kõnealuse vahemiku tipus on Hispaania ja Ühendkuningriik. Hiljutisest kokaiinitarbimisest (viimased 12 kuud) teatatakse üldiselt alla 1% täisealiste kohta, kuigi Hispaanias ja Ühendkuningriigis on hiljutised levimusmäärad üle 2%. Need näitajad on selgesti madalamad võrreldes kanepinäitajatega, kuigi tarbimismäärad nooremate täisealiste puhul võivad olla kogu elanikkonna keskmistest näitajatest tunduvalt kõrgemad.

Nooremate täisealiste (15–34 aastat) hulgas on levimus elu jooksul 1%–10%. Üldjuhul on hiljutised levimusmäärad ligikaudu poole võrra väiksemad kui elu jooksul tarbimise levimusmäärad, kusjuures Ühendkuningriigi esitatud näitajad on üle 4%.

Kogu elanikkonna hulgas kokaiini tarbimine kas katkestatakse pärast proovimist nooremas täiskasvanueas,

või see on episoodiline ning esineb peamiselt nädalalõppudel ja meelelahutusüritustel (baarid ja diskod).

Uuringutega on välja selgitatud rühmad, kelle kokaiinitarbimine on kõrgem kui elanikkonna hulgas üldiselt. Näiteks on viies riigis (Taani, Saksamaa, Hispaania, Holland ja Ühendkuningriik) toimunud viimaste uuringute põhjal kindlaks tehtud, et elu jooksul tarbimise määr 15–24-aastaste noorte meeste hulgas on 5%–13%, kusjuures hiljutise tarbimise määrad Hispaanias ja Ühendkuningriigis võivad olla vahemikus 5%–7%. Linnades on tarbimisastmed tõenäoliselt oluliselt kõrgemad. Peale selle on tantsuklubide külastajate hulgas korraldatud (mitterepresentatiivsete) uuringute põhjal teatatud elu jooksul kokaiini tarbinute määrast vahemikus 40%–60% (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2001).

Kui vaadelda levimust väljaspool Euroopat, siis Ameerika Ühendriikide leibkondade uimastialase uuringu põhjal oli 2002. aastal täisealistest (12 aastat või vanemad) elu jooksul kokaiini tarbinute määr 14,4%, see on kõrgem kui üheski Euroopa riigis. Hiljutisest (viimase 12 kuu andmed) kokaiinitarbimisest teatas 2,5%, mis on samuti rohkem kui üheski Euroopa riigis, välja arvatud Hispaania (2,6%) ⁽⁷²⁾. Ameerika Ühendriikides oli kokaiini elu jooksul tarbimise levimus 18–25-aastaste meeste hulgas 2002. aastal 18,1% ning viimase aja tarbimise levimus oli 8,4%.

Arengutendentsid kokaiinitarbimises

Kokaiinitarbimise suundumusi on siseriiklikul tasandil raske jälgida, sest järjepidevaid riiklikke vaatlusseeriaid on harva ning valimid on mõnel juhul liiga väikesed. Järjepidevad seeriad muudavad arengutendentside väljaselgitamise hõlpsamaks, keskendudes analüüsimisel ja väljavõtetel uuringutes eelkõige valitud rühmadele, näiteks noortele meessoost isikutele linnapiirkondades.

⁽⁷²⁾ USA 2002. aasta narkootikumide tarbimise ja tervishoiustatistika alase riikliku uuringu andmed (ainete kuritarvitamise ja vaimse tervishoiu küsimustega tegelevate talituste ühingu (SAMHSA) rakendatavate uuringute amet). Kättesaadav SAMHSA veebileheküljel (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). USA uuringus on vanuseklass (12 aastat ja vanemad) laiem Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse poolt Euroopa Liidu uuringute põhjal esitatud vanuseklassist (15–64). Kui USA andmed esitati vanuseklassi 15–64 kohta, siis Euroopa Liidus on need näitajad tõenäoliselt kõrgemad.

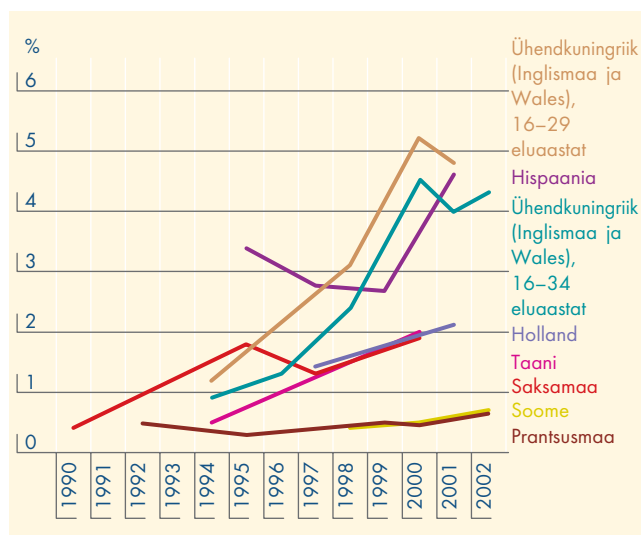
Kogu elanikkond

Näib, et hiljutine kokaiinitarbimine noorte hulgas suurenes pidevalt kuni 2002. aastani Ühendkuningriigis ⁽⁷³⁾ ning võimalik, et väiksemas ulatuses ka Taanis, Saksamaal, Hollandis ja Hispaanias (joonis 9). Teised riigid on Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgule esitatud riiklikes aruannetes (2001–2003) teatanud tõusudest kohaliku või kvalitatiivse teabe põhjal (Kreeka, Iirimaa, Itaalia ja Austria).

Õpilaskond

Hispaania on ainus liikmesriik, kelle esitatud uued andmed näitavad eluaegse kokaiinitarbimise levimuse hiljutist tõusu 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 4,1 protsendilt 2000. aastal 5,9 protsendini 2002. aastal ⁽⁷⁴⁾. Itaalias ei esinenud tõusu 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas, seevastu registreeriti tõus vanemate Itaalia kooliõpilaste hulgas.

Joonis 9: Kokaiini levimus (viimase aasta jooksul) noorte täisealiste seas mõnes Euroopa Liidu riigis rahvastiku-uuringute kohaselt



Märkused: Andmed pärinevad iga riigi kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest. Iga uuringu andmete ja meetodika kohta vt GPSurvey_Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus loeb noorteks täisealisteks 15–34aastasi isikuid (Taani ja Ühendkuningriik alates 16. eluaastast, Saksamaa alates 18. eluaastast, Prantsusmaa 1992: 25–34; ja 1995: 18–39).

Valimi suurus (vastanute arv) vanuserühmas 15–34 iga riigi ja aasta kohta on esitatud tabelis GPSurvey_Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis.

Taani 1994. aasta arv kehtib "tugevate uimastite" kohta.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta arvanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt eraldi allikad rahvastiku-uuringute epidemioloogilistes tabelites 2004. aasta statistikabülletäänis.

Muud näitajad

Kokaiinitarbimisega seotud näitajate (ravinõudlus ⁽⁷⁵⁾, uimasti asendusraviteenuse kasutamine, haiglate kiirabijuhtude arv, politsei tehtud konfiskeerimised, surmajuhtude korral tehtud toksikoloogiliste uuringute tulemused) suurenemine mõnes riigis on olnud murettekitav.

Kogu Euroopa Liidus näib kokaiinitarbimisega seotud haigusjuhtude arv kasvavat, mõnes riigis on kõnealune kasv eriti väljendunud. Kokaiin on Hollandis ja Hispaanias tähtsuset teine uimasti, millest teatatakse ravi käsitlevates aruannetes (vastavalt 35% ja 26% kogu ravinõudlusest). Euroopas näib, et suur osa ravinõudlusest on seotud kokaiinipulbri tarbimisega (üldjuhul kokaiinhüdrokloriid).

Kogu maailmas seostatakse suitsetamiseks mõeldud kokaiinipreparaate eelkõige probleemsete tarbimisharjumustega. Crack'ist kui kujunevast ja kasvavast probleemist konkreetsetes linnades ja piirkondades kanti ette Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Hollandis, Austrias ja Ühendkuningriigis.

Tarbimisharjumused

Üldjuhul tarbitakse kokaiini meelelahutuskohtades viibivate noorte hulgas vähe ning pidevat tarbimist esineb väga harva. Mõnede riikide (Saksamaa, Hispaania, Holland, Austria ja Ühendkuningriik) aruannete põhjal võib oletada, et isegi probleemsete uimastitarbijate puhul, kes käivad sõltuvusravil ja kasutavad uimastiasendusteenuseid, erinevad kokaiini ja crack'i tarbimisharjumused klienditi ja ajaliselt. Andmed kokaiini ja crack'i kasutamise sageduse ning tarbitud koguste kohta on väga piiratud. Uimastitarbimispunktides tehtud uuringud näitavad, et suitsetatava kokaiini tarbimine on eriti suur kõnealuseid teenistusi külastavate naissoost seksitöötajate hulgas (Stöver, 2001; Zurhold jt, 2001).

Manustamisviisid

Kokaiini manustamisviiside kohta on vaja rohkem ja paremat teavet, et hakataks paremini mõistma terviseriske ja tarbimisnäitajaid. Kokaiinhüdrokloriid (kokaiinipulber) hingatakse tavaliselt sisse nina kaudu, süstitakse harvemini, crack'i suitsetatakse piipudes ning rafineeritud freebase-kokaiin hingatakse sisse aurudena, mis eralduvad uimasti kuumutamisel, tavaliselt tinapaberil leegi kohal. Teatatakse ka kokaiini suitsetamisest tavalise või kanepisigareti sees.

⁽⁷³⁾ Sellest olenemata lubavad 2001. ja 2002. aasta andmed oletada, et kõnealune kasvav suundumus näib kõigi täisealiste ja nooremate täisealiste hulgas tasanduvat. (Vt joonis 7.) Siseministeriumi teatel oli kokaiinitarbimise kasv ajavahemikel 1996–1998 ja 1998–2000 märkimisväärselt 5% tasemel. Kuid ajavahemikel 2000–2001 ja 2001–2002 olulist kasvu ei olnud.

⁽⁷⁴⁾ Vt Prevalence_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

⁽⁷⁵⁾ Vt joonis 20 ja TDI_Tbl 10 2004. aasta statistikabülletäänis.

Uimastiraviga tegelevad töötajad Ühendkuningriigis teatavad, et crack'i koos heroiiniga mõnikord siiski süstitakse. Crack, nagu ka pruun heroiin, on lahustumatu ning seda tuleb happega segada, et see muutuks aktiivaineks, st lahustuvaks soolaks ⁽⁷⁶⁾.

Võrreldes 2000. aastaga langes 2002. aastal suitsetamise kui crack'i ja rafineeritud kokaiini (eri preparaadid, mida võib pidada farmakoloogiliselt ekvivalentseteks) tavapärase manustamisviisi sagedus.

Kokaiinisurmad

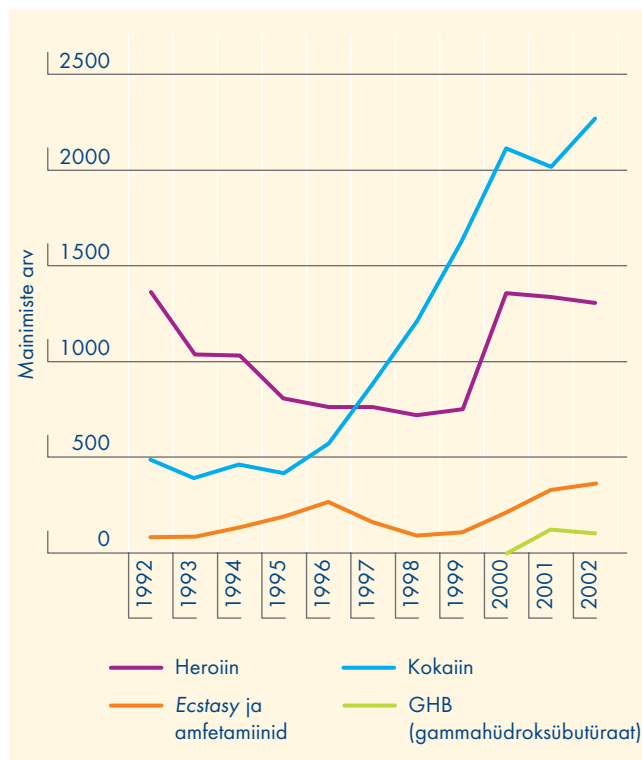
Näib, et kokaiini-, amfetamiini- või ecstasy-mürgistusest tingitud surmad, mille puhul puuduvad tõendid opiaatide kasutamise kohta, ei ole Euroopas sagedased.

Kuid kokaiiniga seotud surmad on tõenäoliselt praegu statistikas puudulikult registreeritud, ning teavet edastatakse eri vormides. Mõnes riigis on suure osa uimastitega seotud surmade puhul leitud kokaiini kombineerituna opiaatidega (Portugal 22%, Hispaania 46%). See näitaja võib olla muudes riikides niisama kõrge, kuid üldjuhul loetakse aruandesüsteemides surma põhjustajateks üksnes opiaadid, kui tehakse kindlaks nende olemasolu. Ühendkuningriigis suurenes kokaiini "mainimiste" arv surmatunnistustel kaheksa korda ajavahemikul 1993–2001. Ning Hollandis tõusis kokaiinist tingitud surmade arv kahelt juhult 1994. aastal 26 juhule aastal 2001. Surmade suhtarv, mille põhjuseks peetakse üksnes kokaiini ilma opiaatideta, on vahemikus 1%–10%, kuigi absoluutarvud on väikesed.

Kokaiinil võib olla oluline osa surmades, mille põhjuseks on kardiovaskulaarsed probleemid (arütmiaid, südameinfarktid, ajuverejooksud), eriti vastuvõtlikkust suurendavate soodumustega (nt ajuaneurüsm või subkliinilised südamerikked) uimastitarbijate puhul. Paljud kõnealustest juhtudest võivad tähelepanuta jääda teadmatusest ja/või seetõttu, et ohvrite sotsiaalne olukord erineb opiaaditarbijate omast.

Viide kokaiinitarbimisega koos esinevatele potentsiaalsetele ohtudele tuleb Hispaaniast ⁽⁷⁷⁾, kus ajavahemikus 1999–2001 mainitakse kokaiini 44%–49% kiirabijuhtudest, mille kutsus esile äge reaktsioon uimastitele; suurel osal kõnealustest juhtudest oli kokaiini suitsetatud või süstitud. Barcelonas võimaldavad linna kõigi peamiste haiglate kiirabiteenistuste aastased andmed, mida on kogutud pikema aja jooksul, luua tervikpildi hospitaliseerimistest uimastireaktsioonide tõttu (joonis 10).

Joonis 10: Uimastite mainimiste arv kiirabiga hospitaliseerimiste korral uimastiliigi kaupa, Barcelona 1992–2002



Märkused: Üks kiirabiga hospitaliseerimisjuhtum võib hõlmata mitme aine mainimist.

Allikas: Sistema d'Informació de Drogas de Barcelona (2003), La Salut a Barcelona, 2002, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

Lisaks otseselt kokaiiniga seotud terviseprobleemidele tuntakse üha suuremat muret sellepärast, et mõned ained uimastisõltuvusest vabanemiseks kasutatavatest ainetest võivad ise põhjustada terviseriske. Teatatakse näiteks, et konfiskeeritud kokaiinipulbriproovides esineb tavalise juurdesegatava ainaena fenatsetiini. Seda ravimit on seostatud maksa-, neeru- ja vereringehäiretega, peale selle ka vähktõvega.

Vastumeetmed

Probleemse kokaiinitarbimise ravi

Probleemset kokaiinitarbimist ravitakse tavaliselt uimastile mittespetsiifilises keskkonnas, see tähendab koos klientidega, keda ravitakse muude ebaseaduslike (või seaduslike) uimastite tarbimisega seoses. Ravivõimalused piirduvad üldiselt mittefarmakoloogiliste sekkumistega, mille eesmärgiks on muuta sõltuvuslikku käitumist olememata konkreetse(te)st uimasti(te)st, mida tarbitakse.

⁽⁷⁶⁾ UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), *Drug Abuse Trends: Crack Issue 24*, p. 13.

⁽⁷⁷⁾ Hispaanias on mitme aasta jooksul jälgitud üle riigi valitud haiglatest koosnevas valimis ühe nädala jooksul aastas kiirabiga hospitaliseerimisi, mis on tingitud ägedatest reaktsioonidest psühhoaktiivsetele ainetele. Ainete "mainimiste" arv on registreeritud. Metodoloogiliste üksikasjade kohta vt Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide aruanded 2003 (lk 34–36).

Selliste sekkumiste hulka kuuluvad väheintensiivsed sekkumised, nagu nõustamine ja hospitaliseerimine, ning väga intensiivsed sekkumised, näiteks pikaajaline haiglaravi. Võidakse pakkuda ka alternatiivravi, näiteks akupunktuuri (Seivewright jt, 2000).

Probleemse kokaiinitarbimise osas puudub meditsiinile tuginev hästi tõestatud farmakoloogiline ravi. Kokaiinitarbijatele on olemas ainult kitsas valik farmakoloogilisi raviviise, mille toime on vähe tõestatud või hoopis tõestamata. Kahe süsteemse kirjandusülevaate põhjal selgus, et puuduvad tõendid, mis põhjendaksid nii krambivastase ravimi karbamasepiini kui ka antidepressantide kasutamist kokaiinisõltuvuse kliinilises ravis (Lima jt, 2004a, b).

Piiratud hulka konkreetselt probleemsetele kokaiinitarbijatele ettenähtud ravisekkumisi täiendavad mõned sellele kliendirühmale suunatud algatused. Hollandis võeti hilja aegu kasutusele kokaiini kuritarvitajatele mõeldud veebisait, ning Ühendkuningriigis arendati 2003. aasta kevadel narkoteenistuse laiendamiseks välja uued talitused koos uute suuniste ja täiustatud koolitusega. Austrias tegelevad ravitalitused teenuste kohandamisega probleemsete kokaiinitarbijate vajadustele.

Muud kokaiiniga seotud probleemid

Kontrollitavates uimastitarbimispunktides tehtud vaatlused näitavad, et kokaiinist tingitud hädaolukordi iseloomustab äärmiselt rahutu, sageli paranoiline käitumine, ning töötajatel on raske otsustada, kuidas reageerida (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004a). Crack-kokaiini vahendamise tõusuga seoses on suurenenud agressiivsus klientide ja diilerite vahel (Stöver, 2001).

Ei ole selge, kui suures ulatuses on probleemid otseselt seotud suitsetatava kokaiiniga per se, kokaiini tarbimise sageduse ja kogusega või varasemate sotsiaalsete, psühholoogiliste ja uimastiprobleemidega. Vastumeetmed hõlmavad spetsiaalselt väljatöötatud, riske ja ohutut kasutamist käsitlevat teabematerjali, kontrollitavaid uimastitarbimispunkte, puhketube (*chill-out rooms*) ja päevakoduseid (*day-shelters*), kus tarbijad võivad omaette olla ja rahuneda, kuid ka ambulatoorset ravi (Stöver, 2001).

On avaldatud muret seoses potentsiaalse ohuga, et esmajoonelised kanepiprobleemidega tegelevad raviüksusi külastavad algajad uimastitarbijad puutuvad kokku

kokaiinitarbijate käitumise ja probleemidega (Neale ja Robertson, 2004).

Konfiskeerimised ja turuinfo ⁽⁷⁸⁾

Tootmine ja kaubandus

Kolumbia on suurim kokapõõsa ebaseaduslik päritoluriik maailmas, järgnevad Peruu ja Boliivia (UNODC, 2003a). Maailma arvestuslik kokaiinitoodang 2002. aastal oli 800 tonni, millest 72% toodeti Kolumbias, 20% Peruus ja 8% Boliivias. Enamik Euroopas konfiskeeritud kokaiinist tuleb otse Lõuna-Ameerikast (eriti Kolumbiast) või läbi Kesk-Aafrika ja Kariibi mere riikide. 2002. aastal toodi siiski osa Euroopas müüdavast kokaiinist Brasiilia (edasi Portugali) või Ameerika Ühendriikide (edasi Itaaliasse) kaudu. Peamised piiriületuspunktid Euroopa Liidus on Hispaania, Portugal ja Madalmaad, vähemal määral Prantsusmaa ja Ühendkuningriik (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud arvanded, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Konfiskeerimised

Narkootikumide komisjoni andmete kohaselt (CND, 2004) on kokaiin kanepitaime ja kanepivaigu järel kolmas kõige kaubeldavam uimasti maailmas. Konfiskeeritud mahu põhjal toimus 2002. aastal enamik kokaiiniarist jätkuvalt Ameerikas ja Euroopas. Euroopa arvele langeb 13,5% kogu maailmas konfiskeeritud kokaiinikogustest (CND, 2004). Euroopas leiab enamik kokaiinikonfiskeerimistest aset läänepoolsetes riikides. Ajavahemikul 1997–2002 oli Hispaania Euroopa Liidu riikide hulgas jätkuvalt esikohal kokaiinikonfiskeerimiste kõrgeima astme poolest. Ajavahemikul 2001–2002 ⁽⁷⁹⁾ jäi Hispaania arvele üle poole Euroopa Liidus tehtud konfiskeerimiste üldarvust ja konfiskeeritud üldkogusest.

Ajavahemikul 1997–2002 suurenes kokaiini konfiskeerimiste arv ⁽⁸⁰⁾ kõigis riikides, välja arvatud Saksamaa ja Itaalia. Andmed esitanud riikide suundumused tõenäoliselt kinnitavad 2002. aastal kokaiini konfiskeerimiste arvu suurenemist Euroopa Liidu tasandil.

Sama viie aasta jooksul liikusid konfiskeeritud kokaiini kogused ⁽⁸¹⁾ ainult tõusu suunas. Pärast kokaiinikonfiskeerimiste rekordlainet 2001. aastal vähenesid 2002. aastal Euroopa Liidus konfiskeeritud kokaiinikogused olulisel määral ⁽⁸²⁾ (põhjuseks oli

⁽⁷⁸⁾ Vt 3. peatükk: Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendus, lk 31.

⁽⁷⁹⁾ Sellest olenemata tuleks seda kontrollida 2002. aasta andmete alusel, kui need teatavaks tehakse. Andmed kokaiini konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Belgia, Itaalia, Hollandi ja Sloveenia kohta; andmed nii kokaiini konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa, Küprose, Ungari, Malta, Poola, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁸⁰⁾ Vt Markets_Tbl 5, statistikabülletään 2004.

⁽⁸¹⁾ Vt Markets_Tbl 6, statistikabülletään 2004.

⁽⁸²⁾ Võrrelda 2002. aasta andmetega, kui need saavad kättesaadavaks.

peamiselt Hispaanias (ja Portugalis) konfiskeeritud koguse vähenemine võrreldes 2001. aastaga), kuigi mõned riigid (Saksamaa, Prantsusmaa, Itaalia, Norra) kandsid ette konfiskeeritud kokaiinikoguste suurest tõusust. Hispaanias, Hollandis ja Portugalis 2002. aastal konfiskeeritud kokaiinikoguste vähenemine ning samaaegne suurenemine, millest teatasid Prantsusmaa, Saksamaa ja Itaalia, võib osutada asjaolule, et kokaiiniga kaubitsejate tavapärase piiriületuspunktide suhteline tähtsus muutus (CND, 2004). Sellega seoses tuleks märkida, et Holland võttis alates 2002. aasta esimesest poolest radikaalsed meetmed Kariibi mere piirkonnast Schipholi lennujaama reisivate kokaiinikullerite üha suureneva voo vähendamiseks ning sellest tulenevalt vähenes märkimisväärselt vahistatud kokaiinikullerite arv.

Kuigi mõned Euroopa Liidu riigid on teatanud *crack*'i konfiskeerimistest, ei ole neid mõnikord võimalik kokaiini konfiskeerimistest eristada. Seega võivad eespool esitatud kokaiinikonfiskeerimised sisaldada ka *crack*'i konfiskeerimisi.

Rahvusvaheline tegevus kokaiinikaubanduse vastu

Kokaiiniäri kontrollivad jätkuval suurel määral Kolumbia kurjategijad. Kuid kõnealuse aine turustamises osalevad ka rühmad Albaaniast ja Aafrikast. Interpoli operatsiooni "TRAMPOLIN" abil avastati kokaiini salakaubavedu Venezuelast ja Kolumbiast Curaçaosse. Selle operatsiooni tulemusena identifitseeriti mitu suurt äriühendust, kelle tegevus ulatus Kariibi mere riikidest praktiliselt kõigisse piirkondadesse maailmas (Interpol, 2002). 2003. aasta jooksul toimus piki Atlandi ookeani Euroopa rannikut mitu väga tähtsat mereoperatsiooni võitluseks kokaiini salakaubaveo vastu. Konfiskeeriti 29 tonni. Enamiku kõnealustest operatsioonidest viisid läbi Hispaania ametivõimud.

Operatsioon PURPLE, 1999. aastal käivitatud rahvusvaheline programm kaaliumpermanganaadi (kasutatakse kokaiini ebaseaduslikul valmistamisel) liikumise jälgimiseks, oli jätkuvalt edukas. 2003. aasta jooksul hoiti ära peaaegu 900 tonni kõnealuse kemikaali sattumine uimastite ebaseaduslikku tootmisse.

WCO ja Interpol käivitasid 2002. aastal ühismeetme nimetusega operatsioon ANDES, et võimaldada riiklikel tolli- ja politseiasutustel vahetada ja analüüsida teavet, mis aitaks kindlaks teha lähtekemikaalide ebaseaduslikud saadetised Tšiilis, Boliivias, Kolumbias, Argentinas ja Peruus (WCO, 2003).

Hind ja puhtus

Kokaiini keskmine grammihind ⁽⁸³⁾ jaemüügi tasandil kõikus 2002. aastal tugevasti kõikjal Euroopas, ulatudes 38 eurost Portugalis 175 euroni Norras. Ajavahemikul 1997–2002 püsis kokaiini keskmine jaehind stabiilsena või langes kõigis Euroopa Liidu riikides. Sama kanti ette 2002. aastal, välja arvatud Tšehhi Vabariigis ja Leedus, kus hinnad tõusid eelmise aastaga võrreldes.

Heroiiniga võrreldes on kokaiini keskmine puhtus tarbijatasandil kõrge, ulatudes 2002. aastal 28%st Eestis 68%ni Tšehhi Vabariigis ja Norras. Ajavahemikul 1997–2002 langes kokaiini keskmine puhtus enamikus Euroopa Liidu riikides, kes esitasid andmed ajalise suundumuse kohta. 2002. aastal vähenes kokaiini puhtus jätkuvalt enamikus riikides, välja arvatud suurimast keskmisest puhtusest teatavates riikides, nagu Belgia, Tšehhi Vabariik, Luksemburg ja Norra, kus registreeriti kokaiini keskmise puhtuseastme tõus.

⁽⁸³⁾ Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.



6. peatükk

Heroiin ja uimastite süstimine

Probleemne uimastitarbimine

Korrapärane ja pidev heroiniitarbimine, uimastite süstimine ja stimulantide intensiivne tarbimine mõnes riigis on olulise osa uimastitega seotud tervise- ja sotsiaalsete probleemide põhjustajaks Euroopas. Sedalaadi käitumisega üksikisikute arv on elanike koguarvuga võrreldes väike, kuid probleemse uimastitarbimise mõju on küllalt suur. Selleks et aidata mõista probleemi ulatust ja võimaldada suundumuste ajalist jälgimist, määratlevad Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ja liikmesriigid mõiste “probleemne uimastitarbimine” uuesti ning töötavad välja strateegiad, et mõõta nii selle ulatust kui mõju.

Probleemne tarbimine on kasutamise seisukohalt määratletuna “uimasti tarbimine süstimise teel või pikaajaline/regulaarne opiaatide, kokaiini ja/või amfetamiinide tarbimine”⁽⁸⁴⁾. Mõistete varieerumine ja metoodika ebakindlus tähendab, et usaldusväärsete hinnangute saamine kõnealuses valdkonnas on raske ning riikidevaheliste ja ajaliste erisuste tõlgendamisel tuleks olla ettevaatlik.

Levimus

Probleemse uimastitarbimise levimuse eeldatav ulatus on 2–10 juhtu 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat (arvutuste keskpunktidele tuginedes) või kuni 1% täisealisest elanikkonnast⁽⁸⁵⁾. Probleemne uimastitarbimine on ebaproportsionaalne, esinedes teatavates geograafilistes piirkondades, nagu on kauged sisemaised linnad ning mõned konkreetsed rühmad, näiteks noored mehed, ning seetõttu tundub, et probleemne tarbimine on mõnes kogukonnas eriti intensiivne. Kõrgemaid hindamistulemusi esitavad Taani, Itaalia, Luksemburg, Portugal ja Ühendkuningriik (6–10 juhtu 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat) ning madalamatest tasemetest teatavad Saksamaa, Kreeka, Holland, Poola ja Soome (alla nelja juhu 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 eluaastat; vt joonis 11). Euroopa Liidu uute liikmesriikide hulgas on ainult Tšehhi Vabariigil, Poolal ja Sloveenial põhjalikult dokumenteeritud arvestused, kusjuures näitajad on madalas või keskmises vahemikus, vastavalt 4,9; 1,9 ja 5,3 tuhande elaniku kohta vanuses 15–64.

Kuigi hindamismeetodid on märkimisväärselt paranenud, muudab usaldusväärsete ja järjepidevate varasemate

andmete puudumine probleemse uimastitarbimise suundumuste hindamise keeruliseks. Mõned riigid on ette kandnud hindamistulemustes tehtud muudatustest, mis tuginevad muude indikaatorite andmetele, ning see lubab arvata, et probleemne uimastitarbimine on alates 1990. aastate keskelt tõusnud. Hinnangud on olemas 19 riigist, kusjuures probleemse uimastitarbimise kasvust alates 1990. aastate keskelt või lõpust kannavad ette järgmised 9 riiki: Belgia, Taani, Saksamaa, Itaalia, Luksemburg, Soome, Rootsi (ajavahemik 1992–1998), Ühendkuningriik ja Norra. Belgias ja Norras on hinnangute aluseks tarbimine süstimise teel. Uute liikmesriikide kohta ei ole riiklike hinnangute aegridu, kuid muude tõendite põhjal võib arvata, et suundumused varieeruvad. Tšehhi Vabariigis viitavad mitmed näitajad probleemse uimastitarbimise stabiliseerumisele alates 1990. aastate lõpust, kuid Eestis on täheldatud mõne probleemse uimastitarbimisnäitaja suurt tõusu. Pidades silmas, et sotsiaalse ja majandusliku ülemineku ajajärgus riigid võivad olla vastuvõtlikud uimastiprobleemide suhtes, on vaja uutes liikmesriikides kiiresti välja arendada järelevalvesuutlikkus.

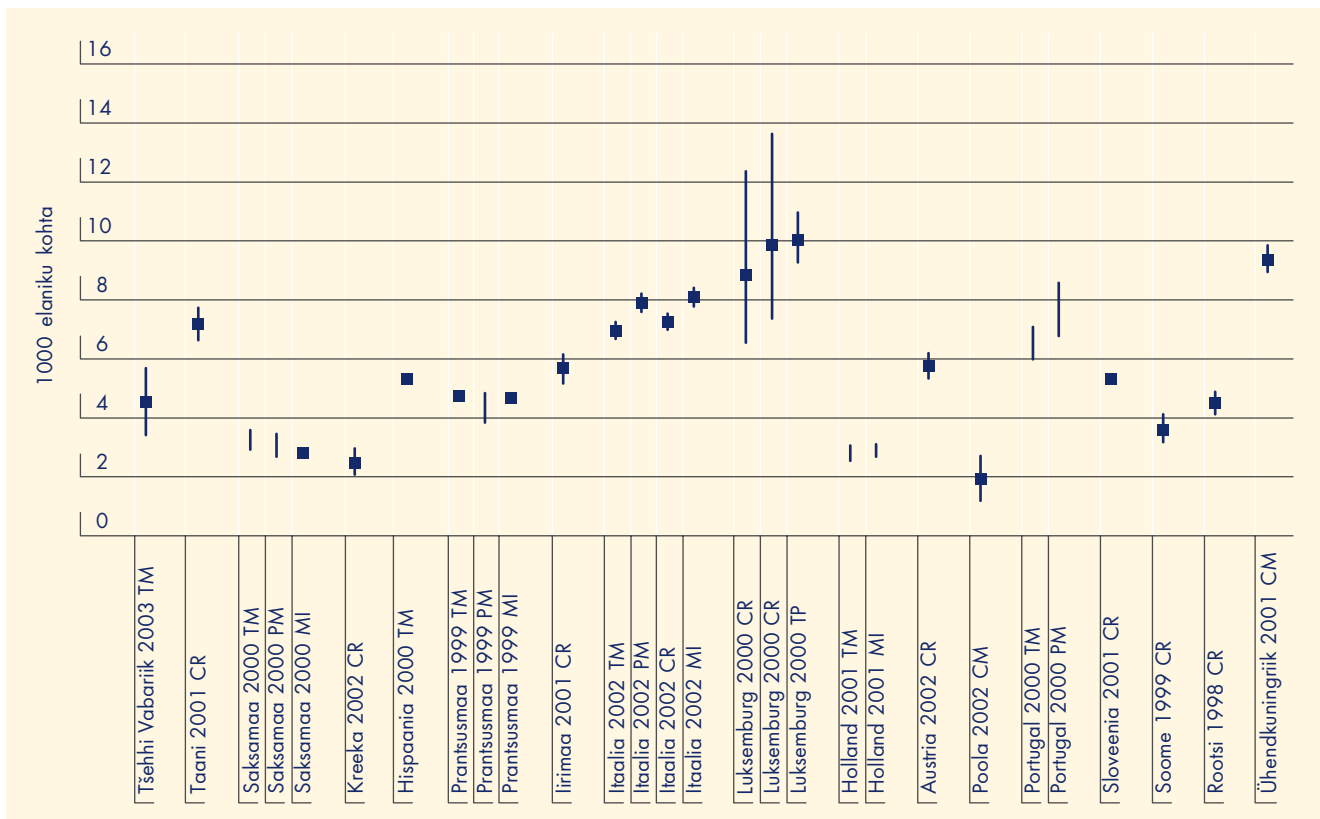
Harjumused ja tarbimisulatus

Probleemset uimastitarbimist saab tähtsuse järgi rühmitada. Peamiselt saab vahet teha heroiniitarbimise, mis on varasematel aegadel moodustanud kõige suurema osa probleemsest uimastitarbimisest enamikus Euroopa Liidu riikides, ja stimulantide probleemse tarbimise vahel, mis on valdav Soomes ja Rootsis, kus suurem osa probleemsetest uimastitarbijatest on esmased amfetamiinitarbijad. Ka Tšehhi Vabariigis on metamfetamiini tarbijad tavaliselt moodustanud märkimisväärse osa probleemsetest uimastitarbijatest.

Näib, et probleemne uimastitarbimine hakkab muutuma üha mitmekesisemaks, ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus uurib praegu, kas Euroopa tegevusmääratlus vajaks täiustamist seoses uimastitarbimise kui nähtuse muutumisega. Näiteks mitme uimasti koostarbimise probleemid on muutunud järjest tähtsamateks enamikus riikides, kusjuures mõned riigid, kus varem on domineerinud opiaatide probleemid, teatavad nüüd muutustest teiste uimastite suunas. Hispaanias langeb

⁽⁸⁴⁾ Üksikasjade kohta vt lisaks metodoloogilisi märkusi probleemse uimastitarbimise kohta 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽⁸⁵⁾ Vt Prevalence_Tbl 3 ja Prevalence_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

Joonis 11: Hinnang probleemsele uimastitarbimisele (1000 elaniku kohta vanuses 15–64 eluaastat)

Märkused: CR = määrgistamine/taasmäärgistamine; TM = ravikordisti; PM = politseikordisti; MI = mitmemõõtmeline indikaator; TP = lõigatud Poisson; CM = kombineeritud meetodid.

Sihtgrupid võivad veidi erineda eri meetoditest ja andmeallikatest olenevalt; seetõttu tuleks võrdlemisel olla ettevaatlik. Üksikasjalikuma teabe saamiseks vt Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis. Rootsi hinnangut on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse määratlusega vastavusse viimiseks kohandatud. Hispaania hinnang ei hõlma probleemset kokaiinitarbimist; seda arvestav kõrgem hinnang on esitatud tabelites Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4, kuid see ei tarvitse olla eriti usaldusväärne.

Allikad: riikide teabekeskused. Vt ka Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse projekti *Riikide levimushinnangud probleemsele uimastitarbimisele Euroopa Liidus, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003. Koordineeris Müncheni Raviuuringinstituut (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

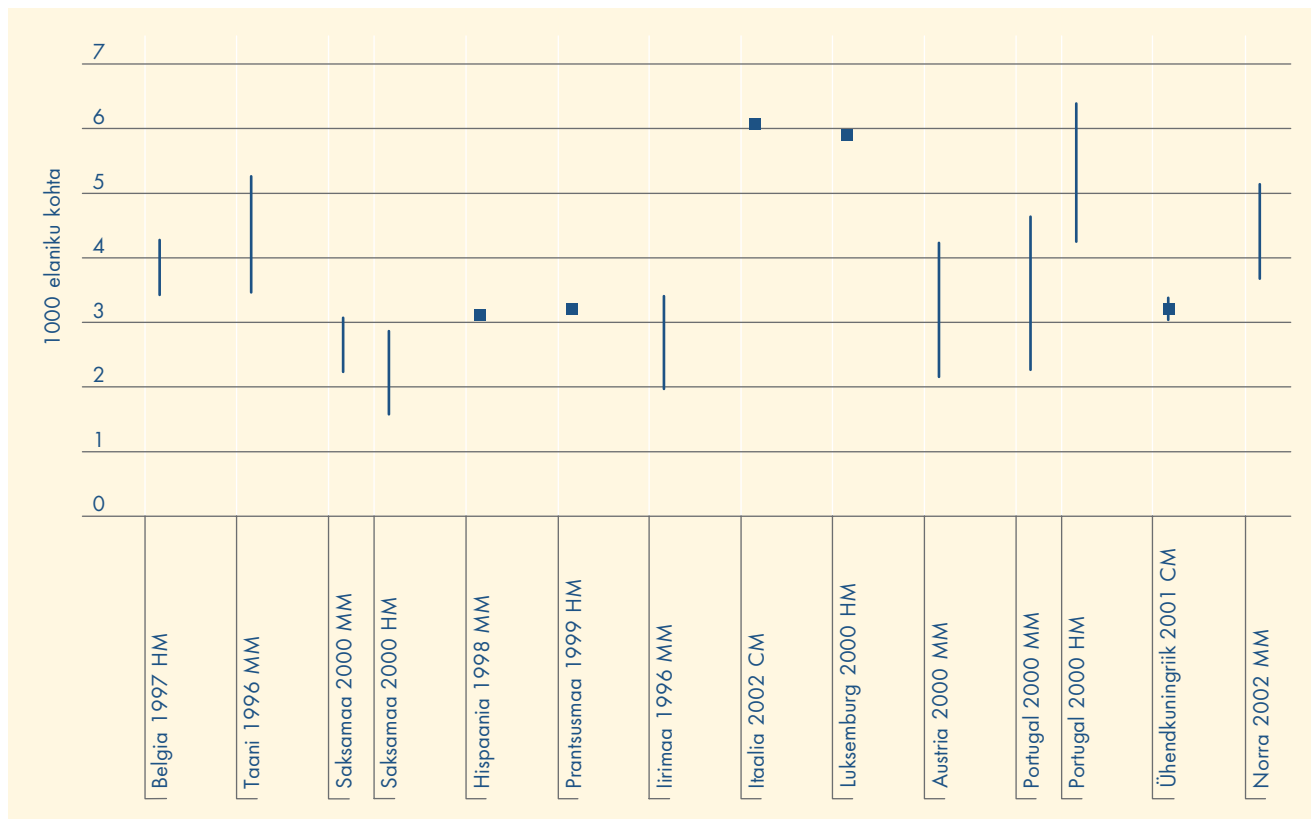
opiaatide eeldatavate probleemsete tarbijate arv ning samas täheldatakse kokaiiniga seotud uimastiprobleemide suurenemist, kuid probleemse uimastitarbimise usaldusväärsete ajaliste suundumuste kohta, mis hõlmaksid ka probleemse kokaiinitarbimise, andmed puuduvad. Saksamaa ja Holland teatavad *crack*'i tarbijate suurenevast suhtarvust oma elanikkonna probleemse uimastitarbimisega osa hulgas, kuid eeldatav probleemsete uimastitarbijate üldarv Hollandis püsib muutumatuna.

Probleemse uimastitarbimise kaalutud keskmine määr Euroopa Liidus on tõenäoliselt neli kuni seitse juhtu 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat, mis teeb kokku 1,2–2,1 miljonit probleemset uimastitarbijat Euroopa Liidus pärast laienemist, kusjuures nendest umbes 850 000 tuhat kuni 1,3 miljonit on aktiivsed süstijad. Need hinnangud on väga üldised ning vajavad korrigeerimist vastavalt uutest liikmesriikidest tulevatele andmetele.

Uimastite süstimine

Uimastisüstijate puhul on kahjustavate tagajärgede tekkimise oht väga suur ning sellest tulenevalt on oluline uimastite süstimist kui probleemse uimastitarbimise põhiliki eraldi käsitleda.

Hinnangud uimasti süstimise teel tarbimise kohta koostatakse kaudsete (tehniliselt, kordaja) meetodite abil suremusandmete või inimese immuunpuudulikkuse viirusest (HIV) või C-hepatiidi viirusest (HCV) tingitud nakkusega seotud andmete põhjal. Jälle tekivad andmete kvaliteedi ja metodoloogiliste probleemide tõttu tõlgendamisküsimused; näiteks on kõnealustes hinnangutes raske eraldada praegust süstimist elu jooksul tehtud süstimisest, ning riikide võrdlemisel tuleks olla ettevaatlik. Olemasolevad riiklikul tasandil tehtud hinnangud uimasti süstimise teel tarbimise kohta annavad kaks kuni kaheksa juhtu 1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat (joonis 12).

Joonis 12: Hinnang uimastitarbimisele süstimise teel (1000 elaniku kohta vanuses 15–64 eluaastat)

Märkused: MM = suremusekordisti; HM = HIV kordisti; CM = kombineeritud meetodid seoses süstivate uimastitarbijate (IDU) eeldatava arvuga.

Sihtrühmad võivad veidi erineda eri meetoditest ja andmeallikatest olenevalt; seetõttu tuleks võrdlemisel olla ettevaatlik. Suremuskordistite ja HIV kordistite abil saab eeldatavalt hinnangud (põhiliselt käesolevas ajas) uimastite süstimise teel tarbimise kohta, mis on ainult osa probleemsest uimastitarbimisest. Teised meetodid võimaldavad saada eeldatava probleemse uimastitarbimise. Üksikasjalikuma teabe saamiseks vt tabelid Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4 2004. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: riikide teabekeskused. Vt ka Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse projekti *Riikide levimushinnangud probleemsele uimastitarbimisele Euroopa Liidus, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003. Koordineeris Müncheni Raviuuringinstituut (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

Ravilolevate herooinitarbijate süstimismäärade analüüs viitab märkimisväärsetele erisustele riikide vahel praeguse süstimise teel uimastitarbimise levimuse ning suundumuste ajalise varieerumise osas⁽⁸⁶⁾. Olemasolevate andmete põhjal selgub, et herooinitarbimise tõttu esimest korda ravil olijatest teatab praegusest süstimisest alla poole (43%), võrreldes kõigi ravi saanutega, kelle puhul kaks kolmest (62%) teatab praegusest süstimisest (kaalutud keskmised). Mõnes riigis (Hispaania, Holland, Portugal) näib suhteliselt väike osa herooinitarbijatest olevat süstijad, kusjuures teistes riikides (Tšehhi Vabariik, Sloveenia, Soome) on herooinisüstimine endiselt tavaks. Näib, et 1990. aastatel on mitmes kaua Euroopa Liitu kuulunud riigis, kelle andmed on kättesaadavad, süstimise teel uimastitarbimine vähenenud. Muret tekitab siiski see, et mõnes muus riigis (Saksamaa, Iirimaa, Soome) ei näi süstimise teel uimastitarbimine kahanevat, võib täheldada isegi tõusumärke, kuid uutes liikmesriikides, vähemalt nendes, kelle kohta on andmed olemas, on peaaegu kõik herooinitarbijad arvatavasti süstijad.

Konfiskeerimised ja turuinfo⁽⁸⁷⁾

Opiatide tootmine, kaubandus ja konfiskeerimised

Enamik ebaseaduslikust oopiumist ja heroiinist maailmas tuleb ainult mõnest riigist (UNODC, 2003a). Ülemaailmne ebaseaduslik oopiumitoodang 2002. aastal oli hinnanguliselt umbes 4500 tonni, millest 76% tootis Afganistan; enamik ülejäänud toodangust tuli Kagu-Aasiast, sellest umbes 18% Myanmarist ja 3% Laosest. Oopiumitootmine maailmas on püsinud stabiilsena viimase viie aasta jooksul, välja arvatud 2001. aasta, mil Talibani režiimi kehtestatud unimaguna viljelemiskeeld Afganistanis kutsus esile ägeda, kuid lühiajalise languse.

Euroopa Liidus tarbitav herooin toodetakse valdavalt Afganistanis või oopiumi kaubateedel, eelkõige Türgis (UNODC, 2003a), ning tuuakse Euroopasse kaht peamist kaubateed kasutades. Ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil on jätkuvalt otsustav roll heroini

⁽⁸⁶⁾ Vt joonis 9 OL: Uimasti süstimise teel tarbimise suundumused.

⁽⁸⁷⁾ Vt 3. peatükk: Konfiskeerimiste ja turuinfo tõlgendus, lk 31.

salakaubaveos. Pärast transiitvedu läbi Pakistani, Iraani ja Türgi marsruut hargneb, kulgedes mööda lõunapoolset haru läbi endise Jugoslaavia Makedoonia Vabariigi, Albaania, Itaalia territooriumi osa, Serbia, Montenegro ja Bosnia-Hertsegoviina, ning mööda põhjapoolset haru läbi Bulgaaria, Rumeenia, Ungari ja Austria. Alates 1990. aastate keskelt on heroini salakaubana Euroopasse toimetatud üha sagedamini mööda "Siiditeed" Kesk-Aasia, Kaspia mere ja Venemaa Föderatsiooni kaudu (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Kõnealused marsruudid on kõige tähtsamad, kuid sellest olenemata on konfiskeerimisi olnud ka mujal, sealhulgas mõnes Aafrika riigis ja Kolumbias.

Lisaks imporditud heroini toodetakse teatavaid opiaatideks liigitatavaid uimasteid ka Euroopa Liidus. See piirneb peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatoode (näiteks unimaguna purustatud vartest või kupardest valmistatud unimagunakontsentraat) piiratud valmistamisega terves reas Euroopa Liidu idapoolsetes riikides, nagu Tšehhi Vabariik, Eesti, Leedu ja Poola. On tõendeid, et ebaseaduslikul turul tõrjub imporditud heroini neid kodusel teel valmistatud tooteid kõrvale.

Mahu osas konfiskeeriti 2002. aastal maailma peamised heroinikogused jätkuvalt Aasias (52,5%) ja Euroopas (28,1%) (CND, 2004), kusjuures Euroopa heroinikonfiskeerimised keskendusid läänepoolsetesse riikidesse. Euroopa Liidu riikidest konfiskeeriti alates 1998. aastast suurimal arvul ja suurimates kogustes heroini Ühendkuningriigis, järgnes Hispaania⁽⁸⁸⁾. Ühendkuningriigi arvele langes 2001. aastal üks kolmandik heroinikonfiskeerimiste üldarvust ja 40% Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini üldkogusest.

Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini üldkogused⁽⁸⁹⁾ püsisid stabiilsetena kuni 1998. aastani ning suurenesid seejärel 1999. ja 2000. aastal. Andmed kättesaadavaks teinud riikide suundumuste põhjal näib, et Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini üldkogus on alates 2000. aastast püsinud stabiilsena⁽⁹⁰⁾ olenemata sellest, et 2002. aastal langes heroini konfiskeerimiste arv kõigis riikides, kelle andmed on kättesaadavad⁽⁹¹⁾.

Muret tekitab viimasel ajal registreeritud äritsemine fentanüüliga, sünteetilise opiaadiga, mis on kuni 100 korda heroinist kangem⁽⁹²⁾. Viimasel ajal on teatatud konfiskeerimistest mõnes Läänemere-äärses riigis ning Venemaa Föderatsioonis. Rootsist konfiskeeriti 2002.

aastal fentanüüli kahel korral ning 2003. aastal 23 korral. Eestis ilmusid fentanüül ja metüülfentanüül heroiniiasendajatena uimastiturule 2001. aasta lõpus, mis viis selleni, et 2002. aastal konfiskeeriti fentanüüli 68 korral ning metüülfentanüüli 11 korral. Soomes konfiskeeriti 2002. aastal suur 3-metüülfentanüüli hulgemüügipartii. Leedus avastati 2002. aastal fentanüüli kuuel konfiskeerimisel. INCB (2004a) teatel konfiskeeriti Ukrainas hiljuti 41 kg fentanüüli ning demonteeriti kolm fentanüüli sünteesivat laborit. Fentanüüli osa oluline suurenemine Euroopa uimastiturul oleks väga murettekitav, sest see võib tekitada suuri probleeme. Seda rõhutatakse Balti riikide aruannetes seoses uimasti üledoosist põhjustatud surmadega viimase kahe aasta jooksul, mil toksikoloogilise analüüsi tulemusena avastati fentanüül, sageli koos heroiniga. Vaja on valvsust, sest uimasti võib jääda registreerimata, eriti juhul, kui seda üldise tõhususe tõstmiseks segatakse heroiniga. Peale selle on olemas mõned üksikettekanded fentanüülitoode tavapärasest erineva kasutamise kohta; näiteks on Kreekas andmeid uimastitarbijate kohta, kes ekstraheerivad fentanüüli valuvaigistavatest Durogesic® plaastritest.

Buprenorfiin, farmatseutiline opioid, näib tulevat mustale turule mõnes Euroopa Liidu riigis, näiteks Tšehhi Vabariigis, kus 2002. aastal ilmus turule Subutex®, ning Ühendkuningriigis, kus on registreeritud konfiskeerimisi viimase kolme aasta jooksul. Soome kandis ette märkimisväärsetest Subutexi® konfiskeerimistest 2001. ja 2002. aastal, ning Norrast teatati preparaadi Temgesic® suure koguse konfiskeerimisest 2002. aastal. Mõnes mõttes ei ole see üllatav, sest buprenorfiini väljakirjutamine on paljudes riikides tunduvalt sagenenud. Seda uimastit kirjeldatakse siiski vähesel määral kahjustavana ning seetõttu väärivad kõnealuste aruannete andmed edasist uurimist.

Rahvusvaheline tegevus heroinikaubanduse vastu

Suurenenud on koostöö ülemaailmsel tasandil, et aidata toime tulla probleemidega, mis tekivad seoses Afganistanist tuleva suurenenud heroinitoodanguga (Europol, 2003). Alates 2002. aastast koondub Interpoli projekti NEHRO⁽⁹³⁾ tähelepanu heroini uuele kaubateele Kesk-Aasia ja Lääne-Euroopa vahel (Interpol, 2002; Europol, 2003). Maailma Tolliorganisatsioon (WCO) on käivitanud operatsiooni TAMERLANE, mille eesmärk on integreerida jõustamise meetmed, mis hõlmavad tolli, politsei ja piirivalve kõigis riikides, mille territooriumi "Siiditee" läbib või mis asuvad "Siiditee" ääres (WCO, 2003a).

⁽⁸⁸⁾ Seda tuleks siiski kontrollida 2002. aasta andmete alusel, kui need teatavaks tehakse. Andmed heroini konfiskeerimiste arvu kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Belgia, Itaalia, Ungari, Hollandi ja Poola kohta; andmed nii heroini konfiskeerimiste arvu kui ka konfiskeeritud koguste kohta 2002. aastal ei olnud kättesaadavad Iirimaa, Küprose, Malta, Slovakkia ja Ühendkuningriigi kohta.

⁽⁸⁹⁾ Vt Markets_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

⁽⁹⁰⁾ Vajaks kontrollimist 2002. aasta andmete alusel, kui need teatavaks tehakse.

⁽⁹¹⁾ Vajaks kontrollimist 2002. aasta andmete alusel, kui need teatavaks tehakse.

⁽⁹²⁾ Kui fentanüüli peaks ekslikult kasutatama heroini asemel, oleks mürgistusoht väga suur.

⁽⁹³⁾ Põhja-Euroopa heroini marsruut.

Operatsiooni TOPAZ ehk rahvusvahelise programmi abil, mille eesmärgiks on ära hoida heroini valmistamisel kasutatava olulise kemikaali, äädikhapeanhüdriidi levik, tehti 2003. aastal kindlaks kaubandusvõrgustik ja variisikutena tegutsevad ettevõtted, kes levitasid seda toodet Euroopas. Operatsiooniga ühinesid Afganistan ja teised Aasia riigid. Operatsioon TOPAZ on üks arvukatest rahvusvaheliselt kooskõlastatud meetmetest, mis esindab suundumust keskendada tegevus nii uimastite ebaseaduslikuks tootmiseks vajalikele lähtekemikaalidele kui ainetele enestele.

Heroiini 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 2002. aastal tänaval müüdava pruuni heroini ühe grammi keskmine hind vahemikus 29 eurost Ungaris 161 euron Rootsis, kusjuures valge heroini ühe grammi hind ulatus 32 eurost (Ungari) 213 euron (Rootsi) ⁽⁹⁴⁾. Selles hinnavahe peegeldub tõenäoliselt müügiloleva uimasti puhtus. Viimase viie aasta jooksul on nii pruuni kui valge heroini keskmised jaehinnad püsivad stabiilsena või langenud andmed esitanud riikides, välja arvatud Tšehhi Vabariik, kelle andmete kohaselt on hinnad tõusnud. Pruuni heroini keskmine tänaval müügi hind langes 2002. aastal kuues riigis üheksast Euroopa Liidu riigist, kes andmed esitasid, kuid valge heroini keskmine hind tõusis enamikust riikidest (neli riiki kuuest) edastatud andmete kohaselt.

Euroopa Liidus kõikus 2002. aastal tänaval müüdava pruuni heroini keskmine puhtus 10 protsendist Luksemburgis 43 protsendini Hispaanias, kusjuures valge heroini keskmine puhtus oli vahemikus 7 protsenti Eestis ja Soomes kuni 75 protsenti Norras. Viimase viie aasta jooksul on heroini puhtus vähenenud või jäänud samaks enamikus Euroopa Liidu riikides. Valge heroini puhtuseaste suurenes 2001. aastal enamikus vastavad andmed esitanud riikides (seitse riiki kümnest), kuid suundumus muutus vastupidiseks 2002. aastal, kui keskmine puhtuse olulisest langusest teatasid järgmised viis riiki (seitsmest): Taani, Luksemburg, Portugal, Ühendkuningriik ja Norra. Tänaval müüdava valge heroini keskmine puhtus langes nii 2001. kui ka 2002. aastal, kuid ajalise suundumuse andmed on esitanud ainult kolm riiki (Taani, Eesti, Soome).

Uimastitega seotud nakkushaigused

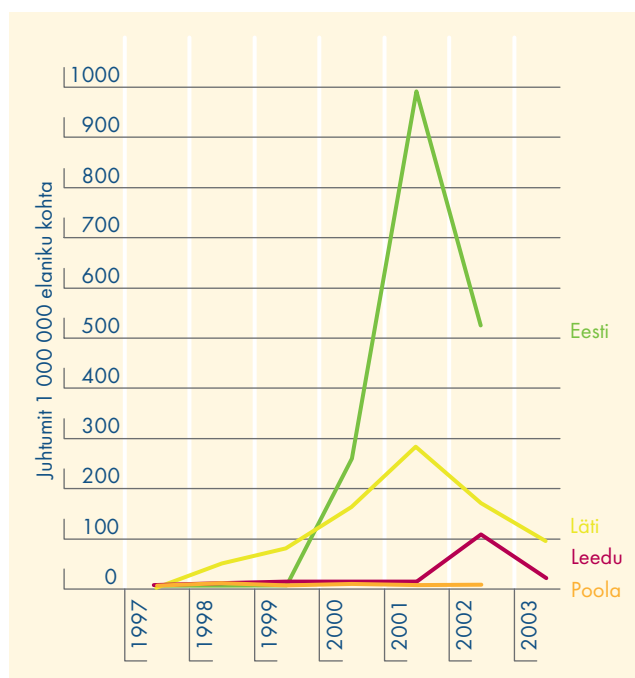
HIV

HIV epideemia levib väga kiiresti mõnes uues Euroopa Liidu riigis ja nende naaberriikides. Eesti, Läti, Venemaa ja Ukraina kuuluvad nende riikide hulka maailmas, kus HIV

epideemia levib kõige kiiremini. Euroopa Liidu teistes uutes riikides on levimuse määrad väga erinevad ja mitmes riigis valitseb samalaadsete haiguspuhangute oht. Euroopa Liidu "vanade" riikide hulgast mõnes, kus süstivate uimastitarbijate hulgas levivad suured HIV epideemiad on seni ära hoitud, täheldatakse nüüd suurema ohu märke.

Süstivate narkomaanide juhtude hiljuti ettekantud analüüs võimaldab oletada, et HIV esinemissagedus jõudis Eestis ja Lätis maksimumini 2001. aastal, olles vastavalt 991 ja 281 juhtu miljoni elaniku kohta; sellele järgnes langus 2002. aastal, kuid haigestumuse määr oli ikkagi väga kõrge, olles vastavalt 525 ja 170 juhtu miljoni elaniku kohta aastas (joonis 13) (EuroHIV, 2004). Täheldatud languse põhjusteks võivad olla ebatäpsused aruandluses, suurimal määral ohustatud süstivate uimastitarbijate maksimaalne arv ja/või käitumise muutumine. Euroopa Liidu uutest riikidest teatasid Eesti (6,2%–13%), Läti (6,6%–14,6%) ja Poola (6,8%–9,1%) kõrgeimast levimusest riiklikul tasandil moodustatud ning ajavahemikul 2001–2003 testitud eri valimites, kusjuures kõnealustel aastatel tehti kindlaks kõrgeim kohalik levimus nendes kolmes riigis, mis oli vastavalt 41% (964st), 22% (205st) ja 29,7% (165st). Mitmest allikast pärit andmete põhjal võib tõenäoliselt kinnitada, et Eestis langes hiljuti HIV levimus süstivate narkomaanide hulgas (13 protsendilt

Joonis 13: Diagnoositud uued HIV nakkusjuhtumid süstivate uimastitarbijate hulgas miljoni elaniku kohta teatavates Euroopa Liidu uutes liikmesriikides



Allikas: AIDSi Epidemioloogilise Seire Euroopa Keskus (EuroHIV).

⁽⁹⁴⁾ Vt Markets_Tbl 14, statistikabülletään 2004.

2078 süstivast narkomaanist koosnevas valimis 2001. aastal kuni 6,2 protsendini 1186 süstivast narkomaanist koosnevas riiklikul valimis 2002. aastal). Lätis annavad uimastiravikeskuste riiklikud andmed samuti tunnistust langevast levimusest testitud süstivate narkomaanide hulgas (13,7%-lt 2001. aastal 6,6%-ni 2003. aastal), kuid muude riiklike allikate andmete (haiglad ja vahistamisandmed: 7,8%-lt 2000. aastal 14,6%-ni 2002. aastal) ning kohalike andmete kohaselt (mitmed kooslused Riia piirkonnas ja Tukumsis: 18,3%-lt 2000. aastal 22,0%-ni 2003. aastal) lubavad oletada levimuse pidevat suurenemist teistes testitud süstivate narkomaanide valimites. Leedus põhjustas vanglas esinenud suur haiguspuhang viimasel ajal avastatud HIV juhtude arvu suure tõusu alles hiljuti, 2002. aastal; levimus süstivate uimastitarbijate hulgas püsib siiski madalana (2002. ja 2003. aastal: 1,0% 2831st ja 2,4% 1112st süstivast narkomaanist riiklikul tasandil koostatud eri valimite põhjal, ning vastavalt 0,6% 641st ja 0,4% 235st süstivast narkomaanist, kes olid hõlmatud nõeltevahetusprogrammiga Vilniuses). Vanglas aset leidnud haiguspuhang näitab ühelt poolt vajadust kiiresti rakendada ennetusabinõud kõnealuses riigis ja muudes piirkondades, kus levimus süstivate narkomaanide hulgas on veel madal, ning teiselt poolt tähtsat osa, mis vanglatel võib olla HIV levitamisel süstivate narkomaanide hulgas (Dolan, 1997–1998; Dolan jt, 2003).

Poola rahvaterviselaborite riiklike levimusandmete põhjal oletatakse, et levimus langeb testitud süstivate narkomaanide hulgas 10,7 protsendilt (3106 süstivast narkomaanist) 2000. aastal 6,8 protsendini (2626 süstivast narkomaanist) 2002. aastal. See langus on kooskõlas süstivate narkomaanide hulgas hiljuti ettekantud juhtude põhjal täheldatava suundumusega, mis langes 2000. aastal 8,6 protsendilt miljoni elaniku kohta 5,1 protsendini ja 6,9 protsendini 2001. ja 2002. aastal. Andmed kohaliku levimuse kohta võimaldavad ette näha ka kõrget levimust Pomorskie piirkonnas 2002. aastal (30% 165 uimastiraviga hõlmatud süstivast narkomaanist, kes on tänavatel; 15% 69 süstivast narkomaanist, kes kuuluvad ainult tänaval viibivatest narkomaanidest koosnevasse valimisse), kuigi tuleks märkida, et levimus uimastiravil olevate süstivate narkomaanide hulgas võib olla üle hinnatud, võrreldes levimusega süstivate narkomaanide hulgas tervikuna. Teistes Euroopa Liidu uutes riikides oli HIV levimus süstivate narkomaanide hulgas ajavahemikul 2000–2001 ikka veel väga madal, kuigi uuemad andmed enamikus puuduvad. HIV levimus oli keskmiselt alla 1% Tšehhi Vabariigis, Sloveenias ja Slovakkias, samalaadsed andmed olid ka naaberriikides, Euroopa Liidu kandidaatriikides Rumeenias ja Bulgaarias (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003a). Kuigi HIV epideemia puhkemine süstivate

narkomaanide hulgas on nendes riikides seni ära hoitud, võib uimastite süstimise teel manustamise kasv anda lähemas tulevikus HIV nakkuse ja hepatiidi levimuse tõusu, kui ennetusmeetmed ei ole piisavad (vt jaotist Uimastitega seotud nakkuste vähendamine, käesolev peatükk).

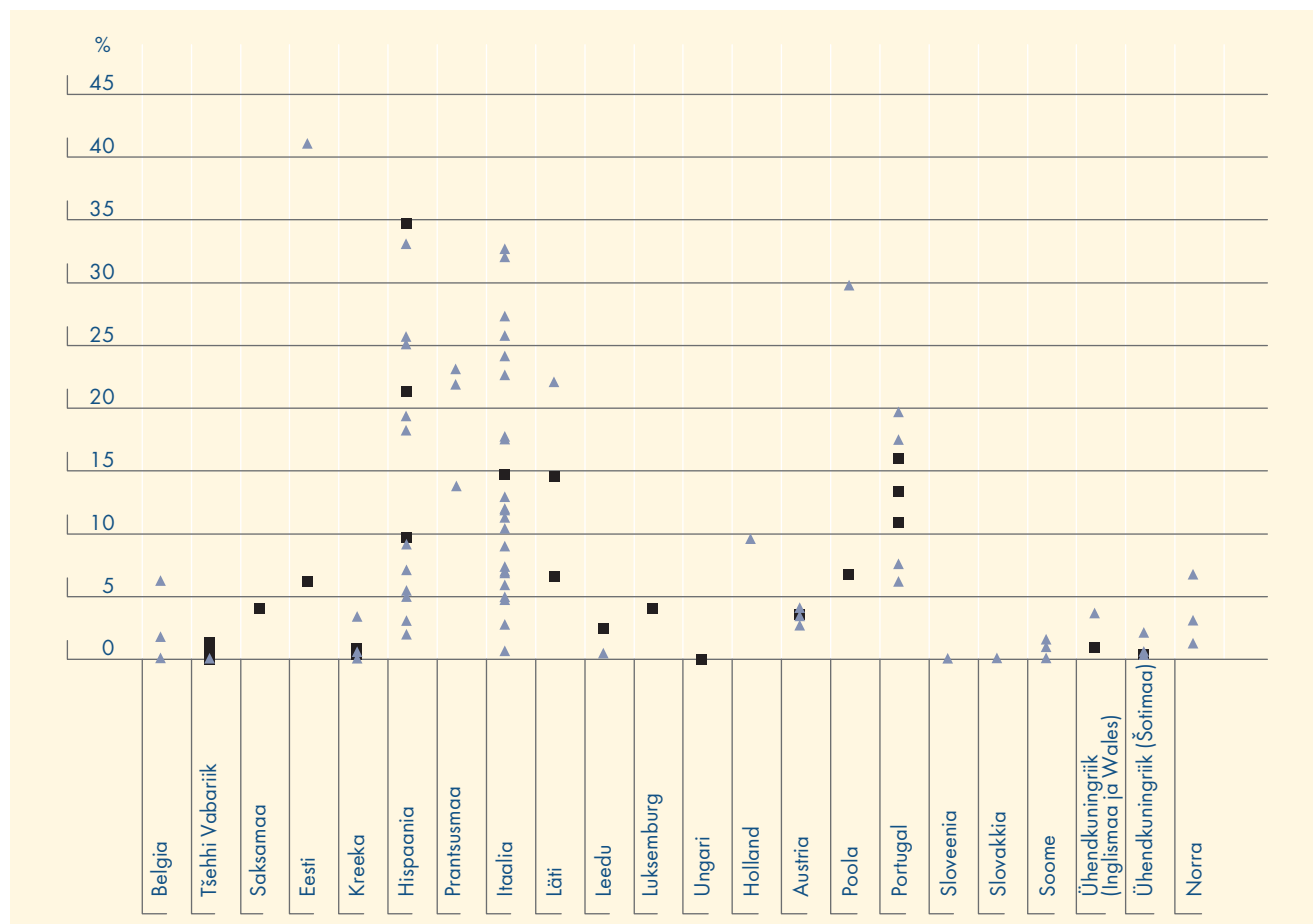
HIV haiguslugude andmetel näib, et endise Euroopa Liidu 15 liikmesriigis on HIV epideemia süstivate narkomaanide hulgas enamasti peatunud või vaibumas, ulatudes 2002. aastal 1,3 uuest juhust miljoni elaniku kohta Kreekas 115,7 juhuni Portugalis (mis 2003. aastal langes 88,4 juhuni) (EuroHIV, 2004). Kuna riikides, kus esinevad suurimad süstivate narkomaanide hulgas levivad epideemiad, ei ole kehtestatud haiguslugudele toetuvat riiklikku aruandesüsteemi, võivad haiguslugudest tulenevad ajalised suundumused olla Euroopa Liidu tasandil eksitavad ning süstivate narkomaanide seropositiivsed andmed on tähtsaks täienduseks. Olemasolevad riiklikud levimusandmed lubavad oletada riikide vahelist ja riigisisest suurt varieerumist: alates umbes 1 protsendist Soomes (nõelte- ja süstaldevahetuspunktide andmed) kuni 9,7–35 protsendini uimastitarbijatest koosnevates riiklikul tasandil moodustatud eri valimites Hispaanias (2001–2003) (joonis 14). Levimus testitud süstivate uimastitarbijate hulgas on üldjoontes stabiilne või langemas ⁽⁹⁵⁾, kuigi stabiilne levimus ei tähenda kaubanduse lakkamist, ning mõnes riigis on levimus kohalikul või piirkondlikul tasandil alates 1990. aastate keskelt tõusnud. Peale selle puuduvad mõne varem tõusust teatanud kohaliku piirkonna kohta uuemad andmed. Levimuse tõusude põhjal võib oletada, et ennetusmeetmed võivad kõnealustes piirkondades olla ebapiisavad, isegi mõnes pikka aega kestnud epideemiaga piirkonnas. Nakkuse pidevat edasikandumist süstivate narkomaanide hulgas mitmetes piirkondades tõendab lisaks ka kõrge levimus noorte (alla 25aastased) hulgas ning uute süstivate narkomaanide (süstinud alla kahe aasta) lisandumine (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003b) ⁽⁹⁶⁾. Kuna HIV levimus süstivate narkomaanide hulgas püsib kõrge, on tähtis teha pidevalt ennetustööd, et vältida nakkuse edasikandumist uutele süstivatele narkomaanidele, süstivate narkomaanide seksuaalpartneritele ning emalt lapsele.

B- ja C-hepatiit ja muud nakkused

Euroopa Liidus on B-hepatiidi viiruse (HBV) antikehade levimus (6%–85%) ja C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade levimus (17%–95%) süstivate narkomaanide hulgas üldiselt äärmiselt kõrge, mis viitab tõhusa ravi ja ennetustegevuse vajadusele (joonis 15). HCV-levimus on madalam (25%–33%) mõnes nendest riikidest, kus HIV levimus on samuti madal (eelkõige järgmised Euroopa Liidu uued riigid: Ungari, Sloveenia, Slovakkia), ning see

⁽⁹⁵⁾ Üksikasju kõnealuste andmete ja lähteallikate kohta, vt IDisease_Tbl 1 ja IDisease_Tbl 8, statistikabülletään 2004.

⁽⁹⁶⁾ Üksikasju kõnealuste andmete ja lähteallikate kohta, vt IDisease_Tbl 1 ja IDisease_Tbl 8, statistikabülletään 2004.

Joonis 14: HIV nakkuse levimus süstivate uimastitarbijate hulgas – riikliku või kohaliku katvusega uuringud 2001–2003

Märkused: ■ = riikliku katvusega valimid; ▲ = kohaliku/piirkondliku katvusega valimid.

Erinevusi riikide vahel tuleb tõlgendada ettevaatusega, sest andmeallikate liigid ja/või uurimismeetodid on erinevad; riiklikud valimistrateegiad on erinevad. Portugali ja Itaalia andmed ei sisalda süstivate uimastitarbijate andmeid ja võivad seega väljendada madalamat levimust süstivate uimastitarbijate hulgas (mittesüstivate uimastitarbijate osakaal valimises: Itaalia 5%–10%, Portugali andmed ei ole teada). Prantsusmaa puhul kehtib see mõnes valimis. Saksamaa, Itaalia, Ungari, Portugali ja Slovakkia andmed hõlmavad ainult HIV levimust ravilolevate süstivate uimastitarbijate hulgas ega tarvitse seega väljendada HIV levimust nende süstivate uimastitarbijate hulgas, kes ei ole ravil.

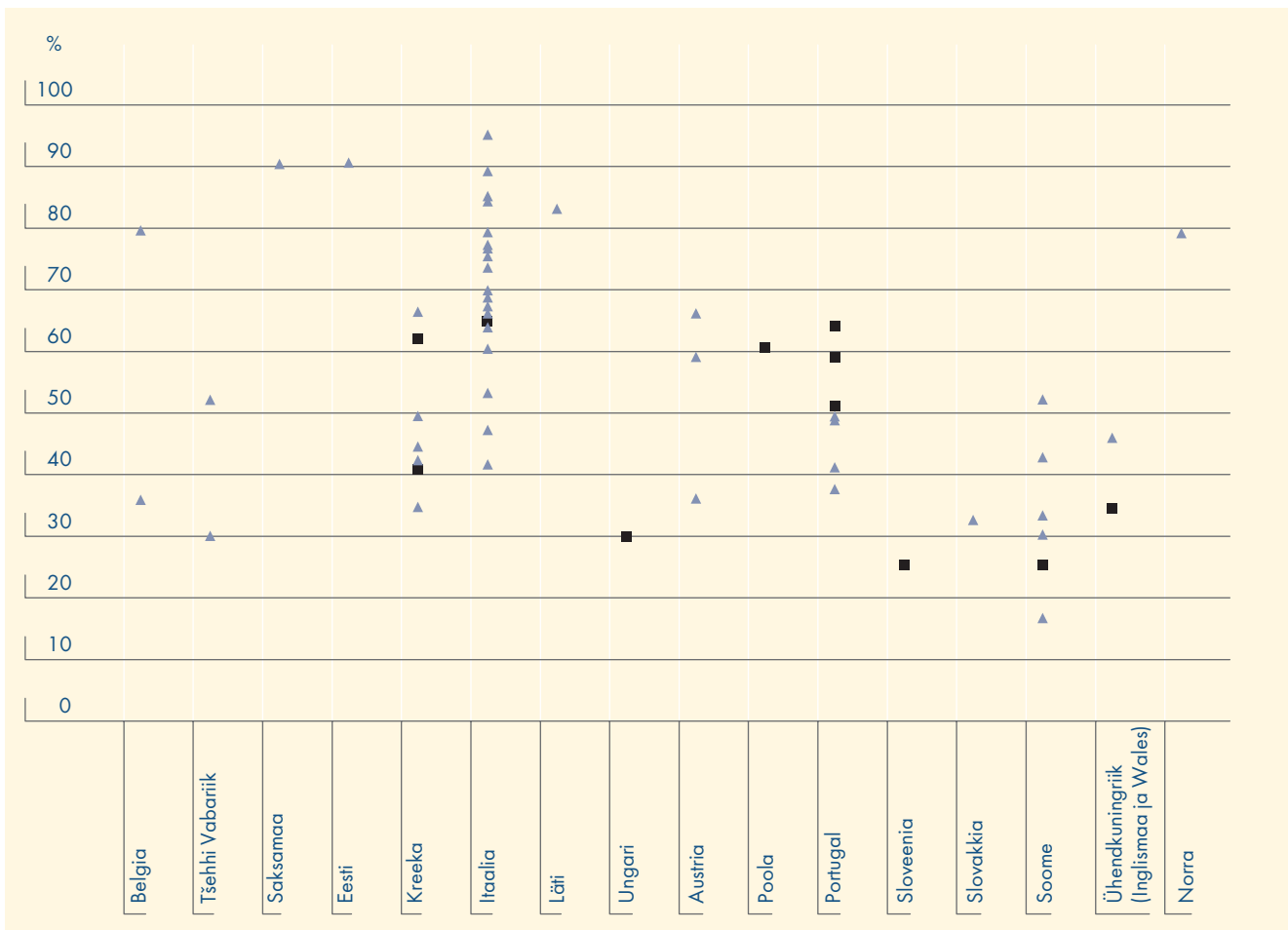
Saksamaa ja Luksemburgi, osaliselt ka Belgia ja Prantsusmaa andmed on esitatud uimastitarbijate ütlusi hõlmavate katsetulemuste põhjal, mis on dokumenteeritud katsetest vähem usaldusväärsed.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskused. Lähteallikate, uurimisandmete ja üksikasjade kohta enne 2001. aastat vt tabelid IDisease_Tbl 8 2004. aasta statistikabülletäänis.

viitab asjaolule, et riskikäitumine ei ole nendes riikides veel laia ulatusega. See tähendab, et kõnealuste haiguste levikut võiks olla veel võimalik tõkestada kahjusid vähendavate sekkumiste abil (vt allpool).

Uimastitarbimine süstimise teel võib olla terve rea muude nakkushaiguste edasikandumise viisiks, näiteks on Ühendkuningriigis viimastel aastatel esinenud süstivate narkomaanide hulgas teetanuse- ja haavabotulismipuhanguid, mis võivad olla seotud haigusetekitajatega saastunud heroiinist ja/või teatavatest süstimisviisidest (Hope jt, 2004). Tuberkuloosi (TB) levimus süstivate narkomaanide hulgas Euroopa Liidus näib olevat üldiselt madal ega suurene, välja arvatud ehk Balti riigid (Migliori ja Centis, 2002). Ida-Euroopa naaberriikides kujuneb see üha suuremaks probleemiks pidevalt suureneva resistentsuse tõttu ravi suhtes ning väga kõrge levimuse tõttu

kinnipeetavate hulgas, kellest paljud on uimastitarbijad. Sugulisel teel nakkavad haigused võivad olla seksuaalse riskikäitumise näitajaks, aga ka HIV nakkuse ohuteguriks (Estebanez jt, 2001). Praegu suureneb väga kiiresti sugulisel teel nakkavate haiguste levimus mitmes Euroopa Liidu riigis, eelkõige homoseksuaalsete meeste hulgas. Teatavates riikides, näiteks Iirimaa ja Itaalias, on sugulisel teel nakkavad haigused uimastitarbijate hulgas väga tavalised (Giuliani ja Suligoi, 2004), kuid mõnes teises riigis (näiteks Rootsi ja Norra) teatatakse nendest harva; näib siiski, et enamikus riikides puuduvad uimastitarbijatega seotud konkreetsed seireandmed. Kui soovitakse, et sugulisel teel nakkavate haiguste seireandmed oleksid kasutatavad süstivate narkomaanide hulgas valitseva seksuaalse riskikäitumise indikaatorina, et hinnata HIV nakkuse sugulisel teel leviku potentsiaali (Wiessing ja

Joonis 15: HCV-levimus süstivate uimastitarbijate hulgas – riikliku või kohaliku katvusega uuringud 2001–2002

Märkused: ■ = riikliku katvusega valimid; ▲ = kohaliku/piirkondliku katvusega valimid.

Erinevusi riikide vahel tuleb tõlgendada ettevaatusega, sest andmeallikate liigid ja/või uurimismeetodid on erinevad; riiklikud valimistrateegiad on erinevad.

Portugali ja Itaalia andmed ei sisalda süstivate uimastitarbijate andmeid ja võivad seega väljendada madalamat levimust süstivate uimastitarbijate hulgas (mittesüstivate uimastitarbijate osakaal valimites: Itaalia 5%–10%, Portugali andmed ei ole teada). Tšehhi Vabariigi puhul kehtib see ühes valimis. Inglismaa ja Walesi ning osaliselt Soome andmed põhinevad sõljetestidel, mille tulemusena on HCV-levimus alahinnatud.

Belgia, Itaalia, Ungari, Portugali, Sloveenia ja Slovakkia andmed hõlmavad ainult HCV-levimust ravilolevate süstivate uimastitarbijate hulgas ega tarvitse seega väljendada HCV-levimust nende süstivate uimastitarbijate hulgas, kes ei ole ravil.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskused. Lähteallikate, uurimisandmete ja üksikasjade kohta enne 2001. aastat vt IDisease_Tbl 11 2004. aasta statistikabülletäänis.

Kretzschmar, 2003), siis on tähtis, et need andmed oleksid eraldi süstivate narkomaanide kohta ja võimaldaksid sel viisil uurida suundumusi, eelkõige süstivate narkomaanide hulgas. Üldiselt on süstivate narkomaanide hulgas esinevate nakkushaiguste epidemioloogiline olukord tõsine. See nõuab uimastitarbijate süsteemseid läbivaatusi iga kord, kui nad võtavad ühendust tervishoiuasutustega, ning piisavate ennetus- ja ravivahendite tagamist.

Uimastitega seotud nakkuste vähendamine

Alates 2001. aastast on veelgi suurenenud nõelte- ja süstaldevahetusprogrammide arv ja geograafiline katvus mitmes liikmesriigis ⁽⁹⁷⁾. Eelkõige Eestis ja Lätis laieneb väga kiiresti uute teenuste ring, toetudes ulatusliku HIV

epideemiaga seoses antavale kohalikule, riiklikule ja rahvusvahelisele abile. Šotimaal suurenes vahetatud süstalde arv peaaegu kolm korda ajavahemikul 1997–2002 ning eeldatakse, et suureneb veelgi pärast süstalde arvu suurendamist maksimaalselt 60 süstlani kliendiviisiidi kohta, mis hõlbustab toimeviisi, kus üks isik saab võtta süstlaid ka teiste jaoks. Täitmaks geograafilisi lünki Lääne-Euroopa riikides, on nõelte- ja süstaldevahetusprogrammid nüüd kasutusele võetud ka Põhja-lirimaal (apteegipõhiselt) ja Flandrias (Belgia). Rootsis on nõelte- ja süstaldevahetusprogrammide laiendamine praegu arutusel.

Süstalde kättesaadavust käsitlevate uuringute tulemused näitavad, et kõige tavapärasem süstimisvahendite

⁽⁹⁷⁾ Vt tabel 6 OL: Nõela- ja süstlavahetusprogrammid (NSP), nende rakendamine ja liigid, apteekide kaasamine, jaotatud/müüdnud süstalde arv.

hankimise viis on apteegist ostmine (nt 30%–45% nõelte- ja süstaldevahetuspunktide klientidest Belgias, 32% Luksemburgis ja 30%–40% Ungaris). Süstalde vahetamisel või nendega varustamisel langeb apteekidele oluline osa järgmises neljas riigis: Hispaania, Portugal ja Ühendkuningriik, kus apteegid vahetavad süstlaid tasuta, ning Prantsusmaa, kus riigi subsideeritavad steriilsed komplektid on müügil apteekides. Apteekide kaasamise tulemusena on kõnealuses neljas riigis saavutatud nõelte- ja süstaldevahetuspunktide hea geograafiline katvus. Teistes riikides peavad uimastitarbijad süstlaid (ja muud varustust) ostma, ning nende kõrge hind mõnes riigis tekitab muret ⁽⁹⁸⁾.

Prantsusmaa ja Portugali andmete põhjal apteekidest omandatud süstalde arv langeb. Prantsusmaal vähenes ajavahemikul 1999–2002 süstalde müük 45% võrra, langedes 16,5 miljonilt 9 miljonini. Kõnealust vähenemist ei korvanud nõelte- ja süstaldevahetuspunktide intensiivsem tegevus. Võimalikeks seletusteks võib olla muude tarbimisviiside kui süstimise kasutamine, asendusravi parem kättesaadavus süstijatele või isegi sama nõela mitme süstija poolt kasutamise sagenemine (Emmanuelli, 2003).

Nõelte- ja süstaldevahetust võib rakendada tervel real eri viisidel, kasutades madala lävega uimastiraviteenistusi, apteeke ning üldiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste võimalusi, aga ka mobiilseid vahetuspunkte (vastava varustusega bussid, abiteenistuste töötajad) ning spetsiaalseid seadmeid. Mitmes uues liikmesriigis (eelkõige Tšehhi Vabariigis, Poolas, Sloveenias ja Bulgaarias), aga ka Belgias, Iirimaa ja Ühendkuningriigis suureneb üha tugiisikutest süstlalevitajate osatähtsus uimastitarbijate varustamisel steriilsete vahenditega (McVeigh jt, 2003).

Arengud uimastitega seotud nakkuste ravis

C-hepatiidi viirusest (HCV) tingitud nakkuste suur osakaal uimastitarbijate hulgas valmistab tervishoiutöötajatele üha rohkem muret. Viirusega nakatuvatest inimestest 60%–80% saavad kroonilise nakkuse, mis viib lõppjärgus maksahaiguseni kuni 20% juhtudest, kuid uimastitarbijate juurdepääs C-hepatiidiravile on madal. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse poliitika tutvustus ja C-hepatiiti käsitlev teadusmonograafia on elektrooniliselt saadaval (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003c; Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004d) ⁽⁹⁹⁾.

Maksakahjustuste ravi kättesaadavust uimastitarbijatele tuleb enamikus riikides parandada. Ravijuhiseid peetakse ravijuhtimise tähtsaks vahendiks ning Euroopa

Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus on seetõttu analüüsinud 2003. ja 2004. aastal uimastitarbijate HCV-nakkuse ravijuhiseid Euroopa Liidu 15 “vanas” liikmesriigis ja Norras ⁽¹⁰⁰⁾. Uuringu põhjal tehti kindlaks, et arvesse võttes täiustatud ravivõimalusi ning märkimisväärselt paremaid tulemusi, oli paljudes riikides ülevaade riiklikest ravijuhistest puudulik. Mõned uued juhised viitasid selgesõnaliselt uuringutele, mis dokumenteerivad eelised uimastitarbijatele juhul, kui raviga tegelevad teadusharudevahelised hepatoloogide ja uimastiküsimustega tegelevate spetsialistide meeskonnad.

Ülemaailmne AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fond (GFATM) peab tegema kättesaadavaks rahalised vahendid, et kindlustada retroviiruste vastane ravi patsientidele Eestis ja kandidaatriigis Bulgaarias: eeldatav isikute arv, kes hakkavad saama retroviiruste ravi, on Eestis 500 ning Bulgaarias 200 (GFATMi sekretariaat, 2004).

Uued suundumused teenuste osutamisel

Peamised suundumused uimastitarbijatele madala lävega teenuse osutamisel, mis algselt keskendus nõelte ja süstalde vahetamisele, seisnevad suuremas integreerituses muude ellujäämisele orienteeritud teenustega, nagu näiteks varjupaigad, tervishoiu- ja meditsiiniteenused ning vastuvõtuoja pikendamine öhtuti, öösiti ja nädalalõppudel.

Hollandi uimastiravitalitused, seistes silmitsi kaootiliselt uimasteid tarbivate isikute suureneva arvuga, kelle kontakteerumisteenuste kasutamise valmidus on väike, võtavad jälle kasutusele “sõbraliku” veenmise, et saada tavaliselt kättesaamatud uimastitarbijad ravile. See “interferentsravi” (*‘interferential’ care*) nime all tuntud meetod on toetav ja sisendav raviteenus paljude probleemidega vastuvõtlikule rühmale, kes hoolimata elukvaliteeti ähvardavast tõsisest häireolukorrast ei kasuta korrapäraselt tervishoiuasutuste pakutavaid võimalusi (Roeg jt, 2004).

Kontakti uimastitarbijate ja ohustatud isikutega on põhiline tähtsus terviseabi edastamisel ja uimastitega seotud tervisekahjustuste ennetamisel. Selles osas on väga kõrge tase saavutatud Tšehhi Vabariigis, kus 93 talitusest koosnev, kogu riiki kattev tihe võrk ulatus 2002. aastal rohkem kui 22 000 probleemse uimastitarbijani – see on üle poole eeldatavast probleemsete uimastitarbijate rühmast (Tšehhi Vabariigi riiklik aruanne, 2003, lk 35).

Mitmed teised riigid tunnistavad madala lävega uimastiraviasutuste rolli põhilise meditsiinilise abi (näiteks haava- ja abstsessiravi) osutamisel, nagu on näiteks Norras öendusabipunktid. Soomes korraldavad madala lävega meditsiiniteenistused, mida nimetatakse

⁽⁹⁸⁾ Vt tabel 7 OL: Üldkasutatavate süstlatüüpide (koos nõelaga) hinnad eurodes.

⁽⁹⁹⁾ Lahter 4 OL: C-hepatiidiga seotud põhilisimused sisaldab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kolmes hiljutises C-hepatiiti käsitlevas väljaandes esitatud tulemusi.

⁽¹⁰⁰⁾ C-hepatiidi viirusinfektsiooni ravijuhiste analüüs uimastitarbijate ravi kättesaadavuse seisukohast.

tervisenõustamiskeskusteks, edukalt testimis- ja vaksineerimiskampaaniad. Võimalus saada meditsiinilist abi huvitab isegi neid uimastitarbijaid, kellega on muidu raske kontakti saavutada, ning kontakt meditsiinitöötajatega annab nõelte ja süstalde vahetamisest suurema võimaluse saada ressursse ja suunamist raviteenuste juurde, nagu HIV alane nõustamine ja testimine, arstiabi ja uimastiravi (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004a).

Vajadus madala lävega teenuste järele on suurem "vanemate" epideemiatega riikides, kus kauaaegsetel süstijatel on tõsiseid tervisehäireid ning kus nad on rohkem marginaliseerunud ja sotsiaalselt tõrjutud: osutatavate teenuste valiku laienemine võib kajastada ka kõnealuse rühma suurenevat sõltuvust neist teenustest.

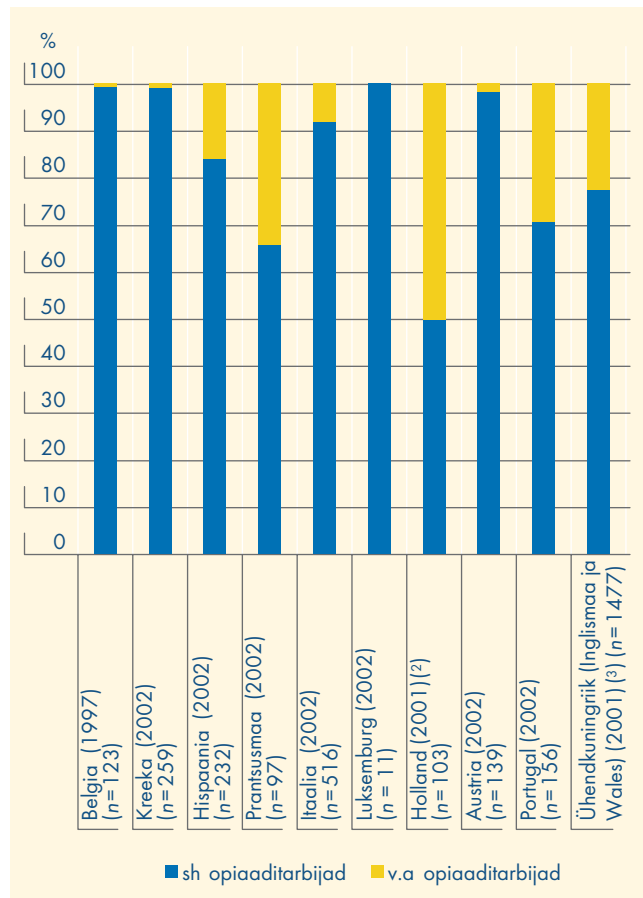
Uimastitega seotud surmad ⁽¹⁰¹⁾

Euroopa Liidus registreeritud ebaseaduslike ainete kasutamisest tingitud, uimastitega seotud surmade korral ⁽¹⁰²⁾ on enamasti tegemist opiaatidega, kuigi paljudel juhtudel tehakse toksikoloogilise uuringu käigus kindlaks ka muid aineid (joonis 16) ⁽¹⁰³⁾.

Ajavahemikul 1995–2001 kandsid Euroopa Liidu riigid igal aastal ette 8000–9000 üledoosist põhjustatud surmast ⁽¹⁰⁴⁾. Neid arve võib pidada miinimumhinnanguks, sest tõenäoliselt esineb enamikus riikides teataval määral aruandlusega hõlmatud andmeid. Enamik üledoosiohvraid on noored mehed (70%–93%) hilistes 20ndates või 30ndates eluaastates, kelle keskmine eluiga on 31–40 aastat. Enamikus Euroopa Liidu riikides avaldub ohvrite puhul vanuse tõusu trend, mis sunnib mõtlema "vanusekohordi mõjule" ⁽¹⁰⁵⁾. Soomes ja vähemal määral ka Kreekas ning Ühendkuningriigis ei ole see suundumus eristatav; see on tähelepanu vääriv leid, sest võib viidata süstamise või opiaatide tarbimise esinemuse sagenemisele viimastel aastatel (joonis 17).

Euroopa Liidu eri riikidest tulevad regulaarsed aruanded uimastitega seotud surmade ohvrite kohta, kelle puhul saab põhjusena identifitseerida metadooni. Metadoon, nagu igasugune muu opiaat, on potentsiaalne mürkaine, kuid uurimistööde põhjal ilmneb selgesti, et asendusravi vähendab üledoosist tingitud suremuse ohtu programmis osalejate hulgas. Mitmete uuringute põhjal on leitud, et

Joonis 16: Uimastitega seotud surmade osakaal, opiaaditarbijad juurde või välja arvatud, mõnes Euroopa Liidu riigis ajavahemikul 2001–2002 ⁽¹⁾



Märkused:

⁽¹⁾ Või viimane aasta, mille kohta on teave kättesaadav.

⁽²⁾ Hollandis tähendab "v.a opiaaditarbijad" mõnel juhul "muude ja täpsustamata uimastite tarbijaid" või "muude ja täpsustamata hallutsinogeenide tarbijaid", kuhu võivad olla hõlmatud ka opiaatidega seotud juhtumid.

⁽³⁾ Ühendkuningriigi toksikoloogiline teave pärineb uimastite kuritarvitamise vastase riikliku programmi (St. George'i haigla meditsiinkool) andmetel, mis omakorda põhinevad koroneri aruannetel. Hõlmatud on juhud, kus on vähemalt üks opioidi mainimine; esineda võib teatavat kattumist ja kogu osakaal võib olla madalam.

NB: Mõnes riigis sisaldavad uimastitega seotud surmade siseriiklikud määratlused piiratud arvu kaudselt uimastitarbimisega seotud surmajuhumeid.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta aruanded, andmed siseriiklikest surmajuhumite registritest või eriregistritest (kohtu või politsei). Põhinevad siseriiklikel määratlustel, mis on esitatud metodoloogilistes märkustes "Uimastitega seotud äkksurmade määratlemine liikmesriikides". Vt ka DRDeaths_Tbl 1 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹⁰¹⁾ Ülevaadet uimastitega seotud surmade kohta vt "Uimastitega seotud surmad ja suremus uimastitarbijate hulgas" eelmises aastaaruandes (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003b).

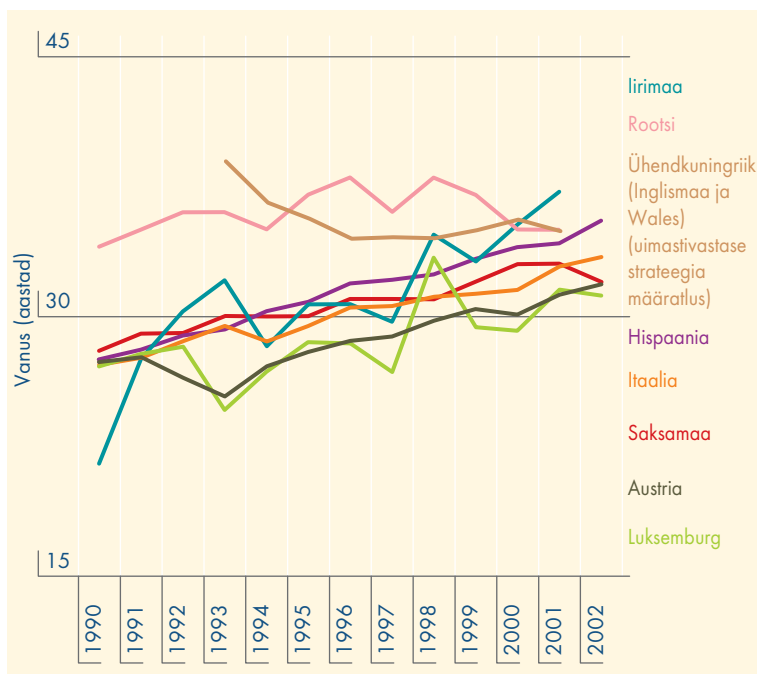
⁽¹⁰²⁾ Vt metodoloogilised märkused 'Drug-related deaths EMCCDA definition' in the 2004 Statistical bulletin. Vt EMCCDA protocol for drug-related death (<http://www.emccda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁰³⁾ Vt DRDeaths_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁰⁴⁾ Vt DRDeaths_Tbl 2 ja DRDeaths_Tbl 3, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁰⁵⁾ Vt joonis 10 OL: Üle 35aastaste osakaalu kujunemine uimastitega seotud äkksurmade ohvrite hulgas Euroopa Liidu riikides alates 1990. aastast kuni 2001–2002.

Joonis 17: Uimastitega seotud surmade ohvrite keskmine vanus teatavates Euroopa Liidu riikides, 1990–2002



Märkused: Joonisel on nende riikide teave, mis esitasid andmed ohvrite keskmise vanuse kohta aruandlusperioodi enamikul aastatel. Vt ka joonis 10 OL: Üle 35aastaste osakaalu muutumine uimastitega seotud surmade korral Euroopa Liidu riikides alates 1990. aastast kuni aastateni 2001–2002.

Teave põhineb siseriiklikel määratlustel, mis on esitatud metodoloogilistes märkustes uimastitega seotud äkksurmade määratlemise kohta liikmesriikides. Inglismaal ja Walesis kasutatakse uimastivastase strateegia määratlust (2004. aasta statistikabülletään).

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta arvanded, andmed siseriiklikest surmajuhtumite registritest või eriregistritest (kohus või politsei).

surmad, mille puhul viidatakse metadoonile, on palju suurema tõenäosusega tingitud pigem uimastite ebaseaduslikust kui arsti määratud tarbimisest, kusjuures teiste uuringute tulemused viitavad kõrgemale ohutegurile metadooni asendusravi algetappidel. Need leiud viitavad vajadusele tagada asendusprogrammide vastavus kvaliteedistandarditele.

Arengetendentsid uimastiga seotud äkksurmade osas

Uimastitega seotud surmade arengutendentsid on riigiti erinevad, kuid teatavaid üldisi suundumusi on Euroopa Liidu riikide osas võimalik lühidalt kirjeldada. 1980. aastatel ja 1990. aastate alguses täheldati uimastitega seotud surmade arvu üldist olulist tõusu ⁽¹⁰⁶⁾. Ajavahemikul 1990–2000, ning olenemata langusest mõnes riigis, jätkus üldine kasv, kuigi aeglasemas tempos. 2000. aastal

teatati 8838 surmast võrreldes 6284 surmajuhuga 1990. aastal (40protsendiline tõus).

Aastal 2000 ja ajavahemikus 2001–2002 kandsid paljud Euroopa Liidu riigid ette uimastitega seotud surmade arvu vähenemisest, mis mõnel juhul (Saksamaa, Kreeka, Lirimaa, Itaalia ja Portugal) saavutas statistilise tähtsuse. Norras registreeris politsei samuti uimastitega seotud surmade arvu märkimisväärse tõusu 2002. aastal. Euroopa Liidu tasandil toimus üldine langus ajavahemikul aastast 2000 (8838 juhtu) kuni aastani 2001 (8306 juhtu), mis väljendab mõõdukat, kuid statistilist tähtsust omavat vähenemist (6%) (joonis 18) ⁽¹⁰⁷⁾.

Kasvavat suundumust uimastitega seotud surmade osas võiks eeldada uutes liikmesriikides või kandidaatriikides. Praegu on mõnes nendest riikidest uimastitega seotud surmade kohta väga vähe kvaliteetset teavet ning täheldatavaid suundumusi tuleks tõlgendada ettevaatlikult. Eestis ja Sloveenias on suundumus kasvav, kuid Bulgaarias ja Tšehhi Vabariigis ei ole märgatavat suundumust.

Olenemata soodsatest teguritest, nagu süstimise vähenemine opiaaditarbijate hulgas reas riikides ning ravivõimaluste suurenemine, on uimastiga seotud surmade arvu viimase kahe aasta jooksul täheldatud langus väike (mõnes riigis olematu) ning praegused näitajad püsivad pikaajalises perspektiivis kõrgetena.

Üldine suremus opiaaditarbijate hulgas

Suremuskohordi uuringud näitavad, et suremus opiaaditarbijate hulgas on kuni 20 korda kõrgem suremusest kogu samaealise elanikkonna hulgas. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus koordineerib kaheksat riiki hõlmavat suremuskohorte käsitlevat ühisprojekti, mille esialgsed tulemused on esitatud eelmistes Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse raportites. Tehakse täiendav analüüs, kusjuures lisatud on kohordid Prantsusmaalt ja Šotimaalt. Tulemused esitatakse tulevastes aastaaruannetes.

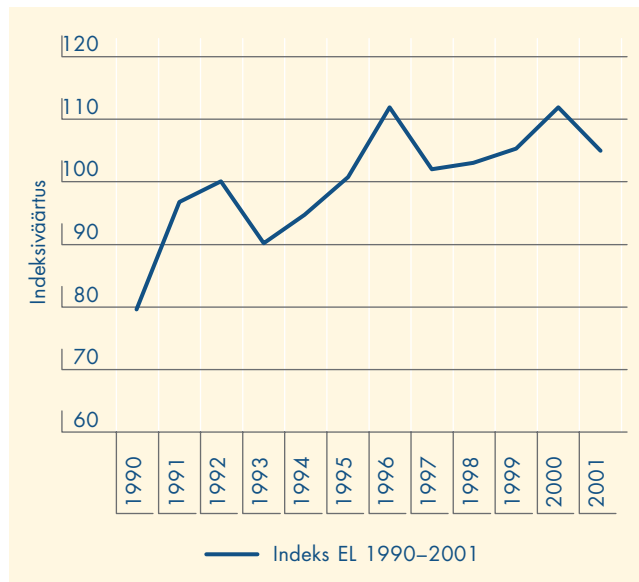
Uimastiga seotud surmade arvu vähendamine

Teadmiste hulk sotsiaalsete ja isiklike ohutegurite, uimastitega seotud surmade riski ja neid suure tõenäosusega põhjustavate asjaolude kohta, eelkõige heroini surmava üledoosi kohta on kasvanud alates 1990ndate aastate keskelt (nt Best jt, 2000, 2001; Origer ja Delucci, 2002) ning uurimistulemused viitavad meditsiiniliste ja haridusmetoodikate küllaltki suurele

⁽¹⁰⁶⁾ Vt joonis 11 OL: Euroopa Liidu pikaajaline suundumus uimastitarbimisest tingitud äkksurmade osas (1985–2001).

⁽¹⁰⁷⁾ Vt ka joonis 12 OL: Suundumused uimastitega seotud äkksurmade osas Euroopa Liidu eri riikides ja Euroopa Liidus tervikuna 1985–2001. Ühendkuningriigi kohta vt ka "Metodoloogilised märkused uimastitega seotud surmade määratluse kohta eri riikides" (statistikabülletään), "Uimastistrateegia mõiste" ja "ONS traditsiooniline mõiste". Uimastistrateegia mõiste annab hinnanguid, mis on väga lähedalt seotud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse Euroopa standardmääratlusega ("Valik B").

Joonis 18: Uimastitega seotud äkksurmajuhtumite arvu muutumine – Euroopa Liidus ja Norras kokku ajavahemikul 1990–2001 (keskmine näitaja 100 kohta ajavahemikul 1990–2001)



Märkused: 2002. aasta indeksit ei ole arvatud ebapiisavate andmete tõttu. Üksikute riikide suundumused on esitatud joonisel 11 OL. Juhtumite arv riigi kohta on esitatud tabelites DRDeaths_Tbl 2 ja Tbl 3 (2004. aasta statistikabülletään). Ühendkuningriigis valiti Riikliku Statistikaameti (ONS) poolt esitatud andmed, sest need olid olemas pikema ajavahemiku kohta.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta aruanded, andmed siseriiklikest surmajuhtumite registritest või eriregistritest (kohus või politsei). Teave põhineb siseriiklikel määratlustel, mis on esitatud metodoloogilistes märkustes uimastitega seotud äkksurmade määramise kohta liikmesriikides. (2004. aasta statistikabülletään.)

potentsiaalile surmade arvu vähendamisel. Üledoosist tingitud surmade vähenemist, mida täheldati hiljuti mitmes riigis (Prantsusmaa, Hispaania), seostatakse asendusravi kättesaadavuse suurenemisega (näiteks Prantsusmaal: riiklik aruanne, 2002, 2003), aga ka manustamisviiside muutumisega, ka süstimise vähenemisega (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004b).

Uimastitega seotud surmade arvu vähendamine on eesmärgiks võetud Euroopa tasandil (EL uimastistrateegia 2000–2004, eesmärk nr 2) ning seda rõhutatakse üha enamate liikmesriikide siseriiklikes strateegiates ⁽¹⁰⁸⁾.

Teabe ja õppevahendite (infolehed, plakatid, brošüürid ja videod) levitamine üledoosiohtude ja sellega toimetuleku kohta uimastitarbijate hulgas ja nende sotsiaalsüsteemides on üldine tava enamikus vanades liikmesriikides, kuid mitte uutes. Muudest tõenditest põhinevate vastumeetmete, näiteks samasse sihtrühma kuuluva tugiisiku sekkumise

kohta uimastitega seotud kriisilukordades, uimastitarbijate julgustamisest kutsuda välja kiirabi, kui nad juhtuvad olema üledoosi tunnistajateks, on andmeid mitmest riigist, kuid süstemaatilist teavet asjakohaste kursuste pakkimise kohta ei ole veel piisavalt. Mõnes riigis on uimastitarbijatega seoses kasutusel või kaalumisel selline üledoosist tingitud surmade vähendamise võimalus nagu opiaadi antagonist (naloksoon) kasutamine ⁽¹⁰⁹⁾ (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003a).

Mõnes riigis saavad uimastitarbijad, kellel on kõrge üledoosioht, kasutada kontrollitud uimastitarbimispunkte piirkondades, kus tarbimine on laialdaselt levinud: sellised teenistused on olemas Saksamaal, Hispaanias ja Hollandis ning ettevalmistamisel Luksemburgis, Sloveenias ja Norras. Piisava katvuse korral võivad need teenistused aidata vähendada uimastitega seotud surmade arvu linnades.

Projektipõhised kiirabiosakonnad Austrias tegelevad sageli üledoosierivate uimastitarbijatega ⁽¹¹⁰⁾.

Uimastitarbimispunktid

“Uimastitarbimispunktid” – ruumid, kus uimastitarbijad, kellele on antud vastav luba, saavad tarbida oma uimasteid hügieenilistes tingimustes, kvalifitseeritud töötajate järelevalve all ning kinnipidamise kartuseta – on kasutusel kolmekümne üheksas Euroopa linnas. Euroopa aruandes uimastitarbimispunktide kohta (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004a) selgitatakse, mis on tarbimispunktid ning miks ja kuidas need rajati, kirjeldatakse nende konkreetseid sihtrühmi, eesmärgi ja toimimist ning tehakse kokkuvõtte olemasolevatest toenditest.

Uimastitarbimispunktide tegevus kui väga spetsialiseeritud teenus on lahutatult seotud uimastitarbijatele mõeldud laiema teenustevõrguga ning tugineb tervishoiutöötajate, politsei, kohalike asutuste ja kohalike kogukondade konsensusele ja aktiivsele koostööle. Aruande põhjal selgub, et nad kontakteeruvad edukalt uimastitarbijate probleemsete rühmadega, edendavad väga vajalikku esmaabi ning sotsiaal- ja raviteenuste osutamist. Puhta süstimisvarustuse kättesaadavaks tegemine ning kontrollitava keskkonna loomine uimastitarbimisel vähendavad haigestumus- ja suremusriske ning avalikus kohas uimastitarbimisest tulenevat häirivat käitumist.

⁽¹⁰⁸⁾ Vt tabel 8 OL: Strateegiad ja valikmeetmed uimastitega seotud surmade vähendamiseks Euroopa Liidu 25 liikmesriigis ja Norras.

⁽¹⁰⁹⁾ Vt tabel 8 OL: Strateegiad ja valikmeetmed uimastitega seotud surmade vähendamiseks Euroopa Liidu 25 liikmesriigis ja Norras.

⁽¹¹⁰⁾ Vt Austria EDDRA projekti kontakti EDDRA andmebaasis (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

7. peatükk

Ravi – probleemidega inimeste vajaduste rahuldamine

Paljud inimesed, kellel on tekkinud probleeme seoses uimastite tarvitamisega, saavad abi raviasutustest. Üle kogu Euroopa Ühenduse eksisteerib suur valik erinevaid ravivõimalusi, mis peegeldavad nii vastavat rahvuslikku ja ajaloolist konteksti kui ka erinevaid abivajavatele elanikkonnarühmadele iseloomulikke jooni. Neid on alljärgnevalt kokkuvõtlikult kirjeldatud. Ravivõimaluste kättesaadavus on eri riikides erinev ning üldjuhul on see uutes liikmesriikides vähem välja arendatud. Tundub siiski, et kõnealuses sektoris tehakse jätkuvalt suureneva mahuga investeeringuid, mille tõenduseks on paranenud võimalused uimastiprobleemidega inimestele.

Uus arengusuund selles valdkonnas on uue kommunikatsioonitehnoloogia (nt Internet) kasutamine, et aidata tösta uimastitarbijatele osutatavate teenuste kvaliteeti. Märkimisväärset tähelepanu on hakatud pöörama Interneti rollile uimastite kasutamise propageerijana. Seetõttu on meeldiv tõdeda, et mõned riigid nagu Holland ja Soome on omal initsiatiivil hakanud uurima selle meediumi potentsiaali teabe ja ravivõimaluste kättesaadavuse parandamisel. Meetmed hõlmavad e-posti ja mobiiltelefoni kasutamist otsesuhtluseks, aga ka e-nõustamise ja SMS- (tekstisõnumite) teenuse kasutusvõimaluste uurimist uimastitarbijate abistamisel.

Kogu Euroopa Liidu üldiseks suundumuseks on uimastitega seotud ravi eraldumine haiglatest kommunilaadsetesse ravikeskustesse. Selline suundumus on vähem ilmne uutes liikmesriikides, kus ravi toimub endiselt peamiselt psühhiaatriahaiglates (Eesti, Läti, Leedu, Sloveenia), kuigi mõnes riigis on olukord muutumas, näiteks Tšehhi Vabariigis on ravi võimalik saada mõlemal viisil.

Raviteenuste iseloomustus

Ravimivaba ravi

Ravimivaba ravi hõlmab psühhosotsiaal- ja õppetehnikate rakendamist, mille abil saavutatakse pikaajaline uimastite kasutamisest hoidumine. Ravimivaba ravi on tavapärastelt

statsionaarne ja pikaajaline, st kommunilaadsetes ravikeskustes. Tänapäeval on see samuti sageli kommunipõhine. Ravimeid võib kasutada võõrutusnähtude leevendamiseks. See piirdub tavaliselt kas antidepressantide ja/või bensodiasepiiniga, kuigi mõnes ravikommunis ei kasutata ka neid ravimeid ⁽¹¹¹⁾.

Arvestades, et ravimite abiga teostatav ravi on tavaliselt kättesaadav vaid opioiditarbijatele, siis neile, kelle probleemide põhjuseks on opioidide hulka mittekuuluvad uimastid, on tavaliselt ainukeseks ravivõimaluseks mõni ravimivaba ravivorm.

Ravimite abil teostatav ravi

Ravimitega uimastiravi sisaldab nii agonistidega asendusravi kui ka antagonistidega ravi. Sellise farmakoloogilise sekkumise korral kasutatakse tavaliselt naltreksooni (antagonist) või mõnda järgmistest opioidretseptorite agonistidest: metadoon, buprenorfiin, dihüdrokodeiin, heroiin, aeglase toimega morfiin.

Laienenud Euroopa Liidus on metadoon jätkuvalt kõige sagedamini määratud asendusraviaine. Viimastel aastatel on ravivõimalused siiski mitmekesistunud. Aastaks 2002 oli kõigis endises 15 liikmesriigis, v.a Hollandis ja Iirimaa (kasutatakse ainult detoksifitseerimiseks) ⁽¹¹²⁾, aruannete kohaselt kasutusel buprenorfiin. Teisi asendusaineid, nagu dihüdrokodeiin (Belgia, Saksamaa, Luksemburg, Austria), aeglase toimega morfiin (Austria) ja heroiin (Saksamaa, Holland, Ühendkuningriik), kasutatakse harvemini või meditsiinilise katse osana (Springer, 2003a) ⁽¹¹³⁾.

Absoluutarvudes on asendusravi opiaaditarbijatele mõeldud kõige laiemalt levinud spetsialiseeritud narkomaaniravi vorm kogu Euroopa Liidus, ligi 400 000 inimest saavad sellist ravi. Selline ravivorm on siiski palju vähem levinud Euroopa Liidu uutes liikmesriikides, kus domineerivad ravimivabad ravivõimalused, kusjuures erandiks on Sloveenia ⁽¹¹⁴⁾.

⁽¹¹¹⁾ Vt joonis 13 OL: Ravimiteta haiglaravi meetodid.

⁽¹¹²⁾ Iirimaa kasutatakse buprenorfiini ainult ärajätunähtude leevendamiseks.

⁽¹¹³⁾ Vt tabel 9 OL: Rakendatavad asendusained Euroopa Liidu liikmesriikides.

⁽¹¹⁴⁾ Vt joonis 14 OL: Asendusravi või ravimiteta ravi ülekaal opiaaditarbijate puhul.

Asendusravi kättesaadavus ja vastuvõtukriteeriumid

Jätukub suundumus muutmaks vastuvõtukriteeriumid asendusravile vähem piiravaks. Varem tehti vastuvõtul sageli väga range valik, piirates ravilepääsejate hulka, nii et ravi oli kättesaadav vaid neile, kelle probleeme peeti eriti krooniliseks. Tänapäeval piiratakse vastuvõttu nii, et asendusravile pääsevad vähemalt 18aastased isikud, kelle probleemne uimastitarbimine on kestnud 1–2 aastat (nt Belgia, Iirimaa, Holland). Enamikus uutes liikmesriikides on aruannete kohaselt lävi kõrgem, näiteks miinimumvanus 20 aastat ja vähemalt viis aastat probleemset uimastitarbimist (nt Eesti ja Läti), samas aga võimaldab Sloveenia asendusravi alates 16. eluaastast. Kreekas, Soomes, Rootsis ja Norras kehtivad samuti suhteliselt ranged vastuvõtukriteeriumid, miinimumvanus on vahemikus 20–25 eluaastat ja probleemne uimastitarbimine peab olema kestnud 4–5 aastat.

Olenemata asendusravi suuremast kättesaadavusest, teatavad paljud riigid, et nõudlus on nii suur, et kõiki abivajajaid ei suudeta aidata, ning ravile pääsemiseks on järjekorrad Belgias, Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Eestis, Ungaris, Iirimaa, Rootsis ja Norras. Kättesaadavust võib piirata ka raviteenuste osutamise kord; näiteks peavad patsiendid Leedus oma ravimite eest ise tasuma, mis vähendab teenusekasutajate arvu.

Asendusravi kasutuselevõtmine

Asendusravi kasutuselevõtu osas on liikmesriikide vahel olulisi ajalisi erinevusi. Mõned liikmesriigid alustasid metadoon-asendusravi juba 1960ndate lõpus ja 1970ndate alguses, samas kui mõni teine riik ei võtnud seda ravimeetodit laiemalt kasutusele enne 1990ndaid (Belgia, Kreeka, Prantsusmaa, Norra). Asendusravi on suhteliselt uus enamikus uuest liikmesriikidest: suurem osa neist alustas asendusravi programmidega 1990ndatel ja Eesti käivitas esimese programmi alles 2001. aastal. Erandiks on Sloveenia, kus kõnealused programmid on kasutusel juba 1990. aastast ⁽¹¹⁵⁾.

Psühhosotsiaalne tugi asendusravis

Kuigi tõsiasi, et asendusravi peaks toimima koos psühhosotsiaalse toetusega, on üldiselt teada, ei kasutata seda siiski kõikjal ravi tavapärase koostisosana. Tšehhi Vabariigis, Saksamaal ja Hollandis piirab piisava psühhosotsiaalse abi andmist vahendite nappus. Ning kuigi Norras peaks teoreetiliselt igal patsiendil olema oma sotsiaalnõustaja, pole praktikas alati piisavalt võimalusi selle elluviimiseks. Ühes Taani uuringus leiti, et metadoonravi patsiendid, kes ei saa psühhosotsiaalset

toetust, tarvivad oluliselt rohkem teiseseid uimasteid, võrreldes nendega, kes saavad psühhosotsiaalset toetust. Praegu käimasolev uuring püüab välja selgitada, kas laiemalt kättesaadav psühhosotsiaalne toetus võib parandada ravitulemusi (Pedersen, 2001). Iiri Üldarstide Kolledž on heaks kiitnud tõendusmaterjalil põhinevad asendusravi juhised (2003), mis rõhutavad psühhosotsiaalse abi olulisust.

Psühhosotsiaalse toetuse tõhusus sõltub siiski ka patsientide arusaamast ja suhtumisest sellisesse ravivõimalusse. Kreeka aruannetest selgub, et metadoon-asendusravi patsiendid kasutavad ravikuuri jooksul sageli psühhosotsiaalset nõustamist, samas aga on Lätis selleks soovi avaldanud ainult mõni üksik patsient.

Kvaliteedi tagamine

Ravikvaliteedi tagamist võib määratleda kui "süsteematilist püüdlust jälgida, dokumenteerida ja parandada pakutavate teenuste kvaliteeti". Euroopa Liidus on üldiselt heakskiidetud viis kvaliteedi tagamise mehhanismi: raviteenuste akrediteerimine, ravinormid, töötajate koolitamine, klientide ja tulemuste seire ja viiendaks ravil osalemise püsivuse, tulemuste, rahulolu, ravi lõpetamise jne hindamine (joonis 19).

Uueks suundumuseks uimastiravi teenuste kvaliteedi tagamisel on selle kaasamine riiklikesse narkoennetuse strateegiatesse (Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Rootsi) või selliste teenuste miinimumnõuete kindlaksmääramine (Belgia, Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Holland, Poola, Sloveenia ja Ühendkuningriik). Raviteenuste akrediteerimine on kvaliteedi tagamise vahendiks reas riikides (Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Luksemburg, Holland, Poola, Portugal ja Ühendkuningriik), kuigi mõned tunnistavad, et selle rakendamine veel kestab (Tšehhi Vabariik ja Holland). Mitme riigi aruannetes teatatakse töötajate üha kasvavast koolitamisest, kuigi koolituse tegelikku ulatust ja sisu ei jälgita alati süstemaatiliselt. Narkoravi teenuste süstemaatiline ja ulatuslik hindamine on suhteliselt harvaesinev nähtus, leides aset vaid Taanis, Itaalias, Lätis, Luksemburgis, Poolas, Ühendkuningriigis ja Norras.

Sotsiaalne reintegratsioon

Sotsiaalne reintegratsioon põhineb kolmel sambal: 1) eluase, 2) haridus, 3) tööhõive ja kutseõpe. Eluase on stabiilse elu eeltingimuseks, ja sekkumise eesmärgiks on uimastitarbijale (endisele või praegusele) elukoha tagamine ja/või üüri subsideerimine. Enamik uimastitarbijatest on formaalset haridust saanud suhteliselt

⁽¹¹⁵⁾ Vt joonis 15 OL: Metadooniravi kasutuselevõtmine Euroopa Liidus.

vähesel määral ja nad saaksid kasu oma kirja-, arvutus- ja muude oskuste arendamisest. Peale selle on tööturumeetmete ja kutseõppe eesmärgiks võimaldada kliendile sotsiaalne iseseisvus tööturule integreerumise kaudu, kas leides talle töökoha või isegi toetades seda rahaliselt või pakkudes koolitust erioskuste arendamiseks.

Sotsiaalne reintegratsioon on võrreldes raviga oluliselt vähem kasutatav vastumeede probleemsele uimastitarbimisele ja seetõttu on ka seire ja aruandlus selles osas puudulikud. Mõned liikmesriigid on teatanud, et kõnealune tegevusala nõuab palju rohkem tähelepanu ja rahalisi vahendeid (Saksamaa, Eesti, Soome). Mõnes riigis on sotsiaalne reintegratsioon siiski suurema poliitilise tähelepanu all tänu selle kaasamisele riiklikesse narkoennetuse strateegiatesse, lisaks on hakatud seda toetama ka rahaliselt (Kreeka, Iirimaa, Inglismaa ja Wales) ⁽¹¹⁶⁾.

Andmed ravinõudluse kohta

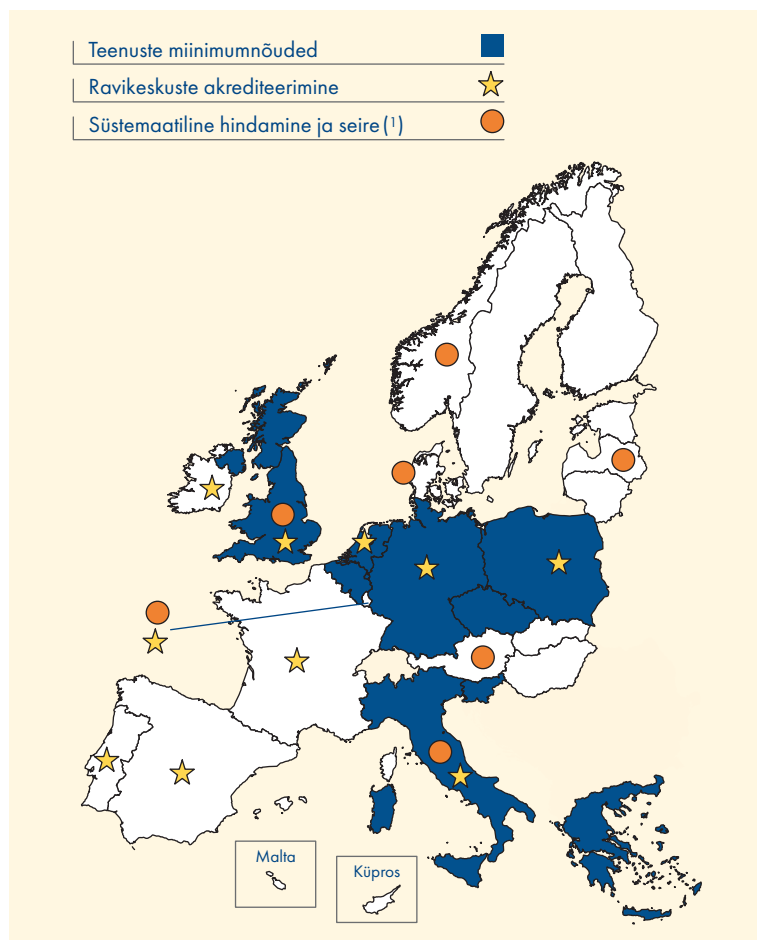
Andmed inimeste arvu kohta, kes soovivad uimastiprobleemidega seoses ravi saada, annavad kasulikku teavet üldiste suundumuste kohta probleemses uimastitarbimises ning ravivõimaluste korraldamise ja kasutamise tulevikuväljavaadete kohta Euroopas. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ravinõudluse indikaator (TDI) annab ühtse struktuuri andmete esitamiseks uimastiravile suunatud klientide arvu ja iseloomulike omaduste kohta. Kuigi ravinõudluse indikaatori andmeid võib vaadelda kui spetsialiseeritud uimastiravile suunatud klientide tunnusjoonte suhteliselt usaldusväärset ja kasulikku kirjeldust, tuleks siiski mitmel tehnilisel põhjusel olla ettevaatlik selliste järelduste üldistamisel kõigile teenuseid kasutavatele klientidele.

Kõige värskema ravinõudluse indikaatori loodud pilt ja riikide aruanded näitavad jätkuvalt, et nagu eelnevatelgi aastatel, kasvab raviteenuseid kasutavate inimeste üldarv. Olenemata ravisaajate üldarvu kasvust, tundub esmase ravinõudluse tase, st esmakordselt ravi alustavate isikute arv olevat küllaltki stabiilne ⁽¹¹⁷⁾. Üldise ravinõudluse suurenemist võib selgitada mitmete asjaolude kombineerumine, mille hulka kuulub ka aruandlussüsteemi enda täiustumine ja ravi kättesaadavuse teatav laienemine ⁽¹¹⁸⁾.

Uimastiravi vajavate klientide tunnusjooned

Nii uimastitarbijatele mõeldud teenuste pakkujad kui ka nende kliendid koonduvad tavaliselt kesklinna või sellistesse linnapiirkondadesse, kus uimastiprobleemid esinevad koos suure hulga muude sotsiaalsete ja

Joonis 19: Uimastiravi kvaliteedi tagamine



⁽¹⁾ Keskne register või andmebaas, mis peab arvestust klientide ja/või ravi üle.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded.

terviseprobleemidega, mis kõik on enam levinud sotsiaalselt tõrjutud kogukondades.

Enamik kliente saabub spetsialiseeritud uimastiravile 20–30ndates aastates, kusjuures esmakordselt ravi alustavate klientide keskmine vanus on 26 eluaastat. Kogu Euroopa andmete põhjal ei ole vanuseline jaotus siiski igal pool ühesugune, vaid ka üle 39aastaste ja alla 20aastaste seas võib esineda palju ravilepõrdujaid. Selle peamiseks põhjuseks on asjaolu, et vanuselise jaotuse põhjal on probleemsed opiaatide- ja kokaiinitarbijad keskmisest vanemad, samas aga kanepi või stimulantide tõttu, v.a kokaiin, ravi vajavad isikud on tavaliselt nooremad ⁽¹¹⁹⁾. Seega riikides, kus kanepiga seotud probleemide tõttu ravile pöördunud klientide arv on märkimisväärselt suurenenud, nagu Taanis, Saksamaal ja

⁽¹¹⁶⁾ Vt joonis 16 OL: Ülevaade sotsiaalse reintegreerimise tagamisest.

⁽¹¹⁷⁾ Vt joonis 17 OL: Uute ravi saavate patsientide hulk Euroopa Liidu riikides aastate kaupa.

⁽¹¹⁸⁾ Vt TDI_Tbl 1 ja TDI_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

⁽¹¹⁹⁾ Vt TDI_Tbl 5, statistikabülletään 2004.

Soomes, on kliendid tavaliselt nooremad kui näiteks Kreekas, Hispaanias ja Hollandis, kus peamiselt on tegemist heroini- ja kokaiiniprobleemidega. Uimastiprobleemi kujunemise ajalooline areng mängib samuti olulist rolli raviasjatate vanuselises struktuuris; näiteks Soomes on kliendid suhteliselt noored, mis osutab tõsiasjale, et narkoprobleem on riigis suhteliselt uus nähtus. Samalaadseid tulemusi võiks oodata mitmete uute liikmesriikide puhul, kus uimastiprobleem on ka sageli suhteliselt uus nähtus, kuigi enamikus nendest riikidest on ravile soovijate hulgas suures ülekaalus heroiniisõltlased ⁽¹²⁰⁾.

Kuigi kõigis Euroopa riikides on ülekaalus meessoost uimastitarbijad, on meeste ja naiste suhtarv uimastitarbijate hulgas riigiti väga erinev, ulatudes 3 : 1 kuni 6 : 1. Riikidevahelised erinevused kajastavad uimastiprobleemi tüüpi, kuid ka piirkonda (naiste osakaal uimastitarbijate hulgas on kõige suurem Põhja-Euroopa riikides ja uutes liikmesriikides) ja klientide vanust.

On huvitav märkida, et enamik kliente, kes pöörduvad ravile heroini, kokaiini, uinutite või rahustite tarbimisega seotud probleemide tõttu, tarvitavad neid aineid iga päev, kuna aga muude uimastite tarvitajatel kasutussagedus varieerub rohkem. Seda küsimust käsitletakse põhjalikumalt valikteemana kanepiprobleemide kontekstis (lk 82).

Enamik ravilolevatest klientidest väidab, et alustas uimastite tarvitamist noorukieas – kõige tavalisemal juhul 15. ja 19. eluaasta vahel. Märkimisväärne erinevus on siiski heroini ja kokaiini esmakordse tarbimise osas, mis 20%–30% klientidest toimus 25aastaselt või hiljem ⁽¹²¹⁾.

Sotsiaaldemograafia

Rahvastiku-uuringud näitavad, et ravilolevad kliendid on suhteliselt sagedamini kui muud rahvastikurühmad tõenäoliselt sotsiaalselt ja majanduslikult tõrjutud. Enam kui pooltel klientidest ei ole täielikku keskharidust ⁽¹²²⁾. Üldise töötuse määraga võrreldes on kindla töökohata inimeste hulk suur: mõnes riigis on enam kui pooled ravilolevatest uimastitarbijatest töötud ⁽¹²³⁾. Elutingimused on sageli ebakindlad: umbes 15% ravilolevatest isikutest elab sotsiaalasutustes või puudub neil püsiv elukoht ⁽¹²⁴⁾. Lisaks sellele tuleb meenutada, et kodutus iseenesest võib piirata inimeste võimalusi ravile minna ning et kodutus võib süvendada nii uimastiprobleemi kui nende tagajärgi (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003b, lk 65).

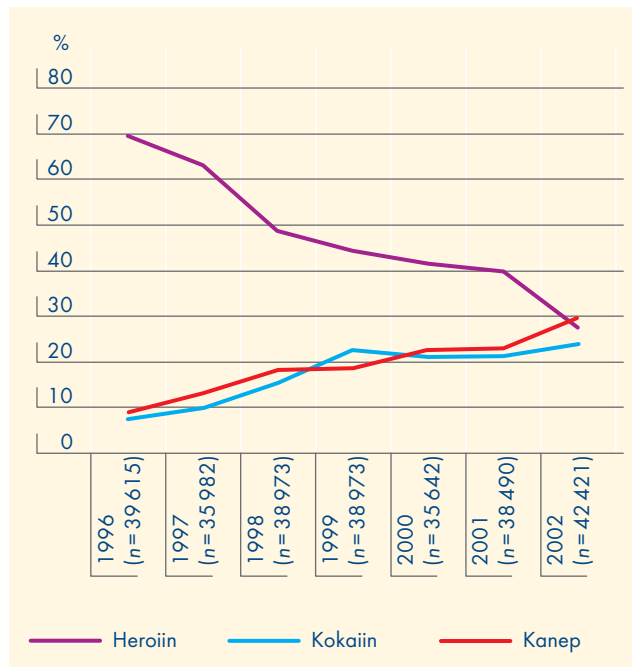
Nendest klientidest, kellel on püsiv eluase, elab üks kolmandik üksi, teine kolmandik koos vanematega ja ülejäänud elavad koos partneri või teiste inimestega. Enam kui 10% elab koos lastega; uuringud tõendavad, et uimastitarbijate lapsed võivad silmitsi seista mitmesuguste raskustega. Uimastiprobleemid muudavad lapsevanemaks olemise eriti keeruliseks (Murphy-Lawless, 2002).

Tarbitavad uimastid

Ravinõudluse indikaatoris on registreeritud nii peamine uimasti, mille sõltuvusest vabanemiseks ravile minnakse, kui ka võimalikud muud tarbitavad uimastid. Kolm ainet, mida mainitakse kõige sagedamini peamise ravilemineku põhjusena või teiseste uimastitena, on opiaadid, kokaiin ja kanep (joonis 20).

Keeruline on saada selget pilti uimastitest, mille tarvitamise tõttu peaauglikult ravile pöörduetakse, sest uimastitarbijad tarbivad tavaliselt mitut erinevat psühhoaktiivset ainet. Sageli on raske kindlaks määrata, millisel määral on inimese probleemid tingitud eelkõige ühest kindlast aineist.

Joonis 20: Uute uimastiravipatsientide osakaal, kelle peamiseks uimastiks on heroiin, kokaiin ja kanep, 1996–2002



Märkused: Igal aastal andmed esitanud riigid on järgmised: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI (v.a FI andmed aastatest 1996/1997) ja SE (v.a 2000. aasta andmed).

Osalevate riikide iga-aastased arvud liidetakse kokku.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

⁽¹²⁰⁾ Vt TDI_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

⁽¹²¹⁾ Vt joonis 18 OL: Vanus esmakordsel tarbimisel peamise uimasti järgi ja tabel TDI_Tbl 5 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²²⁾ Vt joonis 19 OL: Kõik patsiendid haridustaseme järgi ja tabel TDI_Tbl 6 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²³⁾ Vt joonis 20 OL: Kõik patsiendid tööhõive järgi ja tabel TDI_Tbl 7 2004. aasta statistikabülletäänis.

⁽¹²⁴⁾ Vt joonis 21 OL: Elutingimused (elukoht) kõigis kliendirühmades ning elutingimused (kellega koos elab) kõigis kliendirühmades.

Kõigis riikides on mitme uimasti tarvitamine ravilolevate klientide hulgas tavaline ja 40%–80% klientidest väidab end tarvitavat vähemalt üht lisauimastit. Paljude inimeste jaoks on mitme uimasti tarvitamine tavaline ja kaasuvad alkoholiprobleemid teevad ravi sageli veelgi keerulisemaks. Muret tekitab suundumus, et paljudes riikides paistab suurenevat inimeste arv, kellel on probleeme enam kui ühe ainega.

Opiaadid

Enamikus riikides on opiaadid (enamasti heroiin) peamiseks uimastiks, mille tõttu kliendid ravile lähevad; selliste klientide osakaal kõigist ravilepöördujatest on harilikult 40%–90%. Euroopa Liidu riigid võib siiski üldjoontes jagada kolme rühma, sõltuvalt sellest, millise osa ravilolijatest moodustavad herooiniprobleemidega ravile läinud isikud:

- alla 40% – Tšehhi Vabariik, Ungari, Soome, Rootsi;
- 40%–70% – Taani, Saksamaa, Hispaania, Holland, Slovakkia;
- üle 70% – Kreeka, Itaalia, Leedu, Luksemburg, Sloveenia, Ühendkuningriik.

Kanep

Kanep on raviletulnute poolt kõige sagedamini mainitud uimastitest teisel kohal. See kehtib just uute klientide kohta (joonis 21), kellest ligi kolmandikul (29,5%) on peamiselt kanepisõltuvusest tulenevad probleemid.

Kanepisõltuvusega ravilesoovijate hulk varieerub riigiti suures ulatuses (¹²⁵). Ravinõudlust kanepitarbimise tõttu käsitletakse pikemalt käesoleva aruande muus osas (lk 82).

Kokaiin

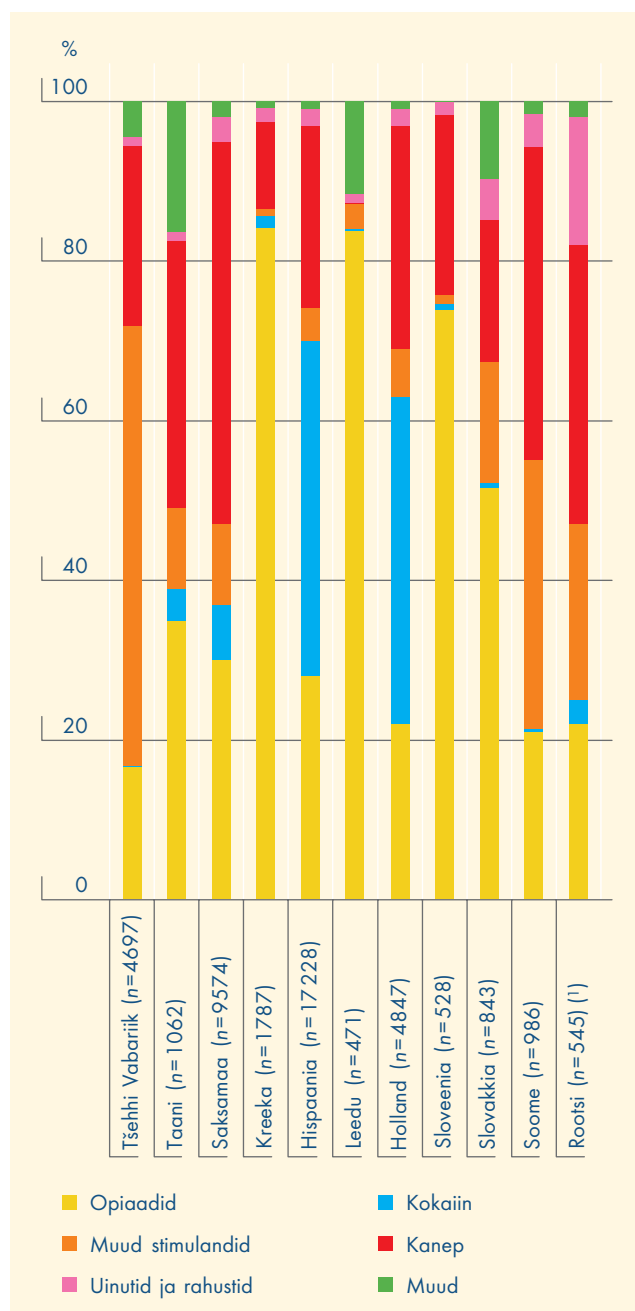
Kokaiin on esinemissageduselt kolmas uimasti, mille tõttu ravile pöörduetakse, kuigi eri riikides on olukord vägagi erinev. Näiteks on uutes liikmesriikides kokaiini tarbimine ravilemineku põhjuseks äärmiselt harva või üldse mitte. Enamikus muudes riikides on kokaiini kui peamise uimasti tõttu ravil vähem kui 10% kõigist ravivajajatest, kuigi uute klientide hulgas on see määr kõrgem, ligi 25%.

Alla 8% kokaiini tõttu ravile pöördujatest on väitnud, et tavapäraseks manustamisviisiks on uimasti süstimine.

Muud stimulandid

Muid stimulannte, v.a kokaiin, mainitakse uimastiravile mineku peamise põhjusena harva. Teisiti on olukord Tšehhi Vabariigis, Soomes ja Rootsis, kus need moodustavad veerandi või isegi üle poole kogu esmasest ravinõudlusest. Tšehhi Vabariigis moodustavad aruande kohaselt üle 50% ravilepöördujatest metamfetamiini-probleemidega

Joonis 21: Uimastiravi saavad uued patsiendid 2002. aastal: jaotumus peamiselt tarvitavate eri uimastite kaupa



Märkused: Juhtumite koguarv: 42 568.

(*) Ajavahemiku 1996–1999 kohta on haiglaravi andmed; ajavahemiku 2000–2002 kohta on ambulatoorse ravi andmed.

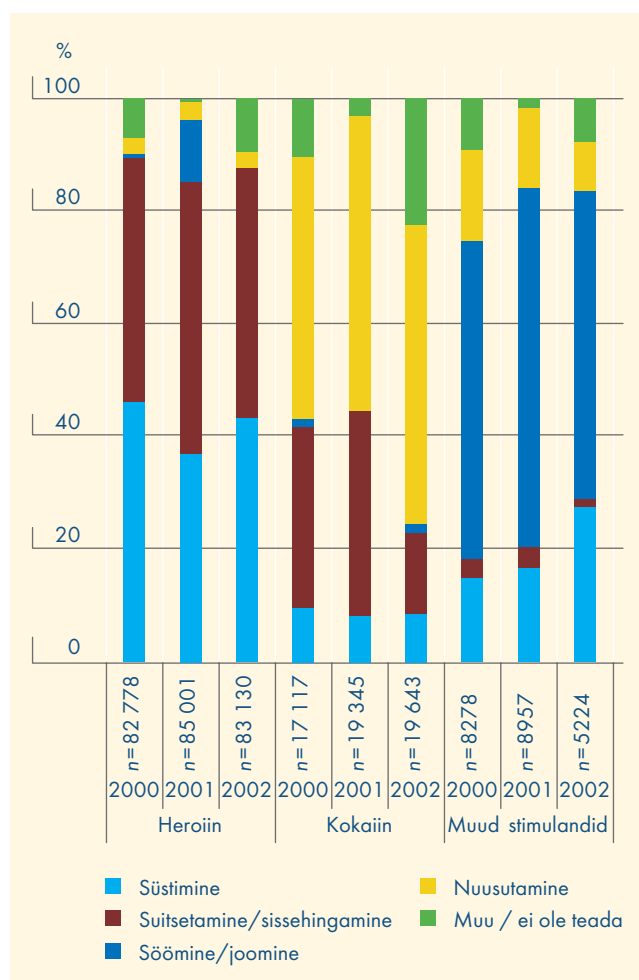
Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

inimesed. Muul on stimulantide tarvitamine ravilemineku põhjusena vähem levinud, kuid nende osatähtsus on siiski Slovakkias peaaegu 10%, Saksamaal 7%, Taanis 6% ja Ungaris 5%. Kõigis teistes riikides on see osakaal veel madalam. 2002. aasta andmed näitasid stimulantide

(¹²⁵) Vt TDI_Tbl 10 ja TDI_Tbl 11, statistikabülletään 2004.

kasutajate hulgas süstijate arvu tõusu 14 protsendilt 2000. aastal 27 protsendile 2002. aastal, kuigi absoluutarvudes on nende hulk endiselt suhteliselt väike (joonis 22).

Joonis 22: Heroiini, kokaiini ja muude stimulantide manustamisviiside jaotumus kõigi ambulatoorse ravi teenuseid kasutavate patsientide hulgas: 2000–2002



Märkused: Andmed kättesaadavad DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE ja UK kohta (2002. aasta andmed Lirimaa kohta ei olnud kättesaadavad).

Esitatud on manustamisviiside üldarvude alusarvud.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2001, 2002, 2003); TDI andmed (2000, 2001, 2002) ambulatoorse ravi keskustest.



8. peatükk

Kuritegevuse ja vanglaga seotud küsimused

Uimastitega seotud kuritegevus

Uimastitega seotud kuritegevuse võib liigitada järgmisesse nelja kategooriasse:

- Psühhofarmakoloogilise mõju all sooritatud kuriteod: kuriteod, mis pannakse toime psühhoaktiivse aine mõju all.
- Majanduslik-kompulsiivsed kuriteod: kuriteod, mis pannakse toime, saamaks raha (või uimasteid) uimastivajaduse rahuldamiseks.
- Süsteemi mõjutusel sooritatud kuriteod: kuriteod, mis pannakse toime ebaseaduslike uimastiturgude toimimise raames ebaseadusliku uimastilevitamise ja uimastite tarnimise äri osana.
- Uimastialaste seaduste rikkumised: kuriteod, mille korral rikutakse uimastialaseid (ja muid selle valdkonnaga seotud) seadusi.

Esimese kolme kategooria kuritegude kohta on Euroopa Liidus vähe andmeid ning kättesaadavad andmed pärinevad kohalikest sihtuuringutest, mida tavaliselt ei viida läbi regulaarselt ning mille alusel on raske järeldusi teha.

“Aruanded”⁽¹²⁶⁾ uimastialaste õigusaktide rikkumiste (tarbimine, omamine, vahendamine, uimastiäri jne) kohta kajastavad erinevusi eri riikide õigusaktide vahel, aga ka erinevaid õigusaktide kohaldamise ja täitmise tagamise viise, erinevusi prioriteetides ja kriminaalkohtuasutuste poolt konkreetsete kuritegude uurimiseks eraldatud vahendites. Lisaks erinevad uimastialaste õigusaktide rikkumiste teabesüsteemid eri riikides üksteisest märkimisväärselt, eelkõige aruandlus- ja registreerimistavade osas, st mida registreeritakse, millal ja

kuidas. Need erinevused muudavad Euroopa Liidu riikide andmete võrdlemise üsna keeruliseks.

Ajavahemikus 1997–2002 kasvas uimastialaste õigusaktide rikkumiste “aruannete” arv enamikus Euroopa Liidu riikides. Kasv oli eriti märkimisväärne (kaks korda või rohkem) Tšehhi Vabariigis, Eestis, Leedus, Ungaris, Poolas, Sloveenias ja Norras. Samas vähenes 2001. ja 2002. aastal uimastialaste õigusaktide rikkumiste arv Itaalias ja Portugalis⁽¹²⁷⁾ ja 2002. aastal Eestis⁽¹²⁸⁾, Lirimaaal, Lätis, Sloveenias ja Soomes.

Enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides on suurem osa aruannetes esitatud uimastialaste õigusaktide rikkumistest seotud uimastite tarbimisega või omamisega tarbimise eesmärgil⁽¹²⁹⁾, ulatudes 52%st kõigist uimastialaste õigusaktide rikkumistest Soomes kuni 90%ni Austrias. Tšehhi Vabariigis on 90% aruannetes hõlmatud uimastialaste seaduste rikkumistest seotud vahendamise ja äriaga, kuna aga Itaalias ja Hispaanias, kus uimastite tarbimine ja omamine tarbimise eesmärgil ei ole kriminaalkuriteod, on kõik uimastialased rikkumised seotud vahendamise või äriaga. Luksemburgis, Portugalis ja Norras⁽¹³⁰⁾ on enamik rikkumisi seotud nii uimastite tarbimisega/vahendamisega kui uimastiäriaga.

Kõigis riikides, mille kohta andmed olid kättesaadavad, välja arvatud Portugal, suurenes uimastialaste õigusaktide rikkumiste hulgas viie aasta jooksul, 1997–2002, rikkumiste osakaal, mis olid seotud uimastite tarbimisega / omamisega tarbimise eesmärgil⁽¹³¹⁾. Kasv oli üldiselt aeglane, kuid selgemat kasvusuundumust võis märgata Belgias, Luksemburgis ja Sloveenias, ning kuni 2001. aastani Lirimaaal. Portugalis hakkas uimastite tarbimisega seotud õigusrikkumiste osakaal vähenema 2000. aastal, üks aasta enne seda, kui uimastite tarbimine ja omamine

⁽¹²⁶⁾ Mõiste “aruanded” uimastitega seotud õigusrikkumiste puhul esitatakse jutumärkides, kuna sellel mõistel on eri riikides eri sisu (politsei ettekanded arvatavate uimastikuritarvitajate kohta, süüdistusajad seoses uimastikuritegudega jne). Iga riigi vastava mõiste kohta vt täpsemalt metodoloogilised märkused mõiste “aruanded” kasutamise kohta uimastitega seotud õigusrikkumiste puhul, statistikabülletään 2004. (Aastaruannetes kasutati kuni 2001. aastani mõistet “vahi alla võtmine”.)

⁽¹²⁷⁾ Uimastitega seotud õigusrikkumisi käsitlevate “aruannete” arvu vähenemise põhjuseks Portugalis on see, et uimastite tarbimine / tarbimiseesmärgil omamine arvati 2001. aasta juulis õigusrikkumiste hulgast välja.

⁽¹²⁸⁾ Uimastitega seotud õigusrikkumiste vähenemine Eestis sellekohastes “aruannetes” on põhjustatud 2002. aasta septembris jõustunud korduva uimastitarbimise ja väikeste koguste uimastite omamise isiklikuks kasutamiseks dekriminaliseerimisest.

⁽¹²⁹⁾ Vt DRCrime_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

⁽¹³⁰⁾ Norras ei tehta vahet mõistete “uimastite vahendamine/äri” ja “uimastite tarbimine/vahendamine ja äri” vahel. Ülejäänud uimastitega seotud õigusrikkumised hõlmavad üksnes “uimastite tarbimist”.

⁽¹³¹⁾ Vt DRCrime_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

tarbimise eesmärgil kuulutati kriminaalkorras mittekariistatavaks (juulis 2001) ⁽¹³²⁾.

Enamikus liikmesriikides on aruannetes hõlmatud uimastialaste õigusaktide rikkumistega kõige sagedamini seotud ebaseaduslikuks uimastiks kanep (tabel 4). Sellistes riikides on kanepiga seotud 34% (Rootsi) – 87% (Prantsusmaa) kõigist uimastialaste õigusaktide rikkumistest. Heroiin on rikkumistega kõige sagedamini seotud uimasti Leedus ja Luksemburgis, kus selle osakaal on vastavalt 15% ja 51% kõigist uimastitega seotud õigusrikkumistest, samas kui Hollandis on ülekaalus “tugevate uimastitega” ⁽¹³³⁾ seotud õigusrikkumised. Konkreetseid uimasteid käsitlevate uimastialaste õigusaktide rikkumiste suhtelist osakaalu mõjutab arvukalt tegureid, nende hulgas õiguskaitseorganite rakenduslikud prioriteedid ning otsesed või kaudsed strateegilised otsused käsitleda eri liiki uimastialaste õigusaktide rikkumisi erinevalt.

Alates 1997. aastast on suurenenud kanepiga seotud õigusrikkumiste osakaal Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Luksemburgis, Ungaris ja Portugalis, samas on see Belgias, Itaalias, Leedus, Hollandis, Sloveenias ja Rootsis jäänud stabiilseks. Austrias suurenes kanepiga seotud õigusrikkumiste osakaal kõigi uimastitega seotud õigusrikkumiste hulgas kuni 1999. aastani, kuid on alates sellest ajast vähenenud ⁽¹³⁴⁾.

Sama ajavahemiku jooksul vähenes heroiiniga seotud õigusrikkumiste osakaal kõigis Euroopa Liidu riikides, mille kohta andmed olid kättesaadavad ⁽¹³⁵⁾, välja arvatud Ungari ja Ühendkuningriik, kus selliste õigusrikkumiste osakaal kasvas ⁽¹³⁶⁾, ning Leedu, kus see on kõikunud alates 2000. aastast ⁽¹³⁷⁾. Vastupidist suundumust võib täheldada kokaiiniga seotud õigusrikkumiste puhul, mille osakaal uimastitega seotud õigusrikkumiste hulgas on kasvanud alates 1997. aastast kõigis andmeid edastanud riikides, välja arvatud Saksamaa, Leedu, Luksemburg ja Ungari, kelle aruannetest nähtus langustendents ⁽¹³⁸⁾.

Uimastite tarbijad ja vangla

Uimastite tarbijad vanglas

Riikides regulaarselt kogutavat teavet vangide seas tarvitavate uimastite liigi ja kasutamise struktuuri kohta on vähe. Palju kättesaadavaist andmeid Euroopa Liidus

Tabel 4: Uimastitega seotud õigusrikkumiste aruannetes enamasti esinevad uimastid Euroopa Liidu riikides ja Norras

Riik	Märkused	Aasta	Osakaal (%)		
			Kanep	Heroiin	Kokaiin
Belgia		2002	67	8	7
Tšehhi Vabariik	(2)	2002	37	8	1
Taani			–	–	–
Saksamaa	(2) (3)	2002	56	17	9
Eesti			–	–	–
Kreeka			–	–	–
Hispaania	(1) (4)	2002	52	7	33
Prantsusmaa	(2)	2002	87	5	3
Iirimaa	(2)	2002	65	9	6
Itaalia	(1) (4)	2002	42	27	28
Küpros			–	–	–
Läti			–	–	–
Leedu	(1)	2002	10	15	1
Luksemburg	(1)	2002	28	51	21
Ungari	(2)	2002	66	16	2
Malta			–	–	–
Holland	(2) (5)	2002	37	58	
Austria	(1)	2002	58	11	11
Poola			–	–	–
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Sloveenia	(1)	2002	82	10	2
Slovakkia			–	–	–
Soome			–	–	–
Rootsi	(1) (7)	2001	34	7	2
Ühendkuningriik	(1)	2000	69	12	5
Norra			–	–	–

Märkused:

Täpset määratlust iga riigi kohta vt 2004. aasta statistikabülletään, uimastitega seotud õigusrikkumiste aruannete mõistete metodoloogilised märkused.

–: andmed ei ole kättesaadavad.

(1) Kõigi mainitud uimastite hulgas (eraldi või kombineeritult).

(2) Peamiste uimastite hulgas.

(3) Kõigi õigusrikkumiste hulgas, eri uimastite kaupa (mõnede õigusrikkumiste korral puudub jaotus uimastite kaupa).

(4) Uimastite vahendamise/äriga seotud õigusrikkumiste hulgas (sest õigusrikkumised, mis on seotud uimastite tarbimise / omamisega tarbimise eesmärgil, ei ole kriminaalkuriteod).

(5) Andmed “heroini” all osutavad “tugevatele uimastitele” (heroiin, kokaiin, ecstasy, LSD – uimastid, mis kujutavad vastuvõetamatut ohtu inimeste tervisele). Mõned õigusrikkumised on seotud nii kanepi kui “tugevate uimastitega” ning ei ole siinkohal hõlmatud – seepärast on summa alla 100%.

(6) Osakaalud on alahinnatud, sest näidatud on õigusrikkumised iga uimasti kohta eraldi, näiteks ainult kanepiga seotud õigusrikkumised (see ei hõlma rikkumisi “kanep + muu(d) uimasti(d)”).

(7) Isikute hulgas, kellele prokurör on määranud trahvi või kes on saanud kohtuliku karistuse.

Allikas: riikide teabekeskused.

⁽¹³²⁾ Seadus uimastite tarbimise ja tarbimise eesmärgil omamise kuulutamise kohta kriminaalkorras mittekariistatavaks võeti vastu 2002. aasta novembrist ning jõustus juulis 2001.

⁽¹³³⁾ Hollandis on “tugevad uimastid” määratletud kui uimastid, mis kujutavad vastuvõetamatut ohtu inimeste tervisele, näiteks heroiin, kokaiin, ecstasy ja LSD.

⁽¹³⁴⁾ Vt DRCrime_Tbl 5, statistikabülletään 2004.

⁽¹³⁵⁾ Uimastitega seotud õigusrikkumiste ajalise jaotuse uimastite kaupa on esitanud järgmised riigid: Belgia, Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Leedu, Luksemburg, Ungari, Holland (ainult kanep ja “tugevad uimastid”), Austria, Portugal, Sloveenia, Rootsi ja Ühendkuningriik (ainult kuni 2000. aastani).

⁽¹³⁶⁾ Ühendkuningriigi kohta olid andmed ainult kuni 2000. aastani.

⁽¹³⁷⁾ Vt DRCrime_Tbl 6, statistikabülletään 2004.

⁽¹³⁸⁾ Vt DRCrime_Tbl 7, statistikabülletään 2004.

pärineb kohalikul tasandil läbi viidud sihtuuringutest, kasutades vangide valimeid, mis erinevad üksteisest oluliselt oma suuruse ja valikumeetodi poolest. Peale selle ei ole uuritud vanglad vahel vanglasüsteemi kui terviku seisukohalt representatiivsed ning kordusuuringute puudumine enamikus riikides ei võimalda suundumuste analüüsi. Need tegurid muudavad tulemuste põhjal järelduste üldistamise väga keeruliseks.

Kogu rahvastikuga võrreldes on vangide seas suhteliselt rohkem uimastitarbijaid. Vangide osakaal, kes on oma elu jooksul uimasteid tarvitanud, varieerub tugevasti, ulatudes sõltuvalt vanglast, kinnipidamisasutusest või riigist 22%–86%⁽¹³⁹⁾. Nagu kogu rahvastiku seas, on aruannete kohaselt kanep kõige sagedamini, 11%–86% puhul vangidest selliseks ebaseaduslikuks uimastiks, mida vangid on elu jooksul tarvitanud. Kokaiini (ja crack'i) on elu jooksul tarvitanud 5%–57% vangidest ja heroini 5%–66%.

Regulaarset uimastite tarbimist või sõltuvust enne vangistust esineb Euroopa Liidus 8%–73% vangidest⁽¹⁴⁰⁾.

Vanglad: tõsine väljakutse rahvatervisele

Enamik uimasteid tarbivaid vange näeb vanglas veedetavat aega kui võimalust asuda lahendama narkootiliste ainete kuritarvitamise probleemi, kuid seda võib olla tegelikult raske saavutada (Long jt, 2004). Enamik uimastitarbijaid vähendab vanglasse sattudes uimastite tarbimist või lõpetab selle. Siiski jätkab osa vange uimastite tarbimist harjunud viisil ning osa alustab uimastite tarbimist vanglas. Kättesaadavad uuringud näitavad, et 8%–60% vangidest on enda väitel kasutanud vanglas olles uimasteid ja 10%–36% tarbis seal uimasteid regulaarselt⁽¹⁴¹⁾.

Paljudel vangidel on tervishoiuteenustele piiratud juurdepääs. Vanglate tervishoiutöötajatel ei ole palju kokkupuuteid tavatervishoiusüsteemiga; peale selle puudub neil tihti juurdepääs täiendõppele, mis süvendab vangla tervishoiuteenuste isolatsiooni. Neid probleeme on raske lahendada, nagu on näha Iirimaa puhul, kus vaatamata vanglate juhtkondade ja tervishoiutöötajate jõupingutustele võimaldada uimastitarbijatele parem juurdepääs ravile ja tervishoiuteenustele ei ole märkimisväärt edu saavutatud.

Ilmnemas on suundumus anda vastutus vangla tervishoiuteenuste eest karistusasutustelt üle riigi tervishoiusüsteemile. Hispaanias kehtestati hiljuti õigusakt "Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad

del Sistema Nacional de Salud" (õigusakt riikliku tervishoiusüsteemi ühtsuse kohta), mille eesmärgiks on vangla- ja rahvatervisesüsteemide integreerimine. Eestis püüab justiitsministeerium koostöös sotsiaalministeeriumiga integreerida vanglate tervishoiu üldisesse tervishoiusüsteemi enne 2006. aastat. Prantsusmaal kanti kõnealune valdkond tervishoiuministeeriumi vastutusalasse üle juba 1994. aastal. Itaalias on kohalikud tervishoiuasutused vastutavad vangide tervishoiu ja ravi eest alates 2000. aastast. Inglismaal kuulub vanglate tervishoid tervishoiuministeeriumi haldusalasse ja Walesis vastavalt rahvuskogu haldusalasse (mõlema piirkonna erasektori vanglates on see siseministeeriumi pädevuses). Enne 2006. aastat saab tervishoid kõigis Inglismaa avalik-õiguslikes vanglates riikliku tervishoiuteenistuse osaks⁽¹⁴²⁾.

Nakkushaigused vanglates ja nende ennetamine

Aruannete kohaselt on süstitavate uimastite eluaegne levimus vangide seas üldiselt 15%–50%, kuid mõned uuringud on andnud tulemuseks ka ülimadalaid (1%) või ülikõrgeid näitajaid (69%).

Võrdlusandmed, kui need on kättesaadavad, on näidanud, et süstitavate uimastite tarvitamise tõenäosus on noorte õigusrikkujate korral väiksem kui täisealistel ning vanglates viibivate naiste puhul suurem kui meestel⁽¹⁴³⁾. Mitme Euroopa Liidus läbiviidud uuringu põhjal on Bird ja Rotily (2002) tõestanud, et umbes üks kolmandik täisealistest meesvangidest on uimastite süstijad. Vastavalt Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste poolt esitatud kättesaadavatele andmetele on 0,2%–34% vangidest⁽¹⁴⁴⁾ süstinud uimasteid vanglasoleku ajal. See tõestab küsimused steriilsele süstimisvarustusele juurdepääsu ja hügieenilise jagamisharjumuse kohta vangide seas ning potentsiaalse nakkushaiguste leviku kohta, kui nendele probleemidele tähelepanu ei pöörata.

Vangla on selliste haiguste leviku suhtes kõrge riskitasemega keskkond. Meetmete hulka, mis tõestatult piiravad nakkushaiguste levikut, kuuluvad sugulisel teel nakkavate haiguste ravimine ja kondoomide jagamine, asendusravi, vaksineerimisprogrammid ning nõelte- ja süstaldevahetusprogrammid.

Asendusravi võimaldatakse vanglates järjest rohkem. Belgias, Taanis, Hispaanias, Austrias, Sloveenias ja Ühendkuningriigis on asendusravi kättesaadav kõigis vanglates. Belgia, Taani, Luksemburg ja Norra võimaldavad vangidel alustada asendusraviga kohe

⁽¹³⁹⁾ Vt Prison_Tbl 1, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁴⁰⁾ Vt Prison_Annex, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁴¹⁾ Vt Prison_Tbl 3, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁴²⁾ Vt tabel 10 OL: Vanglate viimase aja uimastistrateegiad, ministeeriumide direktiivid ja teenindusstandardid Euroopa Liidus ja Norras.

⁽¹⁴³⁾ Vt Prison_Tbl 2, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁴⁴⁾ Vt Prison_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

pärast vanglasse sattumist. Itaalias tehakse asendusraviga algust tavaliselt eelvangistuses viibivatel vangidel. Enamikus Saksamaa liidumaades, Hollandis, Sloveenias ning Itaalia suuremate linnade vanglates on võimalik saada suunamine asendusravile sõltuvuse järkjärguliseks vähendamiseks kuni karskuse saavutamiseni. Ühendkuningriigis peetakse säilitusravi programme asjakohasteks peamiselt eelvangistuses olevate või lühikest karistust kandvate vangide jaoks.

2002. aastal soovitas Iirimaa Riiklik Immuniseerimiskomitee spetsiaalset vangidele kohandatud B-hepatiidi vastu vaksineerimise kava. See hõlmab kolme süsti nädalaste vahedega ning aasta pärast tehtavat revaksineerimist; 13 kuuga saavutatakse 99% immuunsus (Zuckerman, 2003).

14 rahvusvahelise uuringu põhjal, mis käsitlevad nõelte- ja süstaldevahetusprogrammide tõhusust vanglaoludes, on jõutud järeldusele, et sellised programmid on teostatavad ja nende tulemusena väheneb nii riskikäitumine kui vere kaudu edasikanduvate viiruste levik, kusjuures puuduvad negatiivsed tagajärjed, nagu juhuslikest nõelatorgetest tingitud vigastused või nõelte tahtlik kasutamine relvana vanglapersonali või kaasvangide vastu (Dolan jt, 2003). 2002. aastal rakendati nõelte- ja süstaldevahetusprogramm 27 kinnipidamisasutuses Hispaanias, mille käigus jagati välja 12 970 süstalt, kusjuures vahejuhtumeid ei esinenud.

Kuigi Hispaanias võimaldab järjest rohkem vanglaid nõelte ja süstalde vahetust, peatati sellised programmid Saksamaal Hamburgi ja Alam-Saksi liidumaades (Stöver ja Nelles, 2003). Siiski on nõelte- ja süstaldevahetusprogramm veel kasutusel ühes Saksamaa naistevanglas (Berliinis) (Weilandt, isiklik vestlus, 2004). Viinis Josefstadti vanglas on ettevalmistamisel pilootprojekt ja Luksemburgis kavatsetakse võimaldada süstimisvarustust vanglate uimastisõltlastele tervishoiuprogrammi raames ⁽¹⁴⁵⁾.

Uimasteid tarbivad õigusrikkujad: alternatiivid vanglale

Alternatiivseid karistusviise käsitletakse valikteemana järgmise aasta aastaaruandes, kus esitatakse põhjalik ja üksikasjalik ülevaade selliste meetmete kohta Euroopa Liidus. Käesoleva aasta aastaaruanne käsitleb seega uimastitarbijate alternatiivsete karistuste spetsiifilist tahku.

Uued algatused: uimastikohtud ning vahendus ohvri ja kurjategija vahel

Uimastikohtud on osa mõnes riigis arendatavatest uutest struktuuridest tegelemaks uimastitarbijatega, kes on toime pannud mittevägivaldse õigusrikkumise. Nad lükkavad karistamist edasi ja kaasavad isikuid, kes tavaliselt ei osale

uimastiraviprotsessis (kohtunik, prokurör, teised õiguskaitseasutuste töötajad). Selle mõte on ravi abil ja surve avaldamisega kriminaalkohtusüsteemi kaudu vältida õigusrikkuja naasmist kriminaalkohtusüsteemi ja uimastite tarbimise juurde. Uimastikohtud on asutatud Iirimaa ja Šotimaal, kus karistussüsteemid põhinevad tavaõigusel. Teistes Euroopa Liidu riikides, kus kehtib tsiviilkoodeks, otseses mõttes uimastikohtuid ei ole, kuid on tekkinud samasugused algatused.

Saksamaa Baden-Württembergi liidumaal algatati 2003. aastal kolme kohturingkonna politsei, peaprokuröri, kohtunike, kriminaalhooldusteenistuse ja uimastialase nõuande teenistuste ning peamiste huvirühmade koostöös alaealistele õigusrikkujatele suunatud projekt ("Väljapääs"), mis on sarnane uimastikohtutega (Baudis, 2004). Samalaadne on Milano programm "Ravimine on pingutust väärt", kuhu on kaasatud ringkonnakohus tihedas koostöös kohalike narkoloogia- ja tervishoiuteenistustega. Selles programmis suunatakse uimastisõltlastest õigusrikkujad ravile karistuse väljakuulutamisega samal päeval.

Dublini uimastikohtu töö hindamise (Farrell, 2002) järeldustes leiti, et on selgeid tõendeid uimastikohtu tegevusega aja jooksul kaasneva kulusäästu kohta kriminaalkohtusüsteemis. Justiitsministeerium laiendas uimastikohtu jurisdiktsiooni alla kuuluvat piirkonda Dublinis.

Pompidou rühma 2003. aastal tehtud ülevaates eri riikides tegutsevate uimastikohtude arengust ja tulemuslikkusest jõuti järeldusele, et ravile suunamist rakendava uimastikohtu loomine peaks põhinema tõestatud vajadusel ja selleks on vaja poliitilist toetust, asutustevahelise koostöö ja asjakohase struktuuriabi / rahalise abi mehhanisme, mis peaksid olema tagatud vähemalt viieks aastaks (Moyle, 2003).

Üha enam kohaldatakse õiguspärase olukorra taastamisele suunatud õigust, et kiirendada karistusmenetlusi õigusrikkujate suhtes (kelle hulgas on väga palju uimastitarbijaid), kes ei ole toime pannud vägivallategusid. See vastab üldsuse huvile, vähendades pisikuritegude käsitlemise kulusid ülekoormatud kriminaalkohtusüsteemides. Üks olulisemaid suundumusi on kohtuväline vahendus. Selle süsteemi eesmärgiks on lahendada ohvrite ja õigusrikkujate vaidlused ning karistusmenetlusega seotud konfliktid.

Hollandis pakub politsei õigusrikkujatele vanuses 12–18 esmakordse rikkumise korral võimaluse heastada oma kuritegu lepitusmenetluse kaudu. Tšehhi Vabariigis loodi 2000. aastal kriminaalhooldus- ja lepitusteenistus, mille põhiliseks sihtgrupiks on alaealised ja uimastitarbijad. 2002. aastal registreeris kõnealune teenistus 29 291 juhtu, millest 765 olid uimastitega seotud õigusrikkumised.

⁽¹⁴⁵⁾ Vt tabel 11 OL: Sotsiaal- ja tervishoiuteenused, mille sihtrühm on uimastitarbijad Euroopa Liidu vanglates 2002. aastal.

Valikteema 1

Euroopa siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamine

Erinevad lähenemised siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamisele

Mitmed riigid on hiljuti vastu võtnud “siseriiklikud narkoennetuse strateegiad” ⁽¹⁴⁶⁾. Käesolev peatükk keskendub kõnealuste strateegiate hindamiskavadele, mille abil on esmakordselt võimalik riikide teabekeskustes tänavu tehtud töö põhjal anda ülevaade terve Euroopa kohta. See töö on aidanud täpsustada siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamise aluseid, sest tihti ei ole need esitatud konkreetselt ning üheselt mõistatavalt.

Euroopa siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamine toetub kolmele põhitegevusele: 1) seire ehk narkomaania kui nähtusega ning sekkumiste ja kasutatud meetmetega seotud teabe regulaarne kogumine; 2) rakendamise hindamine ehk narkoennetuse strateegias ette nähtud algatuste rakendamise ning vahendite kasutamise kasulikkuse määramine; 3) mõju hindamine (enamasti nimetatud tõhususe hindamiseks) ehk siseriikliku narkoennetuse strateegia (või vähemalt osaliselt sellel põhineva töö) tulemuste (lühiajaline toime) ja mõju ⁽¹⁴⁷⁾ (pikaajaline toime) hindamine narkomaania kui nähtuse suhtes (joonis 23) ⁽¹⁴⁸⁾.

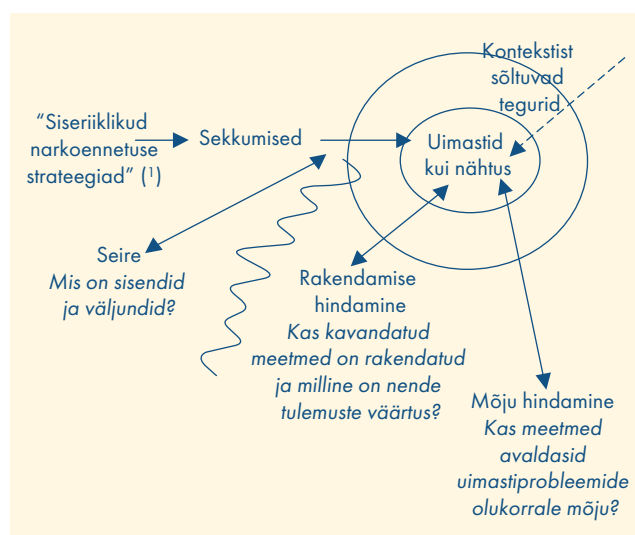
Oma lähenemises siseriiklike narkoennetuse strateegiate hindamisele jagunevad riigid kaheks: ühed tegelevad narkoennetuse strateegiate seirega, teised näevad ette rakendamise ja/või mõju hindamist.

Tihti pole seire ja hindamise kontseptsioon siseriiklikes narkoennetuse strateegiates selgelt eristatud ja seetõttu on oluline pidada meeles nende erinevust. Seire on pidev ja süstemaatiline protsess, mille käigus kogutakse kvalitatiivset ja kvantitatiivset infot narkomaania kui nähtuse ning selle vähendamiseks tehtud sekkumiste kohta. See võimaldab pidevat tagasisidet tegevuste rakendamise kohta (st millised olid sisendid: ehk milliseid vahendeid kasutati; ning väljundid: ehk missuguseid meetmeid on rakendatud, millise aja jooksul ja kelle poolt). Seire ei anna siiski enamasti teavet strateegia mõju kohta ega

vastust küsimusele, miks projektid saavutavad või ei saavuta oma eesmärgi. Kuigi seiresüsteem suudab tihti anda infot narkomaania kui nähtuse erinevate aspektide arengusuundade ja nendega võitlemiseks kasutatud meetmete kohta, ei ole selle abil võimalik otsustada, kas rakendatud meetmed olid või ei olnud saavutatud muutuste otsesteks põhjustajateks (põhjuslikud seosed).

Põhjuslikkusele ja teistele keerulistele teaduslikele küsimustele püütakse anda hinnang (tabel 5), mis tähendab “otsustamist avaliku sekkumise tulemuste üle (antud juhul siseriiklike narkoennetuse strateegiate üle) kindlate kriteeriumide (asjakohasus, majanduslik efektiivsus, mõju) ja määratud standardite (kvaliteet, kvantiteet) põhjal” (Euroopa Komisjoni materjalidel põhinev definitsioon, 1999) ning mis üldiselt eeldab süvauuringute tegemist. Seetõttu on hinnangu andmiseks vajalikud kaks olulist elementi: 1) tõendid, mis põhinevad kvaliteetsel teabel, st on kogutud teaduslikke meetodeid

Joonis 23: Hindamistasemed siseriiklikes narkoennetuse strateegiates



⁽¹⁾ Mõiste “narkoennetuse strateegia” hõlmab ka kõiki strateegiaist tulenevaid samaväärseid tegevuskavu.

⁽¹⁴⁶⁾ Määratlus, 1. peatükk, lk 17.

⁽¹⁴⁷⁾ Lihtsuse mõttes tähendab väljend “mõju hinnang” siin nii tulemuste kui mõju hinnangut, mis on kaks täiesti erinevat teadustoimingut, mida asjakohases kirjanduses käsitletakse tavaliselt eraldi.

⁽¹⁴⁸⁾ Kokkuvõttev hinnang sisaldab ka majandusliku efektiivsuse hinnangut, milles võetakse üldjoontes kokku tulemuste ja mõju saavutamiseks tehtud kulutused. Andmed kõnealuse aspekti kohta esitas siiski ainult Hispaania (vt allpool).

**Tabel 5: Üldkasutatavad hindamiskriteeriumid
(hindamismeetodid struktuurse iseloomuga tegevuste jaoks)**

Üldhinnang	Hinnang sekkumistegevusele tervikuna
Sidusus	Kuivõrd sekkumise loogika või sekkumine ise ei vastandu muudele sarnaste eesmärkidega sekkumistele
Asjakohasus	Sekkumise eesmärkide asjakohasus käsitletavate vajaduste, probleemide ja küsimuste suhtes
Kooskõla	Positiivsete/negatiivsete kõrvalmõjude maksimeerimise/minimeerimise määr muudele majandus-, sotsiaal- või keskkonnapoliitika valdkondadele
Kasulikkus	Toime vastamise määr käsitletavatele vajadustele, probleemidele ja küsimustele
Tõhusus	Seatud eesmärkide saavutamise määr
Majanduslik efektiivsus	Mõistlike kuludega soovitud toime saavutamise määr
Majandusliku efektiivsuse analüüs	Hindamisvahend majandusliku efektiivsuse üle otsustamiseks
Tasuvusanalüüs	Hindamisvahend sekkumise eeliste üle otsustamiseks kogu asjassepuutuva rühma vaatenurgast ning sekkumise tulemustele omistatud rahalise väärtuse põhjal
Väljund	Mida rahastatakse ja mis viiakse ellu (või täpsustatakse) sekkumiseks eraldatud rahaga
Mõju	Tagajärg otseste adressaatide jaoks pärast nende osalemise lõppu sekkumistegevuses või pärast avaliku üksuse loomist, või kaudne positiivne või negatiivne tagajärg teiste adressaatide jaoks

Allikad: Euroopa Komisjon, 1999.

(seire ja süvauuringud) kasutades ja mis kinnitavad põhjuslikke seoseid tegevuskava rakendamise ja uurimisaluses nähtuses toimunud muutuste vahel; 2) saavutatud mõju kasulikkuse hindamine, mis tuleb lõpuks siduda otsuste tegemisega.

Praktikas on hindamine seirega lahutamatu seotud ning kuigi mõnedes dokumentides on neid mõisteid käsitletud ka sünonüümidena, tuleb siiski meeles pidada, et seire ei ole sama, mis hindamine (kuigi on kindlasti selle osa).

Ühendkuningriigis avaldati 2002. aastal siseriikliku narkoennetuse strateegia ajakohastatud versioon pärast ulatuslikku läbivaatamist, kusjuures võeti arvesse strateegia aluseks olevad tõendid, nende hankimise ja nõudluse osa. Tegeldakse siseriikliku narkoennetuse strateegia "seire", "jälgimise" ja "tulemuslikkuse analüüsi", kuid mitte "hindamisega" (Ühendkuningriigi riiklik aruanne, lk 106). Norra uue narko- ja alkoholismiennetuse tegevuskavaga püütakse luua süsteem, mille abil oleks võimalik mõõta kava eesmärkide ja alameesmärkide saavutamise määra (Norra riiklik aruanne, lk 65). Tšehhi Vabariigi siseriiklikus narkostrategias aastateks 2001–2004 on määratletud selle iga samba eesmärgid, tegevussuunad, ülesanded, tulemuslikkuse näitajad ja vahendid majandusliku efektiivsuse hindamiseks. Ülesannete täitmist jälgitakse regulaarselt, sellest hoolimata ei ole strateegiale siiani antud süsteemset hinnangut vastavalt kindlaksmääratud tulemuslikkuse näitajatele ja määratletud hindamisvahenditele. Üheks põhjuseks võivad olla välishinnangutega seotud suured kulutused (Tšehhi Vabariigi riiklik aruanne, lk 114). Taani uus tegevuskava

näeb ette, et mitmeid meetmeid hinnatakse tegevuse käigus (Taani riiklik aruanne, lk 67). Ungari ja Poola riiklikud narkoennetuse strateegiad esitavad süsteemi ülesannete täitmise kontrollimiseks (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded). Sloveenia uus siseriiklik strateegia "näeb ette rakendamise regulaarset hindamist", kuid siiani pole ühtegi hindamist veel läbi viidud (Sloveenia riiklik aruanne, lk 61). Leedus rakendatakse siseriikliku narkoennetuse strateegiat (2004–2008) "vastavalt riigi rahalistele võimalustele" (Leedu riiklik aruanne, lk 35). Eesti uus siseriiklik narkoennetuse strateegia "sisaldab nii seiret kui hindamist ning määratleb tulemuslikkuse näitajad" (Eesti riiklik aruanne, lk 86).

Soome ja Rootsi (Soome riiklik aruanne, lk 113; Rootsi riiklik aruanne, lk 75–76) siseriiklikud narkoennetuse strateegiad panevad suuremat rõhku strateegia rakendamise seirele kui selle mõju hindamisele. Rootsis määrati 2002. aastal ametisse narkoennetuse koordinaator, kes vastutab riikliku tegevuskava täitmise dokumenteerimise eest (aastaruannetes). Soomes kavandatakse läbi viia uurimus, et sätestada kriteeriumid, mille kohaselt narkoennetusega tegelevad ametkonnad hakkavad oma tööd jälgima ja hindama. Luksemburgi riikliku teabekeskuse andmetel hakatakse 2000.–2004. aastate kava tulemusi hindama 2005. aastal, et oleks võimalik täpsustada edasisi strateegiaid (Luksemburgi riiklik aruanne, lk 94). Saksamaa 2002. aasta uimastite ja uimastisõltuvuse vastane tegevuskava teeb esimest korda katset seada operatiiveesmärke ning esitab ka kriteeriumid, mille põhjal on võimalik otsustada, kas

sekkumised õnnestusid või mitte (Saksamaa riiklik aruanne, lk 101). Itaalia kolme aasta programm aastateks 2002–2004 edendab hindamist ennetustöö ja sotsiaalse reintegratsiooni valdkonnas.

Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa ja Portugal (tabel 6) kuuluvad nende riikide hulka, mis annavad hinnangu oma siseriiklike narkoennetuse strateegiate rakendamisele või tulemuslikkusele. Hispaania ja Kreeka strateegiates viidatakse "tulemuslikkuse hindamisele". Hispaania riiklikus üheksa aasta siseriiklikus strateegias nähakse ette nii koondhindamine kui rakendamise vahehindamine sektorite kaupa 2003. ja 2008. aastal. Eesmärk on "suurendada riikliku poliitika tõhusust ja efektiivsust" (Hispaania riiklik aruanne, lk 85), mõõtes pakutava teenuse kvaliteeti ja kvantiteeti. Samal viisil viitab Kreeka uus narkoennetuse tegevuskava aastast 2002 välishinnangule rakendatavate meetmete üldise tõhususe kohta, mis võiks toimuda edaspidi ning toetuks Euroopa Liidu ja rahvusvahelistele näitajatele (Kreeka riiklik aruanne, lk 110).

Prantsusmaa, Iirimaa ja Portugali riiklikud strateegiad nõuavad üldist⁽¹⁴⁹⁾ ja osade kaupa hindamist, mõnel juhul tõhususe hindamist (Iirimaa riiklik aruanne). Saadud andmete põhjal võib siiski arvata, et siiani antud hinnangud puudutavad pigem rakendamise taset kui strateegia tõhusust. Prantsusmaa kolme aasta tegevuskava (1999–2002) hindamine (mille viis aastatel 2000–2003 läbi *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, OFDT) sisaldas nii koondhindangut kui hinnangut viiele prioriteetsele programmile⁽¹⁵⁰⁾. Tegelikult piiruti üldise uimastilukorra parandamiseks võetud meetmete mõju hindamisega. Seega oli tegemist pigem edu hinnanguga, mille taustal hinnati operatiivse märkide saavutamist. Iirimaa siseriiklik narkoennetuse strateegia teeb ettepaneku rakendada "üldise raamistiku efektiivsuse erapooletut hindamist 2004. aasta lõpuks" (riiklik

uimastienetuse strateegia 2001–2008: kogemustest lähtudes, lk 111). Siiski tundub, et hindamise käigus uuritakse vaid, millisel määral on strateegia ellu viidud ja kas selle eesmärgid on saavutatud, kuid ei hinnata strateegia mõju uimastitarbimisele üldiselt. Portugali narkoennetuse strateegia näeb ette "erapooletut välishinnangut selle rakendamisele tervikuna ja osade kaupa" (Portugali riiklik aruanne, lk 65). Andmeid on ka sisehindamise kohta.

Nendes liikmesriikides, kus ei ole otseses mõttes "siseriiklikku narkoennetuse strateegiat", on üldine hindamine viimastel aastatel vähe tähelepanu pälvinud; seda isegi riikides, kus on olemas konkreetsete narkoennetusprojektide hindamise traditsioon. Näiteks Hollandis, kus uuringud, seire ning hindamine on alati olnud uimastipoliitika osa, püütakse uues (2002) valitsuse juhtimisstrateegias anda toimumisjuhiseid riiklikele haldusasutustele (sh ka tervishoiu- ja uimastitevastase töö asutustele) (Hollandi riiklik aruanne, lk 83–84). Ning ka Austrias, kus uimastiseire on viimastel aastatel oluliselt paranenud, pole antud hinnanguid piirkondlikele kavadele (v.a esialgsed hinnangud Vorarlbergi liidumaal) ega ka üldisele uimastipoliitikale (Austria riiklik aruanne, lk 63). Ülejäänud riikidest (Küpros, Läti, Malta ja Slovakkia, samuti Bulgaaria, Rumeenia ning Türgi) pärinev teave ei ole piisav, et saada ülevaadet riiklike narkoennetuse strateegiate (kui need üldse eksisteerivad) hindamisest.

Hindamine: eel-, vahe- ja järelhindamine

Euroopa Liidu meetmete hindamisjuhistes (Euroopa Komisjon, 2003) määratakse kindlaks hindamise neli peamist põhjust: 1) aidata kaasa sekkumiste väljatöötamisele; 2) parandada sekkumiste kvaliteeti; 3) aidata kaasa vahendite efektiivsele eraldamisele

Tabel 6: Mõnede riikide strateegiate hinnangute iseloomulikud jooned

	Siseriiklik narkoennetuse strateegia	Hinnangu ulatus	Hinnangu eesmärk	Hinnatav ajavahemik
Kreeka	Tegevuskava 2002–2006	Üldine ja spetsiifiline	Tõhusus	Puudub
Hispaania	Siseriiklik narkoennetuse strateegia 2000–2008	Üldine ja spetsiifiline	Tõhusus ja efektiivsus	2003–2008
Prantsusmaa	Uimastivastase võitluse ja sõltuvuste ennetamise plaan kolmeks aastaks: 1999–2001	Üldine ja spetsiifiline	Rakendamine	2002
Iirimaa	Siseriiklik narkoennetuse strateegia 2001–2008: Kogemustest lähtudes	Üldine ja spetsiifiline	Rakendamine	2004–2008
Portugal	Riiklik uimastivastase võitluse strateegia 1999; tegevuskava 2000–2004	Üldine ja spetsiifiline	Rakendamine	2004

⁽¹⁴⁹⁾ Üldhindang: sekkumise tervikhindang (tabel 5).

⁽¹⁵⁰⁾ 1) Tervishoiu ja õiguskaitse alaste eesmärkide piirkondlikud kokkulepped; 2) ministeeriumidevaheline erialase ettevalmistuse poliitika; 3) regionaalpoliitilised narkomaania ennetusprogrammid; 4) katsed laiendada spetsialiseeritud teenuseid, et tagada üldhooldus sõltuvuskäitumisega isikutele; ning 5) riski vähendamise programmid Pariisi 18. rajoonis.

(efektiivsus) ning 4) anda aru sekkumise tulemuste kohta (aruandekohustus). Nimetatud juhised kirjeldavad ka hindamise kolme järku: eel-, vahe- ja järelhindamine.

Eelhindamine tehakse enne rakendamist, eeldatavalt meetme vajalikkuse või võrdlustaseme määramiseks. Eelhindamisest kantakse riiklikes narkostrategiates ette kui parlamendikomisjonide, valitsuskomisjonide või valitsusasutuste tehtud revisjonidest, millele kinnituste kohaselt tuginevad mitmed siseriiklikud narkostrategiad (Belgia, Saksamaa, Hispaania, Iirimaa, Portugal, Rootsi).

Vahehindamist on Hispaania, Iirimaa ja Portugali riiklikes narkoennetuse strateegiates kirjeldatud kui vahendit sekkumiste ja eesmärkide kohandamiseks "töö käigus". Selline "töö käigus" kohandamise meetod ei piirdu ainult riikidega, kus on juba toimiv hindamissüsteem. Vahehindamist on kasutatud ka nendes riikides, kes alles tegelevad oma seiresüsteemi ülesehitamisega. Sellisel juhul pakub vahehindamine usaldusväärset teavet kavandatavate tööde kohandamiseks ja ümberkujundamiseks. See tähendaks aga väärtuse määramist, mis on iseloomulik juba hinnangu andmisele. Seire ja hindamise mõisteid kasutatakse jällegi vaheldumisi.

Järelhindamine võtab vaatluse alla terve sekkumise perioodi, pöörates harilikult siiski erilist tähelepanu selle lõpptulemustele, eesmärgiga koguda teavet tulevaste sekkumiste jaoks. Sama planeerivad 2008. aastal teha ka Hispaania, Iirimaa ja Portugal. Sellisest meetmest teatab Prantsusmaa, sest Prantsusmaa tegevuskava lõpphindamise eesmärk oli korrigeerida narkoennetuse uue tegevuskava sekkumisi ja eesmarke. Seda meedet soovitatakse 2008. aastaks ka Hispaanias, Iirimaa ja Portugalis.

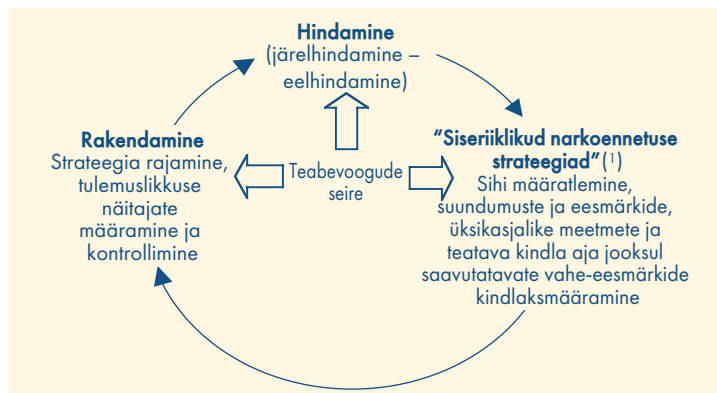
Uimastiennetustöö hindamise eesmärk on alati nii parandada olemasolevate sekkumiste kvaliteeti kui aidata kavandada uusi. Siiski võib oletada, et kui ühele narkoennetuse strateegiale järgneb kohe uus, siis eel- ja järelhindamine liidetakse. Nii tekib perioodiline protsess, kus eelmise strateegia tulemused võetakse aluseks uue strateegia loomisel (joonis 24).

Hindajad

Oluline küsimus siseriiklikes "narkoennetuse strateegiates" on ka see, kas hindajad peaksid olema organisatsioonisisestest või -välisest. Näiteid leidub nii ühe kui teise variandi kohta ning mõlemal on omad eelised ja puudused.

Sisehindajatel on laiemad teadmised süsteemi ülesehitusest ja suhtlusmehhanismidest, nad tunnevad paremini

Joonis 24: Hindamine kui perioodiline protsess



(¹) Mõiste "narkoennetuse strateegia" hõlmab ka kõiki strateegiaist tulenevaid samaväärseid tegevuskavu.

organisatsiooni ja uuritavat teemat ning omavad juurdepääsu teabeallikatele. Samas võivad nad hakata õigustama seatud eesmärkide saavutamata jätmist ning samuti ei pruugi nad teha märkusi ja ettepanekuid, mis võiksid organisatsioonile varju heita. Seevastu välishindajad peaksid suutma anda objektiivsema ja usaldusväärsema ülevaate, kuna nad ei kuulu organisatsiooni, kuid neil võib tekkida raskusi teabeallikatele juurdepääsemisega, pealegi ähvardab nende puhul oht, et kliendile meeldida üritades esitada nende selliseid tulemusi, mida eeldatavalt näha soovitakse. Peale selle on välishindajad tavaliselt kulukad. Valida on niisiis kahe variandi vahel: kas parem olukorra mõistmine ja suutlikkus saada teavet või suurem objektiivsus ja asjatundlikkus hindamisel.

Enamik liikmesriike tundub eelistavat segatüüpi lähenemist: Iirimaa viivad siseriikliku narkoennetuse strateegia vahehindamise 2005. aastal läbi väliskonsultandid valdkondadevahelise juhtrühma juhendamisel; Portugalis annavad aastate 2000–2004 tegevuskavale hinnangu asutuse töötajad ja väliskonsultandid koos; Prantsusmaal on välishindajad ja OFDT töötajad tegelnud kolme aasta tegevuskava hindamise eri aspektidega. Hispaanias tegelevad praegu (2004) vahehindamisega narkovastase võitluse riikliku koordineerimisasutuse töötajad, samas eeldab Kreeka kava hinnangut väljastpoolt. Rootsis hindab rahvatervise poliitikat Riiklik Rahvatervise Instituut, mõõtes elustiili eri näitajaid. Üks selle poliitika eesmarke (nr 11) püüab vähendada tubaka ja alkoholi tarbimist, saavutada ebaseaduslike uimastite ja dopinguvaba ühiskond ning vähendada mänguluse kahjulikke mõjusid.

Kõigis riikides, kus tehakse hindamisi, on selle organiseerimise ja läbiviimise eest vastutav riiklik koostööstasutus: ministeeriumidevaheline missioon

(MILDT) Prantsusmaal, PNSD Hispaanias, uimastiinstituut (IDT) Portugalis, narkoennetuse direktoraat Iirimaa, narkoennetuse koordineerimiskeskus Rootsis ning Belgia 2001. aasta strateegias väljakuulutatud ning peagi tööle hakkav narkoennetuskeskus Belgias. Hindamiseks vajaliku teabe ja andmete hankimise ning vahel ka otseselt hindamise eest vastutavad uimastiseire keskused, mis on nimetatud asutuste allüksused ja enamasti toimivad ka Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskustena.

Eesmärgid ja tulemuslikkuse näitajad

Tihti tekib küsimus, kui täpselt on võimalik mõõta riikliku "narkoennetuse strateegia" põhjal võetud meetmete mõju. Nii rahvusvahelised kui siseriiklikud narkoennetuse strateegiad sisaldavad väga "üldisi eesmäärke", nagu "uimastitarbijate riskitegurite vähendamine" ja "uimastivaba ühiskond", samas võib leida ka "operatiiveesmäärke", nagu "raviteenuse osutajate arvu suurendamine" ja "uimastivastase võitluse koostöökeskuse loomine". Nii "üldistele" kui "operatiiveesmärkidele" tuleks kasuks kindlate sihtide seadmine. Esimesed on olulised siseriikliku narkoennetuse poliitika alusena, määrates kindlaks suuna, kuid olles raskesti mõõdetavad; viimased osutavad kvalitatiivsetele ja kvantitatiivsetele algatustele, mille alusel võib oletada, et neid on lihtsam mõõta.

Eksperdid ja spetsialistid hoiatavad, et kui strateegiat soovitakse hinnata teaduslikult, tuleb eesmärgid sõnastada selgelt, ühemõtteliselt ja mõõdetavalt ning tuleb eristada "üldisi" ja "operatiiveesmäärke", neid siiski omavahel sidudes. Loomulikult tuleks "operatiiveesmäärke" näha kui vahendit, millega tagatakse "üldiste eesmärkide" täitmine. Eesmärkide täitmise kontrollimiseks tuleks seetõttu kehtestada tulemuslikkuse näitajad. Praegu vastab sellele nõudele vaid mõni üksik siseriiklik narkoennetuse strateegia.

Majanduslik efektiivsus

Vaid üksikud siseriiklikud strateegiad mainivad kulude-tulude ehk tasuvuse analüüsi. Erandiks on Hispaania strateegia, mis väidab, et siseriikliku strateegia hindamisel püütakse mõõta ka riikliku poliitika tõhusust. Hoolimata sellest, et eelarve ja kulutused kuuluvad riigi haldusasutuste pädevusse, võib uimastite valdkonnas (nagu kinnitab eelmine Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse aastaaruanne, 2003b) täheldada teabe üldist puudulikkust riiklike sekkumiste kogukulude kohta. Seda tüüpi analüüsi peetakse üldiselt

väheoluliseks ning see on hõlmatud vaid üksikutesse uuringutesse.

Hindamise piirangud

Teadlased on tunnistanud, et uimastipoliitika tulemuslikkust on väga raske hinnata. Eksperdid ja spetsialistid hoiatavad riikliku poliitika mõju hindamisel tekkivate raskuste eest: arvesse tuleb võtta nii "paljusid eri tegureid" kui ka "arvukaid põhjuslikke seoseid". Uimastipoliitika ning selle tulemuste ja mõju vahelist põhjuslikku seost on tõepoolest keeruline tuvastada sekkumismeetmete ja mõõtmist vajavate tagajärgede paljususe ning reaalsusele mõju avaldavate võimalike väliste tegurite tõttu (tegurite segunemine), näiteks sotsiaalmajanduslikud tingimused, subkultuurid. Mõned uuringud viitavad, et narkomaania kui nähtus sõltub enam käitumuslikest ja ühiskondlikest teguritest kui poliitilisest sekkumisest.

Peale selle takistab uimastitarbimise ebaseaduslikkus märkimisväärselt andmete kogumist, mis on aga igasuguse hindamise aluseks, ning seega jäävad paljud narkomaania olulised aspektid määratlemata. Seetõttu peab uimastivastaste sekkumismeetmete hindamine olema väga hästi läbi mõeldud ja selle tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatusega.

Järeldus

Läbivaadatud andmetest nähtub, et siseriiklikes narkoennetuse strateegiates käsitletakse hindamist teostuse mõõtmise tähenduses – edusammude, saavutuste ja isegi ebaõnnestumiste mõõtmisena – ja seejärel antakse teostusele lõpphinnang, selle asemel et hinnata mõju uimastiprobleemide olukorrale üldiselt. See on väga oluline järeldus. Enamik riike, kus uimastitega seotud probleemid on päevakorras olnud juba aastakümneid, on nüüd võimelised (või valmis) seiresüsteemide abil looma aluse narkomaania kui nähtuse ja oma jõupingutuste mõõtmiseks. Seetõttu võib uimastipoliitikat pidada enam vastutust võtvaks kui kunagi varem, mis juba iseenesest on oluline saavutus.

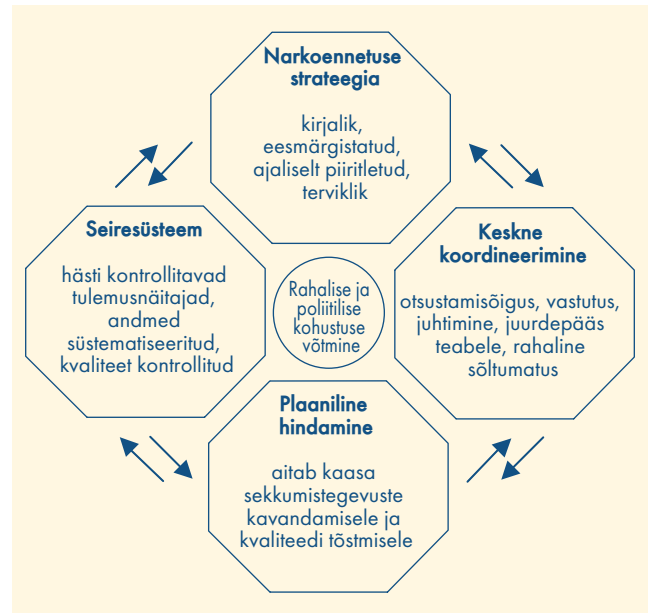
Mõned riigid on läinud kaugemale, teatades, et lisaks seiresüsteemide arendamisele annavad nad hinnangu siseriikliku narkoennetuse strateegia rakendamisele, mille all peetakse silmas teaduslikku uuringut kogu strateegia või selle osa väärtuse või väärtusetuse kindlakstegemiseks. Seni ei ole siiski teada ühtegi teaduslikku hinnangut siseriiklike narkoennetuse strateegiate mõjude kohta.

Üldiselt on riikides, kus uimastipoliitikale lähenetakse enam liigendatult, st kellel on kirjalik, eesmärgistatud, terviklik

siseriiklik narkoennetuse strateegia, keskne kooskõlastusmehhanism koos riikliku kooskõlastaja ning usaldusväärse seiresüsteemiga, kasutusel keerukamad hindamismenetlused (joonis 25). Paistab, et liigendatuma lähenemisviisi olemasolu, mis on tundemärgiks rahalise ja poliitilise kohustuse võtmise kohta, on ka siseriikliku narkoennetuse strateegia paremini välja töötatud hindamissüsteemi eeltingimuseks. See oletus peaks loomulikult leidma kinnitust edaspidistes täiendavates uuringutes.

Järelevalve- ja hindamiskultuuri levimine on aidanud kaasa teadmiste lisandumisele uimastitega seotud probleemide kohta Euroopa Liidus ja seega on võimalik langetada teadlikumaid otsuseid. Hindamine on praegustes narkoennetuse strateegiates kindlalt juurdunud kui vastutuse, tulemuslikkuse ja heaperemeheliku rahakasutuse otsustav osa. Mitmed uimastitega seotud projektid ja konkreetsed sekkumised sisaldavad juba hindamiselemente ja kui neid laiendada kõigile peamistele uimastipoliitilistele sekkumistele, siis aitab see järk-järgult kaasa Euroopa siseriiklike narkoennetuse strateegiate tõhususe mõõtmisele.

Joonis 25: Uimastipoliitikale struktureeritud lähenemise peamised jooned





Valikteema 2

Kanepiga seotud probleemid ja nende kontekst – Euroopa ravinõudluse suurenemise mõistmine

Sissejuhatus

Mõistet “kanep” kasutatakse erinevate harilikust kanepist (*Cannabis sativa* L.) saadavate toodete määramiseks. Harilik kanep on üheaastane taim, mis pärineb Kesk-Aasiast, kuid praegu kasvab paljudel parasvöötme- või troopilistel aladel maailmas. *Cannabis sativa*’l on suur hulk alamliike, millel on ka vastavalt mitmesugused erinevad bioloogilised ja keemilised omadused. Euroopa uimastiturul leidub kolme ebaseaduslikku kanepitoodet: “kanepiürt”, mis koosneb taime kuivatatud õitest, vartest ja lehtedest; “kanepivaik”, kanepi õisikust saadav pruun või must vaigusegu, mida tavaliselt müüakse kokkupressitud tükkidena, kuid vahel ka pulbrina; ning kõige vähem levinud “kanepiõli”, mis on kleepuv, viskoosne vedelik.

Inimesed on kanepit kasutanud juba kaua, eri ühiskonnad on omal ajal kanepit kasutanud kui tähtsat toorkiudu kanga ja köie valmistamiseks, abivahendina religioossete kombetalituste juures, ravimtaimena ja joovastava ainena. Kogu maailmas on kanep praegu kõige enam toodetav, kaubeldav ja tarbitav ebaseaduslik narkootiline aine (ÜRO uimastikontrolli programm, 2003a). Hoolimata kanepi kasutamise pikast ajaloost ja praegusest populaarsusest jääb meie arusaam kanepi mõjust rahva tervisele siiski piiratuks. Viimasel ajal on oluliselt kasvanud tõendusmaterjali hulk võimaliku seose kohta kanepi tarbimise, ja eriti just intensiivse kanepitarbimise, ning paljude tervise- ja sotsiaalprobleemide vahel. Kasvatav muret tekitab ka ilmne kanepitarbijate arvu kasv spetsialiseeritud uimastiraviasutusest abiotsijate hulgas. Siiski jääb esialgu ebaselgeks Euroopa kanepitarbijate probleemide ulatus ja iseloom. Samuti jääb selgusetuks, kas abiotsijate arvu statistiline suurenemine on tingitud muutustest andmete esitamisel ja patsientide ravile suunamisel või abivajajate arvu kasvust. Selleks, et nendele küsimustele vastata, peame kanepiga seotud ravinõudlust vaatlema laiemas perspektiivis, mis hõlmab tarbimisharjumuste muutumist Euroopas, aruandlussüsteemide arendamist ja edendamist, ja arvesse võtma ka kõnealuse uimasti muutuvat olemust. Neid probleeme vaadeldakse käesoleva valikteema “Kanepiga

seotud probleemid ja nende kontekst” raames, mille eesmärgiks on aidata kaasa teadlikuma arutelu tekkele selle kõige enam levinud ebaseadusliku uimasti tarbimise mõju üle rahva tervisele.

Õiguslik kontekst: kanepi õiguslik seisund Euroopas

Jätakuvalt tekitab Euroopa Liidus ⁽¹⁵¹⁾ poleemikat kanepitarbijatele kohaldatavate kriminaalkaristuste teema, ja liikmesriikide lähenemine sellele küsimusele erineb suuresti.

Kanepiekstraktid liigitatakse narkootiliste ainetena ÜRO 1961. aasta ühtse konventsiooni narkootiliste ainete kohta I ja IV nimekirjas ⁽¹⁵²⁾. Konventsiooniga nähakse ette meetmete vastuvõtmist tagamaks, et karistatavad oleksid paljud tegevused, sh narkootiliste ainete omamine. Liikmesriigid peavad konventsiooni tõlgendamisel ja kohaldamisel siiski lähtuma olukorrast vastavas riigis, kusjuures artikli 36 lõike 1 punktiga b antakse võimalus valida järgmiste variantide hulgast: “ravi, koolitus, ravijärgne hooldus, rehabilitatsioon ja sotsiaalne reintegratsioon”.

Praktikas tähendab see, et kõikjal Euroopa Liidus käsitletakse kanepiga seotud õigusrikkumisi väga erinevalt. Mõned riigid on välja andnud kohtumenetluse juhendid või koodeksid selle kohta, kuidas käsitleda kanepiga seotud teatavat liiki õigusrikkumisi, võimaldades sageli eri menetlusi kergemate ja raskemate rikkumiste korral. Mõnes riigis on ilmnemas uus suundumus rakendada kriminaalvastutusele võtmise alternatiivina ravimeetmeid, juhul kui on tegemist rikkumistega, mis on seotud väikeste uimastikoguste tarbimise ja omamisega ilma raskendavate asjaoludega. Peale selle võivad karistusseadustikud probleemse uimastitarbimise korral lubada kohtumenetluse (kaalutletud või kohustuslikku) peatamist tingimusel, et õigusrikkuja teeb läbi nõustamise või uimastiravi. Kuigi kõnealused alternatiivid kehtivad tavaliselt mis tahes uimasti tarbijate kohta, on eelmisel aastal toimunud muudatuste tulemusena Belgia ja Ühendkuningriigi

⁽¹⁵¹⁾ Vt Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi (ELDD) veebisait (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Vt: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

seadustesse ja juhenditesse nüüd sisse viidud spetsiaalne märke probleemse kanepitarbimise kohta, eesmärgiga anda sellistele tarbijatele abi.

Kanepitarbimisega seostatud füüsilised, psühholoogilised ja arenguprobleemid ⁽¹⁵³⁾

Liikmesriikide aruanded juhivad tähelepanu tõsiasjale, et kanepiga seotud ravinõudluse kasv peegeldab tõenäoliselt suurenenud probleemide hulka, eelkõige seoses intensiivse kanepitarbimisega. Tuleks siiski märkida, et süsteemsed ja võrreldavad andmed kanepitarbijate kogetavate probleemide kohta üldiselt puuduvad. Teaduslikult põhjendatud teadmised selles valdkonnas on arengujärgus, kuid pakuvad üha veenvamaid tõendeid seose kohta kanepi tarbimise ja paljude probleemide vahel, kuigi põhjusliku seose olemus ei ole alati selge. Kanepitarbimisega seostatud probleeme käsitleva kirjanduse ülevaade on kättesaadav Internetis (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

On oluline teha vahet kanepi ägedal (lühiajalisel) mõjul ja uimasti pikaajalisel või kroonilisel mõjul. On olemas andmed paljude, nii positiivse kui negatiivse ägeda mõju kohta. Negatiivse mõju hulka kuuluvad tähelepanu puudulikkus ja keskendumisraskused, kahjulik mõju mootorsetele funktsioonidele (refleksid, koordinatsioon), lühimälu probleemid, ärevus- ja paanikahood ja depressioon. Positiivse mõju hulka kuuluvad kõrgendatud meeleolu, lõõgastumine ja suurenenud seltskondlikkus. Kõige rohkem tekitavad muret uimasti tarbimise ägedad tagajärjed, nagu lühiajaline uimasti poolt esile kutsutud psühhoo või tugevad paanikahood, suurenenud õnnetusrisk, eelkõige sõidukijuhtimisel või ohtlikes töötingimustes, ja noorte inimeste puhul negatiivne mõju õppeedukusele koolis (Hall jt, 2001).

Kanepi krooniliste mõjude mõistmine on keerulisem ja seda mitmel põhjusel, kusjuures eriti keeruline on eristada kanepi mõjusid muude ebaseaduslike uimastite, tubaka ja alkoholi kroonilise tarbimise mõjudest. Peamiseks muredeks selles valdkonnas on siiski suurem oht haigestuda kopsuvähki ja muudesse hingamisteede haigustesse ja seos püsivate vaimse tervise probleemide kujunemisega, sealhulgas depressioon, psühhoo ja skisofreenia. Peale selle on kroonilise tarbimise puhul oht, et kujuneb välja sõltuvuskäitumine. Kui suurel määral võib tõendusmaterjali põhjal tegelikult pidada kanepitarbimist

riskiteguriks, põhjuslikuks teguriks või lihtsalt nende probleemidega seotuks mingil muul keerulisemal viisil, seda käsitletakse Internetis avaldatud ülevaates.

Enamikus liikmesriikides on aruannetes hõlmatud uimastialaste õigusaktide rikkumistega kõige sagedamini seotud ebaseaduslikuks uimastiks kanep, mis ei ole üllatav, sest see on ka kõige enam tarbitav uimasti ⁽¹⁵⁴⁾. Vastupidiselt olukorrale muude uimastite, näiteks heroiniiga, ei paista olevat eriti tugevat seost kanepitarbimise ja muud liiki õigusrikkumiste vahel.

Kanepitarbimine ja sellega seotud probleemide hindamine

Kuigi rahvusvaheliselt kokku lepitud diagnoosimiskriteeriumid annavad kasulikke juhiseid kahjuliku uimastitarbimise, uimastite kuritarvitamise ja sõltuvusliku tarbimise määratlemiseks, tekib küsimusi, kui vaadelda kanepit kättesaadavate tõendusmaterjalide põhjal Euroopa kohta ⁽¹⁵⁵⁾. Eelkõige on suuri erinevusi probleemide hindamise põhiküsimustes. Näiteks ei olda ühisel arvamusel selliste mõistete osas nagu "intensiivne tarbimine", "regulaarne tarbimine" ja "probleemne tarbimine" ja seetõttu on keeruline eri uurimuste tulemusi omavahel võrrelda. Pealegi on peamiselt vaid ülevaateuuringute käigus püütud mõõta "sõltuvuse" ja "kuritarvitamise" määra elanikkonna hulgas vastavalt RHK ja DSM määratlustele; ka selleks puuduvad praegu unifikseeritud vahendid, mis aitaksid eri uuringute või kogu elanikkonda puudutavaid andmeid veenvalt võrrelda.

Kõnealuse valdkonnaga siiski praegu tegeldakse. Näiteks püütakse käesoleval ajal ühes Prantsuse uuringus paremini määratleda uimastite probleemset tarbimist ja välja töötada spetsiaalsed mõõtmisvahendid tarbimissageduse, teadvustatud riski ning psühholoogiliste ja füüsiliste mõjude uurimiseks (Beck, 2003).

Tänapäeni kõige laialdasemalt kasutatav tarbimisintensiivsuse mõõtmise viis on päevade arvu määramine, mil teatava kindla ajavahemiku jooksul uimastit tarbiti. "Intensiivseks tarbimiseks" peetakse tavaliselt igapäevast või peaaegu igapäevast kanepitarbimist. Kuigi igapäevane kanepitarbimine ei tähenda ilmingimata sõltuvust, on tõenäoline, et märkimisväärne hulk igapäevastest tarbijatest liigituks haiguste klassifikatsiooni (ICD-10, DSM-IV) järgi

⁽¹⁵³⁾ Kanepitarbimist ja sellega seotud küsimusi käsitlev monograafia avaldatakse 2005. aasta esimesel poolel. Konkreetset teavet kanepitarbimise mõju kohta tervisele ja füüsilisele seisundile leiab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebisaidilt.

⁽¹⁵⁴⁾ Vt DRCrime_Tbl 5, statistikaülevaade 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Mõisteid "sõltuvus" ja "kahjustav tarbimine" vt: Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 10. väljaanne (RHK-10, Maailma Tervishoiuorganisatsioon), koodid F10–F19: psühhootiliste ainete tarbimisest tingitud vaimsed ja käitumishäired. Sageli kasutatav on ka *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV väljaanne) (DSM-IV, Ameerika psühhiaatrialiit / *American Psychiatric Association*), milles kasutatakse mõisteid "sõltuvus" ja "kuritarvitamine".

uimastisõltlasteks või uimastite kuritarvitajateks. Arvestades, et tarbimissagedust mõõta ja sellekohaseid küsimustikke ühtlustada on suhteliselt lihtne, on see mõõtevahend kaasatud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse näidisküsimustiku juhendisse. Praegu esitab üheksa riiki sellisel kujul andmed kanepi tarbimise sageduse kohta ⁽¹⁵⁶⁾.

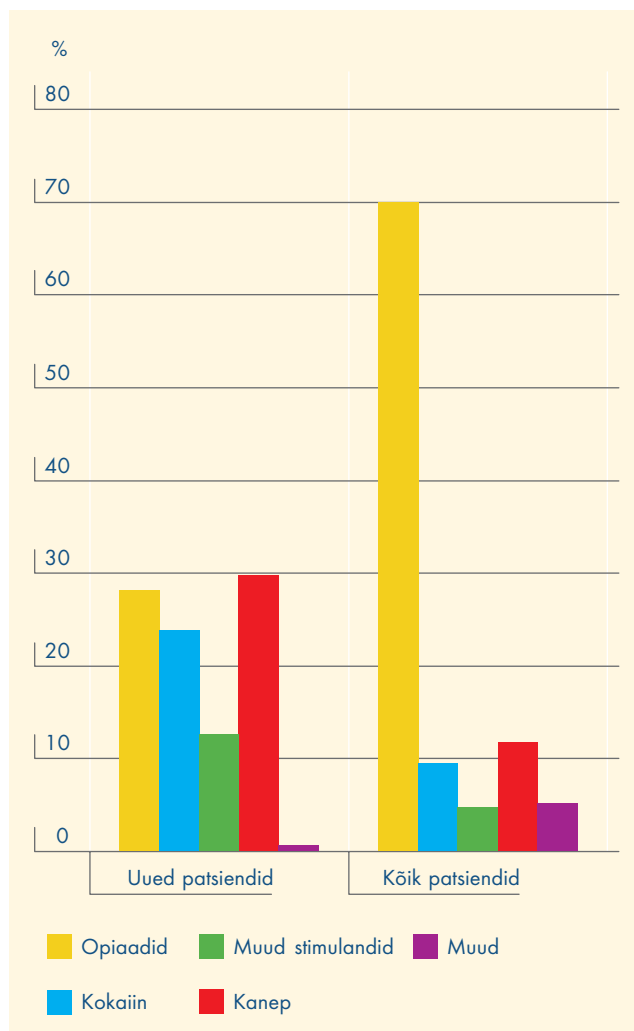
Suundumused kanepiga seotud probleemidest tingitud ravinõudluses

Kanep on Euroopas kõige enam tarbitav ebaseaduslik uimasti, aga ainult väike osa seda ainet tarbinutest pöördub ravile. Olenemata sellest on kanep mitmes riigis aruannete kohaselt teisel kohal peamiste tarbitavate uimastite hulgas, mille sõltuvusest vabanemiseks saadakse spetsiaalset ravi. Ravinõudluse indikaatori (TDI) andmete põhjal (vt lk 65), mis on kogutud erinevatest spetsialiseeritud raviastutustest, on umbes 12% kõigist klientidest ja 30% esmakordselt ravile pöördunutest registreeritud peamiselt kanepitarbimisest tulenevate probleemide tõttu (joonis 26).

Uute klientide (st isikud, kes ei ole varem ravil olnud) osakaal kanepiga seotud probleemidest vabanemiseks ravile tulnute hulgas varieerub riigiti märkimisväärselt, kusjuures Leedus on see nullilähedane, samas kui Saksamaal ulatub kõnealune osakaal ligi pooleni (48%), jäädes muidu üldiselt ühe viiendiku (20%) piiridesse (joonis 27). Kuid kõik riigid ei ole võimelised esitama uuenenud ravinõudluse andmeid ning laiema, kogu ravinõudlust hõlmava andmekogu ulatuses tõusevad kanepiprobleemid vähem esile.

Ravinõudluse indikaatori (TDI) andmete põhjal nendest riikidest, mille kohta suundumuste teave oli kättesaadav, kasvas ajavahemikul 1996–2002 uute, peamise uimastina kanepit tarbinud ja seetõttu ravile tulnud klientide hulk 3713-lt 12 493-le. Aastal 2002 moodustas 11 riigi keskmisena, mille kohta andmed olid kättesaadavad, selliste klientide hulk 29% kõigist uutest klientidest, võrreldes 9 protsendiga 1996. aastal (vt joonis 20 teabeallikate kohta). Kuigi kõik need riigid, välja arvatud Kreeka ja Ühendkuningriik, on teatanud kanepiprobleemidega uute klientide osakaalu suurenemisest kõigi uute klientide hulgas, oli selline suurenemine eri riikides erineva ulatusega, alates 6% Hollandis kuni 31% Saksamaal ⁽¹⁵⁷⁾. Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklike aruannete teave viitab asjaolule, et ka mõnes uues liikmesriigis suureneb peamise uimastina kanepit tarbivate ja sellest tingitud

Joonis 26: Peamine uimasti ravilolevate uute patsientide ja kõigi patsientide hulgas 2002. aastal



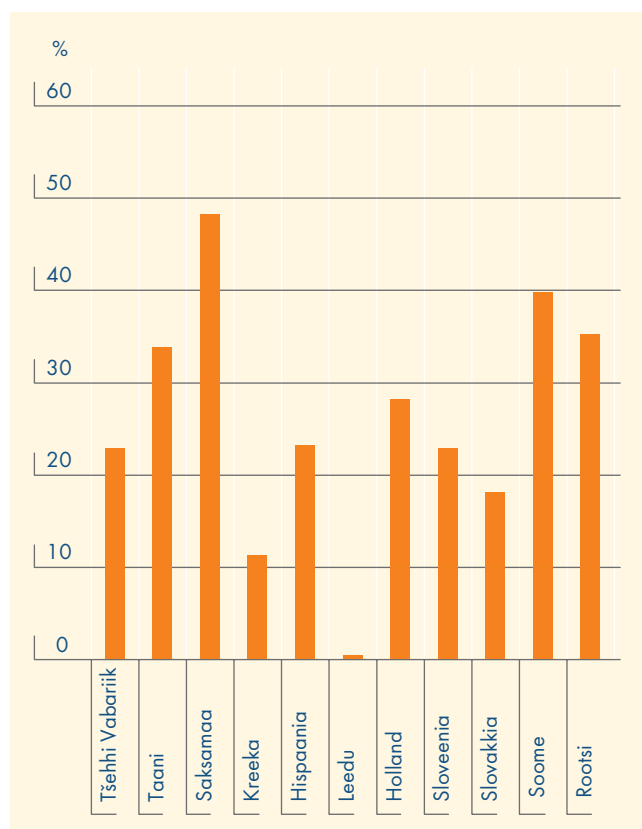
Märkused: n = 42 568 (uued patsiendid), 351 372 (kõik patsiendid).
 Andmeid esitanud riigid (uued patsiendid): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
 Andmeid esitanud riigid (kõik patsiendid): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
 Kaalutud väärtused patsientide arvu järgi riikide kaupa.
 Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

probleemidega ravil olevate inimeste hulk (joonis 28). Hiljutises Hollandi riikliku alkoholi- ja uimastiteabesüsteemi uuringus kanepist tingitud ravinõudluse kohta märgiti, et 29%-l 2002. aastal ravi alustanud uutest klientidest olid kanepiga seotud probleemid ja et kanepiprobleemiga kliendid moodustasid väikese, kuid iga aastaga kasvava inimeste rühma. Kõnealuses uuringus märgiti ka, et võttes arvesse kanepitarbimise levikut Hollandis ja ravile pöördujate osakaalu pidevat suurenemist, on see seni jäänud siiski suhteliselt väikeseks.

⁽¹⁵⁶⁾ Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Holland ja Portugal. Soome kohta andmed puuduvad, sest nende uuringus esitatud uimastitarbijate arv viimasel kuul oli väike (35). Juhtumite arv ja protsentuaalsed väärtused iga riigi kohta on esitatud 2004. aasta statistikabülletääni tabelis GPSurvey_Tbl 7.

⁽¹⁵⁷⁾ Ühendkuningriigi kohta puuduvad uute klientide andmed ning teave on esitatud siseriiklikes aruannetes.

Joonis 27: Kanep kui peamine uimasti ravilolevate uute patsientide hulgas 2002. aastal



Märkused: Juhtumite koguarv: 42 421.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

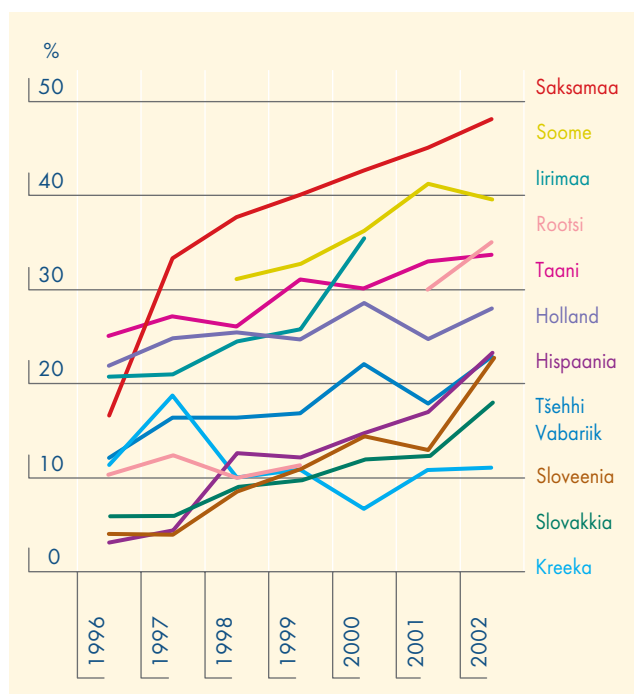
Euroopa konsolideeritud andmete põhjal tehtavatesse üldistustesse tuleb suhtuda teatava ettevaatusega. Pikaajalised andmed seoses uute ravinõudluse suundumustega on saadaval ainult 11 riigi kohta. On samuti oluline märkida, et ravinõudluse indikaatori (TDI) andmetes kajastuvat kanepiga seotud ravinõudluse kasvu on tugevalt mõjutanud Hispaania ja Saksamaa – riigid, kus kanepi kui peamise uimastiga seotud probleemide hulk on aruannete kohaselt eriti märkimisväärselt kasvanud; peale selle langeb kõigi riikide koondandmete põhjal Hispaania arvele umbes 50% kogu teadaolevast ravinõudlusest.

Kanepiga seotud ravinõudluse kasv ei piirdu ainult Euroopaga. Ameerika Ühendriikides, kus kasutatakse teistsugust uimastiravi arvestussüsteemi ⁽¹⁵⁸⁾, kasvas marihuana-probleemide tõttu ravilevõetute hulk 20 000-lt 1992. aastal ligi 90 000-le 2000. aastaks (SAMHSA, 2001; Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003d).

Mõeldes, mida toob endaga kasvav kanepiga seotud ravinõudlus, kerkivad esile järgmised võtmeküsimused.

- Kas see asjaolu viitab ka inimeste arvu suurenemisele, kellel on kanepitarbimisega seoses füüsilisi või psühholoogilisi probleeme? Kui nii, siis:
 - kas selle põhjuseks on regulaarse intensiivse kanepitarbimine kasv?
 - kas see peegeldab muid tegureid, näiteks kanepi kanguse suurenemist?
- Kas kõnealust suurenemist saab põhjendada kasvavast abivajajate hulgast sõltumatute põhjustega, näiteks:
 - raviaruandluse süsteemi täiustumine, nii et see hõlmab suuremat hulka ravilviibinuid;
 - eri ravivõimaluste, eelkõige just spetsiaalselt noorukitele ja noortele täisealistele mõeldud raviteenuste kättesaadavuse paranemine (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu aruanded, 2003);

Joonis 28: Kanepi kui peamise uimasti suundumused ravilolevate uute patsientide hulgas: 1996–2002



Märkused: Ravi üldarv (kliientide protsent).

Suundumuste keskmine (%) riikide hulgas.

Ajavahemikule 1996–1999 vastavad andmed Rootsi kohta on haiglaravi andmed: kanepijuhtumite arv on eelmiste aastatega võrreldes suhteliselt madal.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ USAs on registreeritud mitte üksikisikute, vaid ravilepõrdumiste arv. Vastupidiselt Euroopale on kuritarvitavate ainete hulka lülitatud ka alkohol.

Vt SAMHSA veebisait (<http://www.samhsa.gov>); USAs, Kanadas ja Austraalias kasutatakse mõistet "marihuana", sest mõiste "hašiš" (kanepivaik) ei ole üldlevinud.

- kanepitarbimise käsitluse muutumine kriminaalkohtusüsteemis, koolides ja noorsootöösutustes, mis on suurendanud nende inimeste ravile suunamist, kes ei oleks sinna omal algatusel läinud.

On oluline mõista, kui ulatuslikult igaüks nimetatud teguritest mõjutab raviletulekut. Esimese sammuna vaadeldakse isikute tunnusjooni, kes on tulnud ravile peamiselt kanepiga seotud probleemide tõttu. Käesolev analüüs käsitleb ambulatoorsel ravil olevaid isikuid.

Kanepiprobleemidega kliendid: tunnusjooned ja tarbimisharjumused

On olemas mitmesuguseid standardvõimalusi, et registreerida ravile saabunud uimastitarbija ravile suunaja. Need võimaldavad eristada ise ravile tulnud uimastitarbijad nendest, keda on suunanud muud asutused, näiteks sotsiaalametid või kriminaalkohtud. Enamiku kanepiprobleemidega klientidest on ravile saatnud perekond või sõbrad, sotsiaalasutused või kriminaalkohtud. Võrreldes muude uimastite tarbijatega on ise ravile tulnute osakaal kanepiprobleemidega klientide hulgas väiksem (¹⁵⁹). Samalaadne olukord valitseb ka Ameerika Ühendriikides ja Kanadas, kus ravinõudlus marihuaana kui peamise uimastiga seotud probleemide tõttu ei ole klientide enda algatus (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003d).

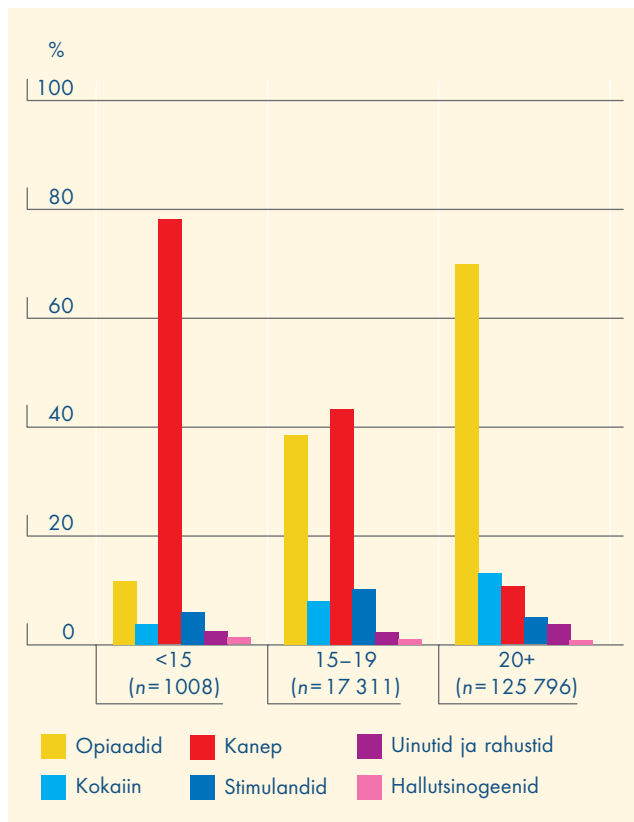
Üks oluline erinevus suunamisviiside vahel on see, et pereliikmete või sotsiaalteenuseid osutavate asutuste (sageli koolide) poolt ravile suunatud isikud on enamasti nooremad ja on vähem tõenäoline, et nad kasutavad lisaks kanepile veel muid uimasteid, ning nad on rohkem sotsiaalselt integreeritud; seevastu aga õigusorganite poolt ravile suunatud või ise ravile tulijad on enamasti vanemad ja tarbivad lisaks kanepile sageli ka muid uimasteid (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003). Saksamaal ja Soomes, kus on suhteliselt kõige rohkem peamiselt kanepiprobleemidega kliente, mängivad õigusorganid ja koolid olulist rolli selliste klientide ravile suunamisel.

Kanepist tingitud probleemidega kliendid, kes pole varem ravi saanud, on valdavalt noored, mehed (83%), kelle keskmiseks vanuseks on 22–23 aastat, samas kui muude uimastite korral on meessoost klientide osakaal märkimisväärselt väiksem ja keskmine vanus kõrgem. Pääaegu 80% uute klientide puhul, keda klassifitseeritakse kui “väga noored” (alla 15aastased), ja 40% klientide puhul, kelle vanus on 15–19 eluaastat, on raviletuleku

peamiseks põhjuseks kanepiga seotud probleemid (joonis 29) (¹⁶⁰). Need rühmad koosnevad põhiliselt meessoost klientidest, kuid naiste osakaal on seal suurem kui klientide hulgas üldiselt. Vanuselise ja soolise jaotuse erinevused riigiti kajastavad üldjoontes sama struktuuri kõigi klientide hulgas.

Kanepiprobleemidega klientide suhtelist noorust peegeldab asjaolu, et 45% neist õpib veel, võrreldes vaid 8%ga nendest, kes saavad ravi seoses muude uimastitega. Järgmised 24% kanepiprobleemidega ravilolijatest omavad kindlat töökohta, sama palju on ka töötuid (¹⁶¹), mis erineb tugevasti teistest patsiendirühmadest, kes tarbivad näiteks heroini. Lisaks sellele väidavad kanepiprobleemidega ravile tulnud kliendid sagedamini, et neil on kindel elukoht, võrreldes muude uimastite tõttu ravilolijatega (¹⁶²), mis kajastab tõsiasja, et paljud neist on

Joonis 29: Peamise uimasti jaotumus ambulatoorsel ravil olevate patsientide hulgas vanuserühma järgi: 2002



Märkused: Kõik patsiendid. Andmeid esitanud riigid: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.

Kõigist alla 20aastastest kanepitarbimise tõttu ravil olevatest patsientidest moodustavad Taanist ja Ühendkuningriigist pärit noormehed 56% ning Hispaaniast 17%.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003; TDI andmed ambulatoorse ravi keskustest.

(¹⁵⁹) Vt joonis 22 OL: Ravile suunaja kõigi klientide korral: kõik uimastid ja kanep.

(¹⁶⁰) Vt ka TDI_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

(¹⁶¹) Vt joonis 23 OL: Tööhõiveseisund kanepiklientide ja kõigi klientide seas.

(¹⁶²) Vt joonis 24 OL: Elutingimused kanepi- ja kõigi klientide hulgas.

noored inimesed ja õpilased ning elavad koos oma vanematega.

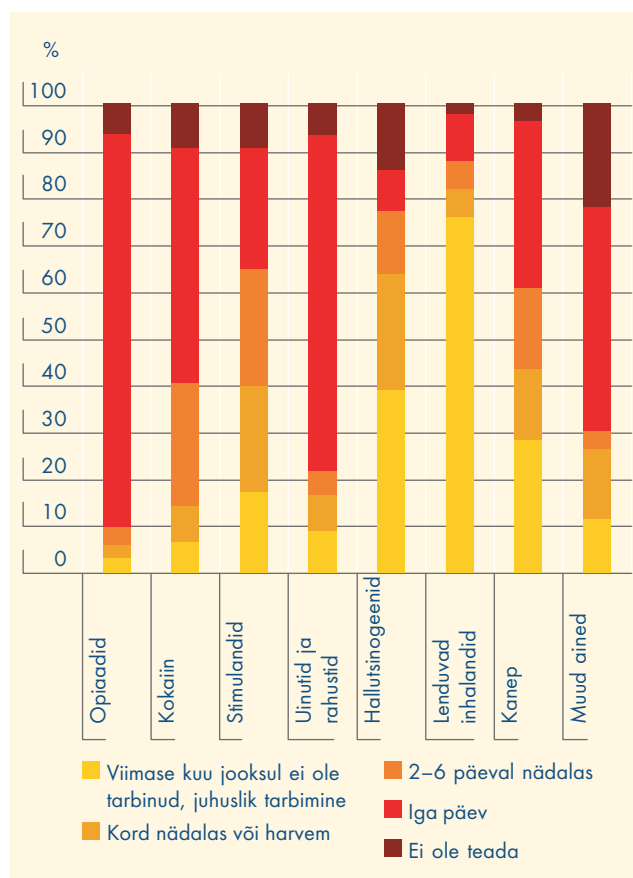
Peamiselt kanepiprobleemidega raviletulnute hulgas, kes saavad ambulatoorset ravi, varieeruvad tarbimisharjumused suuresti ja on väga erinevad võrreldes muude uimastite, eriti opiaatide tarbimismudelitega (joonis 30). 2002. aastal kanepi kui peamise uimasti tarvitamisest tingitud probleemidega ravilolnute hulgas oli vaid 36% neid, kes tarbisid uimastit iga päev, ja vaid 17% tarbis kanepit sagedamini kui kord nädalas (2–6 korda nädalas); 15% tarbis kanepit kord nädalas või harvemini ja 28% oli juhuslikke tarbijaid või neid, kes ei olnud viimase kuu jooksul kanepit tarbinud. Vastupidi sellele on ravilolevatest opiaaditarbijatest 84% igapäevased tarbijad.

Ambulatoorse ravi klientide hulgas varieerub igapäevaste kanepitarbijate osakaal riigiti. Kõige suurem on igapäevaste kanepitarbijate osakaal aruannete kohaselt Hollandis (80%) ja Taanis (76%), kuna aga juhuslike kanepitarbijate osakaal on kõige suurem Saksamaal (41%)⁽¹⁶³⁾.

Mida nooremalt kanepit esmakordselt tarbitakse, seda suurem on risk, et tulevikus kujunevad välja kanepi tarbimisega seotud probleemid (Kraus jt, 2003). 28% kõigist 2002. aastal ravil olnud kanepiprobleemidega klientidest Euroopas alustas uimasti tarbimist nooremalt kui 15aastaselt ja peaaegu kõik (80%) alustasid enne 20. eluaastat. Vastavad arvud opiaaditarbijate hulgas on 9% ja 42,8% ning kokaiinitarbijate hulgas 6% ja 26,5%.

Enamiku riikide aruannetest nähtub, et peamiselt kanepiprobleemidega ravisaajate hulgas on sageli levinud harjumus tarbida mitut uimastit. Tegemist võib olla aruandlussüsteemi poolt kunstlikult tekitatud järeldusega, näiteks juhul, kui mitme uimasti kasutamisest tulenevate probleemidega kliendid registreeriti lihtsalt mugavusest peamiselt kanepit tarvitavate klientidena. Arvanded mitme uimasti tarbijate osakaalu kohta klientide koguarvust puuduvad. Kliendid, kes tarbivad ainult kanepit, ja kliendid, kes tarbivad lisaks kanepile muid uimasteid, on erinevad (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003): võrreldes viimatimainitutega on esimesed tavaliselt nooremad ja paremini sotsiaalselt integreerunud (tõenäolisemalt omavad töökohta ja on saavutanud kõrgema haridustaseme ning nende koolist väljalangemise tõenäosus on väiksem). Peamiselt kanepiprobleemidega raviletulnute seas mainitakse teisest kasutatavate uimastavate ainetena kõige sagedamini alkoholi (32,9%)

Joonis 30: Peamise uimasti tarbimissageduse jaotumus kõigi ambulatoorsel ravil olevate patsientide hulgas 2002. aastal



Märkused: n = 109 699 (kõik patsiendid). Andmeid esitanud riigid: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – kõik ravikeskuste tüübid).

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003. TDI andmed ambulatoorse ravi keskustest.

ja stimulante (25%)⁽¹⁶⁴⁾, kuigi see jaotus on riigiti väga erinev.

Mõned kanepiprobleemidega ravile tulnud klientidest tunnistavad ka, et nad süstivad teisi uimasteid, ja mõned teatavad, et on elu jooksul tarbinud ka süstitavaid uimasteid, kuigi nad antud hetkel tarbivad vaid kanepit. Näiteks oli Kreekas 2002. aastal 14,7% kanepiprobleemiga klientidest, kelle kohta oli teada, et nad tarbivad ka muid uimasteid, süstinud end viimase 30 päeva jooksul, ning ka 25,4% kõikidest klientidest, kes olid arvel kui ainult kanepiprobleemiga kliendid, oli oma elu jooksul süstinud muid uimasteid (Kreeka riiklik aruanne, 2003). Analoogiliselt viitab Tšehhi Vabariigi (riiklik aruanne) teave asjaolule, et mõnedesse raviasutustesse kanepiprobleemiga raviletulnutest süstivad ligikaudu pooled lisaks muid uimasteid.

⁽¹⁶³⁾ Vt joonis 25 OL: Kanepi tarbimise sagedus riikide kaupa.

⁽¹⁶⁴⁾ Vt joonis 26 OL: Enim tarvitatav teisene uimasti kanepitarbijate hulgas riikide kaupa ja tabel TDI_Tbl 9 2004. aasta statistikabülletäänis.

Ravinõudluse suundumused: muutuvad tegurid

Ravinõudluse kasvu kanepi kui peamise tarbitava uimastiga seotud probleemide tõttu tuleb vaadelda tarbimise viisi ja harjumuste muutumise kontekstis. Riikides, kes asjakohased andmed esitasid, tõusis ajavahemikus 2000–2002 ravile suunamiste arv õigusorganite, perekonna ja sotsiaalasutuste poolt erakordselt suurel määral, vastavalt 103%, 81% ja 136%⁽¹⁶⁵⁾. Selles aspektis ei leitud riikide vahel olulisi erinevusi, välja arvatud asjaolu, et Saksamaal tõusis ka kriminaalkohtusüsteemi poolt ravile saadetud inimeste osakaal (21,7%-lt 26,7%-le).

Suundumuste kohta kanepiprobleemidega klientide sotsiaaldemograafiliste tunnuste osas statistilised andmed puuduvad, kuigi mõne riigi aruannetes (Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa ja Luksemburg) osutatakse, et on suurenenud klientide arv, kes kannatavad hariduslike, sotsiaalsete ja psühholoogiliste probleemide käes. Ajavahemikul 2001–2002 kasvas kanepiprobleemidega klientide hulgas igapäevaste tarbijate osakaal 31,7%-lt 39,2%-le⁽¹⁶⁶⁾; mõne riigi andmete kohaselt on igapäevaste tarbijate osakaal suurem vanemate (üle 20aastaste) klientide seas.

Kanepi tarbimine kogu elanikkonna hulgas proovimisest igapäevase tarbimiseni

Kuigi, nagu eespool kirjeldatud, kasvas kanepitarbimine enamikus riikides 1990ndatel märkimisväärselt ja see on kõige laialdasemalt tarbitav uimasti, jääb suur osa tarbimisest endiselt juhuslikuks ja lühiajaliseks. On tõenäoline, et kanepiga seotud probleemide ja sõltuvuse kujunemise oht ähvardab kõige enam neid, kes tarbivad seda uimastit intensiivselt, ent kõnealuse valdkonna kohta on kõige vähem teavet saadaval, kuigi teada on, et hiljutised tarbijad (tarbinud viimase 30 päeva jooksul) on tavaliselt noored linnas elavad meessoost isikud.

“Tarbimine viimase 30 päeva jooksul” on praeguse kasutuse indikaator ja hõlmab isikuid, kes tarbivad uimastit intensiivselt. Hiljutise uuringu kohaselt selgus, et 1%–7% kõigist täisealistest ja 3%–12% noortest täiskasvanutest oli tarbinud kanepit viimase 30 päeva jooksul, kui jätta arvestamata Rootsi (0,1%). Siiski on riikide vahel teatavaid erinevusi ning praegune tarbimine on kõige laialdasem Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa ja Ühendkuningriigis. Riikides, kus on võimalik

hiljutise tarbimise tendentse pikema aja vältel võrrelda, on märgatud teatavat, kuid mitte väga tähelepanuväärset tarbijate arvu kasvu.

Teave, mis võimaldab üksikasjalikult hinnata kanepi tarbimissagedust viimase 30 päeva jooksul, on kättesaadav 9 riigi kohta: Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Holland, Portugal ja Soome (esitamata). Kui välja arvata Läti, siis ligikaudu üks neljandik (19%–33%) nendest, kes olid kanepit viimase kuu jooksul tarbinud, tarbisid seda iga päev või peaaegu iga päev⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Kõnealustes riikides moodustasid igapäevased tarbijad 0,5%–2,3% kogu rahvastikust⁽¹⁶⁹⁾ ja 0,9%–3,7% noortest täiskasvanutest (15–34aastased) (joonis 31). Enamik inimestest (76%–92%), kes tunnistasid, et olid eelneva kuu jooksul kanepit tarbinud, olid 15–34aastased, ja seega olid ka igapäevased tarbijad valdavalt samast vanusegrupist. Lisaks sellele on teada, et igapäevased tarbijad on peamiselt mehed, kuigi nende osakaal varieerub 62%st Hollandis 92%ni Kreekas.

Nende andmete põhjal võib anda esialgse hinnangu selle kohta, kui suur hulk inimesi Euroopas tarbib intensiivselt kanepit. Oletades, et umbes 1% kogu rahvastikust tarbib kanepit iga päev, oleks 25 miljoni elanikuga (vanuses 15–64) riigis igapäevaste kanepitarbijate arv 250 000. Euroopa Liidus tervikuna, kus 15–64aastaste elanike koguarv on 302 miljonit, oleks kõnealune levimus umbes 3 miljonit.

Isegi noorte täiskasvanute korral varieerub intensiivne kanepitarbimine erinevate vanuserühmade hulgas ning on üldiselt suurem nooremates vanuserühmades. Hispaania koolide uuringust 2002. aastal selgus, et 3,6% õpilastest vanuses 14–18 aastat tarbib kanepit kas iga päev või peaaegu iga päev (s.o noorte täiskasvanute (15–34aastased) kõige noorem vanuserühm). Ning igaaastastest Prantsuse uuringust 17–19aastaste kohta (ESCAPAD) selgus, et igapäevaste kanepitarbijate hulk on viimase aasta jooksul kasvanud, olles 9,2% poistest ja 3,3% tüdrukutest (Beck ja Legleye, 2003).

Kanepisõltuvuse ja selle kuritarvitamise mõjud tunduvad olevat kergemad kui muude uimastite puhul. Kõige intensiivsemad kanepitarbijad paistavad olevat suhteliselt hästi integreerunud noored inimesed, kellel puhul risk seisneb pigem teiste sotsiaalprobleemide (autoõnnetused, haridustee katkemine või perekonna lagunemine) kui

⁽¹⁶⁵⁾ Vt joonis 27 OL: Ravile suunaja kõigi klientide korral, 2000–2002.

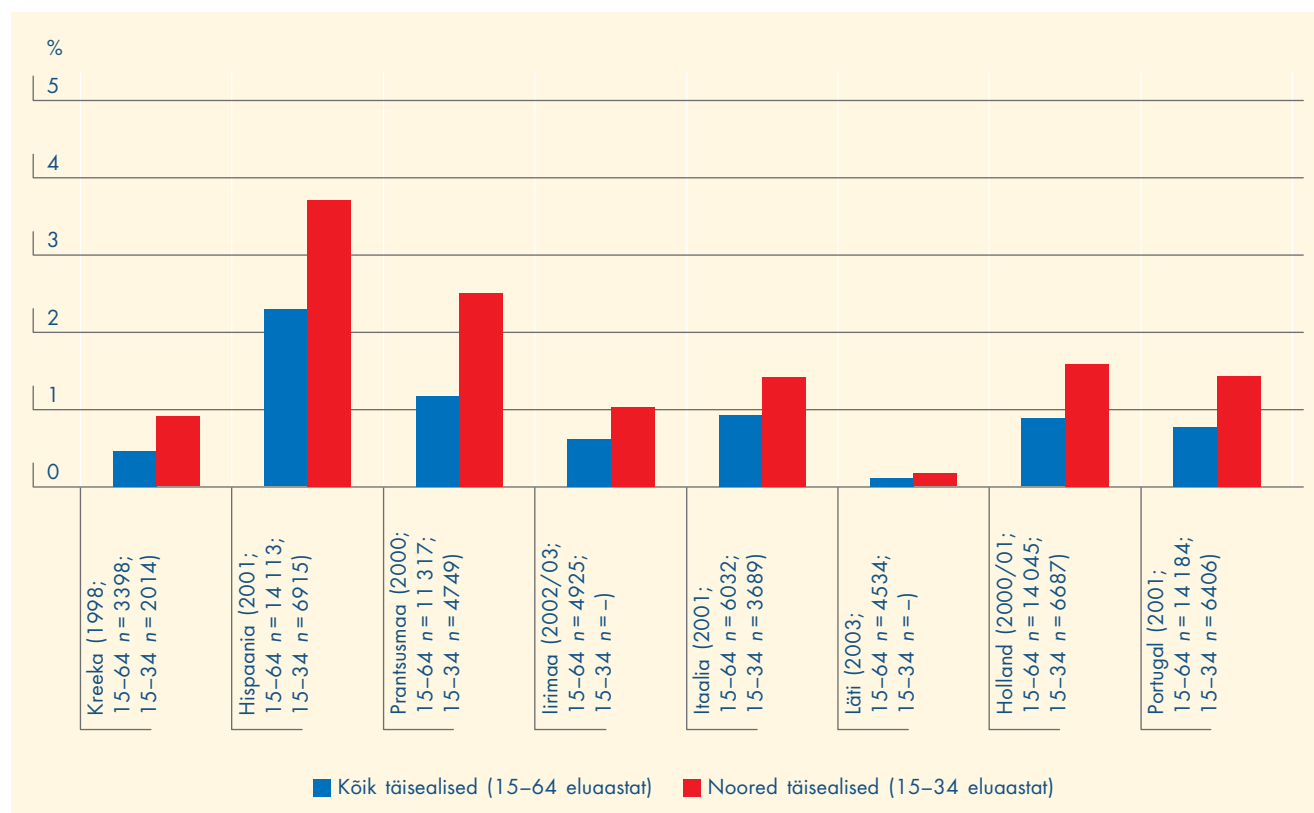
⁽¹⁶⁶⁾ Vt joonis 28 OL: Tarbimissagedus kõigi kanepiklientide hulgas ja TDI_Tbl 8, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁶⁷⁾ Selles jaotises esitatud andmed viitavad “20 või rohkemale tarbimispäevale viimase 30 päeva jooksul, mida väljendab ka mõiste “igapäevane või peaaegu igapäevane tarbimine”. Euroopa küsimustiku näidises on ette nähtud täpne tarbimispäevade arv, kuid riiklike näitajate esitamisel jagati tarbimissagedus nelja eri kategooriasse, millest kõrgeim on “20 päeva või rohkem”.

⁽¹⁶⁸⁾ Vt joonis 29 OL: Igapäevaste (või peaaegu igapäevaste) tarbijate osakaal täisealiste (15–64 aasta vanused) hulgas, kes tarbisid kanepit eelmisel kuul.

⁽¹⁶⁹⁾ “Viimase kuu tarbijate” suhtarv korrutatud “igapäevaste või peaaegu igapäevaste tarbijate” suhtarvuga, st 6% (viimase kuu levimus) × 25% (“20 korda või rohkem” tarbijate suhtarv) = 1,5%.

Joonis 31: Iga päev (või peaaegu iga päev) kanepit tarbinute osakaal kõigi täisealiste ja noorte täisealiste seas teatavates Euroopa Liidu riikides siseriiklike rahvastiku-uuringute andmetel



Märkused: Igapäevased või peaaegu igapäevased tarbijad = on tarbinud 20 päeva või kauem vestlusele eelnenud kuu jooksul.

Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest.

Kõigi täisealiste vanuserühm on 15–64 eluaastat (Itaalias 44) ja noorte täisealiste vanuserühm on 15–34 eluaastat. Erinevused vanuserühmades võivad põhjustada mõningast mittevastavust riikide vahel.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste 2003. aasta aruanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt ka rahvastiku-uuringu tabelid 2004. aasta statistikabülletäänis. Vt ka epidemioloogilise uuringu standardtabelid 2004. aasta statistikabülletäänis.

kriminaalsete kalduvuste tekkimises, ja seetõttu peab sekkumine olema asjakohane ja mitte tekitama lisaprobleeme või tõrjutust.

Kanepi kanguse ja annustega seotud küsimused

On oletatud, et osaliselt on kanepi kanguse suurenemine süüdi probleemide ja seega ka ravile võetud inimeste arvu kasvus. Kanepi kanguse, tarbitavate annuste suuruse ja selle tõenäolise mõjuga ägedatele ja kroonilistele probleemidele seotud küsimuste mõistmine tõstatab omakorda hulga komplitseeritud küsimusi. Uurimaks kättesaadavat teaduslikku tõendusmaterjali kanepi kanguse kohta, viis Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus läbi uuringu, mille peamised tulemused on kirjas lk 90.

Kanepi kangus on vaid üks tegur arvutamaks välja annuse, mille inimene saab teatava perioodi jooksul (Hall jt, 2001). Manustamisviis, suitsetamistehnika, kanepi kogus

ühel tarbimiskorral ja suitsetamisseansside arv on kõik samavõrd olulised või isegi olulisemad, et välja arvutada inimese kokkupuuteaste ainega. Tugevatoimeline kanep on alati olnud mingil määral kättesaadav ja mure selle pärast ei ole uudiseks. Oluline on märkida, et pole teada, kas kanepitarbijad muudavad oma käitumist, et doosist soovitud toime kätte saada. Seetõttu vajab täiendavat uurimist, kui suures ulatuses on tugevatoimelise kanepi doosid kindlasti kõrged.

Kanepiga seotud probleemidega inimeste vajadustele reageerimine

Kanepiprobleemidega seoses abi otsivate inimeste vajaduste mõistmine on hädavajalik selleks, et välja töötada tõhusad reageerimisviisid. Ravinõudluse analüüs ja muud andmed näitavad, et nii ravile suunatud kanepitarbijad kui kanepitarbijad üldiselt moodustavad mitmekesise inimrühma, kellel on erisugused vajadused. See viitab vajadusele olla valmis terveks reaks erinevateks

Kanepi kangus (allikas: Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004c)

1. Euroopa Liidu riigid jagunevad kahte selgelt eristatavasse rühma olenevalt sellest, kas riigis tarbitakse enam kanepiürti või kanepivaiku. Neist riikidest, mille kohta teave oli kättesaadav, oli kanepivaik rohkem levinud Saksamaal, Iirimaa, Portugalis ja Ühendkuningriigis, samas oli kanepiürt rohkem levinud Belgias, Tšehhi Vabariigis, Eestis, Hollandis ja Austrias.
2. Pika aja jooksul ei ole Euroopasse imporditava kanepiürdi ega kanepivaigu kanguses olnud märgata kasvavat suundumust. Kõigis Euroopa Liidu riikides – võimalikuks erandiks on Holland – on enamik tarbitavast kanepist imporditud, kuigi süsteemne teave kohaliku kanepiürdi kohta praegu puudub.
3. Kanepi kasvatamist kasvuhoones esineb mõningal määral kõigis Euroopa riikides. Hollandis hinnatakse selle toote osakaaluks üle poole kogu tarbitavast kanepist, kuid enamikus riikides on importtooted suurema tähtsusega.
4. Kasvuhoones intensiivmeetodite abil (nt kasvatamine vesikultuurina ja kunstliku valgustusega, paljundamine pistikute abil ja päeva pikkuse reguleerimine) kasvatatud kanepiürdil on tavaliselt kõrgem tetrahüdrokannabinooli (THK) sisaldus kui imporditud uimastil. Kohalik kanep võib olla keskmiselt kaks kuni kolm korda kangem kui imporditud kanep, kuigi nende kanguse skaalad osaliselt kattuvad.
5. Kanepi kanguse üldise suurenemise, mida mõnes riigis on täheldatud, võib panna peaaegu täielikult kohaliku kanepi tarbimise osakaalu suurenemise arvele.
6. Arvestades erinevate kanepitoodete turuosa, on tegelik kangus püsinud paljude aastate jooksul peaaegu kõigis riikides üsna stabiilsena, st umbes 6%–8% lähedal. Ainsaks erandiks on Holland, kus see oli 2001. aastaks saavutanud 16%.
7. Hollandis toodetud kanepivaigus on eriti kõrge THK-sisaldus, kuid see fakt on kõnealuses riigis veel vähetuntud ja mujal peaaegu tundmatu.
8. Meedia väidatel, et kanepi kangus on viimaste aastakümnete jooksul suurenenud kümme korda või rohkem, ei ole ei USA ega Euroopa andmetel alust. Kõige rohkem tundub kanepi kangus olevat suurenenud USAs, kuid siinjuures tuleb meeles pidada, et varem, eriti enne 1980. aastat, oli see USAs võrreldes Euroopaga madal.
9. Kokkuvõttes võib uuringust järeldada, et mõnes riigis ilmnenud tagasihoidlikud muudatused THK-sisalduses on peamiselt põhjustatud Euroopa Liidus kohalikul intensiivmeetodil kasvatatud kanepi suhteliselt hiljutisest ilmunisest turule. Lisaks märgitakse, et kanepitoodete THK-sisaldus varieerub äärmiselt suures ulatuses. Selgelt ilmneb vajadus arendada seiresüsteeme, mis suudaksid hinnata erinevate kanepitoodete turuosi ning jälgida aja jooksul toimuvaid muutusi. Käesoleval ajal selline teave suures osas puudub.
10. Uuring määratleb mitu olulist valdkonda, mis vajavad tähelepanu, kui soovitakse mõista kanepi kangusega seotud probleeme. Nende hulka kuuluvad konsensus kanepitoodete nomenklatuuri osas, parem turuteabe seire, laborianalüüside standardi tõstmine ning andmete kogumine ja esitamine Euroopa tasandil, uuringud suitsetamisharjumuse, kanepi kanguse ja veres sisalduvate THK/metaboliitide tasemete vahelise seose kohta Euroopas, vajadus uurida, millisel määral mõjutab kanepi kangus tarbitavate annuste suurust ning mis tahes võimalikku seost terviseprobleemidega. Märgitakse, et eri kanepitoodete puhul tuleb arvesse võtta eri vastumeetmete tulukust.

reageeringuteks, alates ennetustööst ja riski vähendamisest kuni formaalse ravini. Üks oluline küsimus on, kas noori inimesi, kes on vaid kanepi juhutarbijad, on asjakohane suunata spetsialiseeritud ravikeskustesse. Vastus sellele küsimusele sõltub paljuski sellest, kuidas raviteenused on korraldatud, ja ka sellest, millisel määral puutuvad kliendid kokku muude uimastite krooniliste tarbijatega. Sellest hoolimata jääb erinevate kanepitarbimise harjumustega inimestele sobivate ravile suunamise viiside kindlakstegemine oluliseks ja edasist kaalumist vajavaks teemaks.

Ennetuse valdkonnas on praegu veel vähe algatusi, mis oleksid mõeldud vastumeetmeks just kanepitarbimise tõusule noorte hulgas, sest ennetustöö on harva suunatud teatava kindla aine tarbimise ärahoidmisele. Mõned liikmesriigid on siiski teatanud uutest arengutendentsidest selles valdkonnas, kusjuures rakendatakse kaht peamist strateegiat: 1) rõhutatakse, et noortel kanepitarbijatel on oht sattuda kriminaalkohtusüsteemi järelevalve alla, ning 2) püütakse massimeedia- ja suunatud kampaaniate abil muuta ühiskonna arusaama kanepi tarbimisest kui tavapärasest käitumisest.

Saksamaal, Kreekas, Iirimaa, Soomes ja Ühendkuningriigis on võetud meetmeid, et vähendada noorukite toime pandud esmakordse, kanepi tarbimisega seotud õigusrikkumise psühhosotsiaalseid tagajärgi. Värskeks näiteks (alates 2000. aastast) on programm FRED Saksamaal, mis praegu toimib kaheksal liidumaal ja võimaldab noortel uimastitarbijatel varases tarbimise faasis osaleda vabatahtlikkuse alusel lühiajalistes sekkumistegevustes ⁽¹⁷⁰⁾. Ühendkuningriigis töötavad samadel põhimõtetel tugirühmad noortele õigusrikkujatele. Pärast mõningate kanepitarbimisega seotud aspektide menetlemisviisi muutmist kriminaalkohtusüsteemis ja kanepi ümberklassifitseerimist (B-klassist C-klassi) loetakse õigusrikkumiseks mitte kanepi tarbimine, vaid valdamine; valdamise korral tehakse hoiatus. Noorukite (st alla 18-aastaste isikute) ametlikuks hoiatamiseks rakendatakse konkreetset menetlust. Ühendkuningriik kasutas samuti massimeediakampaaniat kinnistamaks arusaama kanepi negatiivsest ja ebaseaduslikust olemusest.

Üheks uuemaks algatuseks on ka ennetuskampaania tegemine "kohvipoodides", kus müüakse väikestes kogustes kanepit. Sekkumise raames korraldatakse kohvipoe omanikele kursus ja antakse neile käsiraamat, et aidata ära hoida uimastitega seotud probleeme nendes asutustes. Käsiraamat sisaldab teavet kanepi, uimastitega seotud õigusaktide, psüühikahäirete, esmaabi, ettevõtluse kohta ja kasvatuslikku teavet. Hollandis on traditsiooniks isiklik ja vahetu lähenemine kanepi tarbimisele, nagu kirjeldas Hash & Weed Week ⁽¹⁷¹⁾; palju kanepit tarvivad inimesed kohtuvad rühmades ja arutavad intensiivse kanepitarbimise tagajärgi ja käitumise muutmise võimalusi.

Teataval määral on selline lähenemine suunatud nii kahjude vähendamisele kui ennetamisele. Olenemata sellest, et kanepi suitsetamise ja hingamisteede haiguste vaheline seos on üldtuntud, ja hoolimata suurenevast murest intensiivse kanepitarbimise kahjuliku mõju pärast tervisele on kanepitarbimisest tingitud kahjude vähendamisele suunatud sekkumised veel suhteliselt kehvasti välja töötatud, võrreldes muude uimastite tarbijatele suunatud sekkumistega.

Ravivõimalused kanepiprobleemidega inimestele on kättesaadavad peamiselt raviasutustes, mis tegelevad seaduslikest või ebaseaduslikest uimastitest sõltuvuses olevate patsientide raviga ja muude sõltuvuskäitumiste teraapiaga. Mõned riigid (Taani, Saksamaa, Kreeka, Prantsusmaa, Holland, Austria, Rootsi ja Norra) pakuvad kanepitarbijatele mõeldud teenuseid, aga üldiselt paistab selline spetsiaalne ravi olevat äärmiselt piiratud. Paljudes riikides on kanepiprobleemide ravi integreeritud

raviasutustesse, kus tegeldakse ka kõigi muude uimastiprobleemide raviga (Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Holland, Austria, Portugal, Sloveenia ja Norra).

Enamasti ravitakse kanepiprobleemidega isikuid kõrvuti patsientidega, kellel on probleeme mõne muu ebaseadusliku uimastiga, tavaliselt opioididega. Arvestades, et paljudes neist spetsialiseeritud raviasutustest on töö korraldatud nii, et see oleks kohane tihtipeale kaootilise ja tõrjutud inimrühma ravimiseks, siis on vaieldav nende sobivus vähem akuutsete probleemidega klientide puhul, nagu enamik kanepitarbijaid. Liikmesriikide raviasutused on kõnealustest probleemidest teadlikud, ja mitmed riigid teatasid oma Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu teabekeskuste aruannetes, et probleemsete kanepitarbijate ja probleemsete heroïini- või mitme uimasti tarbijate koos ravimine võib olla ebaefektiivne ja kahjulik, ning nimetasid seda ühe põhjusena, miks kanepitarbijaid ei tuleks ravida haiglas. Spetsiaalselt kanepitarbijatele mõeldud programme on lihtsam välja töötada ambulatoorse ravi baasil. Austria riiklikus aruandes soovitatatakse, et juhul, kui haiglaravi on vaja, peaks see toimuma pigem noorukite üldpsühhiaatrilises osakonnas kui spetsialiseeritud uimastiraviasutuses. Liikmesriigid on esitanud andmeid mitmete uuenduste kohta kanepitarbijate ravis, mille hulka kuuluvad Rootsis välja antud kanepi kroonilistele tarbijatele mõeldud "Kognitiivteraapia käsiraamat", probleemsete kanepitarbijate eneseabisait Internetis, mis on loodud Hollandis, ja Soomes kasutusele võetud nõelravi.

Järeldused

Käesoleva ülevaate eesmärk on panna täheldatav kanepiga seotud ravinõudluse suurenemine laiemasse analüütilisse konteksti. Sealjuures on ilmne, et paljud teadlikuma poliitilise arutelu seisukohast olulised küsimused, mis kõnealust vastuolulist teemat puudutavad, jäävad vastuseta. On ka selge, et olemasolev tõendusmaterjal ei sunni häirekella lööma, kuid samas ei anna ka põhjust rahuloluks.

Inimeste osakaal, kellel on kanepiga seotud probleeme, ei ole mõnede riikide spetsialiseeritud raviasutuste ravinõudluses sugugi tühine ja nad moodustavad suuremas ravisajate hulgas olulise alamrühma. Enamik neist on noored mehed, tavaliselt ligikaudu 20-aastased, ja alustanud kanepi tarbimist 16- või 17-aastaselt.

⁽¹⁷⁰⁾ Täiendav teave kõnealuse ja teiste ennetusprogrammide kohta on esitatud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse EDDRA andmebaasi veebisaidil (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Kanepiprobleemidega klientidel on muude uimastite tarbijatest erinevad tarbimisharjumused; peale selle võib olulisi erinevusi leida ka kanepitarbijate endi hulgas. Ravilolevate kanepitarbijate erinevaid alamrühmi iseloomustavad jooned on tõenäoliselt otseselt seotud nende vajaduste mõistmise ja seega ka sobivate lahenduste leidmisega. Olulisteks asjaoludeks on siinkohal tarbimissagedus, muude uimastite tarbimine kas praegu või minevikus ja ravile suunaja. Üldjoontes võib riikide aruannete ja ravinõudluse indikaatori andmete põhjal eristada kaheksa tüüpi kliente:

- nooremad tarbijad, sageli õpilased, suunatud ravile perekonna või õppeasutuse poolt, tarbivad ainult kanepit või mõnikord kanepit koos alkoholi või stimulantidega;
- mitme uimasti tarbijad, tavaliselt vanemad ja vähem sotsiaalselt integreeritud, sageli õigusorganite, tervishoiu- või sotsiaalasutuste poolt ravile suunatud, kõnealune rühm kattub osaliselt krooniliste uimastitarbijate rühmaga.

Lisaks on tõendeid, mis viitavad veel ühele rühmale – need on õigusasutuste poolt ravile suunatud inimesed, kes ei tarbi muid uimasteid ja on ilmselt ainult juhuslikud kanepitarbijad.

Kuidas on aja jooksul muutunud ravinõudlus peamiselt kanepiprobleemidega klientide hulgas, selle kohta väidab kättesaadav teave järgmist:

- mõnes riigis on kasvanud kriminaalkohtusüsteemi poolt ravile suunatud arv;
- kasvanud on perekonna ja muude sotsiaalsete tugivõrgustike (perekond, sõbrad, sotsiaalteenused, kool) poolt ravile suunatud arv;
- kasvanud on intensiivse (igapäevase) kanepitarbimise osakaal, kuigi igapäevased tarbijad on endiselt vähemuses;
- mõnes riigis on kasvanud sotsiaal- ja haridusprobleemide tase, kuigi teave selle kohta on puudulik.

Mõeldes ravinõudluse kasvu põhjuste üle, tundub, et ravile suunamise praktika muutumisel on olnud arvestatav mõju ja oluline osa ravile suunatud on kliendid, kes ei tarbi

uimasteid intensiivselt. Sellest olenemata pärineb vähemalt mõnes riigis suur osa ravinõudlusest kanepi intensiivsetelt tarbijatelt. Selle rühma probleemid ei ole lihtsalt mõistetavad ja on hädavajalik kõnealust valdkonda põhjalikult uurida. Tähelepanek, et enamik väga noortest ravile pöördujatest teeb seda kanepiprobleemide tõttu, osutab, et selle rühma vajadustele, suunamisviisidele ja ravimeetmetele tuleb erilist tähelepanu pöörata.

On ka oluline mõista, et ravinõudlus ei näita otseselt kanepiprobleemide ulatust ja iseloomu. Üldise rahvastiku-uuringu andmete kohaselt on intensiivne kanepi tarbimine võrreldes juhusliku tarbimisega üsna ebatavaline. Siiski tähendab kanepi laialdane tarbimine, et märkimisväärne hulk inimesi võib tarbida uimastit intensiivselt – vähemalt teataval perioodil oma elust.

Hinnanguliselt võib intensiivne tarbimine puudutada 0,5%–2% täiskasvanutest ja 1%–3% noortest täisealistest. Levimus on tõenäoliselt märkimisväärselt suurem noorte meeste hulgas. Uuringu tõendusmaterjali abil on raske saada selget pilti sellest, kui suur on probleemsete kanepitarbijate või kanepisõltlaste arv. Kuigi kanepisõltuvuse või kuritarvitamise tagajärjed on kergemad kui muude uimastite puhul, võivad need siiski avaldada märkimisväärselt mõju rahva tervisele laialdase levimuse ja asjaolu tõttu, et paljud neist, keda probleem eriti teravalt puudutab, on noored ja võivad tarbida uimastit intensiivselt oluliste arenguetappide jooksul või eriti tundlikus eas. Sotsiaalselt tõrjutud perekondade või kogukondade hulgas võib kanepisõltuvus või kuritarvitamine komplitseerida indiviidi probleeme, kahjustades nende hariduse või töökoha saamise võimalusi.

Kokkuvõttes võib öelda, et seose mõistmiseks kanepitarbimise harjumuste ja probleemide tekkimise vahel on hädasti vaja jätkata uurimistööd selles valdkonnas. Endiselt ei mõisteta täielikult, mil määral põhjustab kanepitarbimine probleeme ja milline on nende probleemide olemus. Vaja on metodoloogilisi abivahendeid, et hinnata probleeme kogu rahvastiku tasandil. Selline teave on tõhusate kanepitarbimise vastaste rahvatervise edendamise meetmete väljatöötamise, sihtrühmale kohandamise ja rakendamise eelduseks Euroopas.



Valikteema 3

Kaasnev haigestumus

Sissejuhatus

Vaimse tervise häired ja uimastitega seotud häired eksisteerivad sageli koos; kõnealust nähtust nimetatakse üldiselt topeltdiagnoosiks ning see pole sugugi uus. Siiski on selle küsimuse poliitiline ja professionaalne arutelu saanud viimaste aastate jooksul hoogu juurde, sest on selgunud, et see puudutab suurt ja tõenäoliselt üha kasvavat hulka inimesi. Käesolevas peatükis on tähelepanu keskpunktis vaimse tervise häirete ja isiksusehäirete eksisteerimine koos ebaseaduslike uimastite tarbimisega. Tegelikult võib isegi rääkida mitmete haiguste koosesinemisest, kuna inimesed, keda see puudutab, kannatavad sageli ka somaatiliste haiguste tõttu, näiteks inimese immuunpuudulikkuse viirus (HIV) või C-hepatiidi viirus, aga ka sotsiaalsete häirete tõttu, nagu perekondlikud probleemid, tööpuudus, vangistus või kodutus. Hooldus- ja raviteenused on selle klientidegrupi vajaduste suhtes tavaliselt ebapiisavalt ette valmistatud, jättes tähelepanuta ja/või olles võimetud nägema klientide probleeme tervikuna. Selle tulemuseks on sageli nn pöördkuse-sündroom, kus tõsiselt ravi vajavaid inimesi suunatakse ühest asutusest teise, samal ajal kui nende olukord ainult halveneb.

Kanepi tarbimise ja vaimse tervise häirete vahelise seose üle arutletakse pikemalt kanepiga seotud teemasid käsitlevas peatükis (lk 82).

Mõiste

Maailma Tervishoiuorganisatsioon määratleb kaasnevat haigestumust või topeltdiagnoosi järgmiselt: "psühhoaktiivsete ainetega seotud häire ja muu vaimse tervise häire koosesinemine ühel ja samal indiviidil" (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1995). ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo (UNODC) määratluse kohaselt on topeltdiagnoosiga inimene: "isik, kellel on diagnoositud alkoholi või uimastite kuritarvitamine ja lisaks sellele veel mõni muu diagnoos, tavaliselt vaimse tervise häire, näiteks meeleluhäire, skisofreenia" (ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Büroo, 2000). Teisisõnu, kaasnev haigestumus viitab selles kontekstis kahe või enama vaimse tervise häire või isiksusehäire koosesinemisele, millest üks on probleemne uimastitarbimine.

Haiguste põhjused

Kaasneva haigestumuse põhjuste väljaselgitamine annab sarnase tulemuse kana ja muna teemaliste arutlustega: kumb oli enne? Olemasolev andmestik vaimse tervise häirete ja uimastitarbimisega seotud haiguste põhjuslikust seosest on ebapiisav. Vaimse häire ja sõltuvusprobleemide sümptomid mõjutavad üksteist vastastikku.

Tõendusmaterjal viitab sellele, et vaimse tervise häired ja isiksusehäired ilmnevad tavaliselt varem kui uimastitarbimisega seotud häired, st need tõstavad indiviidi vastuvõtlikkust selliste probleemide suhtes (nt Kessler jt, 2001; Bakken jt, 2003); siiski võivad vaimse tervise häired uimastitarbimine puhul kas süveneda (nt depressioon: McIntosh ja Ritson, 2001) või esineda paralleelselt.

Uimastitarbimist võib vaadelda ka vaimse tervise häire või isiksusehäire koostisosana või selle sümptomina, kuid samas ka katsena ennast ise ravida (nt Williams jt, 1990; Murray jt, 2003). Tõsiasi, et uimastitarbimine kergendab masenduse tundemärke, soodustab sõltuvuse tekkimist. Kui lõpetada uimastitarbimine, näiteks läbi võõrutamise või asendusravi, võivad masenduse tundemärgid tagasi tulla. Ägedad, uimastite poolt esile kutsutud psühhoosid esinevad eriti just kokaiini, amfetamiini ja hallutsinogeenide tarbijate seas ja tavaliselt rauevad suhteliselt kiiresti. Siiski on vahel väga keeruline teha vahet uimastist tingitud mürgistussümptomite ja sellega mitteseotud psühhootiliste episoodide vahel.

Krausz (1996) osutab topeltdiagnoosi neljale kategooriale:

- esmaseks diagnoosiks vaimuhaigus, teiseseks uimastite kuritarvitamine, mis mõjub halvasti vaimsele tervisele;
- esmaseks diagnoosiks uimastisõltuvus, koos psühhiaatriliste komplikatsioonidega, mis viivad psühhhoosini;
- uimastite kuritarvitamise ja vaimse tervise häirete konkureerivad diagnoosid;
- uimastite kuritarvitamise ja meeleluhäire topeltdiagnoos, kusjuures mõlemad on saanud alguse varjatud traumaatilisest kogemusest, näiteks traumajärgsest stressireaktsioonist.

Samalaadselt eristab Rootsi riiklik aruanne psühhiaatriapatsiente, kes kannatavad kaasneva haigestumuse tõttu, ja kliente, kes on uimastisõltuvuses ning kellel on lisaks isiksusehäireid, mida raskendab uimastitarbimine ja mida ei diagnoosita alati adekvaatselt.

Morel (1999) eristab uimastisõltlastel tuvastatud mittespetsiifilisi vaimse tervise häireid komplikatsioonidest, mis on spetsiifiliselt seotud just uimastite tarbimisega. Uimastisõltlastel tuvastatud häirete hulka kuuluvad:

- ärevus- ja depressiivsed häired;
- unehäired, mis tulenevad depressioonist, ärevushäirest või psühhosist;
- agressiivne ja vägivaldne käitumine, mis viitab antisotsiaalsele, psühhopaatsele, skisofreensele või paranoorsele isiksusehäirele.

Probleemid, mida seostatakse just uimastite tarbimisega, hõlmavad:

- farmakopsühhosid, mida kutsuvad esile hallutsinogeensed uimastid või amfetamiinid;
- segadus seisundid.

Hiljutised uurimused neuropsühholoogia ja neurobioloogia vallas ja uue tehnika ilmumine, mis võimaldab ajus toimuvaid protsesse visuaalselt jälgida, on võimaldanud teha oletusi vaimse ja füüsilise trauma, peaaegu arengu, uimastite mõju, stressi ja vaimse arengu vastastikuste mõjude kohta. Hüvede saamine on sõltuvuse tekkimisel ülioluline ja sõltuvuskäitumine on seotud struktuuriliste muudatuste ja peaaegu kohanemisega nii mikro- kui makrotasandil (Nestler, 2001).

Teised teooriad seostavad kindlaid uimasteid teatavate kindlate vaimsete häiretega, näiteks on väidetud, et heroini võib vähendada stressi, leevendada valusid ja aidata "ähvardavate hääle" kõrvaldamisel skisofreeniliste ja piirialaste skisofreeniliste patsientide puhul; tõsise vaimuhaigusega patsiendid siiski ei tarbi heroini. Kokaiini puhul on väidetud, et see aitab leevendada depressiivseid seisundeid, lubab pingevaba käitumist ja võimaldab nartsissistlikel isiksustel ennast suurejooneliselt välja elada. Kanep võib leevendada pingeid ja *ecstasy* vabastada sotsiaalsest pidurdusest (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

2002. aasta Iirimaa riiklikus aruandes uuriti mitmete uurimuste tulemuste põhjal depressiooni uimastitarbijate hulgas ning jõuti järeldusele, et on olemas tugev seos probleemse uimastitarbimise ja kõrge depressioonitaseme vahel ja seda eriti just opiaatide ja bensodiasepiinide tarbijate hulgas. Saksamaal tehtud uuringu põhjal, mis käsitles seoseid ainetest tingitud häirete, depressiooni ja

enesetappude vahel, järeldati, et depressiivse häire käes kannatajate hulgas on enesetappude risk märgatavalt suurenenud (Bronisch ja Wittchen, 1998). On võimalik, et mõned depressiivsed inividid ravivad end opiaatide ja bensodiasepiinidega ise: klientide hulgas, kes osalevad raviprogrammides, esineb vähem depressiooni võrreldes nendega, kes osalevad nn madala lävega raviteenustes (Rooney jt, 1999) või kes alles alustavad ravi (McIntosh ja Ritson, 2001).

Norras tehtud uurimus ($n = 2359$) tuvastas, et suur hulk uimastitarbijatest on lapsepõlves või nooruses läbi elanud väga tõsiseid perekondlikke probleeme. 70% on koolis kogenud õppimisega seotud või käitumuslikke probleeme, 38% olid tagakiusamise ohvrid ja 21% olid lapsepõlves või noorukieas saanud psühhiaatrilist ravi (Lauritzen jt, 1997). Naissoost uimastitarbijate puhul, kellel esineb kaasnevaid vaimse tervise häireid, on sageli tegemist traumaatilise seksuaalse kuritarvitamise ohvritega (nt Beutel, 1999).

Diagnoosimine

Vaimse tervise häirete ja isiksusehäirete rutiinne hindamine ei ole alati standardse diagnostilise protseduuri osaks, mis viiakse läbi uimastisõltuvusravi alustamisel. Üldiselt uuritakse uimastiraviasutustes vaimseid sümptomeid ja häireid haruharva, välja arvatud mõnes teadlikumas ja/või enam spetsialiseeritud raviasutuses.

Igatahes on kaasuvaid haigusi ülimalt raske diagnoosida. Uimastisõltuvus ja sellest tulenev häiritud käitumine valdavalt domineerib kliinilises pildis ja varjab psühhiaatrilisi sümptomeid. Peale selle võib uimastite kuritarvitamine esile kutsuda psühhiaatrilisi sümptomeid, mida on vaevu võimalik eristada vaimse tervise häirete sümptomitest (Berthel, 2003), samas võivad uimastitest võõrutamine või äge mürgistus seisund samuti sarnaneda sellistele häiretele (Liappas, 2001). Veelgi enam, depressiooni ja ärevust võib vaadelda kui mürgistus/võõrutustsüklile omaseid sümptomeid; need sümptomid, mida tavaliselt uimastitega leevendada, tulevad aine ärajätmisel või asendusravi käigus uuesti tagasi.

Metoodika edusammud on kaasa aidanud mõlema, nii vaimse tervise häirete kui uimastitarbimisega seotud probleemide diagnoosimisel. Käesoleval ajal on kasutusel palju standardiseeritud ja tunnustatud vahendeid psühhiaatriliste sümptomite ja isiksusehäirete mõõtmiseks, samuti on olemas erinevaid vahendeid uimastitarbimise harjumuste ja sõltuvuse hindamiseks. Sõltuvusastme indikaator (ASI) on multifunktsionaalne vahend, mida saab kasutada diagnoosimisel, ravi kavandamisel ja järelravis

ning teaduslikes uuringutes. Sõltuvusastme indikaatori (ASI) eeliseks on see, et see on mitmemõõtmeline, mõõtes nii mineviku kui käesolevaid probleeme seitsmes valdkonnas: tervislik seisund, tööhõive ja majanduslik iseseisvus, alkoholitarbimine, uimastite tarbimine, õiguslik seisund, perekondlikud ja sotsiaalsed suhted ja psühhiaatrilised sümptomid (Krausz, 1999a; Öjehagen ja Schaar, 2003). See on standarditud ja inglise keelest tõlgitud peaaegu kõikidesse Euroopa keeltesse (EuroASI) ⁽¹⁷²⁾. Trimbose Instituut on välja töötanud ja testinud juhised niisuguste uimastisõltlaste diagnoosimiseks ja raviks, kellel on tähelepanu puudulikkuse / hüperaktiivsuse häire (ADHD) (Eland ja Van de Glint, 2001).

Levimus

Selleks, et mõõta kogu rahvastiku, psühhiaatriapatsientide ja uimastiravil olevate statsionaarsete ja ambulatoorsete patsientide hulgas vaimse tervise häirete ja isiksusehäirete levimust ja ka uimastite tarbimisharjumusi, on läbi viidud mitmeid teaduslikke uurimustöid. Tulemused, nii arvudes kui diagnooside seisukohast, varieeruvad suuresti, sõltudes uurimisaluste arvust ja valimist, valikumeetoditest, diagnostilistest oskustest ja pädevusest, kasutatud diagnostiliste vahendite põhjendatusest ja usaldusväärsusest ning uurimisperioodi pikkusest.

Uchtenhagen ja Zeiglgänsberger (2000) järeldasid teiste uuringute ülevaates, et kõige sagedamini esinev psühhiaatriline diagnoos uimastitarbijate hulgas on isiksusehäire (50%–90%), seejärel afektiivsed häired (20%–60%) ja psühhootilised häired (20%). Enam kui ühe kaasuva vaimse tervise häire või isiksusehäire tõttu kannatab 10%–50% kõikidest patsientidest.

Uimastisõltlaste psühhopaatoloogia valdkonna rahvusvaheliste uuringute ülevaates tõi Fridell (1991, 1996) välja uimastisõltuvusega kaasuvate haiguste kliinilise pildi, mida on kinnitanud tema enda uuringud Lundis, Rootsis. Võib eristada kolme peamist häirete rühma: isiksusehäired (65%–85%), depressioon ja ärevus seisundid (30%–50%) ning psühhootid (15%). Verheul (2001) leidis oma kuue uuringu ülevaates, mis kõik käsitlesid ravitud uimastisõltlasti, et kõige sagedamini esinenud isiksusehäired olid antisotsiaalne (23%), piirialane (18%) ja paranoidne isiksusehäire (10%).

Paljud uimastite valdkonna asjatundjad leiavad, et uimastisõltuvuse levimus koos vaimsete häiretega on suurenenud, kuigi osa eksperte arvab, et seda põhjustab suurem teadlikkus kõnealusest probleemist ja/või muudatused diagnoosimisel ja vaimse tervise häirete

klassifikatsioonis ja/või tervishoiusüsteemi ümberstruktureerimine. Soomes on patsientide haiglast väljakirjutamise registri kohaselt raviperioodide arv, mis on seotud uimastisõltuvuse ja samaaegsete vaimse tervise häiretega, kasvanud 441-lt 1987. aastal 2130-le 2001. aastal. Raviperioodide arv seoses psüühikahäiretega kombineeritud opiaaditarbimisega on võrreldes 1996. aastaga kolmekordistunud. See on uimastitarbimise kasvuga kooskõlas, kuigi otsesele põhjuse ja tagajärje seosele ei ole viidatud. Iirimaa kasvas ajavahemikul 1990–2001 esmakordselt ravile tulevate uimastitarbijate vastuvõtt statsionaarsesse psühhiaatriaravi osakonda peaaegu neljandiku võrra.

Hispaania riiklikus aruandes märgitakse, et täheldatud kaasnevate haiguste levimuse kasv võib osaliselt olla põhjustatud psühhostimulantide sõltuvuses olevate inimeste arvu kasvust.

Kaasnevate haiguste levimus raviasutustes

Tabel 7 esitab mõnede uuringute tulemuste üksikasju kaasneva haigestumuse levimuse kohta liikmesriikide uimastiraviasutustes ja psühhiaatriahaiglates vastavalt riikide aruannetele. Psühhiaatriahaiglatest ei ole andmed uimastisõltuvuse kohta nii kergesti kättesaadavad kui teave psüühiliste häirete kohta uimastiraviasutustest. Kuigi selles ülevaates esitatud uurimused ei ole omavahel võrreldavad, annavad need aimu situatsioonist Euroopa Liidu riikides. Märkimisväärsed erinevusi esines nii uuritud inimrühmade, valitud diagnostiliste kriteeriumide, kasutatud vahendite kui ka diagnoosimise aja osas. Eespool mainitud põhjustel on tõenäoline, et mitmel juhtudel esineb ka aladiagnoosimist.

Kreekas ja Prantsusmaal läbi viidud võrdlev uurimus tuvastas, et kuigi üldiselt on psühhopaatoloogia tase ravil olevate opiaaditarbijate hulgas mõlemas riigis suhteliselt sarnane, varieeruvad psühhopaatoloogilised mudelid: võrreldes Kreeka uimastitarbijatega oli afektiivsete tervisehäirete levimus Prantsusmaa uimastitarbijate hulgas suurem (19% vs. 7%), kusjuures antisotsiaalsed isiksusemudelid olid enam levinud Kreeka valimis (20% vs. 7%). Uurimuste autorid panid selle tõsiasja Kreekas vähem levinud uimastitarbimise arvele: "mida rangemalt on piiritletud sotsiaalselt vastuvõetamatu käitumine, seda tõenäolisem on, et sotsiaalselt hõlbinud individidid on sellega seotud" (Kokkevi ja Facy, 1995).

Üks Norra uurimus analüüsis soolisi erinevusi mitmete ainete kuritarvitajate (85% nendest olid heroiniitarbijad) ja puhtalt alkohoolikute vahel. Valim hõlmas väga suurt vaimse tervise häirete ja isiksusehäiretega uurimisobjektide

⁽¹⁷²⁾ Vt Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse hindamisvahendite pank (<http://eib.emcdda.eu.int>).

Tabel 7: Kaasneva haigestumuse levimus ravikeskkonnas Euroopa Liidu eri riikides

Riik	Keskkond	Üldkogum	n	Kaasneva haigestumuse levimus (%)	Diagnoosid	Allikas
Belgia	Psühhiaatriahaiglad ja psühhiaatriateenused üldhaiglates	Vastuvõtt haiglaravile uimastiprobleemide tõttu (1996–1999)	18 920	86	skisoidne, paranooidne, skisotüüpne: 86% depressioon: 50% isiksusehäired: 43%	Psühhiaatriliste miinimumandmete andmebaas (1)
Tšehhi Vabariik	Ravikommunid	Resideeruvad patsiendid (2001–2002)	200	35	isiksusehäired: 14% depressioon: 7% neurootilised häired: 6% söömishäired: 5%	Tšehhi riiklik aruanne (1)
Saksamaa	Ravikeskused	Opiadisõltlased	272	55	stress ja somatiformsed häired: 43% afektiivsed häired: 32% foobiad: 32% depressiooniepisoodid: 16%	Krausz (1999b) (1)
Kreeka	Vangla ja raviteenistused	Opiadisõltuvusega mehed	176	86	ärevus: 32% afektiivsed häired: 25% skisofreenia: 6%	Kokkevi ja Stefanis (1995) (1)
Hispaania	Metadoonasendusravi	Opiadisõltuvusega isikud	150	–	piirialane isiksusehäire: 7% antisotsiaalne isiksusehäire: 6% sotsiaalfobia: 6% depressioon: 5%	Hispaania riiklik aruanne (1)
Prantsusmaa	Metadoonasendusravi	Opiadisõltuvusega isikud	3936	–	ärevus: 4% depressioon: 3% käitumishäired: 3% söömishäired: 2%	Facy (1999) (1)
Liimaa	Psühhiaatiline haiglaravi ägedateks juhtudeks	Esmavastuvõtt haiglaravile uimastisõltuvuse diagnoosi tõttu (1996–2001)	1874	26	depressioon: 21% skisofreenia ja muud psühhosid: 11% isiksusehäired: 19%	Siseriiklik psühhiaatrilise haiglaravi aruandlussüsteem (1)
Itaalia	Vaimse tervise teenused	Eluaegsed uimastite tarbijad	58	> 22	meeleoluhäired: 22% ärevus: 21% skisofreenia: 16%	Siliquini jt (2002) (1)
Luksemburg	Spetsialiseeritud uimastiravi	Eelnevalt psühhiaatrilise raviga, v.a detoksikatsioon, kokku puutunud patsiendid (1996–2002)	380	32	–	AST/RELIS (2002) (1)
Holland	Hollandi elanikkond	Uimastisõltlased vanuses 18–64 (1996)	–	–	depressioon: 29% sotsiaalfobia: 29% bipolaarne häire: 24% düstüümia: 22%	Ravelli jt (1998) (1)
Austria	Mitmesugused raviteenused (ülevaade)	Uimastitarbijad	–	41–96	isiksusehäired, antisotsiaalsed häired, piirialane isiksusehäire, nartsissism	Austria riiklik aruanne (1)
Portugal	Xabregas CAT ravikeskus	Uimastitarbijad	596	> 73	obsessiiv-kompulsiivne häire: 73% depressioon: 72% somasatsioon: 60% paranoilised mõtted: 58%	Portugali riiklik aruanne (1)
Soome	Haiglad	Uimastiga seotud haiglaraviperioodid (2002)	2180	29	paranoilised mõtted: 58% psühhootilised häired: 32% meeleoluhäired: 28% neurootilised häired: 10% isiksusehäired: 29%	Patsientide haiglast väljakirjutamise register
Rootsi	Lundi Ülikooli haigla	Detoksikatsioonipatsiendid (1977–1995)	1052	83	antisotsiaalne isiksusehäire: 23% mis tahes psühhos: 14% depressiivne häire: 11%	Fridell (1996) (1)
Ühendkuningrik	Sõltuvusravi kommunis või ambulatoorselt	Uimastisõltuvusega patsiendid, 90% opiaadisõltuvusega	1075	> 33	psühhootilisus ärevus depressioon paranoia	Marsden jt (2000) (1)

Märkus: Andmed käesolevas tabelis viitavad eri ajavahemikele (nt eluaegsed või eelmise aasta diagnoosid).

–: Andmed ei ole kättesaadavad.

(1) Rohkem üksikasju selle uuringu kohta leidub aastaaruande elektroonilise versiooni tabelis 12 OL: Kaasneva haigestumuse tabelid riigiti.

osakaalu (93%). Üldiselt, võrreldes meestega, esines naiste hulgas oluliselt enam raskeid depressioone, kergemaid foobiaid ja piirialaseid isiksusehäireid. Antisotsiaalse isiksusehäire kaasumist esines kõige enam uimasteid kuritarvitavate meeste hulgas, kes tarbisid mitut uimastit (Landheim jt, 2003).

Levimus – vanglad ja sundravi

Vangistuses elav elanikkond väärrib erilist tähelepanu. Vaimse tervise häirete levimus, nagu ka uimastitarbimise levimus on palju suurem vangide kui kogu rahvastiku hulgas. Iirimaa andmetel on 48% meesvangidest ja 75% naisvangidest vaimsete häiretega, samal ajal on 72% meesvangidest ja 83% naisvangidest väitnud, et nad on oma elu jooksul uimasteid tarbinud (Hannon jt, 2000). 1999. aastal oli Viini politsei arestimajja paigutatud probleemsetest uimastitarbijatest 23% vaimse tervise probleemidega (Dialog, 2000). Vanglakaristust kandnud uimastitarbijate hulgas on relapsimäär kõrge ning on jõutud äratundmiseni, et vangistus võib vaimse tervise probleemidele negatiivselt mõjuda. Olukord on veelgi halvem vanglates, kus hoitakse pikaajalist karistust kandvaid vange, ja kinnistes vanglates.

Rootsis leiti, et sundravil olevate täiskasvanute hulgast kannatas 72%–84% vaimse tervise probleemide käes, lisaks sellele olid nad ka uimastite kuritarvitajad (Gerdner, 2004). Lastele ja noortele mõeldud sundravi programmist osa võtnud 46 uimastisõltuvuses olnud tüdrukust diagnoositi kahel kolmandikul vaimse tervise häireid või isiksusehäireid (Jansson ja Fridell, 2003).

Takistused kaasnevate haiguste ravil

Üks peamisi takistusi kaasnevate haiguste diagnoosimisel ja ravil on tõsiasi, et psühhiaatriatöötajatel on vähe teadmisi uimastiravi ja uimastiravitöötajatel psühhiaatria vallast. Nende kahe eriala paradigmat on üpris erinevad: üks baseerub teadusharudel, nagu arstiteadus ja loodusteadus, teine aga psühhosotsiaalsetel meetoditel ja teooriatel. Lisaks sellele on vaimse tervise teenuste filosoofia tavaliselt eelkõige seotud indiviidi ja ühiskonna turvalisuse säilitamisega, samas kui uimastiravi asutused ootavad klientidelt teatavat motiveeritust raviletulekul. Need erinevad lähtepunktid segavad sageli üldise, integreeritud arusaama teket.

Nagu eespool mainitud, ei õnnestu sageli kummalgi, ei psühhiaatril ega uimastiravi teenistustel kindlaks teha, kui paljudel patsientidel on kaasnevaid haigusi. Kui topeltdiagnoosiga patsiendid soovivad saada ravi, siis nende ägedaid psühhiaatrilisi sündroome peetakse sageli eksikombel uimastite poolt esilekutsutud sümptomiteks, või

vastupidi, ärajätku- või mürgistusilminguid peetakse ekslikult psühhiaatrilisteks haigusteks. Liiga sageli kalduvad psühhiaatrid saatma kaasnevate haigustega inimesi sõltuvusravile ja sõltuvusraviasutused saadavad patsiendid omakorda viivitamatult tagasi – või vastupidi. Sellistes tingimustes on võimatu tagada ravi järjepidevust. Isegi kui kaasnevad haigused on diagnoositud, ei võeta neid edasiste ravimeetmete käigus sageli arvesse (Krausz jt, 1999). Sama kehtib ka psühhiaatrilisel ravil olevate probleemsete uimastitarbijate puhul, kes tavaliselt ei saa mingit uimastitega seotud ravi (Weaver jt, 2003). Need üldistused ei välista loomulikult tõsiasja, et mõned psühhiaatria- ja uimastiraviteenistused saavutavad kaasnevate haigustega patsientide juures väga häid tulemusi.

Lisaks sellele suhtutakse psühhiaatriaiglates tihti kahtlustavalt isikutesse, kelle puhul on kindlaks tehtud, et nad tarbivad uimasteid, ja nende ravilevõtmisest võidakse keelduda, sama võib juhtuda ka asendusravil olevate stabiilsete uimastitarbijatega. Analooiliselt võidakse psühhiaatriliste probleemidega klientide puhul keelduda uimastiravist. Hispaanias näiteks ei võta enamik psühhiaatrilise ravi asutusi ravile uimastiprobleemidega kliente ja nende töötajatel puudub ka vastav koolitus. Austria psühhoterapeutide hulgas läbiviidud uurimus näitab, et vaid mõned neist on nõus klientidena vastu võtma inimesi, kellel on uimastitarbimisega probleeme (Springer, 2003). Itaalia andmete põhjal võib öelda, et seal puuduvad kindlad reeglid patsientide suunamiseks uimastiraviasutustest psühhiaatriaiglatesse, ning et viimaste puhul on märgata ka soovimatust, sest puudub vajalik asjatundlikkus. Norras on täheldatud, et suunamine madala lävega uimastiraviasutustest psühhiaatrilisele ravile on keeruline.

Kreekast on teada antud, et 54% uimastiraviprogrammidest ei võta ravile uimastitarbijaid, kellel on vaimse tervise häireid. Sloveenias ja ka teistes riikides nõuavad ravimivaba ravi asutused, kus kliendid ka elavad, ravilevõtu eeltingimuseks, et kliendid ei tarvitaks absoluutselt ühtegi ravimit. Topeltdiagnoosiga patsientide puhul on see tõsiseks takistuseks ravimisel, sest täielik karskus nõuaks teiste raviprogrammide lõpetamist ja see ei ole alati võimalik.

Ravi struktuur

Rahvusvahelistes allikates kirjeldatakse kolme ravimudelit kaasnevate haiguste korral.

1. *Järjestikune või seeriaviisiline ravi.* Vaimse tervise häireid ja uimastite kuritarvitamist ravitakse järjestikku ja teenused on omavahel vähesel määral seotud. Tavaliselt saavad patsiendid kõigepealt ravi seoses

oma kõige raskemate probleemidega ja kui see ravi on lõpetatud, võimaldatakse neile ravi seoses muude probleemidega. See mudel võib viia patsientide edasitagasi suunamiseni erinevate asutuste vahel, kusjuures ükski ei suuda nende vajadusi rahuldada.

2. *Paralleelravi*. Kahe erineva häire ravi toimub samal ajal ning selleks teevad uimastiravi- ja psühhiaatrilise ravi asutused koostööd. Need kaks erinevat ravivajadust rahuldatakse sageli erinevate terapeutiliste lähenemiste abil ja psühhiaatria ravimudel ei pruugi olla kooskõlas psühhosotsiaalse uimastisõltuvusravi suundumusega.
3. *Integreeritud ravi*. Raviteenust osutatakse kas psühhiaatrilise ravi või uimastiravi asutuses või spetsiaalse kaasnevate haiguste raviprogrammi raames. Välditakse erinevate raviasutuste vahelist ristravile suunamist. Ravi hõlmab motiveerivat ja käitumuslikku sekkumist, relapsi ennetamist, farmakoteraapiat ja sotsiaalset lähenemist (Abdulrahim, 2001).

Euroopa Liidu maades tegelikult valitsevat kaasnevate haiguste ravisituatsiooni, mida on riiklikes aruannetes kirjeldatud, ei ole lihtne liigitada kõnealusesse kolme kategooriasse. Integreeritud ravimudelit nähakse kui ideaali, aga see on raskestisaavutatav standard. Asjakohane andmestik on tavaliselt pärit väljastpoolt Euroopat. Austraalia riiklikus kaasnevate haiguste ravi projektis (Austraalia tervishoiu ja vananemisega seotud küsimuste ministeerium, 2003) jõuti kirjanduse põhjal järeldusele, et lähenemisi kaasneva haigestumusega klientide ravikorraldusele ja hooldusele ei ole süstemaatiliselt uuritud ega täpselt hinnatud, seda osaliselt seepärast, et inimesi, kes kannatavad samaaegselt uimastisõltuvuse ja psüühiliste häirete käes, on äärmiselt raske uurida, muude põhjuste hulgas ka nende korrapärase elustiili tõttu. Üks teine uurimus jõudis järeldusele, et on olemas tõendusmaterjali selle kohta, et integreeritud ravi annab topeltdiagnoosiga inimeste puhul positiivseid tulemusi nii vaimse tervise kui uimastisõltuvuse osas (Drake jt, 1998). Vaid üks uurimus on võrrelnud integreeritud ravi paralleelraviga, aga selle tulemusena ei selgunud mingeid märkimisväärsi erinevusi kahe lähenemise vahel, ning üheski uurimuses ei ole võrreldud integreeritud ravi järjestikuse raviga.

Järjestikune ravi

Mõned asjatundjad näiteks Taanis (Andreason, 2002), Ühendkuningriigis (Tervishoiuministeerium, 2002a) ja Norras (*Sosial- og helsedepartementet*, 1999) arvavad, et raviasutused või vähemalt need raviasutused, mis on

mõeldud raskete vaimsete häirete ja uimastisõltuvusega patsientidele, peaksid põhinema psühhiaatrilise ja vajadusel kaasama väljastpoolt uimastiraviarste. Taanis on ametlikult "ehitatud sillad" psühhiaatria haiglate ja uimastiravi asutuste vahele. Luksemburgis ja Norras on psühhiaatrilise ravi asutused võtnud erimeetmeid, et jõuda patsientideni, kellest paljudel on tõsised probleemid seoses uimastite kuritarvitamisega, skisofreenia varases staadiumis, sest uurimused on kinnitanud, et varajane ravi parandab raviprognosi.

Tšehhi Vabariigi aruande kohaselt tuleb uimastisõltuvusega seotud probleeme võrreldes vaimsete häiretega käsitleda kui kiiremat lahendust vajavaid probleeme, sest psüühikahäireid on keerulisem ravida, kui sõltuvus moonutab kliinilist pilti. Siiski praegu võtab 10%–20% Tšehhi uimastiravil olevatest klientidest psühhiaatri poolt väljakirjutatud ravimeid – selline situatsioon oli veel mõned aastad tagasi kujuteldamatu. Ka Kreekas on uimastiravil olevate klientide hulgas psühhiaatriliste sümptomite ravi veel harvaesinev. Kreeka kriminaalkohtusüsteem peab vaimse tervise häireid siiski domineerivaks võrreldes uimastisõltuvusega ning kaasuvate haigustega õigusrikkujad saadetakse kas vanglast või uimastiravikommunist psühhiaatria haiglasse (K. Matsa, isiklik vestlus, 2004). Hispaanias ravib uimastite tarvitajaid tavaliselt uimastiravi asutus ja psühhiaatri juurde suunatakse patsient vaid siis, kui häired on nii tugevad, et vajalik on haiglaravi.

Paljud asjatundjad on juba ammu väitnud, et uimastisõltuvuse probleemidega inimeste puhul tuleb vältida farmakoteraapiat, sest suureneb kombineeritud sõltuvuse risk, näiteks sõltuvus heroini ja bensodiasepiinide suhtes, aga seda teooriat on hakatud uuesti ümber hindama (nt Popov, 2003). Mõnel juhul esineb kalduvust uimastitarbijatele valimatult psühhofarmakone välja kirjutada, osaliselt seetõttu, et puudub piisav aeg, et läbi viia vajalikke uuringuid. Austria riiklik aruanne toob välja, et uimastitarbijate vähene koostöövalmidus raskendab psühhiaatriliste seisundite farmakoloogilist ravi ning lisaks sellele võib uimastite ja ravimite kombineeritud tarbimine viia ebaseaduslike narkootiliste ainete ja määratud ravimite vahelise toime vastastikuse mõjuni või väljakirjutatud ravimi neutraliseerimiseni – seda juhul, kui puudub korralik kontroll.

Paralleelravi

Psühhiaatrilise ravi ja uimastiravi asutuste jagatud vastutus ühe kliendi ravi eest paralleelravi mudeli näol on praktikas endiselt harvaesinev nähtus. Kohalikud töörühmad, mis hõlmavad nii uimastiravi kui psühhiaatrilise ravi asutuste

Tabel 8: Integreeritud raviteenused Euroopa riikides

Riik	Integreeritud raviteenused
Belgia	Integreeritud teenuste areng teostatavsuuringu etapis
Saksamaa	Esimesed algatused 20 aastat tagasi. Integreeritud ravi kättesaadavus ikka veel ebapiisav
Kreeka	Üks integreeritud programm algas 1995. aastal ja pakub kahte erinevat ravivõimalust vastavalt psüühikahäire raskusastmele. Tulemused on olnud positiivsed
Hispaania	185 keskust, ravitud 4803 kaasneva haigestumusega klienti 2002. aastal. Üks spetsialiseeritud integreeritud üksus Kataloonias ja üks ravikommun Kantaabrias kaasneva haigestumusega patsientide jaoks, kes vajavad institutsionaalset ravi
Holland	Kaks spetsialiseeritud osakonda integreeritud haiglaraviks. Tegevuse hindamine parima praktika väljatöötamiseks kestab
Austria	Koostöö uimastiraviteenistuse ja lähedalasuva psühhiaatriaigla vahel; mõned haigla psühholoogid töötavad uimastiravipunktis. Patsiendid on uimastiravipunktis ja suunatakse haiglasse ainult juhul, kui psühhiaatrilised nähud muutuvad liiga raskekujuliseks
Ühendkuningriik	Mitu integreeritud teenistust eri ravikommunites. Määratud on mitu arsti, kes teostavad topeltdiagnoosimist, töötades kas uimastiraviteenistuses või psühhiaatriaiglas
Norra	Üks integreeritud projekt Oslo psühhiaatriakeskuse juures. Järelkontroll ja järelhindamine kuni kahe aasta jooksul, keskendudes põhivajadustele, nagu elamispiind, töö, sotsiaaltoetused ja sotsiaalsed suhted

esindajaid, on siiski tihti oluliseks kogemuste ja teabe vahetamise ning koostöövõimaluseks. Prantsusmaal, Itaalias ja Hollandis kohustavad ametlikud eeskirjad või juhendid uimastiraviasutusi hoidma lähedasi suhteid ja eelistatavalt sõlmima piirkondlikke kokkuleppeid psühhiaatrilise ravi asutustega ravilesuunamismenetluste ja kliinilise teabe vahetamise kohta (Olin ja Plaisait, 2003). Enam kui pooled topeltdiagnoosiga Hollandi patsiendid ei usu siiski, et selliste kokkulepete olemasolu annaks paremaid ravitulemusi (Van Rooijen, 2001).

Luksemburgis ja Austrias võivad uimastiraviasutuste töötajad jälgida oma klientide ravi, kes on suunatud psühhiaatriaiglastesse. Ühendkuningriigi juhistes rõhutatakse, et nii sõltuvus- kui psühhiaatrilise ravi asutuste spetsialistid peaksid mõlemad tegelema topeltdiagnoosiga klientide ravi kavandamisega, et otsustada ravi käigu üle (tervishoiuministerium, 2002a).

Integreeritud ravi

Selle mudeli kohaselt tegeleb mõlema häire raviga üks ja sama meeskond. Meetodi eeliseks on, et kliendile ei edastata kahte vasturääkivat sõnumit. Mõnes riigis teevad sellise integratsiooni keeruliseks eraldi haldussüsteemid (nt Hispaania) või erinevad rahastamissüsteemid (nt Saksamaa).

Enamikus riikides on kaasneva haigestumusega patsientidele olemas vaid mõni üksik spetsiaalne integreeritud programm või asutus ja ravi kättesaadavus ei rahulda kaugeltki nõudlust, nagu võib näha tabelis 8 olevast teabest.

Kõige tavalisem integreeritud ravimudeli rakendusvorm on psühhiaatrite palkamine uimastiraviasutustesse ja/või

uimastiravi spetsialistide palkamine psühhiaatriaiglastesse. See on väiksemate piirkondade puhul ilmselt kõige praktilisem lahendus, kuna seal ei ole spetsialiseerunud, integreeritud kliinikud elujõuliseks lahenduseks. Alates 2002. aastast on uimastiraviga tegelevatel üldarstidel Hispaanias võimalik saada psühhiaatriaspetsialisti nimetus, kui nad sooritavad vastava eksami ja omavad dokumenteeritud kogemust vaimsete häiretega patsientidega töötamisel. Portugalis on raviasutuse akrediteerimiseks ja sertifitseerimiseks kohustuslik palgata töötajaskonda vähemalt üks psühhiaater. Siiski ei ole mitte kõigil uimastiraviasutustes töötavatel psühhiaatritel alati piisavat erialast teadmistepagasit ja väljaõpet selleks, et ravida uimastisõltlasi, ja seetõttu võib osutuda vajalikuks spetsiaalne jätkukoolitus.

Juhtumikorraldus

Juhtumikorraldus on patsiendi ravi koordineerimise meetod selleks, et tagada individualiseeritud järjestik- või samaaegne ravi ja pakkuda patsiendile tuge kogu ravi vältel; selline süsteem on Euroopa Liidus esialgu harvaesinev. Prantsusmaa on teatanud, et uimastiraviasutuste ja psühhiaatrilise ravi asutuste vaheline koostöö on loomisjärgus ning et eesmärgiks on ühiselt organiseerida psüühikahäirete ja uimastisõltuvusega patsientide vastuvõtt ravile ja juhtumikorraldus; selline koostöö piirdub sageli siiski teatava kindla haigusjuhtumiga. Nii Luksemburgis kui Hollandis on spetsialistid jõudnud arusaamisele, et juhtumikorraldus on kõige tõhusam meetod topeltdiagnoosiga patsientidega tegelemisel, aga see on kallis ja aeganõudev ja nõuab lisaks veel spetsiifilisi erialaseid oskusi. Mõnes riigis on

siiski rakendamisel teatav juhtumikorralduse liik, mida teatakse kui "järgkindlat ühiskondlikku ravi" (*assertive community treatment*, vt allpool).

Ravimeetodid ja head ravikogemused

Kaasnevate haigustega patsientide ravile on iseloomulikud mitmed probleemid ja see on töötajaskonnale äärmiselt kõrgeid nõudmisi esitav ja sageli rahuldust mittepakkuv töö. Patsientidega on sageli raske toime tulla nende häiritud ja agressiivse sotsiaalse käitumise, seda eriti just raskemate isiksusehäiretega patsientide puhul, ning nende emotsionaalse ebastabiilsuse tõttu. Vastupanu või allumatus ravieeskirjadele ja nõuetele, näiteks kokkulepitud kohtumistele ilmutata jätmine või ravimite võtmata jätmine on tavaline nähtus ja sellest tulenevat pettumust suurendab asjaolu, et ka suhe patsiendiga on rahuldust mittepakkuv. Edu on üldiselt vähe ja ravi katkestanute arv on kõrge, mis muudab ravi aeganõudvaks ja kalliks ja samal ajal ka töötajaskonnale pettumust valmistavaks, kes mitte just üllatuslikult kogevad sageli kannatamatuse, allasurutud vaenulikkuse ja läbipõlemise sümptomeid. Puudujäägid järelelavis ja ravijärgses hoolduses põhjustavad kõrge relapsimäära ning nii vaimse tervise häired kui uimastitega seotud probleemid muutuvad krooniliseks. Teisest küljest on klientidel olnud tugiteenustega seoses mitmeid negatiivseid kogemusi ja ravi võib seetõttu muutuda neile vastumeelseks.

Vaatamata sellele keerulisele situatsioonile tegelevad asjatundjad kogu aeg tõhusamate lähenemisviiside uurimise ja arendamisega. Regulaarsed, interdistsiplinaarsed haigusjuhtumite läbiarutamised ja intensiivne koostöö võivad töötajaskonna vahelisi arusaamatusi vähendada ja nende tööd parandada. Sellised pingutused annavad kõikidele asjaosalistele klientidest põhjalikuma ülevaate ja aitavad arendada parimat ravipraktikat või hooldusstrateegiaid. Ravikvaliteet on positiivsete tulemuste saamiseks kõige olulisem tegur.

Nagu nii mõneski uimastitega seotud valdkonnas, on dokumenteerimine, hindamine ja uurimistöö kaasneva haigestumuse ravimise vallas kahetsusväärset kesine. Tõendusmaterjal selle kohta, milline ravimeetod on kõige efektiivsem, ei ole kaugeltki selgepiiriline. Organisatsioon Cochrane Collaboration uuris psühhosotsiaalseid raviprogramme (Ley jt, 2003). Uurimismaterjal oli piiratud: kuus uurimust, millest neli olid väikesed ning kõik kuus olid ülesehituse ja aruandluse seisukohast suhteliselt nõrga tasemega. Peamine tulemus oli, et "puudub selge tõendusmaterjal, mis toetaks ükskõik millise uimastiraviprogrammi eeliseid tüüprii ees patsientide puhul, kellel on tõsiseid psüühilisi haigusi". Sellest

uurimusest järeldati, et "raskete psüühiliste häiretega klientide puhul peab uute spetsiaalsete uimastiraviteenuste rakendamine toimuma lihtsate, hästi läbimõeldud ja kontrollitud kliiniliste katsetuste kaudu".

Rahvusvaheliste alkoholi- ja uimastiraviuuringute laiahaardelises ülevaates leiti vaid kaheksa randomiseeritud uurimust raske vaimse häirega uimastisõltlaste kohta (Jansson ja Fridell, 2003). Väljalangevus oli väga kõrge juba enne ravi alustamist. Veidi aega hiljem tehtud järelküsitlus näitas, et institutsionaalne ravi, eriti just ravikommunites, andis paremaid tulemusi elamistingimuste ja uimastitarbimise seisukohast, kuid mitte psühhiaatriliste sümptomite mõttes.

Mõned tunnused on olulised kõikide ravisituatsioonide puhul. Allpool toodud soovitusel on võetud ülevaadetest ja meta-analüüsides rahvusvaheliselt avaldatud randomiseeritud kontrollitud uimastiraviuuringuste kohta (Berglund jt, 2003).

1. Uimastitarbimise harjumus(t)e muutmisele tuleb pöörata pidevat tähelepanu.
2. Sekkumised peavad olema struktureeritud.
3. Sekkumised peavad olema piisavalt pikaajalised selleks, et neil oleks mõju.
4. Sekkumine peaks kestma vähemalt kolm kuud, soovitatavalt aga kauem.

Ühendkuningriigi tervishoiuministeeriumi juhistes (Tervishoiuministeerium, 2002b) ja uurimusprojektides ja kirjanduse ülevaadetes (nt Crawford, 2001) on hakatud topeltdiagnoosi küsimusele omistama suuremat tähtsust. Tõendusmaterjal pärineb peamiselt Põhja-Ameerikast, vähem kui 10% Crawfordi andmetest on võetud Ühendkuningriigi uurimustest.

Hollandi ülevaate kohaselt rahvusvaheliste uurimuste kohta on potentsiaalselt tõhusaks juhtumikorralduse mudeliks "järgkindel ühiskondlik ravi", mis hõlmab struktuurilisi (juhtumite hulk, meeskonnatöö, koostöö teiste tervishoiustöötajatega), organisatoorseid (selgesõnalised kaasamiskriteeriumid, uute klientide limiteeritud ravilevõtt, ööpäevane kriisiabi) ja sisulisi (igapäevastes olukordades pakutav tugi ja hooldus, aktiivne lähenemine, sagedased kontaktid) aspekte (Wolf jt, 2002). Ühendkuningriigis Birminghamis saavad järgkindla ühiskondliku ravi teostusmeheskonnad väljaõpet, kuidas kasutada käsiraamatul põhinevat lähenemist, kognitiiv-käitumuslikku integreeritud teraapiat. Teostusmeheskonnad saavad jätkuvat tuge raviteenuse osutamisel klientidele ning neid hinnatakse nii tegevuse kui tulemuse järgi (Kuningliku Psühhiaatriakolledži uimastite kuritarvitamise alase ravi

õppetooli ja Maailma Psühhiaatriaassotsiatsiooni ühiskoosolek, 2003). Norras katsetatakse mõnda järjekindla ühiskondliku ravi põhimõtetel töötavat integreeritud meeskonda.

Alljärgnev ülevaade sisaldab tõendeid heade ravikogemuste kohta, vastavalt Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruannetele:

- Hamburgi uimastiraviasutuses viidi läbi jätku-uurimus 219 raviloleva opiaadisõltlase hulgas, mis näitas heroini ja kokaiini tarbimise vähenemist kaheaastase perioodi jooksul. 47% puhul oli positiivseid muutusi seoses vaimse tervise häiretega (Krausz jt, 1999).
- Üks Itaalia uurimus leidis, et metadooni säilitusravi tulemused ei olnud raskete või kergemate psühhiaatriliste sümptomitega patsientide hulgas märkimisväärselt erinevad, ei ravi katkestamise ega heroini tarbimise mõttes. Siiski paistab, et raskemate vaimse tervise häiretega kliendid vajasid keskmiselt suuremaid metadooniannuseid (Pani jt, 2003).
- Dialektiline käitumisteraapia ⁽¹⁷³⁾ on ravivõimalus, mis paistab olevat just eriti sobilik uimastisõltuvuse probleemidega naiste puhul, kellel on lisaks raske piirialane isiksushäire ja/või kalduvus enesetapule. Tuleb siiski tõdeda, et tõendusmaterjali on vaid mõne uurimuse jagu. Hollandi teadlaste juhitud dialektilise käitumisteraapia eksperimendi käigus selgus, et nii katserühmas kui tavalises ravirühmas olid tulemused positiivsed ja mõlemas vähenes ennasthävivate käitumine. Katserühmas vähenes alkoholitarbimine märgatavalt rohkem, samas aga ei olnud uimastitarbimise osas märkimisväärsed erinevusi (Van den Bosch jt, 2001).
- Ühe Rootsi uurimuse raames korraldi raviperioodi vältel sõltuvusastme indikaatori (ASI) küsimustiku täitmist, järgides pidevalt kvaliteedi tagamise mudelit, ning saadi tulemuseks, et kaks aastat pärast ravi lõpetamist oli 46% ravilolnutest hoidunud uimastite tarbimisest. Topeltdiagnoosiga patsientide hulgas näitas sõltuvusastme indikaator (ASI) tõsisemat probleemi kui patsientide hulgas, kellel ei olnud diagnoositud psühhhoosi. Üldiselt, oli väikeseid muudatusi isiksuse profiilis ja sümptomites, aga mitmete patsientide puhul oli jätku-uuringute ajaks elukvaliteet tõusnud ja situatsioon stabiilsem (Jonsson, 2001).

- Ühendkuningriigis leidsid Barrowclough jt (2001), et motiveerivate vestluste, kognitiivse käitumisteraapia ja perekonna sekkumise kombineerimine aitas olulisel määral kaasa patsientide paranemisele, kellel oli nii skisofreenia kui uimastite kuritarvitamise probleem.
- Norra kaasneva haigestumusega patsientide raviuurimuste ülevaade jõudis järeldusele, et parim ravi viis agressiivse ja impulsiivse käitumise puhul on vastanduv, struktureeritud rühmaterapia koos pereteraapiaga. Depressiivse või ärevushäirega patsiendid saavad enam abi individuaalsest psühhoterapiast ja toetavast rühmaterapiast (Vaglum, 1996).

Uurimistöö

Euroopa Liidu teadus- ja arendustegevuse viienda raamprogrammi raames on hiljuti alustatud uurimisprojektiga topeltdiagnoosi kohta. See kavandatav mitme keskpunktiga uurimus, mis hõlmab Taanit, Prantsusmaad, Poolat, Šotimaad, Inglismaad ja Soomet, on mõeldud selleks, et kirjeldada topeltdiagnoosiga patsientidele mõeldud teenuste korraldust seitsme riigi psühhiaatrilise ravi asutustes ja võrrelda topelt- ja ühe diagnoosiga patsientide haigestumust ja teenuste kasutamist 12 kuu jooksul. Uuritakse aspekte, nagu sõltuvuse aste, psühhiaatrilised sümptomid, ravi asjakohasus, psühhosotsiaalne toimimine, sotsiaalne võrgustik, relapsi esinemine ja suremus. Uurimustulemusi on oodata aastaks 2005 ⁽¹⁷⁴⁾.

Väljaõpe

Enamikus riikides saavad arstid ja meditsiiniõed väljaõppe käigus äärmiselt vähe juhiseid uimastisõltuvuse ja veel vähem kaasnevate haiguste kohta. Itaalias on suurenenud psühhiaatrite ja uimastiravi spetsialistide ühise väljaõppe võimalused. Hollandis korraldab Trimbos Instituut koolituskursusi nii uimastiravi spetsialistidele kui psühhiaatritele, kes tegelevad topeltdiagnoosiga patsientide raviga. Teised riigid on teatanud kursustest ja koolitusest, mis toimuvad töö käigus, aga neid rakendatakse veel küllaltki juhuslikult ja puudulikult.

Ühendkuningriigis viis Kuninglik Psühhiaatriakolledž läbi uurimuse analüüsimaks väljaõppe vajadust (Mears jt, 2001), kusjuures uuriti erinevaid professionaalseid gruppe nii psühhiaatrite kui uimastiravi spetsialistide hulgast. 55% valimist väitis end tundvat, et ei ole piisavalt ette valmistatud kaasneva haigestumusega patsientide ravimiseks, ja väljendas soovi saada edasist väljaõpet selles valdkonnas.

⁽¹⁷³⁾ Dialektiline käitumisteraapia (DBT) on ulatuslik valik kognitiivseid ja käitumuslikke ravistrateegiaid, mida rakendatakse piirialaste isiksushäirete (BPD) korral, kaasa arvatud suitsiidikäitumine.

⁽¹⁷⁴⁾ Vt <http://www.entertainmentmentalhealth.net/papers/kbm02.pdf>.





Kirjanduse loetelu

- Abdulahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: London.
- Andreasen, J. (2002), Ansvar for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.
- AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luxembourg.
- Bakken, K., Landheim, S. ja Vaglum, P. (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38: 54–9.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. jt (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, lk 1706–13.
- Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services,. Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5.–7. veebruar 2004.
- Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), ESCAPAD, OFDT: Pariis.
- Beck, F. ja Legleye, S. (2003), Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes, ESCAPAD 2002, OFDT: Pariis.
- Benschop, A., Rabes, M. ja Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Berglund, M. jt (ed.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: London.
- Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. Rmt: Beubler, E., Haltmayer, H. ja Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viin.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. jt (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 4, lk 4–20.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. jt (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, lk 4–18.
- Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, lk 313–9.
- 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).
- Bovenkerk, F. ja Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.
- Bronisch, T. ja Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, lk 2–26.
- Chinman, M., Imm, P. ja Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation: Santa Monica.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, United Nations, Economic and Social Council: Viin.
- Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: London.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. jt (2004), Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/02 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 4, Genf: WHO Europe.
- Deehan, A. ja Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South-East of England*, Home Office Online Report 43/03.
- Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige, Viin.
- Dolan, K. (1997–98), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3–4, lk 32–8.
- Dolan, K., Rutter, S. ja Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, lk 153–8.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. jt (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, lk 589–608.
- DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Jan./Feb. 2004.
- Dusenbury, L. ja Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, lk 420–5.
- Eland, A. ja Van de Grint, G. (2001), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbo Instituut: Utrecht.
- EMCDDA (2001), Cocaine and crack (special issue). In *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2003b), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2003c), *Hepatitis C: a hidden epidemic*, *Drugs in focus* No 11, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.

- EMCDDA (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Lissabon, 24. juuni 2003 (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1881>).
- EMCDDA (2004a), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2004b), *Deaths, Drugs in focus No 13*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- EMCDDA (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lissabon.
- Emmanuelli, J. (2003), *Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv*. Rmt: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. jt (eds) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, lk 263–7. OFDT: Pariis.
- Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. jt (2001), *Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. European Journal of Epidemiology 17*, lk 573–80.
- Euroopa Komisjon (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Office for the Official Publications of the European Communities: Luxembourg.
- Euroopa Komisjon (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Office for the Official Publications of the European Communities: Luxembourg.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2003*, No 70. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.
- Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Haag.
- Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol: Haag.
- Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Pariis.
- Farrell, M. (2002), *Final evaluation of the pilot drug court*, Courts Service: Dublin.
- FATF (2003a), *Annual report 2002–03* (<http://www.fatf-gafi.org>).
- FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Pariis.
- Floy, B. (2000), *Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change. Addictive Behaviours 25*, lk 861–6.
- Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN): Stockholm.
- Fridell, M. (1996), *Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14*, Socialstyrelsen: Stockholm.
- Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittillsvarande studier. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3*, Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Stockholm.
- GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (<http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls>).
- Giuliani, M. ja Suligoi, B. (2004), *Italian STI surveillance working group. Differences between non-national and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. Sexually Transmitted Diseases 31(2)*, lk 79–84.
- Gore, S. M. (1999), *Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. Lancet 354*, lk 1265–6.
- Hall, W., Degenhardt, L. ja Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series No 44, 2nd edn, Commonwealth of Australia: Canberra.
- Hannon F., Keleher C. ja Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prison population*. Stationery Office: Dublin.
- Hansen, W. (1992), *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–90. Health Education Research 7*, lk 403–30.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. jt (2000), *The 1999 ESPAD report: The European school survey project on alcohol and other drugs. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe, Pompidou Group*.
- Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. jt (2004), *Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly 8(4): 22 January 2004* (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, United Nations, INCB: New York.
- INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations, INCB: New York (<http://www.incb.org>).
- Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Lyon.
- Jansson, I. ja Fridell, M. (2003), *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03*. Statens Institutionsstyrelse: Stockholm.
- Jonsson, S. (2001), *Långstorps vård- och behandlingshem – En utfallsstudie. Psykologexamensuppsats Vol. III:20*, Institutionen för psykologi: Lund.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. jt (2001), *Mental-substance co-morbidities in the ICPE surveys. Psychiatria Fennica 32*, lk 62–79.
- Kokkevi, A. ja Facy, F. (1995), *Personality traits and psychopathology in drug addiction. European Addiction Research 1*, lk 194–8.
- Kokkevi, A. ja Stefanis, C. (1995), *Drug abuse and psychiatric co-morbidity. Comprehensive Psychiatry 36*, lk 329–37.
- Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. jt (2003), *Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (report)*.

- Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, lk 1–2.
- Krausz, M. (1999a), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, lk 53–4.
- Krausz, M. (1999b), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. Rmt: Bellebaum, C., Jellinek, C. ja Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, lk 100–14. Deutscher Studienverlag: Weinheim.
- Krausz, M., Verthein, U. ja Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, lk 55–62.
- Kuningliku Psühhiaatrikolledži uimastite kuritarvitamise alase ravi õpetooli ja Maailma Psühhiaatriaassotsiatsiooni ühiskoosolek (2003), Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1.–2. mai 2003.
- Landheim, A. S., Bakken, K. ja Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, lk 8–17.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. ja Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, lk 43–63.
- Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. ja Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 4, Wiley: Chichester, UK.
- Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, lk 9–22.
- Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. ja Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm>).
- Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. ja Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm>).
- Long, J., Allwright, S. ja Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, trükis.
- Maailma Tervishoiuorganisatsioon (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO: Genf.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. jt (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, lk 285–9.
- McIntosh, C. ja Ritson, B. (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, lk 357–64.
- McVeigh, J., Beynon, C. ja Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency-based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, lk 399–405.
- Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. jt (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: London.
- Migliori, G. B. ja Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, lk 285–90.
- Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, lk 35–40.
- Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group drug court project: Strasbourg.
- Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublin.
- Murray, R., Grech, A., Phillips, P. ja Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? Rmt: Murray, R., Jones, P., Susser, E. jt (eds), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded (2003) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Neale, J. ja Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), lk 79–90.
- Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):19–28.
- Olin, N. ja Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*. Sénat: Pariis.
- Origer, A. ja Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000)*, Séries de recherche No 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luxembourg.
- Paglia, A. ja Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), lk 3–50.
- Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. jt (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, lk 23–36.
- Pedersen, M. U. (2001), *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder*. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Århus.
- Popov, P. (2003), Alkohol. Rmt: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha: Úřad vlády ČR – NMC: Praha.
- Ravelli, A., Bijl, R. V. ja Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, lk 531–44.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. jt (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, lk 303–29.
- Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. ja Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today*, Vol 4 (in press).

- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. jt (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168, lk 36–41.
- SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA). (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 national survey on drug use and health. National findings* (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. jt (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, lk 519–24.
- Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. jt (2000), Cocaine misuse treatment in England. *International Journal of Drug Policy* 11, lk 203–15.
- Siliquini, R., Zeppegno, P. ja Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo. Rmt: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze: Turin.
- Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmissbrukarar*.
- Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment*. Treatment monitoring conference, EMCDDA: Lissabon.
- Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. Rmt: Beubler, E., Haltmayer, H. ja Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viin.
- Stothard, B. ja Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, lk 4–7, 16–20.
- Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*. Endbericht. University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRÖ): Bremen.
- Stöver, H. ja Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, lk 437–44.
- Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, lk 1779–84.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. ja Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus: Freiburg.
- Ter Bogt, T. ja Engels, R. C. M. E. (2004), Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse*, trükis.
- Tervishoiu ja vananemisega seotud küsimuste ministeerium (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia: Canberra.
- Tervishoiu ministeerium (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health: London.
- Tervishoiu ministeerium (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services, full report for consultation*, Department of Health: London.
- Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, lk 25–7.
- Tobler, N. ja Stratton, H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), lk 71–128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R. ja Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: lk 275–336.
- Uchtenhagen, U. ja Zeiglgänsberger, W (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: München.
- 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.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, United Nations: New York.
- Vaglum, P. (1996), Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies. *Psychiatria Fennica* 27: 55–67.
- Van den Bosch, L. M., Verheul, R. ja Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, lk 416–24.
- Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy* 5, lk 24–8.
- Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, lk 274–82.
- WCO (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (kättesaadav WCO veebilehel: <http://www.wcoomd.org>).
- WCO (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*. WCO: Brüssel.
- WCO (2003c), *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V. jt (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, lk 304–12.
- Wiessing, L. ja Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drug Policy* 14, lk 99–102.
- Williams, H., O'Connor, J. J. ja Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, lk 45–6.
- Wolf, J., Mensink, C. ja Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.
- Öjehagen, A. ja Schaar, I. (2003), Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multi-site study of co-operation between psychiatric services and social authorities. Rmt: Carrà, G. ja Clerici, M. (eds) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Pariis.





Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa

Teabevõrgu riikide teabekeskused

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk
Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika

Secretariat of the National Drug Commission Office of the
Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti

National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece

Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efessiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale
per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e
alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)

Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug
Addiction
Magnolia Centre, Offices 11-12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general
matters)

Latvija

The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment
(Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva

Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the
Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország

National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta

Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland

Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska

National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROŚLAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko

Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug
Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk,
alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires
intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum

(Office: Øvre Slottsgate 2B)

N-0157 Oslo

Knut BROFOSS/Odd HORDVIN

Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01

E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bälgarija

National Centre for Addictions

117, Pirotska Str.

BG-1303 Sofia

Momtchil VASSILEV

Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047

E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România

National Anti-drug Agency

37, Unirii Boulevard, BL. A4 — Sector 3

RO-Bucharest

Angela PANTEA

Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706

Fax (40-21) 326 47 87

E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye

TADOC Müdürlüğü

Necatibey Cd. No:108

TR-Anıttepe/Ankara

Ylhami HÜNER

Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05

E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004

Aastaaruanne 2004: Narkoprobleemide olukord Euroopa Liidus ja Norras

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2004 — 113 lk — 21 × 29,7 cm

ISBN 92-9168-207-1

MÜÜK JA TELLIMINE

Väljaannete talituse tasulised väljaanded on saadaval meie müügiesindustes üle maailma.

Kuidas väljaannet hankida?

Võtke ühendust müügiesinduste nimekirjast valitud esindusega ja esitage oma tellimus.

Kust saada müügiesinduste nimekirja?

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

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kohta

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

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

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

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

