



Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

# 2009. AASTA ARUANNE

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS





Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

2009.  
AASTA ARUANNE

## Õiguslik teade

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

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

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

Tasuta infotelefon: (\*)

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Kataloogimisandmed on väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2009

ISBN 978-92-9168-382-6

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2009

Reprodutseerimine on lubatud, kui viidatakse algallikale.

*Printed in Luxembourg*

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



**Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus**

**Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal**  
**Tel +351 211210200 • Faks +351 218131711**  
**[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)**

## Sisukord

|                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Eessõna                                                                                                                                                                               | 5  |
| Tänuavaldus                                                                                                                                                                           | 7  |
| Sissejuhatav märkus                                                                                                                                                                   | 9  |
| Ülevaade. Pidevalt muutuva uimastiprobleemi lahendamiseks pragmaatilise poliitika väljatöötamine on muutuva eesmärgi poole pöördumine                                                 | 11 |
| 1. peatükk. Poliitika ja õigusnormid                                                                                                                                                  |    |
| Arengud rahvusvahelises ja ELi poliitikas • Riiklikud strateegiad • Riiklikud kulutused • Riiklikud õigusaktid • Teadusuuringud                                                       | 18 |
| 2. peatükk. Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas                                                                                                                          |    |
| Ennetamine • Ravi • Kahjude vähendamine • Ühiskonda taasintegreerimine • Narkootikumidega seotud õiguskaitse ja narkoseaduste rikkumised • Tervishoiualane ja sotsiaaltegevus vanglas | 26 |
| 3. peatükk. Kanep                                                                                                                                                                     |    |
| Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Ravi                                                                                                                   | 38 |
| 4. peatükk. Amfetamiinid, ecstasy ja hallutsinogeenid                                                                                                                                 |    |
| Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Meelelahutusasutused • Ravi                                                                                            | 49 |
| 5. peatükk. Kokaiin ja crack-kokaiin                                                                                                                                                  |    |
| Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Tervisehäired • Probleemne kokaiinitarbimine ja ravinõudlus • Ravi ja kahjude vähendamine                              | 60 |
| 6. peatükk. Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine                                                                                                                           |    |
| Pakkumine ja kättesaadavus • Probleemne opioiditarbimine • Narkootikumide süstimine • Ravi                                                                                            | 71 |
| 7. peatükk. Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad                                                                                                                               |    |
| Nakkushaigused • Ülevaade nakkushaigustest • Surmad ja suremus • Surmade vähendamine                                                                                                  | 80 |
| 8. peatükk. Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused                                                                                                                           |    |
| ELi meetmed uute narkootikumide suhtes • Spice ja sellega seotud sünteetilised kannabinoidid • Veebipoed • Ainete järelkontroll                                                       | 91 |
| Kirjandus                                                                                                                                                                             | 96 |



## Eessõna

Käesolevas aruandes antakse põhjalik hinnang uimastitega seotud hetkeolukorrale Euroopas. Sellega seoses tahame tänada oma töötajaid, kes selle koostamise nimel nii palju vaeva nägid. Samas peame tunnistama, et dokumendi sisukus ei tulene ainult meie tööst siin Lissabonis, vaid palju olulisemal määral neist jõupingutustest, mida tehti liikmesriikides tõrgeteta toimiva tervikliku infosüsteemi loomiseks. Oleme veendunud, et lisaks narkoprobleemi üle peetava põhjaliku informeeritud arutelu edendamisele on sellisest infosüsteemist kasu ka paremate ja tõhusamate poliitikate väljatöötamisel.

Vajadus selliste poliitikate järele üha kasvab, sest probleemid asjaomases valdkonnas muutuvad üha keerukamaks. Narkoprobleemi dünaamiline olemus on käesolevat aruannet läbiv üldine teema – on ju meie kohus tagada, et meie nägemus suudaks sammu pidada kõigi nende muutuvate tingimustega, millega meil tuleb silmitsi seista.

Käesoleval aastal tähistas EMCDDA Euroopa narkoprobleemi kohta teabe kogumise ja aruannete esitamise 15. aastapäeva. Selle sündmuse äramärgimiseks korraldasime konverentsi nimetusega „Teabevajaduste väljaselgitamine tõhusa narkopoliitika rakendamiseks Euroopas“. See sündmus andis teadlastele, erialaspetsialistidele ja poliitikakujundajatele Euroopas ja väljastpoolt Euroopat võimaluse koguneda Lissaboni, et aidata meil hinnata olemasolevat teadmiste baasi narkovaldkonna kohta ning selgitada välja praegune ja tulevane teabevajadus.

Konverents näitas, et Euroopas on välja kujunenud hiiglaslik baas uimastitarbimise ja uimastitega seotud vastumeetmete uurimiseks ja mõistmiseks, mis annab meile hea võimaluse koos õppimiseks ning teadmiste jagamiseks. Mitte kusagil mujal ei ole nii suurt erineva kultuuritaustaga riikide kogumit, kes oleksid ühiselt otsustanud parandada oma arusaamist sellest keerulisest probleemist ning koos sellele lahendusi otsida. Seda tõestab 30 riiki ning nende enam kui poolt miljaridit elanikku hõlmava valdkondadevahelise uimastiseiresüsteemi väljatöötamine. Seda tõestab ka Euroopa Liidu narkostrategia ja narkootikumidealase tegevuskava koostamine, sest need abivahendid kavandati ju selleks, et koondada saadaval olev teave ning töötada selle põhjal välja ühised praktilised meetmed. Praegu on see eriti oluline, sest meie liikmesriikidel tuleb teha raskeid valikuid seoses rahastamisele kuuluvate eelisvaldkondadega ning tehtud investeeringutest oodatakse maksimaalset kasu. Me

oleme kindlad, et käesolev aruanne toetab seda protsessi. Lisaks sellele lubame, et EMCDDA hakkab oma edaspidises tegevuses pöörama üha suuremat tähelepanu tõhusalt toimivate tavade väljaselgitamisele uimastivaldkonnas.

Konverentsil toodi välja mitu olulist teemat, mis leiavad kajastamist ka käesolevas analüüsis. Meie teabesüsteem peab suutma tõhusamalt tuvastada ja jälgida uusi suundumusi ning neist teavitama. Samas peab aga meie aruandlus jääma täpseks, põhjendatuks ja mitte tekitama ärevust. Ühtlasi tõsteti esile vajadust ühendada meie analüüsides pakkumise ja nõudluse teemad. Käesoleva aasta aruandes oleme pööranud suuremat tähelepanu pakkumisvaldkonna näitajatele ja uimastiturule. Oleme teinud seda ettevaatlikult, sest Euroopas ei ole siiani tehtud veel piisavalt jõupingutusi selle valdkonna andmekogumi kvaliteedi, usaldusväärsuse ja võrreldavuse parandamiseks. Nüüdseks on probleemi olemasolu siiski laialdaselt tunnistatud ja me oleme võtnud endale kohustuse teha selle lahendamiseks koostööd oma riiklike ning Euroopa partneritega.

Käesoleva aasta aruandes on jõutud muu hulgas järeldusele, et Euroopa uimastiolukorra hindamiseks on vaja mõista riikidele omaseid jooni, piirkondlikke eripärasid ja üha suuremal määral ka üleeuroopalisi ja isegi ülemaailmseid suundumusi. Et me lisaks narkoprobleemide kasvu edendavate või pärssivate tegurite mõistmisele oskaksime välja töötada ka asjakohaseid sekkumisi, tuleks meil edaspidi seda keerukat koostoimet paremini kirjeldada.

Lõpuks tuleks märkida, et Euroopa Liit ja Ühinenud Rahvaste Organisatsioon on 2008. aasta lõpul ja 2009. aasta alguses peaaegu paralleelselt uuendanud oma narkopoliitikaalaseid dokumente. Nii ELi uus narkootikumidealane tegevuskava kui ka ÜRO uus poliitiline deklaratsioon ja tegevuskava kajastavad rahvusvahelisi püüdlusi vähendada uimastitarbimist ning selle tekitatud kahju. Nende eesmärkide täitmine on raske ülesanne, mis nõuab kavandatud meetmete ulatuslikku rakendamist. Selle protsessi võtmetegurid on seire ja hindamine, mis võimaldavad meil poliitikaid õigel kursil hoida ning saavutatud edu kaardistada.

**Marcel Reimen**

EMCDDA haldusnõukogu esimees

**Wolfgang Götz**

EMCDDA direktor



# Tänuavaldus

EMCDDA tänab käesoleva aruande koostamisel osutatud abi eest:

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

## Reitoxi riikide teabekeskused

Reitox on narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrk. Teabevõrk koosneb liikmesriikide, Norra, kandidaatriikide ja Euroopa Komisjoni teabekeskustest. Teabekeskused on valitsuse vastutusalas tegutsevad riiklikud asutused, mis pakuvad EMCDDA-le uimastialast teavet.

Riikide teabekeskuste kontaktandmed on esitatud aadressil

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriikide Horvaatia ja Türgi ning Norra riiklike aruannetena. Aastaaruandes on kasutatud 2007. aasta (või viimase aasta, mille kohta olid andmed kättesaadavad) statistilisi andmeid. Aastaaruande graafikud ja tabelid võivad kajastada Euroopa Liidu liikmesriikide andmeid valikuliselt: valik on tehtud riikidest, mille kohta olid andmed uuritavast ajavahemikust olemas.

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

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

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

Suundumuste analüüs põhineb ainult nendel riikidel, kes esitasid piisavalt andmeid kõnealuse perioodi jooksul toimunud muutuste kirjeldamiseks. Uimastituru suundumuste analüüsis võivad 2006. aasta näitajad asendada puuduvaid 2007. aasta väärtusi, muude suundumuste analüüsis võivad puuduvad andmed olla interpoleeritud. Hinnasuundumusi on kohandatud vastavalt riigi inflatsioonitasemele.

Teave erinevate sekkumiste kättesaadavuse ja pakkumise kohta Euroopas põhineb üldiselt riiklike ekspertide kaalutletud otsustel, mille kogumiseks kasutatakse struktureeritud küsimustikke.

Narkoseaduste rikkumiste puhul võib termin „raport” eri riikides olla eri tähendusega.

Aastaaruanne 23 keeles allalaadimiseks on kättesaadav aadressil <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

2009. aasta statistikabülletään (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) sisaldab kõiki aastaaruande statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabelleid. Bülletäänis on esitatud ka kasutatud meetodika üksikasjad ja üle saja statistikagraafiku.

Riikide ülevaated (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) sisaldavad iga riigi kohta graafilisel kujul esitatud suure usaldusväärtusega kokkuvõtet narkoolukorra põhiaspektidest.

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



## Ülevaade

# Pidevalt muutuva uimastiprobleemi lahendamiseks pragmaatilise poliitika väljatöötamine on muutuva eesmärgi poole püüdlemine

### Üksmeel poliitikas aitab muuta narkootikumidealase tegevuskava eesmärgipärasemaks

Käesolev aruanne hõlmab ajavahemikku, mis on narkopoliitika seisukohalt oluline nii Euroopa jaoks kui ka väljaspool Euroopat. Oleme Euroopa Liidus olnud tunnistajaks aastaid 2005–2008 hõlmanud narkootikumidealase tegevuskava – mis on alates 1990. aastast viies – hindamisele ning sellele järgnenud tegevuskava (2009–2012) koostamisele ja käivitamisele. Olgugi et sageli pööratakse tähelepanu liikmesriikide uimastipoliitikates valitsevatele erinevustele, on ajaloolisest perspektiivist vaadatuna Euroopa taseme aruteludes nüüdseks saavutatud kooskõla väga suur. Vaatamata erinevustele liikmesriikide poliitikaseisukohtades, mis kajastavad teataval määral erinevusi riikide tegelikus olukorras, näib arutelu muutuvat üha põhjalikumaks ja üksmeelsemaks. Tänu sellele oli võimalik koostada uus Euroopa Liidu tegevuskava, mida võiks kirjeldada kui pragmaatilist, sihikindlat ja eesmärgipärast dokumenti. Seda näitab tähelepanu pööramine konkreetsetele valdkondadele, näiteks uimastitega seotud surmade ennetamine, töötamine vanglateskkonnas, ravi ja muu sekkumise kvaliteedi parandamine.

Rahvusvahelisel tasandil on avalikkuse ja asjatundjate hulgas märkimisväärset huvi tekitanud arutelud, mille tulemusel võeti vastu uus ÜRO poliitikategevuskava ja maailma uimastiprobleemi vastu võitlemise tegevuskava, millele järgnes ÜRO Peaassamblee 1998. aasta maailma uimastiprobleemide eristungil püstitatud eesmärkide läbivaatamine. Neis aruteludes on Euroopa innukalt toetanud tasakaalukat, teaduslikult põhjendatud ja humansest uimastipoliitikat. See on aidanud tagada, et lõplikku kokkuleppesse kaasati eristungi 1998. aastal vastu võetud esialgse dokumendi kõige olulisemad edumeelsed elemendid. Kuigi ÜROs peetud arutelud muutusid aeg-ajalt üsna ägedaks, kajastades mõningatel juhtudel ka sügavalt juurdunud poliitika- ja ideoloogiaseisukohti, andsid need ühtlasi märku soovist kasutada tõhusa tegutsemisviisi väljaselgitamise jaoks pragmaatilisemat ja paremini läbimõeldud lähenemisviisi. USA näiteks pehmendas oma seisukohta vere kaudu

levivate nakkuste ohtu vähendada aitavate steriilsete süstimisvahendite pakkumise suhtes, võttes suhtumise muutmisel aluseks valdkonna kohta kogutud mahuka tõendibaasi, mis näitab lähenemise tõhusust. USA viimaste poliitiliste avalduste põhjal võib teha järelduse, et üldiselt on riik hakanud lähenema Euroopa mudelile. Eristungi kohtumistel leiti üksmeelselt, et narkoolukorra tõhusat ülemaailmset seiret on vaja, eelkõige põhjusel, et probleemid arengumaades ja siirderiikides muutuvad üha suuremaks. Mehhanismi, millega hinnatakse eristungi tegevuskava rakendamist, on kritiseeritud, kuid ilma sellela jäaksid olulised töövaldkonnad, eelkõige nõudluse vähendamise meetmetega seotud valdkonnad, senisest ülemaailmsest teavitamisraamistikust välja. Ilmselt käsitletakse seda teemat põhjalikult narkootikumide komisjoni järgmisel kohtumisel.

### Õiguskaitseasutuste tava ja omavahel konkureerivad poliitikaeesmärgid

Õiguskaitseasutuste tegevusele narkootikumivaldkonnas pööratakse käesoleva aasta aruandes suurt tähelepanu ning valikteemas käsitletakse uimastitega seotud õigusrikkumistes süüdi mõistetud isikute karistusi ja muid neile suunatud meetmeid. Uimastiseaduste rikkumistest teatamise arv kasvab Euroopas pidevalt. Kuigi neid andmeid on raske tõlgendada, tekitab see seik kahtlusi, kas õiguskaitseasutuste tegevus narkovaldkonnas suudab ikka sammu pidada valdkonna poliitikaeesmärkidega.

Üldiselt on Euroopa poliitika arutelu hakanud kujunema seisukoht, et esmatähtsaks tuleb pidada pigem uimastite pakkumise piiramist kui tarbimise vähendamist. Seda põhimõtet järgides on mõni riik suurendanud uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste kriminaalkaristusi või kehtestanud minimaalsed karistusemäärad. On raske mõõta, kui palju võtavad poliitika väljatöötajad arvesse rõhuasetuse nihkumist tarbijatelt uimastite pakkujatele. Üksnes vähestes riikides ületab uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste arv uimastite omamisega seotud õigusrikkumiste arvu. Üldiselt on pakkumisega seotud õigusrikkumiste arv kasvanud, kuid uimastite omamise ja tarbimisega seotud õigusrikkumiste arv on kasvanud veelgi

rohkem. Pakkumisega seotud õigusrikkumiste üldpilt Euroopas on kirju, kusjuures pooled teavet esitanud riikidest on oma keskpika perioodi aruannetes teatanud arvnäitajate vähenemisest.

Käesolevale aruandele lisatud põhjalik ülevaade uimastitega seotud õigusrikkumiste eest määratud karistustest Euroopas selgitab uimastiseaduste rikkumise tagajärgi. Vangistus on tavaline karistus uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste eest, kuid tavaliselt kipub see jääma kohaldatavate karistumäärade skaala madalamasse otsa, olles keskmiselt kuni kolm aastat. Põhjuseks võib olla lihtsalt see, et paljud süüdimõistetud kuuluvad pakkumisahela madalamatesse lülidesse, näiteks võivad nad olla tänavakaubitsejad või sõltlased, kes oma tarbimisharjumuse rahuldamiseks uimasteid müüvad. Seda järeldust on arvesse võetud vähimkaristuste määramise suuniste väljatöötamisel; suuniste eesmärgiks on hoida kõrgetasemelised elukutselised kurjategijad uimastite pakkumisest eemal.

Enamikus riikides karistatakse uimastitarbimise või -omamise eest väga harva vangistusega. See tähendab, et vaid väikese osa kohtusse jõudnud õigusrikkumiste korral kohaldatakse reaalselt vanglakaristust, ja kui seda ka tehakse, siis tõenäoliselt raskendavate asjaolude tõttu. Sel põhjusel kasvab üha nende uimastitarbijate arv, keda karistatakse kriminaalkorras, kuid kes saavad üksnes halduskaristuse või kerge karistuse. Jättes kõrvale sellise tegevuse võimaliku hoiatava mõju, tekib küsimus, kui palju võib sedalaadi karistusviis vähendada teatud uimastitarbijate rühmade korral võimalusi kasutada muid nõudlust vähendavaid meetmeid. Vaid üksikud riigid on selles valdkonnas välja töötanud uuenduslikke lähenemisviise.

Et uimastitega seotud õigusrikkumistes süüdi mõistetud moodustavad tõenäoliselt väga mitmekesise rühma, on eriti oluline hinnata vajadusi valdkonna teenuste arendamiseks. Tervisega seotud sekkumised hõlmavad mitmesuguseid tegevusi alates ennetamisest, koolitusest ja kahjude ärahoidmisest ning lõpetades lühiajaliste sekkumiste ja vajaduse korral võõrutusravile ja sotsiaaltoe juurde suunamisega. Asjakohaste suunamisviiside töökindla tegevusmudeli väljatöötamist on tõenäoliselt raske organiseerida. Portugal on lahendanud selle küsimuse ülejäänud riikidest teistmoodi: uimastitarbimine ei ole seal enam kuritegu ning inimeselt uimastite leidmisel suunatakse ta otse spetsiaalsesse vajaduste hindamise komisjoni ehk nn uimastite kuritarvitamise eest hoiatamise komisjoni. See võib määrata trahve, kuid karistamine ei ole tema peamine eesmärk. See tegevusskeem on nüüdseks kasutusel olnud kaheksa aastat. Olemasolevad andmed ei kinnita esialgset kartust, et lähenemine võiks põhjustada nn uimastiturismi kasvu või uimastitarbimise suurenemist.

### **Ravi- ja tervishoiusekkumised: põhimõttelt „kõigile sama” eesmärgipäraste meetmete kogumini**

Euroopas on uimastitarbijatele pakutavad teenused muutunud mitmekesisemaks ning üha sagedamini pakutakse neid tervikliku hoolduspakme osana. Seda on näha nii kontseptuaalsel tasandil kui ka praktikas – näiteks on kahjude ärahoidmisele suunatud sekkumine ja ravisekkumine üha rohkem omavahel seotud ning sageli pakub neid teenuseid sama teenuseosutaja. Kuigi sõltlaste ühiskonda taastloimise vajadust mõistetakse laialdaselt, on see valdkond jäänud soiku ning uimastitarbijatel on ikka veel suuri raskusi töö, sobiva elamispinna ning uimastitest eemal püsida aitava tegevuse leidmisega.

Kuigi Euroopas on uimastitarbijate ravi osutunud edukaks, on sellega hõlmatud narkootiliste ainete hulk ja ravi geograafiline katvus olnud ebaühtlased. Kõige suuremat edu on saavutatud opioidide asendusravi valdkonnas, mida on Euroopas saanud 650 000 inimest ja mille saajate arv kasvab pidevalt. Samas langeb Ida-Euroopa arvele sellest koguarvust üksnes väike osa, mis näitab, et teatavates riikides tuleks teenuste osutamist laiendada. Mitme riigi kogemuste põhjal võib öelda, et perearstide kaasamine aitab ravipakkumist laiendada. Ühine tegevus erikeskustega toetab nii perearste kui ka tagab kvaliteetse ravi.

Kuigi enamiku riikide vanglates on asendusravi jätkamine või alustamine teoreetiliselt võimalik, on see tegelikkuses sageli raske. Euroopa vanglates viibivate uimastitarbijate arvu järgi otsustades on kõigi ravivõimaluste laiendamist akuutselt vaja. Ehkki seda tunnistatakse ka Euroopa Liidu tegevuskavas, on valdkond jäänud siiani enamikus riikides piisava tähelepanuta.

Muude uimastite kui opioidide osas on teenuste kättesaadavus ja ettekujutus sellest, mis on tõhus ravi, Euroopas halvemas seisus. Probleemi olemasolu on nüüdseks siiski juba tunnistama hakatud ning Euroopas kasvab stimulantide ja kanepitarvitajate ravivajaduste uurimisprojektide ja katseprogrammide arv. Peale selle on neuroteaduste areng parandanud sõltuvuse bioloogiliste mehhanismide mõistmist ning hakanud kaasa aitama uuenduslikele lähenemisviisidele. Üks näide on kokaiinivaktsiin, mida praegu Euroopas laialdaselt katsetatakse. Infotehnoloogia areng on toetanud innovatsiooni näiteks Interneti-põhiste programmide ja tekstisõnumite kasutamise kaudu.

### **Uued andmed, et Euroopas hakkab kanepitarbimine vähenema**

1990. aastatel suurenes kanepitarbimine oluliselt ja saavutas sellise ulatuse, et praegu tunnistab peaaegu veerand Euroopa täiskasvanuid, et on seda uimastit

tarbinud vähemalt kord elus. Seejärel hakkas olukord stabiliseeruma ja nüüd kinnitavad värskemad andmed möödunud aasta aruande analüüsis esitatud seisukohta, et kanepi tarbimine on hakanud üldiselt vähenema. Eriti suurt huvi pakuvad alkoholi ja muude uimastite tarbimise Euroopa kooliüritingu projekti viimased tulemused, mis annavad ülevaate praegustest suundumustest kooliõpilaste uimastitarbimises. Selles vanuserühmas tuvastatud tarbimisharjumused juurduvad tõenäoliselt hiljem ka vanemaelaste rühmades. Huvitav on see, et minevikus võis kanepitarbimise kasvusuundumuses näha mitmesuguseid ajalisi seaduspärasusi, mis nüüd näivad korduvat, ainult vastupidises suunas. Näiteks oli Ühendkuningriik üks esimesi suurest levimuse tasemetest teatanud riike ning nüüd on sama riik ka üks varasemaid tarbimise langusest teatajaid. Sama seaduspärasuse esinemist on täheldatud ka enamikus muudes Lääne-Euroopa riikides. Ida-Euroopas on tarbimismäärad enamikus riikides kuni viimase ajani suurenenud. Samas on ka neis riikides märke tarbimise stabiliseerumise kohta noorte hulgas ja kui mujal täheldatud tarbimismall kordub ka siin, on edaspidi oodata vähenemist.

Arusaam teatud uimasti, näiteks kanepi populaarsust mõjutavatest teguritest on kindlasti väga oluline. Tuleks siiski olla mis tahes lihtsate põhjuste pakkumisel ettevaatlik. Riikide ja Euroopa Liidu poliitika võivad küll nimetatud suundumustele mõju avaldada, kuid et tarbimise vähenemist on täheldatud ka USAs ja Austraalias, on tõenäoliselt olulised ka üldisemad sotsiaalkultuuritegurid. Euroopa üldpildist eristub väike rühm peamiselt Põhja- ja Lõuna-Euroopa riike, kus kanepitarbimise määr on olnud väike ja stabiilne juba mõnda aega. Kindlasti pakub suurt huvi nendes riikides toimivate kaitsetegurite tundmaõppimine, kuid ka siin tuleb analüüsi tegemisel arvesse võtta kultuurilisi, sotsiaalseid ja ajaloolisi tegureid ning hinnata narko- ja sotsiaalpoliitika mõju.

Vastupidi üldise tarbimismäära andmetele on Euroopa probleemsete kanepikasutajate tarbimisharjumuste analüüside põhjal saadud pilt palju kirjum ja sugugi mitte nii julgustav. Selle valdkonna käsitlemist takistab heade meetodite puudumine sõltuvuse ja probleemse tarbimise mõõtmiseks ning kuigi siin on juba teatavat edu saavutatud, peame ikkagi toetuma kaudsematele andmetele. Kanepitarbimisega seotud ravinõudluse hulk, mis on mitu aastat pidevalt suurenenud, võib nüüd hakata stabiliseeruma. Samas ei ole veel selge, kui palju kajastab see tarbimisharjumusi või osutatavate teenuste mahtu. Praegu kasutatakse probleemse kanepitarbimise parima käitumusliku näitaja saamiseks uimasti igapäevaste tarbijate hinnangulise arvu ekstrapoleerimist. Igapäevase kanepitarbimise suundumusi on keerukas hinnata, kuid

## Lühiülevaade: hinnangud uimastitarbimise kohta Euroopas

Käesolevad hinnangud hõlmavad täiskasvanud elanikkonda (15–64aastased) ja põhinevad uusimatel andmetel. Täielik andmekogu ja teave kasutatud meetodika kohta on lisatud statistikabülletäänis.

### Kanep

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 74 miljonit (22% Euroopa täiskasvanutest).

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 22,5 miljonit Euroopa täiskasvanut ehk kolmandik elu jooksul tarbinutest.

Tarbimine viimase kuu jooksul: ligikaudu 12 miljonit eurooplast.

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimises: üldine vahemik 0,4–14,6%.

### Kokaiin

Elu jooksul tarbimise levimus: ligikaudu 13 miljonit (3,9% Euroopa täiskasvanutest).

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

Tarbimine viimase kuu jooksul: ligikaudu 1,5 miljonit.

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimises: üldine vahemik 0,0–3,1%.

### Ecstasy

Elu jooksul tarbimise levimus: ligikaudu 10 miljonit (3,1% Euroopa täiskasvanutest).

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 2,5 miljonit ehk veerand elu jooksul tarbinutest.

Tarbimine viimase kuu jooksul: vähem kui 1 miljon.

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimises: üldine vahemik 0,1–3,5%.

### Amfetamiinid

Elu jooksul tarbimise levimus: ligikaudu 12 miljonit (3,5% Euroopa täiskasvanutest).

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 2 miljonit ehk kuuendik elu jooksul tarbinutest.

Tarbimine viimase kuu jooksul: vähem kui 1 miljon.

Erinevused riigiti viimase aasta tarbimises: üldine vahemik 0,0–1,3%.

### Opioidid

Probleemsed opioidide tarbijad: hinnanguliselt 1,2–1,5 miljonit eurooplast.

Narkootikumidest põhjustatud surmad moodustasid 4% kõikidest 15–39aastaste eurooplaste surmadest, kusjuures opioide leiti umbes ühel kolmandikul juhtudest.

Esmane narkootikum ligikaudu 50%-l kõikidest uimastiravi taotlejatest.

2007. aastal sai asendusravi ligikaudu 650 000 opioiditarbijat.

olemasolevad andmed ei viita üldisele vähenemisele. EMCDDA hinnangul kasutab ligikaudu 2–2,5% noortest täiskasvanutest kanepit kas iga päev või peaaegu iga päev, kusjuures tarbimine noormeeste seas on oluliselt suurem. See näitab riskirühma suurust ja rõhutab selle elanikkonnarühma teenustevajaduse parema tundmaõppimise olulisust.

### **Heroiin ja kokaiin: kindlaid märke probleemi vähenemise kohta ei ole**

Ei saa väita, nagu oleks olukord heroini ja kokaiini tarbimise osas muutunud paremaks, sest need kaks ainet moodustavad üha Euroopa uimastiprobleemi tuumiku. Valdkonnast ülevaadet saada on keeruline, sest erinevate näitajate põhjal saadud teavet on raske omavahel seostada. Probleem on eriti ilmne kokaiini korral, mille hinnanguline tootmine väheneb, samal ajal kui viimased andmed näitavad konfiskeeritud koguste vähenemist Euroopa Liidus ja enamikus riikides ning tänaval müüdava aine puhtuse vähenemist. Ühendkuningriigis, mis on suure kokaiinituruga riik, on puhtus viimasel ajal tunduvalt vähenenud. Andmete põhjal võiks oletada, et kokaiini kättesaadavus väheneb, kuid muu teave seab selle järelduse kahtluse alla. Konfiskeerimiste arv suureneb ikka veel, hinnad langevad ja on oletatud, et kasutusele on võetud uued salakaubamarsruudid läbi Ida-Euroopa – see kõik võib takistada uimasti leviku tõkestamist. Kokaiini tarbimine keskendub Lääne-Euroopa riikidesse, kus see suundumus püsib stabiilsena või on ikka veel suurenemas. Samas on tõendeid ka selle kohta, et kokaiin on levimas muudesse riikidesse. Ühtlasi suureneb kokaiiniga seotud ravinõudlus. Olemasolevate andmete põhjal võib järeldada, et teatavate piirkondade praegune tarbimismäär on suur ega vähene, kõikjal mujal kasvab see pidevalt; kuid on ka märke selle kohta, et mõnel suurel turul tekitab tarbijate nõudluse rahuldamine pakkujatele raskusi. Et hiljuti teatati kokaiini ülemaailmse tootmise vähenemisest, siis on huvitav näha, kas edaspidi tuleb konkreetseid andmeid uimasti kättesaadavuse vähenemise kohta.

Heroiini arvele langeb ikka veel suurim osa uimastitarbimisega seotud haigestumusest ja suremusest Euroopas. Alates 1990. aastate keskelt on heroini tarbimine üldiselt vähenenud, kuid praegu ei ole pilt enam sama selge ning teatud piirkondades tekitab see muret. Pärast turgude kokkutõmbumist on ravinõudlus alates 2002. aastast suurenenud ning praegu teatab suur hulk riike opioidide tõttu ravi taotlevate uimastitarbijate arvu ja osakaalu suurenemisest. Andmed uimastitest põhjustatud surmade kohta, mida saab suurel määral seostada heroini tarbimisega, ei viita samuti enne 2004. aastat täheldatud langustendentsi taastumisele. Ka uimastitega seotud

õigusrikkumiste ja uimastite konfiskeerimiste arv suureneb. Muret tekitavad mõnest riigist tulnud teated heroiniiprobleemide kohta noorte seas, mis viitavad uimasti uutesse elanikkonnarühmadesse levimise võimalusele. Seega tuleb tõdeda, et heroiniiprobleemide positiivne langussuundumus kahjuks enam ei jätku. Kuigi praegu puuduvad andmed heroini epideemilise leviku kohta, nagu see toimus minevikus, tekitab selle uimasti tarbimine märkimisväärsed tervise- ja sotsiaalprobleeme. Samuti arvestades praegusi Euroopa majandusraskusi, tekitavad kõik olukorra halvenemisele viitavad märgid tõsist muret.

### **Mitme uimasti koostarbimine ja kaasnevad alkoholiprobleemid on praegu Euroopa uimastiprobleemi kõige olulisemad elemendid**

Uimastitarbimise ennetamisel on juba ammu mõistatud, et uimastiprobleeme aitab kõige paremini lahendada nende terviklik käsitlemine koos tervislike eluviiside ja teadlike valikute tutvustamisega. Uimastitarbimise aruteludes seda sageli ei arvestata ning keskendutakse konkreetsele uimastile. Samas on selge, et selline ühemõõtmeline lähenemine aitab üha vähem mõista uimastite tarbimisharjumuste muutuvat olemust Euroopas. Uimastitarbijad ei piirdu peaaegu mitte kunagi ühe konkreetse ainega. Tänapäeva Euroopas on mitme uimasti tarbimine tavaline ning mitme aine koostarbimine on tekitanud või keerulisemaks muutnud enamiku meie ees seisvatest probleemidest. Sel põhjusel on vaja välja töötada terviklikum, integreeritum ja mitme aine kasutamisele suunatud lähenemisviis, mis aitaks olukorda paremini mõista ja hinnata ning sellele asjakohaselt reageerida. Sama kehtib kogu uimastiturus. Ühe uimasti pakkumise vähendamisele suunatud meetme väärtust vähendab oluliselt ka see, et seda võib kergesti asendada teine uimasti, mille mõju võib olla veelgi laastavam.

Käesoleva aasta aruandele on lisatud valikteema mitme uimasti koostarbimise kohta, mis selgitab mitme aine kasutamise mõju uimastitarbijate eri rühmadele. Tulemused on ärevust tekitavad. Noorte hulgas võib mitme aine koostarbimine suurendada akuutsete probleemide tekkimise ohtu ning ennustab kroonilise uimastitarbimise väljakujunemist hilisemas elus. Vanemate regulaarsete uimastitarbijate hulgas on mitme uimasti koostarbimine üleannustamise peamine põhjus, samas raskendab see uimastiravi ning on sageli seotud vägivalga ja õigusrikkumistega. Ühtlasi laieneb Euroopa tarbijatele kättesaadavate uimastite valik. Käesolevas aruandes tõstetakse esile järgmist: kanepiturule suunatud ja suures osas kontrollimata ainete valiku suurenemine; uute sünteetiliste uimastite tootmine ning retseptiravimite väärkasutamine, mis tekitab üha suuremat muret. Lisaks on

tõdetud, et Euroopas kaasneb uimastiprobleemiga sageli alkoholitarbimine. Ka seda on võimalik vaadelda eri vanuserühmade lõikes. Viimased andmed kooliõpilaste kohta viitavad tugevale seosele rohke alkoholitarbimise ja uimastikasutuse vahel. Rohke alkoholitarbimisega kaasneb sageli uimastite meelelahutuslikul eesmärgil kasutamine, mis suurendab negatiivset mõju noorukitele. Krooniliste uimastitarbijate hulgas on suur alkoholitarbimine nii tavaline, et sageli seda eraldi ära ei märgitagi ja kaasneva alkoholisõltuvuse ravi on muutunud üha olulisemaks tegevuseks uimastiravikeskuste jaoks. Alkoholiprobleemid võivad olla eriti kahjulikud opiodisõltlastele, sest nende maks võib olla hepatiidinakkusest kahjustatud ning üleannustamise risk on suurem.

### **Uuendused ja lähteainete kättesaadavus: vastasmõjuga tegurid, mille mõju sünteetiliste uimastite turule üha suureneb**

EMCDDA andmetel muutub Euroopas sünteetiliste uimastite kättesaadavuse ja tarbimisega seotud olukord üha kiiremini ja on varasemaga võrreldes palju keerulisem. Ebaseaduslik turg ja tarnijad näitavad üles suurt uuendusmeelsust tootmisprotsessi, uute toodete ja turustamisvõimaluste leidmisel ning suudavad piiramismeetmetega kiiresti kohaneda. Peale selle tekitab muret ebaseaduslike uimastite „seaduslike alternatiivide“ üha osavam turustamine.

Üheks näiteks turu kiire muutumise kohta on viimase aja arengud seoses ecstasy kättesaadavusega. Kuni 2007. aastani sisaldas enamik Euroopas analüüsitud ecstasy-tablette 3,4-metüleendioksümetamfetamiini (MDMA) või muud ecstasy-laadset ainet. Alates 2009. aasta algusest varajase hoiatamise süsteemi kaudu saadud esialgsed andmed viitavad aga olukorra muutumisele mõnes liikmesriigis, näiteks Taanis ja Madalmaades. Kuni pooled neis riikides analüüsitud tablettidest ei sisaldanud ei MDMA-d ega ühtegi selle analoogi, kuid sisaldasid 1-(3-klorofenüül)piperasiini (mCPP) kas eraldi või koos muude psühhoaktiivsete ainetega. Kuigi mCPP-d ei ole ÜRO konventsioonides loetletud, piiratakse selle levikut mõnes liikmesriigis. Praeguste turumuutuste põhjused ei ole täiesti selged, kuid üks võimalik selgitus võib olla MDMA sünteesi põhilise lähteaine 3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanooni (PMK) puudus. Praegu ei saa veel öelda, kas selline areng on vaid ajutine või tähistab see olulisi muutusi ecstasy-turul. mCPP-d on Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteem jälginud alates 2005. aastast. EMCDDA ja Europol jälgivad tähelepanelikult valdkonna arengut ning koostavad turu kohta aruande 2010. aastal.

Ecstasy-turu muutused võivad viidata lähteainete kõrvalesuunamise takistamiseks tehtud jõupingutuste edukusele ning nendel võib olla oluline mõju ka muude ainete saadavusele ja tarbimisele. Täheldatud on näiteks, et teatud Põhja-Euroopa piirkondades võib metamfetamiin hakata asendama amfetamiini. Siingi näib turuteguritel ja lähteainetel olevat oluline roll, sest metamfetamiini tootmise kohad näivad nüüd paiknevat Leedus, mille geograafiline asend hõlbustab lähteainete, kõnealusel juhul 1-fenüül-2-propanooni (BMK) importimist väljastpoolt Euroopa Liitu. Murettekitav on olukord Põhjamaades, sest näib, et sinna on levinud metamfetamiini tarbimine Tšehhi Vabariigist. Viimases riigis on metamfetamiiniprobleeme esinenud juba pikka aega, kuid nimetatud ainet on tavaliselt toodetud väikestes kogustes isiklikuks või kohalikul turul tarbimiseks. Nüüd on mitu Kesk-Euroopa riiki esitanud andmeid mõningase metamfetamiinitarbimise kohta ning Europol teatab, et ka muudes Euroopa osades on avastatud ja likvideeritud mõni üksik suurem tootmiskoht. On ka andmeid, et metamfetamiini tarbimine suureneb kiiresti mõnes Euroopa Liiduga piirnevas riigis. Siiani ei ole see uimasti suutnud tungida Lääne-Euroopa stimulantide suurele turule, kus praegu domineerivad veel kokaiin ja amfetamiin. Samas arvestades metamfetamiini tootmise suhtelist lihtsust ning uimasti tugevat negatiivset mõju rahvatervisele, ei saa praeguse olukorraga kindlasti rahul olla. Probleemi tekkimise kiiruse kohta on heaks näiteks Slovakkia, kus viimase juhtumiuuringu kohaselt on metamfetamiini tarbimine oluliselt suurenenud.

### **Internet ja turustamine: kas Spice on vaid algus?**

Infotehnoloogia areng on muutnud enamikku eluvaldkondi, kusjuures Internet on muutunud piiramatust teabeallikast ka peamiseks kaupade ja teenustega virtuaalseks kauplemisskohaks, mille tõttu ei ole üllatav, et Internetil on tekkinud mõju ka uimastivaldkonnale. Käesoleval aastal avaldas EMCDDA esimese ülevaate Interneti kasitlevate lähenemisviiside kohta, mis näitas, et teatavate ennetus- ja ravivormide ning kahjude vähendamisele suunatud sekkumiste korral on veebipõhistel lähenemistel märkimisväärne potentsiaal. Vähem positiivne on see, et selle virtuaalse ja globaalse nähtuse reguleerimine näib olevat raske ning seetõttu saab Interneti kasutada ka psühhoaktiivsete ainete tarbimise edendamiseks. Peale probleemide, mis on seotud alkoholi ja ravimite turustamisega Internetis, on piiratud levikuga psühhoaktiivsetele ainetele tekkinud hulgaliselt seaduslikuks peetavaid alternatiive.

Praegu teeb EMCDDA veebipoodides pakutavate psühhoaktiivsete ainete regulaarselt järelevalvet. Paari viimase aasta jooksul on see turg üha kasvanud ja hõlmab käesoleval ajal rohkesti taimseid tooteid, eriti ürdisegusid

ning sünteetilisi koostisosi sisaldavaid kaupu. Uute Interneti-turule ilmuvate ainete valik ulatub teatavates maailma osades traditsiooniliselt kasutatavatest uimastitest kuni eksperimentaalsete kemikaalideni, mis on sünteesitud laborites ja mida ei ole veel inimestel katsetatud. Muude uuenduste hulgas on tuntud kaubamärkide edasiarendamine ja atraktiivsete pakendite kasutamine. Heaks näiteks selle kohta on vürtsidena (*Spice*) turustatavad taimesegud.

On leitud palju mitmesugustes pakendites ja mitmesuguste koostisainetega „vürtsisegusid“. Kohtueksperitiisi analüüsidel ei ole sageli õnnestunud leida etiketile märgitud taimseid aineid, kuid mõningatest proovidest on leitud segudele lisatud sünteetilisi kannabinoide. Need ained ei kuulunud toote etiketil loetletud koostisainete hulka ning seega ei olnud segude tarbijad neist teadlikud. Leitud kannabinoidid on suhteliselt vähe tuntud, mõni neist on äärmiselt tugeva toimega ja nende mõjust inimesele teatakse vähe.

Ei ole midagi uut selles, et uimastite leviku piiramisest möödahiilimiseks hakatakse turustama reguleerimata asendusaineid. Uus on aga praegusel ajal tuvastatud ainete suur valik, tahtlikult vale märgistusega toodete agressiivne turustamine, Interneti üha laienev kasutamine ja kiirus, millega turg piiramismeetmetele reageerib. *Spice* võib meid hoiatada tulevaste probleemide eest. Sageli väljaspool Euroopa jurisdiktsiooni tegutsevad oskuslikud keemikud suudavad odavalt läbi viia orgaanilist sünteesi, mille tulemusena muutuvad kättesaadavaks märkimisväärselt paljud psühhoaktiivsed ained. See võib täiendada üldpilti täiesti uute kemikaalirühmadega, millel on palju analooge, mille avastamine on keeruline ning mida on väga raske reguleerida üksikkomponentidel põhineva piiramispoliitikaga. Peale selle võivad sellised ained jääda uimastite leviku piiramise ja kaubanduseeskirjade vahelisele reguleerimata alale, sest mõnda neist kasutatakse seaduslikult või müüakse väidetavalt seadusliku kasutamise eesmärgil.



# 1. peatükk

## Poliitika ja õigusnormid

### Sissejuhatus

Viimase aasta jooksul on koostatud kaks uut Euroopa ja rahvusvahelise uimastipoliitika dokumenti. 2008. aasta detsembris tutvustas Euroopa Liit oma uut narkootikumidealast tegevuskava aastateks 2009–2012 ning mõned kuud hiljem järgnesid sellele Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni uus poliitiline deklaratsioon ja maailma uimastiprobleemi vastu võitlemise tegevuskava. Käesolevas peatükis käsitletakse uute uimastipoliitika dokumentide sisu ja kodanikuühiskonda esindavate organisatsioonide rolli nende koostamisel.

Rahvusvahelised poliitilised debadid sisaldasid arutelusid uimastitega kaubitsemise üle ning käesolevas peatükis antakse ülevaade uusimatest õiguslastest arengutest Euroopas seoses uimastitega kaubitsemise eest määratavate minimaalsete karistustega. Poliitilise debati üks võtmetemasid oli ka kahjude vähendamine ja käesolevas peatükis käsitletaksegi kahe selle valdkonna olulise sekkumise, nõela- ja süstlavahetuse ning asendusravi õiguslikke tagamaid.

Muud käsitletud teemad on hiljutine riiklike uimastistrateegiate ja tegevuskavade hindamine, uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta esitatud uued andmed ja kõnealuse valdkonna uued suundumused ning uimastialaste teadusuuringute areng Euroopas.

### Arengud rahvusvahelises ja ELi poliitikas

#### ÜRO uus poliitiline deklaratsioon ja tegevuskava

ÜRO uus poliitiline deklaratsioon ja tegevuskava <sup>(1)</sup> võeti vastu ÜRO narkootikumide komisjoni (CND) 2008. aasta istungjärgu ajal toimunud kõrgetasemelisel poliitilisel kohtumisel. Nende dokumentide koostamiseni jõuti aastapikkuse töö tulemusena ning need moodustasid ühe osa ülevaatest kümne aasta jooksul saavutatud edusammudest seoses eesmärkide ja sihtidega, mis püstitati ÜRO Peaassamblee maailma uimastiprobleemide 20. eristungjärgul 1998. aastal.

Euroopa Liidul ja selle liikmesriikidel oli ÜRO Peaassamblee eristungjärgu ülevaate koostamisel juhtiv osa. Euroopa riigid esitasid oma seisukoha ülevaatamisprotsessi käigus välja töötatud ÜRO uimastipoliitika suhtes Euroopa Liidu Nõukogu koostatud ühist seisukohta väljendavas dokumendis. Nimetatud dokumendis rõhutati, et rahvusvahelise uimastikontrollisüsteemi kõige olulisem põhimõte on rahvatervise tähtsustamine ning et on vaja saavutada ÜRO asutuste (sealhulgas Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu, ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo, UNAIDS; Maailma Terviseorganisatsioon) süsteemiülene ühtsus uimastivaldkonnas. Ühtlasi soovitati dokumendis kaasata ÜRO uude poliitilisse deklaratsiooni mitu olulist elementi ja prioriteeti. Nende hulka kuulus ka tervikliku, integreeritud ja tasakaaluka uimastipoliitika koostamise vajadus, milles oleks omistatud suuremat kaalu uimastinõudluse vähendamisele ning mis hõlmaks ka kahjude vähendamist. EL toonitas, et uue uimastipoliitika võtmeteguriks peaks olema austus rahvusvaheliste inimõiguste konventsioonide vastu, sealhulgas õigus tervisele, ning et uimastipoliitikate väljatöötamisel tuleks aluseks võtta teaduslikud andmed. Ühtlasi väitis EL, et kui soovitakse võidelda uimastite tootmise vastu, ei tohiks alternatiivsetele algatustele antav toetus sõltuda narkootiliste ainete ebaseadusliku kasvatamise vähenemisest.

ÜRO uus dokument sarnaneb sisult esialgsetele 1998. aastal vastu võetud ÜRO Peaassamblee eristungjärgu deklaratsioonidele ja tegevuskavadele. Tegevuskava, milles vaadatakse läbi praegused uimastipoliitika probleemid ja loetletakse meetmeid, mida ÜRO liikmesriigid on kohustatud järgmise aastakümne jooksul rakendama, sisaldab paljusid Euroopa Liidu tõstatatud küsimusi. Uimastinõudluse vähendamise jaotises on loetletud järgmisi peamisi meetmeid ja eesmärke: suurem austus inimõiguste vastu, teenuste parem kättesaadavus ja parem keskendumine haavatavatele rühmadele. Ühtlasi kutsutakse dokumendis üles muutma uimastipoliitikaid tasakaalukamaks, pöörates suuremat tähelepanu uimastinõudluse vähendamisele; rakendama tõenditel

(<sup>1</sup>) Poliitiline deklaratsioon ja tegevuskava, milles käsitletakse rahvusvahelist koostööd maailma uimastiprobleemide vastu võitlemise integreeritud ja tasakaalustatud strateegia loomisel.

## Ülemaailmne ebaseaduslik uimastiturg

ÜRO narkootikumide komisjoni 2009. aasta istungjärgul Viinis tutvustati Euroopa Komisjoni rahastatud uue uuringu tulemusi, milles vaadeldakse ülemaailmset ebaseaduslikku uimastiturgu <sup>(1)</sup>. Uuring ei leidnud tõendeid ülemaailmse uimastiprobleemi vähenemise kohta ajavahemikus 1998–2007. Mõnedes riikides probleem küll vähenes, kuid teistes muutus see tõsisemaks, mõnel juhul palju tõsisemaks.

Uuringu andmetel ei ole ebaseaduslik uimastiturg vertikaalselt integreeritud ja seal ei domineeri ka suured kaubitsejad või kartellid. Kuigi hinnanguliselt annab ebaseaduslike uimastite müük tulu rohkem kui 100 miljonit eurot, on uimastiturul osalejate valdava enamiku sissetulekud tagasihoidlikud. Mõned üksikud turul osalejad teenivad küll palju, kuid kogutulust moodustab see vaid väikese osa.

Uuring näitab riikide narkopoliitikate lähenemist, kusjuures neis on hakatud suuremat tähelepanu pöörama nõudluse vähendamisele ja tunnustatakse laiemalt kahjude vähendamise vajalikkust. Suhtumine müüjatesse ja kaubitsejatesse on muutunud karmimaks.

Uuringu hinnangul on uimastite keelustamine tekitanud olulisi ettekatsetamatuid kahjusid, millest paljusid oleks olnud võimalik prognoosida (nt tootmise ja kaubitsemise geograafiline ümberpaigutamine).

<sup>(1)</sup> Euroopa Komisjoni 2009. aasta aruanne ülemaailmsete ebaseaduslike uimastiturgude kohta (saadaval aadressil [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/studies/doc\\_drugs\\_studies\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm)).

põhinevaid sekkumisi ning seire- ja kvaliteedi tagamise mehhanisme. ÜRO dokumendis ei tunnustata siiski selgesõnaliselt Euroopas välja töötatud ja teaduslikult kontrollitud lähenemisviisi, mis näeb ette pingutusi kahjude vähendamise nimel.

## ELi narkootikumidealased tegevuskavad

2008. aasta septembris avaldas Euroopa Komisjon Euroopa Liidu narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) lõpphindamise tulemused <sup>(2)</sup>. Hindamise käigus vaadati läbi tegevuskavas sätestatud meetmete rakendamine ja eesmärkide saavutamine. Ka uuriti tegevuskava mõju ELi liikmesriikide riiklikele uimastipoliitikatele ja vaadeldi Euroopa uimastiolukorra viimaseid suundumusi.

Hindamise tulemusel leiti, et kuigi kõik meetmed ei olnud täielikult rakendatud ja kõik eesmärgid ei olnud täidetud, oli saavutatud edu peaaegu kõikides tegevuskava valdkondades. Lisaks märgiti, et asjaolu, et enamik riikliku uimastipoliitika dokumente sisaldavad ELi tegevuskava kajastavaid eesmärgi, on tõendiks Euroopa riikide vahelise lähenemise kohta uimastipoliitika valdkonnas. Täheldati ka

## Euroopa Liidu narkootikumidealane tegevuskava (2009–2012): uued võimalused

ELi narkootikumidealases tegevuskavas pööratakse täiendavat tähelepanu kodanikuühiskonna osalemisele uimastipoliitikas. „Euroopa uimastimeetme“ loomise abil püüab narkootikumidealane tegevuskava stimuleerida Euroopa kodanikuühiskonda panustama uimastiprobleemidesse ja nende suhtes meetmeid võtma. Ühtlasi kutsub tegevuskava liikmesriike üles kaasama kodanikuühiskonda uimastipoliitika kõikide tasandite tegevustesse.

Ennetuse, ravi, kahjude vähendamise ja rehabilitatsiooni valdkonna sekkumiste kvaliteeti on tugevdatud meetmetega, mis kutsuvad üles koostama ja vahetama suuniseid, häid tavasid ja kvaliteedistandardeid ning arendama edasi kõnealuste valdkondade minimaalseid kvaliteedinõudeid või võrdlusaluseid Euroopa Liidus. Uimastinõudluse vähendamise rubriigis pööratakse kinnipidamisasutustele täiendavat tähelepanu ka meetmete abil, mis kutsuvad liikmesriike üles osutama vangistuses olevatele uimastikasutajatele teenuseid võrdsel tasemel väljaspool vanglat pakutavate teenustega; rakendama nende suhtes järelehooldust ja parandama üldiselt uimastiprobleemide seiret ja uimastitega seotud teenuseid kõnealustes asutustes.

Enamasti on pakkumise vähendamisele suunatud meetmete eesmärk õiguskaitse ja liikmesriikide õigusala koostöö parandamine, sageli Euroopa Liidu asutuste, projektide ja abivahendite ulatuslikuma kasutamise kaudu. On välja töötatud seitse avara tegevusliku suunitlusega meedet, mis aitavad vähendada uimastite lähteainete kõrvaesunamist ja nendega Euroopa piires ja Euroopa kaudu kaubitsemist.

Rahvusvahelise koostöö valdkonnas pannakse suuremat rõhku alternatiivsele arengule, millega seotud kolm meedet kutsuvad üles selliseid programme rahaliselt ja poliitiliselt intensiivsemalt toetama. Välislepingutes ja programmides püütakse paremini kajastada tasakaalukat lähenemist nõudluse ja pakkumise vähendamisele.

Teabe, teadusuuringute ja hindamise rubriigis kutsub üks uus meede üles välja töötama võtmenäitajaid ja strateegiaid andmete kogumiseks uimastitega seotud kuritegude, uimastite ebaseadusliku viljelemise, uimastiturgude ning pakkumist vähendavate sekkumiste kohta. Suuremat rõhku pannakse ka teadustöö tugevdamisele uimastite valdkonnas ning narkopoliitika hindamise parandamisele niihästi siseriiklikul kui ka ELi tasandil.

Euroopa uimastiolukorra suhtelist stabiliseerumist viimastel aastatel, kuid ELi tegevuskava panust selle suundumuse tekkesse ei olnud võimalik kindlaks määrata.

Leiti, et vaatamata mõningatele tegevusalastele puudujätkidele omab ELi narkootikumidealane tegevuskava lisaväärtust kolmes olulisel valdkonnas: kohustab liikmesriike ja ELi institutsioone ühiseid eesmärgi

<sup>(2)</sup> 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

saavutama; loob koostöövõrgustiku ja sidusa lähenemisviisi uimastivaldkonna jaoks ning on rahvusvahelise tasandi poliitika mudeliks.

Narkootikumidealase tegevuskava lõpphindamisel teatati järgmise, ELi narkootikumidealase tegevuskava (2009–2012) koostamisest, mille Euroopa Ülemkogu kinnitas 2008. aasta detsembris <sup>(3)</sup>. See narkootikumidealane tegevuskava, mis alates 1990. aastast on juba viies, on teine tegevuskava, mis on koostatud praeguse ELi narkostrategia (2005–2012) kohaselt. Selle üldine eesmärk on narkootikumide levimuse oluline vähendamine elanikkonna hulgas ning ebaseaduslike narkootikumide kasutamisest ja nendega kauplemisest tulenevate sotsiaalsete ja tervisekahjude vähendamine.

ELi uues tegevuskavas on välja toodud viis võtmeprioriteeti, mis kajastavad meetmete võtmise valdkondi: koordineerimise ja koostöö parandamine ja avalikkuse teadlikkuse suurendamine; narkootikumide nõudluse vähendamine; narkootikumide pakkumise vähendamine; rahvusvahelise koostöö parandamine ning probleemi mõistmise parandamine. Uus kava on eelmisest kitsama suunitlusega, sisaldades poole vähem eesmärke (24) ja väiksema arvu meetmeid (72). Ühtlasi sisaldab kava eesmärke ja meetmeid, mida eelmises tegevuskavas ei olnud <sup>(4)</sup>. Käesolevat narkootikumidealast tegevuskava ja strateegiat hindab 2012. aastal sõltumatu välisekspert, millele järgneb järelemõtlemisaeg, et valmistada ette järgmisi ELi uimastipoliitika dokumente.

### Kodanikuühiskond ja uimastipoliitika kujundamine

Valitsusväliste organisatsioonide kaasamine ELi ja ÜRO uusi uimastipoliitika dokumente ettevalmistavatesse aruteludes on oluline samm kodanikuühiskonna kaasamisel selle valdkonna poliitikasse. Euroopa Komisjoni uimastiteemalisel kodanikuühiskonna foorumil 2008. aasta mais käsitleti ELi narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) hindamise esmaseid tulemusi ning arutati järgmise tegevuskava vajadust ja võimalikku sisu (Euroopa Komisjon, 2008a). 26 foorumil osalenud valitsusvälist organisatsiooni arvasid, et ELi uimastipoliitika tuuma peaksid moodustama rahvatervis ja inimõigused ning et rõhutada tuleks ka vaenamise ja diskrimineerimise vältimist. Ühtlasi kutsusid nad üles pöörama rohkem tähelepanu haavatavatele rühmadele, mitme uimasti tarvitamisele, vaimse tervise probleemidele, vanglate olukorrale ja uimastitega seotud surmade ennetamisele. Foorumil tuvastatud esmatähtsate tegevuste hulka kuuluvad valitsuste

ja kodanikuühiskonna koostöö suurendamine, uimastinõudluse vähendamise valdkonna kvaliteedistandardite väljatöötamine, andmekogumismehhanismide täiustamine ja kolmandate riikide alternatiivse arengu toetamine.

Euroopa Komisjon ja mitu ELi liikmesriiki andsid rahalist toetust Viini valitsusväliste organisatsioonide narkootikumide komiteele, et see saaks läbi vaadata valitsusväliste organisatsioonide panuse ÜRO Peaassamblee 1998. aasta eristungjärgul püstitatud eesmärkide täitmisesse. Protsess „Beyond 2008“ („Pärast 2008. aastat“) tugines üheksale piirkondlikule konsulteerimisele ja tipnes 2008. aasta juulis Viinis peetud foorumiga. Foorumil vastu võetud lõppdeklaratsioon ja kolm resolutsiooni käsitlesid paljusid valitsusväliste organisatsioonide tegevusi ning nende üha kasvavat rolli uimastipoliitikas <sup>(5)</sup>. Valitsusvälsed organisatsioonid kutsusid valitsusi ja rahvusvahelisi organisatsioone üles nendega regulaarselt konsulteerima ja neile suuremat toetust osutama. Liikmesriikidele ja rahvusvahelistele organisatsioonidele esitatud paljude pöördumiste seast võiks esile tõsta järgmisi: inimõigustel, rahvatervisel ja teaduslikel andmetel põhinev terviklik ja tasakaalukas uimastipoliitika; suurem seire- ja hindamissuutlikkus; parimate tegutsemistavade, eriti ÜRO töhusa ravi põhimõtete väljaarendamine ja levitamine; narkootiliste ainete kättesaadavus ja piisav pakkumine valuvaigistitena ning uimastisõltlastest või uimastitega seotud kuritegude eest karistust kandvate vangide inimõiguste austamine.

### Riiklikud uimastistrateegiad ja tegevuskavad

#### Uued arengud

Uimastistrateegiad ja tegevuskavad on nüüd Euroopa riikide olulised uimastipoliitika vahendid. 29 riiki EMCDDA jälgimise all olnud 30 riigist on asjakohased dokumendid vastu võtnud ja uuendavad neid kindlate ajavahemike järel.

2008. aastal võtsid Kreeka, Prantsusmaa ja Ühendkuningriik vastu uued uimastipoliitika dokumendid <sup>(6)</sup>. Kreeka võttis olemasoleva narkostrategia täiendamiseks vastu tegevuskava (2008–2012). Uue kava eesmärkide seas on ka parem uimastiravi osutamine. Prantsusmaa uus tegevuskava (2008–2011) hõlmab ebaseaduslike narkootikumide, alkoholi ja tubakat. Kava võtmeprioriteet noorte inimeste osas on nende uimastitest eemalhoidmine algusest peale, korrates neile pidevalt

<sup>(3)</sup> ELT C 326, 20.12.2008, lk 7.

<sup>(4)</sup> Vt „Euroopa Liidu narkootikumidealane tegevuskava (2009–2012): uued võimalused“, lk 19.

<sup>(5)</sup> [http://www.vngoc.org/details.php?id\\_cat=8&id\\_cnt=56](http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56)

<sup>(6)</sup> Riiklik uimastipoliitika dokument on valitsuse heakskiidetud mis tahes ametlik dokument, milles määratletakse uimastivaldkonna üldised põhimõtted ja kindlad sekkumised või eesmärgid ning mida esitatakse ametlikult kui narkootikumidealast strateegiat, tegevuskava, programmi või muud poliitikadokumenti.

uimastite kasutamise keelatus ning teavitades noori ja nende vanemaid uimastite kasutamisest tulenevatest ohtudest. Ühendkuningriigi uue narkootikumidealase strateegia (2008–2018) ja selle tegevuskava (2008–2011) eesmärk on piirata ebaseaduslike narkootikumide pakkumist ning vähendada nõudlust nende järele, pöörates seejuures eriti tähelepanu perekondade kaitsmisele ja kogukondade tugevdamisele.

Kümnel muul ELi liikmesriigil olid olemas riiklikud uimastipoliitika dokumendid, mis aeguvad 2008. aastal. Hispaania võttis vastu uue narkostrategia 2009. aasta veebruaris ning kaheksa muud riiki (Bulgaaria, Iirimaa, Itaalia, Leedu, Küpros, Portugal, Rumeenia, Slovakkia) tegelesid 2009. aasta esimesel poolel uute narkostrategiate koostamise lõpetamise ja vastuvõtmisega; Läti pikendas oma aastaid 2005–2008 hõlmavat programmi üheaastase tegevuskavaga. Ka Madalmaad kavatsevad 2009. aastal oma 1995. aasta uimastipoliitika valge raamatu välja vahetada ning mitmel riigil (Luksemburg, Sloveenia, Tšehhi Vabariik, Ungari, Horvaatia, Türgi) valmib kõnealusel aastal vähemalt üks poliitikadokument.

## Hindamine

Ligikaudu kaks kolmandikku Euroopa riikidest teatavad, et nad koostavad jooksvaid või aastaülevaateid oma riiklikes uimastipoliitika dokumentides sätestatud meetmete rakendamise kohta. Enamikul juhtudel esitatakse valitsusele või parlamendile ka eduaruanne, mis põhineb uimastipoliitikaga hõlmatud teenuseosutajatel ja ministeeriumidelt kogutud andmetel. Enamik riike on juba hakanud rakendama ELi narkootikumidealase tegevuskava (2009–2012) meedet 70, milles kutsutakse ELi liikmesriike üles oma uimastipoliitikat regulaarselt või jooksvalt hindama ja kohandama.

Samalaadse hinnangu võib anda riikide narkootikumidealaste strateegiate ja tegevuskavade lõpphindamisele, kuna rohkem kui 20 riiki on teatanud, et nad valmistavad nimetatud hindamist ette või on selle juba läbi viinud. Mõnel juhul on lõpparuandeks aasta jooksul rakendamise kohta koostatud ülevaadete kokkuvõtte; mõnel juhul on püütud rakendamisprotsessi, tõhusust või poliitika mõju sügavamalt käsitleda. Riikidest, kes kasutasid hindamisel rohkem sügavuti minevat lähenemisviisi, otsustasid kaks (Luksemburg ja Küpros) kasutada välishindajaid.

Uimastipoliitika hindamisel tekitab suuri raskusi narkostrategiate või narkootikumidealaste tegevuskavade tulemuste seostamine uimastiolukorras toimunud muutustega. Probleeme tekitavad suurte

meetmekomplektide mõju hindamine ja vähene arusaamine sellistest olulistest taustaelementidest nagu uimastiturud või suundumused noorte inimeste uimastikasutuses ja elustiilis. Siiski on mõned Euroopa riigid teinud jõupingutusi seoste loomiseks narkostrategiate või narkootikumidealaste tegevuskavade ja narkoolukorra näitajate vahel. Tulevikus hakatakse seda rohkem tegema, sest ELi uues narkootikumidealases tegevuskavas (2009–2012) kutsutakse üles välja töötama uimastipoliitika mõju tõhususe mõõtmise vahendeid. Ka EMCDDA tegeleb suuniste väljatöötamisega, mis aitaksid liikmesriikidel hinnata ja tõlgendada oma uimastipoliitika dokumentide tulemusi.

## Riiklikud kulutused

Poliitikakujundajad vajavad põhjalikku usaldusväärset teavet uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta, et hinnata vahendite tegelikku jaotust selles valdkonnas ning lõppkokkuvõtteks ka kulude ja tulude suhet uimastipoliitikas. Ebaseaduslike narkootikumide kasutamise vastaseks võitluseks riigilt saadud vahendite majanduslikule mõjule antud hinnang on oluline samm uimastitarbimise laiemal mõju teadvustamise suunas.

Riiklike kulutusi hinnatakse valitsemissektori eelarve ja raamatupidamisdokumentide põhjal. Riikliku uimastipoliitika rakendamisega seotud kogukulutuste hindamine on raske, sest arvesse tuleb võtta arvnäitajaid, mis iseloomustavad valitsemissektori erinevate tasandite (nt kohalik, piirkondlik, riiklik) tegevusi, mida rahastatakse erinevatelt eelarveridadelt ja mille seos narkootikumidega ei ole sageli täpselt määratletud.

Euroopa riikide uimastivastase võitlusega seotud kogukulutused olid aastal 2005 hinnanguliselt 34 miljardit eurot (EMCDDA, 2008a). Puuduliku aruandluse tõttu ei ole võimalik seda prognoosi ajakohastada. Seda valdkonda käsitleva teabe kogumise raskust illustreerib tõsiasi, et 23 riigist, kes teatasid oma andmed 2007. aasta kohta, suutis üksnes Tšehhi Vabariik esitada kulude jaotuse valitsussektori kõikide tasandite lõikes. Enamik riike esitas teabe keskvalitsuse kulude kohta ja seitse riiki teatasid ka piirkondlike või kohalike omavalitsuste (Belgia, Taani, Eesti, Austria, Soome, Horvaatia) või sotsiaalkindlustusfondide (Saksamaa) andmed.

## Märgitud ja muud kulutused

Märgitud kulutused on planeeritud uimastivastase võitlusega seotud riiklikud kulutused, mida teeb riigi valitsemissektor. Need kajastavad riigi vabatahtlikku panust uimastivaldkonda ja need on kajastatud riigieelarve

dokumendis. 2007. aasta kohta andmeid esitanud 23 riigist teatas märgitud kulutustest üksnes 16 riiki. Paljudel juhtudel (nt Eesti, Prantsusmaa, Rumeenia) oli suurem osa kulutustest, mis olid määratletud märgitud kulutustena, seotud riiklike uimastipoliitika dokumentide rakendamisega.

Kuid kõiki uimastitega seotud kulutusi ei saa riiklikes eelarvetes sellisel viisil määratleda. Enamikus riikides märgitakse teatavad uimastitega seotud tegevustele kulutatud summad mõne teise programmi või sekkumise lahtisse (nt politseioperatsioonide üldisesse eelarvesse või nii seaduslike kui ka ebaseaduslike narkootiliste ainete seotud sekkumistele kulutatud summadesse). Neil juhtudel tuleb seda nn märkimata kulu hinnata kulude modelleerimise abil. Varasemate uuringute tulemused tõestavad, et enamikul juhtudel moodustavad märkimata kulutused suurema osa uimastiprobleemidega seotud riiklikest kulutustest.

Uimastitega seotud riiklike kulutusi saab rühmitada valitsussektori funktsioonide jaotuse süsteemi (COFOG) alusel (EMCDDA, 2008e). Kolm riiki esitasid oma märgitud kulutused COFOGi esimese tasandi liigituse kohaselt (Luksemburg, Soome, Ühendkuningriigist üksnes Inglismaa) ning vaid Inglismaa esitas arvnäitajad ka üldiste avalike teenuste, hariduse ja sotsiaalse kaitse rubriikidesse liigitatud tegevuste kohta <sup>(7)</sup>. Neis kolmes riigis moodustavad kogukulutustest kõige suurema osa tervise valdkonna kulutused, millele järgnevad avaliku korra ja julgeolekuga seotud kulutused (tabel 1). Vastupidiselt sellele on riikides, kes esitasid COFOGi andmed märkimata kulutuste kohta, suurem osa kulutusi seotud avaliku korra ja julgeoleku valdkonna tegevustega, millele järgnevad tervise valdkonnas tehtud kulutused. See on kooskõlas varasemate aruannete tulemustega (vt

EMCDDA, 2008e), mis näitavad, et kuigi suurema osa märgitud kuludest saaks paigutada tervise valdkonna sekkumistesse, tehakse lõviosa uimastitega seotud riiklikest kulutustest avaliku korra ja julgeoleku valdkonnas.

### Suundumused

Enamikus riikides, mille kohta on kättesaadav ühtne teave, suurenesid püsivhindades väljendatud märgitud kulutused 2007. aastal, võrreldes 2005. aastaga. Kasv varieerus 14–23%-st (Tšehhi Vabariik, Iirimaa, Leedu, Luksemburg, Horvaatia) kuni 72%-ni (Küpros, Eesti). Ühendkuningriigis märgitud kulutused selle ajavahemiku jooksul ei muutunud.

### Riiklikud õigusaktid

Euroopa Liidu tasakaalukas lähenemine uimastipoliitikale tähtsustab võrdselt nii nõudluse kui ka pakkumise vähendamist. Viimase kümne aasta jooksul vastu võetud riiklike õigusaktide uurimine näitab, et selle poliitilise kohustuse täitmiseks on ELi liikmesriigid aktiivselt tegelenud oma seadusloomega. Riigid on loonud teatavate kahjusid vähendavate tegevuste jaoks reguleerivad raamistikud, suurendades seejuures uimastitega kauplemise eest määratavaid karistusi. Viie aasta jooksul on kaks ELi vahendit kõnealust protsessi kiirendanud. 2003. aastal avaldas Euroopa Ülemkogu soovitus uimastitega seotud kahjude ennetamise ja vähendamise kohta, milles kutsuti üles võtma selliseid meetmeid nagu asjakohase asendusravi pakkumine ja juurdepääsu võimaldamine süstimisvahenditele ning nende vahetamisele <sup>(8)</sup>. Lisaks sellele kutsuti nõukogu 25. oktoobri 2004. aasta raamotsuses 2004/757/JHA üles kehtestama rangemaid karistusi ebaseadusliku uimastikaubanduse eest. Käesolevas jaotises kirjeldatakse viimase kümne aasta

**Tabel 1: COFOGi (valitsussektori funktsioonide jaotuse süsteem) põhjal andmeid esitavate ELi liikmesriikide uimastitega seotud märgitud ja muud riiklikud kulutused 2007. aastal**

| COFOGi kategooria         | Luksemburg<br>miljonit eurot (%) |                     | Soome <sup>(1)</sup><br>miljonit eurot (%) |             | Ühendkuningriik<br>miljonit eurot (%) |
|---------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
|                           | Märgitud                         | Muud <sup>(2)</sup> | Märgitud                                   | Muud        | Märgitud                              |
| Üldised avalikud teenused | –                                | –                   | –                                          | –           | 50,4 (3,6)                            |
| Avalik kord ja julgeolek  | 4,7 (37,6)                       | 15,1 (70,2)         | –                                          | 62,3 (82,2) | 358,9 (27,2)                          |
| Tervishoid                | 7,8 (62,4)                       | 6,4 (29,8)          | 14,3 (100)                                 | 3,8 (5,0)   | 958,2 (68,8)                          |
| Haridus                   | –                                | –                   | –                                          | 9,7 (12,8)  | 15,2 (1,1)                            |
| Sotsiaalkaitse            | –                                | –                   | –                                          | –           | 10,5 (0,8)                            |

<sup>(1)</sup> 2006. aasta andmed.

<sup>(2)</sup> Luksemburg on esitanud täieliku ülevaate muude kulude prognooside koostamiseks kasutatud modelleerimisenetlustest.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2008).

<sup>(7)</sup> COFOGi liigituses on kolm hierarhilist tasandit. Esimesel tasandil on valitsuse kulutused jaotatud kümne funktsiooni vahel.

<sup>(8)</sup> Nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitus (ELT L 165, 3.7.2003, lk 31).

suundumusi kahju vähendavate tegevuste reguleerimise ja kaubitsejatele määratavate karistuste valdkonnas. Ilmneb, et kuigi üldiselt on nende valdkondade riikliku tasandi tegevustes järgitud ELi tasandi kokkuleppeid, on mõned riigid kasutanud oma õigust minna kaugemale nimetatud kokkulepetes sätestatud miinimumnõuetest.

### Opioidide asendusravi

Alates 1998. aastast on 18 riiki teatanud 45 õigusaktist, mis on seotud asendusraviprogrammide õigusliku raamistiku loomise või muutmisega. Mitu neist õigusaktidest käsitlevad programmide teatavate üksikasjade sätestamist või muutmist: Iirimaa (1998), Poola (1999), Saksamaal (2000), Tšehhi Vabariigi ja Portugalis (2001), Kreekas ja Luksemburgis (2002), Belgias ja Prantsusmaal (2004), Lätis (2005) ning Austrias ja Leedus (2007).

Kuigi Euroopa riigid on vastuvõetud seadustes ja määrustes käsitlenud opioidide asendusravi paljusid erinevaid aspekte, määratlesid paljud neist kuni 2004. aastani neid aineid lubatud ainetena. Sellel perioodil kehtinud õigusaktidest käsitles ligikaudu üks neljandik selliste ainete nagu metadoon ja buprenorfiin kasutamise lubamist ja reguleerimist. Samas käsitles üks kolmandik alates 2002. aastast vastu võetud õigusaktidest asjakohaseid programme või neile juurdepääsu lihtsustamist. Opioidide asendusraviks kasutatavaid aineid lubavad seadused mõningatel juhtudel välja kirjutada üksnes ravikeskuste arstidel, kuid sageli on väljakirjutamise õigus antud ka muudele arstidele (<sup>9</sup>). Tavaliselt on õigusaktides kindlaks määratud ka selliste ainete väljastamise kohad, milleks on enamasti apteegid või ravikeskused, kuid mõnes riigis on väljastamine lubatud ka arstidel.

### Nõela ja süstla programmid

Nõela ja süstla programme võib läbi viia kohalikul, piirkondlikul või riiklikul tasandil, vahel kasutatakse nende lubamiseks spetsiaalset riiklikku õigusraamistikku, kuid tavaliselt seda vaja ei ole. Seadused, millest Euroopa riigid viimase aastakümne alguses teatasid, olid üldiselt mõeldud selliste sekkumiste õigusliku aluse loomiseks (Sloveenia 1999. aastal, Poola 2001. aastal, Soome 2003. aastal) või nõela ja süstla programmidele juurdepääsu määratlemiseks või lihtsustamiseks (Belgia ja Prantsusmaa 1998. aastal, Soome 2003. aastal). Peagi hakati aga neis õigusaktides põhitähelepanu pöörama kõnealuste programmide reguleerimisele, mille kohta võeti üksikasjalikud eriseadused või dekreedid vastu Belgias, Portugalis ja Luksemburgis vastavalt aastatel 2000, 2001 ja 2003. Neis õigusaktides sätestati, kellel on õigus neid programme läbi viia ning kas väljastusautomaadid on

lubatud või mitte. Portugalis laiendati 2007. aastal reguleerivat raamistikku ka vanglates läbiviidavatele nõela ja süstla programmidele.

Mõned riigid võtsid vastu õigusakte, mis aitasid üle saada kartusest, et nõela ja süstla programmid võiksid sattuda vastuollu uimastitarbimise lihtsustamise või sellele ohutamise kriminaliseerimist käsitlevate sätetega. Belgias ja Saksamaal on seetõttu seaduses erisäte, millega eraldatakse teatavad programmid mis tahes muust sellelaadsest tegevusest, kuid ka nende programmide puhul saab väljastatavate süstalde arvu piirata. Mõningates üksikutes riikides on politseile antud juhised asjakohase õiguskaitsealase tegutsemise kohta nõela ja süstla väljastamiskohtade läheduses. Üldiselt on kogu Euroopa Liidust vähe teateid steriilsete süstalde ja nõelte konfiskeerimise kohta politsei poolt.

### Karistused uimastikaubitsemise eest

Vaatamata sellele, et uimastikaubitsemisega seotud õigusrikkumised on ligikaudu 30 riigi õigusaktides erinevalt määratletud, on ELi liikmesriigid andnud viimase aastakümne jooksul nii üksikult kui ka kollektiivselt märku sellest, et selle tegevuse eest määratavaid karistusi tuleks suurendada. „Kaubitsemisega” seotud kuriteod võivad hõlmata tootmist või kasvatamist; importi ja eksporti; transporti; pakkumise tegemist; müüki ja/või omamist, kui viimati nimetatud eesmärk on jaotamine või pakkumine, või ka selliseid määratlusi nagu tegutsemine kasusaamise või kaubanduslikul eesmärgil.

Ajavahemikus 1999–2004 võtsid kuus riiki vastu õigusaktid, millega suurendati uimastikaubitsemisega seotud õigusrikkumiste eest määratavaid karistusi. 1999. aastal sätestas Iirimaa uue õigusrikkumise liigi, milleks on suure uimastikoguse omamine (väärtusega üle 12 700 euro) selle turustamise eesmärgil, mille eest määratav kohustuslik minimaalne karistus on kümme aastat vabadusekaotust. 2000. aastal hakkas Ühendkuningriik kasutama miinimumkaristusena seitse aastat kehtvat vangistust kolmandat korda A-klassi uimastitega kaubitsemise eest süüdimõistmise korral ja Kreeka muutis rangemaks uimastikaubitsejatele määratavad karistused, piirates nende õigust tingimisi vabastamisele. Eesti karistusseadustikku 2002. ja 2004. aastal sisseviidud muudatused suurendasid väikekaubitsejatele määratavaid karistusi kolmelt aastalt viiele ning karistusi suurte koguste puhul viielt aastalt kümnele. Taanis tõsteti uimastitega kaubitsemise eest määratavad karistused kuult aastalt kümnele ning suurte koguste või eriti ohtlike ainetega kaubitsemise eest karistatakse nüüd 16 aastase vangistusega varasema 10 aasta asemel. Ka Leedu

(<sup>9</sup>) Vt joonis 11, lk 77.

## Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas

Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas (ELDD) on EMCDDA elektrooniline andmebaas, mis sisaldab teavet uimastitega seotud Euroopa õigusaktide kohta ELi liikmesriikides ja Norras. Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas pakub algvormingus õigustekste, kõikide riikide uimastiseaduste profiile ja üksikasjalikke aruandeid eriteemade kohta. Andmebaasi teemaülevaadetes esitatakse kokkuvõtteid valitud valdkondade (nt ebaseaduslik uimastitega kaubitsemise, asendusravi ning nõela ja süstla programmid) õigusnormide kohta <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi teemaülevaadet: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

suurendas 2004. aastal uimastikaubitsemisega seotud õigusrikkumiste eest määratavaid karistusi väiksemate koguste puhul seniselt maksimaalselt kahelt aastalt kahele kuni kaheksale aastale ja suurte koguste puhul kahelt kuni kaheksalt aastalt kaheksale kuni kümnele aastale.

Oktoobris 2004 sätestati nõukogu raamotsusega 2004/757/JHA karistusseadus miinimumkaristused uimastitega kaubitsemise eest. Pärast seda on veel neli riiki vastu võtnud seadused, mis aitavad väiksemate kogustega kauplemise eest määratavaid karistusi nimetatud otsusega kooskõlla viia. 2006. aastal tõstsid Madalmaad maksimaalse karistuse suurte uimastikogustega kaubitsemise eest neljalt aastalt kuuele ning Poola suurendas karistust uimastite suurtes kogustes omamise ja alaealistele pakkumise eest maksimaalselt viielt aastalt kaheksale aastale, nähes ette ka minimaalse kuuekuulise karistusperioodi. Slovakkia suurendas karistust väikeste uimastikogustega kaubitsemise eest kahelt kuni kaheksalt aastalt neljale kuni kümnele aastale, kusjuures maksimumkaristus suuremate kogustega kaubitsemise eest suurenes kümnele aastalt 15 ja isegi 20 aastale. Ka Austria suurendas 2007. aastal narkootiliste ainete teistele isikutele andmise või teatavate uimastitaimede kasvatamise eest määratavat maksimaalset vangistust 6 kuult 12 kuule. Raskemate õigusrikkumiste eest määratavaid karistusi ei muudetud, kuid suure koguse määratlust muudeti selliselt, et nüüd on selleks 15-kordne piirkogus endise 25-kordse piirkoguse asemel.

## Uimastialased teadusuuringud

Kõikide Euroopa riikide narkoprobleeme käsitlevaid teadusuuringuid vaadeldi 2008. aastal EMCDDA avaldatud valikteemas <sup>(10)</sup>. Ülevaate saamiseks Euroopa riikides viimasel ajal läbi viidud teadusuuringutest on käesoleval aastal analüüsitud viimastes Reitoxi aruannetes riikide teadusuuringutele tehtud viiteid. Ühtlasi

tutvustatakse käesolevas jaotises ELi uimastialaseid teadustöid käsitlevat uuringut, mille Euroopa Komisjon avaldas käesoleval aastal.

## Liikmesriikide uurimisprojektid

Euroopa riigid viitasid viimastes Reitoxi riikide aruannetes rohkem kui 350 uurimisprojektile, mis on läbi viidud või avaldatud 2007. ja 2008. aastal. Teatatud teadusprojektide arv oli kõige suurem Ühendkuningriigis (80), järgnesid Saksamaa ja Madalmaad kumbki 30 teadusprojektiga ning Tšehhi Vabariik, Iirimaa ja Soome igaüks rohkem kui 20 teadusprojektiga.

Hiljutistest uuringutest käsitles rohkem kui üks kolmandik narkoolukorrale reageerimist, üks kolmandik keskendus uimastitarbimise levimusele, sellega seotud haigestumusele ja harjumustele ning üks viiendik uuris narkootikumide tarbimise tagajärgi. Näib, et teadlased on pööranud märgatavalt vähem tähelepanu selliste teemade uurimisele nagu otsustavad tegurid ning riski- ja kaitsetegurid, uimastimehhanismid ja -mõjud, pakkumine ja turud, meetodikaküsimused.

Need analüüsitulemused, mille hõlmavusala on küllaltki piiratud, toetavad ELi uues tegevuskavas esitatud üleskutset suurendada teaduslaseid jõupingutusi prioriteetsetes, kuid alaesindatud valdkondades, eriti uimastite pakkumise osas.

## Uimastialaste teadusuuringute analüüs Euroopa Liidus

Euroopa Komisjoni tellitud uuringus nimetusega „Euroopa Liidu ebaseaduslikke uimasteid käsitlevate teadusuuringute võrdlev analüüs“ on uimastite pakkumise uurimine liigitatud alaesindatud valdkondade hulka. Aruandes märgiti, et muud uuringutes ebaproportsionaalselt alaesindatud valdkonnad on ennetamine, õigusraamistikud ja leviku tõkestamine, samal ajal leiti, et rohkem on tehtud epidemioloogiaalast uurimistööd <sup>(11)</sup>. Uuringus järeldati, et kuigi liikmesriikidel on võrreldavaid kogemusi, tuleks riikide andmete võrreldavust parandada ja teadusuuringute nähtavust suurendada.

Leiti, et osalemine Euroopa teadusuuringutes varieerub riikide lõikes oluliselt ja et mitteformaalse rahvusvahelise koostöö osakaal on suur. Uuringus rõhutati, et uimastialaste teadusuuringute läbiviimist aitaksid lihtsustada uurijate üleeuroopalised ja rahvusvahelised võrgustikud. Teadusuuringute maht ja üldine kvaliteet ning rahastamise kättesaadavus varieeruvad Euroopa Liidu piires oluliselt ning ELi narkootikumidealase tegevuskavaga seotud poliitika ulatuslikumaks hõlmamiseks on kindlasti vaja arendada suutlikkust ja parandada rahastamist.

<sup>(10)</sup> Lisateavet Euroopa Liidu ja riiklike uimastialaste teadusuuringute kohta vt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

<sup>(11)</sup> Vt [http://ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/drugs/fsj\\_drugs\\_intro\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm)



## 2. peatükk

# Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas

### Sissejuhatus

Käesolevas peatükis esitatakse ülevaade narkoprobleemidega tegelemisest Euroopas, tuues võimaluse korral esile suundumused, arengud ja kvaliteediprobleemid. Siin vaadeldakse esmalt ennetusmeetmeid ning seejärel sekkumisi ravi, kahjude vähendamise ja ühiskonda taasintegreerimise valdkondades. Need meetmed kokku moodustavad nõudluse vähendamise tervikliku süsteemi. Neid võib kasutada ka täiendavate meetmetena ja vahel kombineeritakse neid sama vahendi raames teiste meetmetega. Seda tehakse näiteks üha rohkem ravi ja kahjude vähendamist käsitlevate meetmete korral.

Uues jaotises, mis sisaldab kõige värskemaid andmeid narkoseaduste rikkumiste kohta, käsitletakse ka uimastialases õiguskaitse raamistikus välja töötatud lahendusi. Peatükk lõpeb ülevaatega saadaval olevatest andmetest uimastitarbijate vajaduste kohta vanglates ja selles konkreetses keskkonnas kasutatavate lahenduste kohta.

### Ennetamine

Narkoennetustöö võib jagada erinevateks tasanditeks või strateegiateks, alustades ühiskonna kui terviku käsitlemisest (keskkonnaalane ennetus) kuni keskendumiseni ohustatud individidele (näidustatud ennetus). Ideaalolukorras eri strateegiad ei võistle omavahel, vaid täiendavad üksteist. Järgnevas ülevaates keskendutakse ennetusvaldkonna uuematele arengutele ja kontrollkatsete hiljuti teatatud tulemustele.

### Üldine ennetamine

Üldine ennetamine hõlmab kogu elanikkonda. Selle eesmärk on uimastitarbimise ning uimastitega seotud probleemide tekke ärahoidmine või aeglustamine, varustades noori inimesi teabe ja oskustega, mis aitavad neil vältida uimastite kasutamise alustamist. Praeguseks on enamik liikmesriike alustanud Euroopas võetavate ennetusmeetmete süstemaatilist seiret. Viimased arvanded kinnitavad, et andmeid esitanud riikide koolides ja kogukonnas tehtavas üldises ennetustöös on peamiseks

lähenemisviisiks sekkumised, mille eesmärk on uimastitest teavitamine (nt aeg-ajalt korraldatavad loengud). Olemasolevad tõendid sedalaadi sekkumise tõhusust siiski ei kinnita. Kuid nüüd on mõned riigid (Tšehhi Vabariik, Küpros, Austria, Poola, Sloveenia, Slovakkia) teatanud täiendavalt ulatuslikumatel teadusuuringutel põhinevatest sekkumistest, näiteks standardprotokolle järgivatest ennetusprogrammidest.

Euroopa uimastisõltuvuse ennetamise (EU-Dap) uuringus ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) on vaadeldud mõningaid Euroopas läbi viidud tõestatud tõhususega ennetusprogramme. Uuringusse kaasati 7000 õpilast seitsmest Euroopa riigist vanuses 12–14 aastat ning uuringu käigus hinnati tervikliku sotsiaalse mõju lähenemisviisil põhinevat programmi, milles eluks vajalike oskuste treening on kombineeritud normatiivse hariduse ja narkootiliste ainete kohta teadmiste omandamisega. Pärast kahe aasta möödumist on leitud, et programm aitab tõhusalt vähendada sagedast joobesolekut ja sagedast kanepi kasutamist.

Euroopa uimastisõltuvuse ennetamise uuringu tulemusi on mõjutanud uuritavate sugu, sest programmi üldist tõhusust on hinnatud üksnes poistele avaldatud mõju põhjal. Ei ole selge, kas põhjuseks on tüdrukute väiksem ohustatus või programmis mitteosalemine. Sooline mõju ilmnes ka Taani eluks vajalike oskuste programmi kontrollkatsetes. Tüdrukuid mõjutas kõige rohkem koolikiusamine, viimase nädala ja viimase kuu alkoholitarbimine, poisse aga rohkem kui viie alkoholi joogiga joomine ühe sündmuse ajal ja varasem kanepi proovimine.

Praha kontrollkatsetel võrreldi kogukonnapõhist programmi, mis sisaldas hariduslikku komponenti, vastastikusel tegevusel põhinevat lähenemisviisi, eluks vajalike oskuste treeningut ja vanematele mõeldud kavasid, koolide minimaalse ennetustegevuse tüüpprogrammiga (Miovský ja teised, 2007). Tõestati, et programmi saab kasutada valikulises ennetustegevuses.

### Valikuline ja näidustatud ennetamine

Nii valikulise kui ka näidustatud ennetustöö puhul tunnistatakse, et probleemne uimastikasutus on kõige

## Konkreetsete uimastite vastu suunatud meediakampaaniad

Euroopas on välja arendatud kanepitarbimise (Taani, Iirimaa, Prantsusmaa, Madalmaad, Ühendkuningriik) ja viimasel ajal ka kokaiinitarbimise (Iirimaa, Hispaania, Ühendkuningriik) vastu suunatud meediakampaaniad.

Peaaegu kõik need kampaaniad hoiatavad uimastitarbimisega seotud ohtude eest, mõnedes kasutatakse ka šokitaktikat. Üksnes kahe kampaania puhul on kasutatud erinevat lähenemisviisi, Ühendkuningriigi–Colombia kampaania „Shared responsibility” käsitleb uimastitarbijate keskkonnaalast ja sotsiaalset vastutust kokaiini tootmisega tekitatud kahju eest. Madalmaade 2006. aasta kanepikampaanias püüti hoiatamise ja tarbimise kirjeldamise asemel mõjutada noorte inimeste normatiivseid uskumusi positiivset eeskuju pakkuvate tegeliku elu juhtumite abil. Hindamisel leiti, et kampaania oli aidanud tugevdada kanepisuitsetamise vastaseid negatiivseid sotsiaalseid norme, kuid negatiivset mõju tarbimissoovile ja normatiivsetele uskumustele ei täheldatud (Wammes ja teised, 2007).

Uimastitarbimise ohtusid rõhutavate massimeediakampaaniate puhul on vaid harva hinnatud nende mõju käitumise, hoiakute või uimastitarbimissoovi muutmisele. Samas tekitab muret ka nende vähenenud tõhusus ja võimalik kahjulikkus. Näiteks näitas USA üleriigilise kanepikampaania põhjalik hindamine üldise mõju puudumist. Leiti tõendeid ka selle kohta, et kampaania avaldas efektiivsemat positiivset mõju kanepi tarbimisele, sest inimesed, kes ei olnud varem sellest uimastist huvitatud, teatasid oma tarbimissoovist (Hornik ja teised, 2008). Samadest probleemidest teatati seoses Šotimaa kokaiinikampaaniaga „Know the score” (EMCDDA, 2007a).

Noorte inimeste jaoks on otsuse tegemine keeruline protsess, mida mõjutab tugevasti eakaaslastega lävimine ja sotsiaalsete normide tunnetamine. Tundub, et siiani ei ole massimeedia osanud neile keerulistele küsimustele tõhusalt reageerida.

levinum haavatavates rühmades ja haavatavate indiviidide korral, kelle sotsiaalsed ja isiklikud võimalused on piiratud (EMCDDA, 2008c). Valikuline ennetustöö on suunatud konkreetsetele rühmadele, perekondadele või tervetele kogukondadele, kus inimesed võivad puudulike ühiskondlike sidemete ja ressursside tõttu hakata tõenäolisemalt uimasteid tarbima või sõltuvusse langeda. Selle lähenemisviisi tõendibaas on esitatud EMCDDA parima tava portaali uues jaotises (<sup>12</sup>). Näidustatud ennetustöö eesmärk on tuvastada inimesed, kellest võivad käitumis- või psühholoogiliste probleemide tõttu saada

hilisemas elus probleemsed uimastitarbijad, ja suunata neile konkreetsed sekkumismeetmed.

Uut teavet etnilistele rühmadele suunatud valikulise ennetustöö kohta on esitanud Belgia ja Luksemburg. Üksnes Austria, Saksamaa, Kataloonia (Hispaania) ja Luksemburg teatasid, et nad kasutavad süsteemseid sekkumiskavasid noorte uimastiseaduste rikkujate mõjutamiseks pärast seda, kui viimased on kokku puutunud kriminaalõigussüsteemiga; muud riigid teatasid vaid üldistest või punktsekkumistest. Alates 2008. aastast on 10 liikmesriigis ELi toetusel rakendatud noortele õigusrikkujatele mõeldud süsteemset sekkumiskava FRED (<sup>13</sup>). FREDi uus hindamine 140 Saksamaa keskuses on näidanud õigusrikkumise kordamise ja uimastitarbimise madalat taset osalejate seas.

Uutest näidustatud ennetustegevuse projektidest on teatanud üksnes Saksamaa, Madalmaad, Slovakkia ja Rootsi ning vaatamata teabele nende tõhususe kohta ei taha nende arv kuidagi suurened (EMCDDA, 2009b). Ajakohaseks näiteks näidustatud ennetustöö kohta Euroopas on vanema juhtimiskoolituse Oregoni mudel, mida on rakendatud Madalmaades ja Norras vanemate suhtes, kellel on 4–12 aastased agressiivse käitumise häirega lapsed. Ka ligikaudu 30% Rootsi kohalikes omavalitsustes kasutusel oleva meetodi „Komet för föräldrar” sihtrühmast on vanemad, kelle lastel on käitumisprobleeme ja raskusi eakaaslastega positiivsete suhete loomisel. Randomiseeritud kontrollkatse, milles osales 159 perekonda, tõestas osalenud vanemate oskuste olulist kasvu ja käitumisprobleemide vähenemist nende lastel.

## Ravi

2007. aastal teatati ligikaudu 400 000 uimastiravi alustanud uimastikasutajast (<sup>14</sup>). Vähem kui pooled alustajatest tulid ravile esimest korda. Üldiselt esitati valdav enamik ravi alustamise taotlustest (86%) ambulatoorse ravi keskustele. Selle rühma osakaal ravi alustajate seas on viimastel aastatel kasvanud erinevatel põhjustel, sealhulgas ka spetsialiseeritud ambulatoorsete ravikeskuste parema kättesaadavuse ja mitmekesisuse tõttu.

Euroopas kasutatakse uimastiprobleemide raviks peamiselt psühhosotsiaalseid sekkumisi, opioidide asendusravi ja detoksifitseerimist. Sageli pakuvad psühhosotsiaalsed sekkumised tarbijatele tuge sel ajal, kui nad püüavad oma uimastiprobleemi kontrolli alla saada ja neid ületada. Selliste sekkumiste hulka kuuluvad nõustamine, motivatsiooni suurendamine, kognitiiv-käitumisteraapia,

(<sup>12</sup>) <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

(<sup>13</sup>) [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Projekte\\_KS1/Fgn-english](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english)

(<sup>14</sup>) Ravinõudluse näitaja jaoks koguti andmeid 23 riigi ambulatoorse ravi asutusest, mis moodustavad rohkem kui 70% raviüksustest enamikus riikides, ning 20 riigi statsionaarse ravi asutusest, mis moodustavad rohkem kui 50% raviüksustest enamikus riikides.

üksikjuhtumite haldamine, rühma- ja pereteraapia ning tagasilanguse ennetamine. Psühhosotsiaalsed sekkumised loovad aluse kogukonnapõhisele ambulatoorsele ja statsionaarsele ravile ning täiendavad tavaliselt ka opioidide asendusravi. Uimastite detoksifikatsioon on lühiajaline meditsiinilise kontrolli all toimuv sekkumine, mille eesmärk on kroonilise uimastitarbimisega kaasnevatest võõrutusnähtudest vabanemine. See toimub tavaliselt statsionaarse ravi asutuses. Igas riigis sõltub raviks kasutatavate erinevate sekkumiste suhteline ulatus mitmest tegurist, sealhulgas riigi tervishoiusüsteemi korraldusest.

### Ambulatoorne ravi

Varem kasutati uimastiraviks tavaliselt statsionaarset ravi ning enamik patsiente olid heroiniitarbijad. Olukord muutus aga 1980. ja 1990. aastatel, kui ambulatoorne ravi hakkas kiiresti laienema ning ravi taotlevate kanepi- ja kokaiiniitarbijate arv kasvas jõudsalt. Lisaks hakkas üha sagedamini tekkima seaduslike või retseptiravimitega seotud probleeme.

2007. aastal teatasid ambulatoorse ravi alustajad jätkuvalt opioidide (enamasti heroini) kasutamisest peamise uimastina – opioide nimetas peamiseks kasutatud uimastiks 54% patsientidest, järgnesid kanep (21%) ja kokaiin (18%). Mitu riiki on teatanud, et suureneb nende patsientide osakaal, kes alustavad ravi muudest uimastitest kui opioididest tekkinud probleemide tõttu, eriti palju on neid uute patsientide hulgas (vt 3. ja 5. peatükk).

Ambulatoorset ravi alustavad uimastitarbijad on ülekaalukalt noored, keskmiselt 31 aasta vanused mehed – mehi on ligikaudu neli korda rohkem kui naisi (3,7:1). Ravipatsientide vanus ja sugu varieerub, sõltudes peamisest uimastist. Kanepiravipatsiendid on keskmiselt palju nooremad (25) kui opioidi- (32) ja kokaiiniravi (33) patsiendid. Olenemata peamisest uimastist on esimest korda ravi alustavad patsiendid kõikidest patsientidest ligikaudu kaks aastat nooremad. Meeste ja naiste osakaalu erinevused on kokaiini (5,1:1) ja kanepi (5,5:1) puhul keskmisest suuremad (<sup>15</sup>).

Kõige rohkem on ambulatoorset ravi alustavate klientide hulgas neid uimastitarbijaid, kes on ise ravile tulnud (moodustavad ühe kolmandiku kõikidest patsientidest); ligikaudu ühe neljandiku on ravile suunanud kriminaalõigussüsteem ning ülejäänute ravile suunajaks on olnud sotsiaal- ja terviseteenistused või mitteformaalsed võrgustikud, sealhulgas perekond ja sõbrad. Haiglad ja muud meditsiini seotud allikad suunavad ravile harva,

välja arvatud Soomes, kus nende lähetatud on 25% patsientidest. Erandiks on ka Ungari, kus üle 70% patsientidest on ravile suunatud kriminaalõigussüsteemi poolt (<sup>16</sup>). Tuleks märkida, et Ungari kriminaalkodeksis on sätestatud, et „karistust ei rakendata väikeste koguste omamise eest juhul, kui uimastisõltlane tõestab, et ta on saanud uimastiravi“.

Ambulatoorsetele patsientidele osutavad psühhosotsiaalset ravi enamasti riiklikud asutused (16 riigis) või valitsusvälised organisatsioonid (10 riiki). Riiklike ekspertide arvates on seda tüüpi ravi kättesaadav enamikule selle taotlejatest 10 riigis ja peaaegu kõigile ülejäänud 13 riigis. Neljas riigis (Bulgaaria, Eesti, Rumeenia, Türgi) on psühhosotsiaalne ambulatoorne ravi hinnanguliselt kättesaadav vähem kui pooltele selle aktiivsetest taotlejatest (vt joonis 1A). Need hinnangud võivad varjata riikidesiseseid olulisi erinevusi ning erinevusi kanepi- ja kokaiiniitarbijate spetsialiseeritud raviprogrammide kättesaadavuses.

### Opioidide asendusravi

Asendusravist koos psühhosotsiaalse hooldusega on saanud opioiditarbijate peamine raviviis Euroopas. Ravi toimub tavaliselt ambulatoorselt, kuid mõnes riigis on see kättesaadav ka statsionaarselt. Näiteks on Austrias pikaajalist statsionaarset ravi saavatest patsientidest 65%-le välja kirjutatud pikatoimelist morfiini. Asendusravi pakutakse üha rohkem ka vanglates (<sup>17</sup>).

Alates 2007. aastast, mil Küprosel hakati raviks kasutama suuri buprenorfiini annuseid, on opioidide asendusravi muutunud kättesaadavaks kõikides liikmesriikides ning Horvaatias ja Norras (<sup>18</sup>). Türgis pole asendusravi veel kasutama hakatud, kuid selle osutamine on lubatud 2004. aasta ravikeskuste määrusega. 16 riigis on peamiseks asendusravi pakkujaks spetsiaalsed riiklikud ambulatoorse ravi keskused. Seda tüüpi ravi osutamisel on üha olulisem roll perearstikabinetiga ühishoolduse asutustel, mille juurde kuuluvad sageli ambulatoorsed ravikeskused ning mõningates riikides ongi need peamised ravi pakkujad (Belgia Vallooni piirkond, Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Prantsusmaa, Luksemburg, Austria, Norra) (vt 6. peatükk).

Hinnanguliselt sai Euroopas 2007. aastal asendusravi ligikaudu 650 000 opioidide kasutajat (<sup>19</sup>). Riiklike ekspertide arvates on see raviviis kättesaadav peaaegu kõikidele opioiditarbijatele 9 riigis ja enamikule ülejäänud 7 riigis. Opioiditarbijate vähemusele on asendusravi hinnanguliselt kättesaadav 10 riigis (Eesti, Kreeka, Läti,

(<sup>15</sup>) Vt tabelid TDI-10 ja TDI-21 2009. aasta statistikabülletäänis.

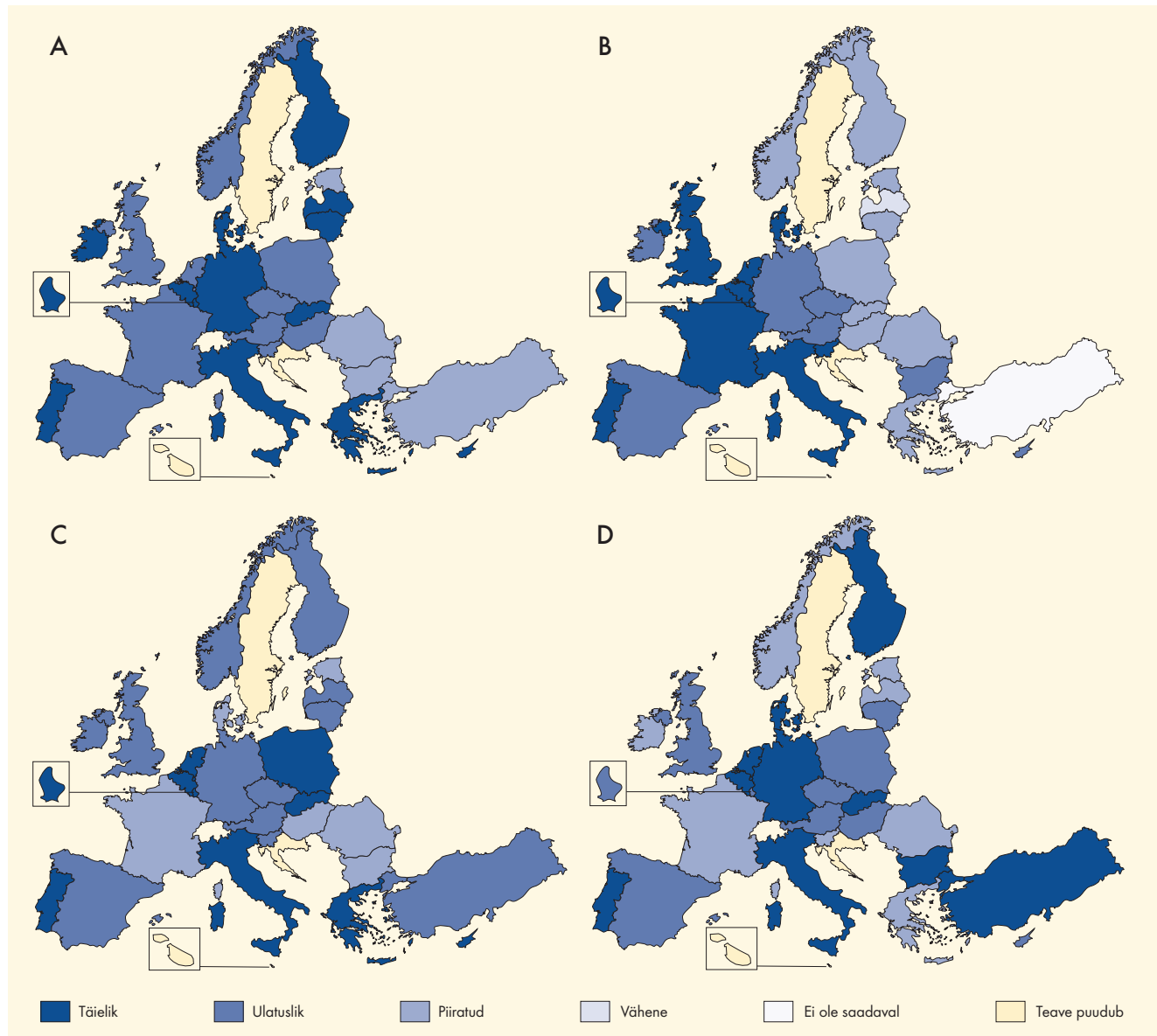
(<sup>16</sup>) Vt tabel TDI-16 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

(<sup>17</sup>) Vt „Abi uimastitarbijatele vanglas“ lk 35.

(<sup>18</sup>) Vt tabelid HSR-1 ja HSR-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

(<sup>19</sup>) Vt tabel HSR-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Joonis 1:** riiklike ekspertide hinnang ravivõimaluste kättesaadavuse kohta, võrreldes vajadusega: (A) psühhosotsiaalne ambulatoorne ravi, (B) asendusravi, (C) psühhosotsiaalne statsionaarne ravi, (D) detoksifikatsioon



**NB!** Kättesaadavust määratletakse ravivõimalust omavate uimastitarbijate hinnangulise osakaaluga ravi vajavate uimastitarbijate hulgas: kas ravi saavad peaaegu kõik (täielik); enamik, kuid mitte kõik (ulatuslik); rohkem kui mõned üksikud, kuid mitte enamik (piiratud); vaid mõned üksikud (vähe); ravi ei ole kättesaadav. Teave koguti struktureeritud küsimustiku abil.

**Allikad:** Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Leedu, Ungari, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Soome, Norra). Andmed asendusravi kättesaadavuse kohta osutavad piirkondlikele erinevustele, kusjuures kättesaadavuse tasemed on madalamad Ida- või Põhja-Euroopas (joonis 1B).

### Statsionaarne ravi

Statsionaarse ravi korral peavad patsiendid jääma raviasutusse ööbima mitmeks nädalaks või kuuks. Üldiselt järgivad need programmid uimastivaba poliitikat (ilma

asendusravita) ja nende eesmärk on aidata patsiendil loobuda uimastite kasutamisest. Patsiendid saavad majutuse, individuaalselt kohandatud psühhosotsiaalset ravi ja nad osalevad tegevustes, mille abil püütakse nad ühiskonda taasintegreerida. Sellise ravi puhul kasutatakse sageli teraapiarühmapõhist lähenemisviisi. Statsionaarset uimastiravi pakutakse ka psühhiaatriahaiglates, eriti patsientidele, kellel on kaasnevaid psühhiaatrilisi häireid.

On teatatud, et 2007. aastal kasutas statsionaarset ravi ligikaudu 40 000 inimest ehk üks kümnest ravi alustanud

uimastitarbijast. Rohkem kui pooled neist märkisid oma peamiseks uimastiks opioidid (56%), ülejäänud patsientide põhinarootikumid olid kanep (14%), muud stimulandid kui kokaiin (14%) ja kokaiin (7%).

Statsionaarset ravi alustavate uimastitarbijate keskmine vanus on 30 aastat, kuid opioidide ja kokaiini tarbivad patsiendid on keskmiselt vanemad (31) kui muude stimulantide kui kokaiini (28) või kanepi (26) tõttu ravile tulnud patsiendid. Enamik statsionaarse ravi saajatest on mehed, meeste ja naiste üldine suhe on 3,6:1. See suhe on väiksem muude stimulantide kui kokaiini esmakordsete kasutajate puhul (2,2:1) ja kõrgem kokaiini (5,1:1) ja kanepi (8:1) kasutajatel. Enamikus riikides, kus seda võrdlust on võimalik teha, on statsionaarse ravi alustajate seas rohkem ilma töö ja püsiva elukohata uimastitarbijatest patsiente kui ambulatoorse ravi alustajate seas <sup>(20)</sup>.

Peamised statsionaarse ravi pakkujad on valitsusvälised organisatsioonid (12 riigis) ja avalikud asutused (11 riigis). Taanis ja Luksemburgis teevad seda eraasutused ning need riigid on tähtsusetult teised ravipakkujad kümne riigi seast. Riiklike ekspertide arvates on statsionaarne psühhosotsiaalne ravi kättesaadav enamikule selle taotlejatest 12 riigis ja peaaegu kõigile ülejäänud üheksas riigis. Kuues riigis (Bulgaaria, Taani, Eesti, Prantsusmaa, Ungari, Rumeenia) on see raviviis hinnanguliselt kättesaadav vähem kui pooltele selle aktiivsetest taotlejatest (vt joonis 1C).

### Detoksifikatsioon

Detoksifikatsioon on tavaliselt pikaajalisel uimastitest loobumisel põhineva statsionaarse ravi eeltingimus. See on tavaliselt, kuid mitte alati, statsionaarne sekkumine, mis viiakse läbi haiglates, spetsiaalsetes ravikeskustes või statsionaarse ravi ruumides meditsiinilise või psühhiaatrilise järelevalve all.

21 riigis on peamiseks detoksifitseerimise pakkujaks riiklikud asutused. Belgias (Flandrias) ja Madalmaades on suurimad ravipakkujad valitsusvälised organisatsioonid, Luksemburgis ja Bulgaarias enamasti erasektor. Riiklike ekspertide hinnangul on detoksifikatsioon kättesaadav enamikule selle taotlejatest üheksas riigis ja peaaegu kõigile ülejäänud 10 riigis. Kaheksas riigis (Eesti, Iirimaa, Kreeka, Prantsusmaa, Läti, Rumeenia, Sloveenia, Norra) on detoksifikatsioon hinnanguliselt kättesaadav vähem kui pooltele selle aktiivsetest taotlejatest (vt joonis 1D).

### Kvaliteedi tagamine

Euroopa tervisekavade koostajad ja poliitikakujundajad otsivad üha aktiivsemalt mehhanisme, mis tagaksid

uimastiravi kõrge kvaliteedi. Ühtlasi kalduvad nad ravi osutamist ja rahaliste vahendite paigutamist kaaludes eelistama tõendatud sekkumisi.

Suunised on muutumas oluliseks abivahendiks uimastiravi kvaliteedi tagamises. Ravisuunised hõlmavad soovitusi, mis põhinevad teaduslikel tõenditel, ekspertarvamustel, teenusekasutajate eelistustel ja riiklike tervishoiusüsteemide võimalustel. Need aitavad välja valida ja rakendada asjakohaseid uimastiravisekkumisi. 27-st andmeid teatanud riigist 20-s koostab riiklikke uimastiravi suuniseid pädev asutus.

Olemasolevad suunised hõlmavad eelkõige farmakoloogilist uimastiravi. Asendusravi suunistest on teatanud 18 riiki ja 11 riigi andmetel on neil olemas detoksifikatsiooni käsitlevad suunised. Kuid ligi üks kolmandik neist riikidest ei ole esitanud andmeid, mis tõestaksid, et suuniste järgimine on tegutsemise või raviruumide rahastamise vajalik eeltingimus.

Psühhosotsiaalse ravi ja ühiskonda taasintegreerimise suunised on vähem levinud. Üksnes seitse liikmesriiki (Bulgaaria, Madalmaad, Saksamaa, Sloveenia, Taani, Tšehhi Vabariik, Ühendkuningriik) on teatanud psühhosotsiaalse ravi suuniste kättesaadavusest ja viis riiki

### Parima tava portaali: uus ravimoodul

Pärast universaalse ja valikulise ennetamise moodulite rakendamist 2008. aastal on EMCDDA käivitanud uue uimastiravimooduli oma parima tava portaalis. See põhineb kõige uuematel ülevaadetel ning sisaldab opioidide, stimulantide ja kanepi tõttu tekkinud tervisehäirete farmakoloogilise ja psühhosotsiaalse ravi tõhususe ülevaadet. Portaaliga tehtavat tööd on hõlbustanud Euroopa Komisjoni rahastatud ravikvaliteedi ja parimate tegutsemistavade levitamise uuring (tervishoiu ja tarbijakaitse peadirektoraat, 2008b).

Ravimoodulis tutvustatakse uuringute tulemusi, milles on võrreldud erinevate sekkumiste tõhusust. Tõhusust saab kõige paremini hinnata kontrollkatsete või randomiseeritud kontrollkatsete abil, kus sekkumisi võrreldakse spetsiaalsete tulenevate meetmetega. Suur osa selle valdkonna tõendibaasist põhineb USAs läbi viidud uuringutel. Euroopas on samuti hakatud sellealaseid uuringuid sagedamini korraldama ning need hõlmavad ka läbimurdelise tähtsusega tööd opioidide asendusraviks kasutatavate uute toimeainete leidmiseks.

Uus moodul sisaldab veel muude teabeallikate linke, hinnatud sekkumisi, sõnastikku ja lühikokkuvõtet puudujääkidest praeguses tõendibaasis. Edaspidi laiendatakse portaali uute temade lisamisega.

EMCDDA parima tava portaali: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

<sup>(20)</sup> Vt tabelid TDI-10, TDI-13, TDI-15 ja TDI-21 2009. aasta statistikabülletäänis.

(Portugal, Saksamaa, Sloveenia, Tšehhi Vabariik, Ühendkuningriik) ühiskonda taasintegreerimise suunistest. Riiklike suuniste vähesus võib olla tingitud kättesaadavate tõendite vähesusest, mis viitab vajadusele viia selles valdkonnas läbi rohkem hajusaid randomiseeritud kontrollkatseid.

Töötajate jätkuv koolitamine aitab tagada teenuste osutamise kõrge kvaliteedi. Euroopa Liidus korraldatakse sõltuvusravipersonalile tavaliselt spetsiaalselt nende jaoks välja töötatud erikursusi ja arstidele pidevat uimastiravialast koolitust, mis toimub kindlaksmääratud vormis. Enamik riike pakub samalaadseid koolitusvõimalusi ka muudele asjatundjatele, sealhulgas meditsiiniõdedele, sotsiaaltöötajatele ja psühholoogidele.

Tulemuste regulaarsest hindamisest kõikide uimastiravi liikide puhul on teatanud vähesed riigid. Viis liikmesriiki hindavad asendusravi ja detoksifikatsiooni ning üksnes Saksamaa, Taani ja Ühendkuningriik hindavad regulaarselt psühhosotsiaalsete sekkumiste tulemusi. Mõned riigid on ka teatanud ühekordsest ja ebaregulaarsest ravitulemuste hindamisest.

## Kahjude vähendamine

Uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on rahvatervisealane eesmärk kõikides liikmesriikides ning ELi narkostrategias (Euroopa Komisjon, 2007). Selle valdkonna peamiste sekkumiste hulka kuuluvad opioidide asendusravi ning nõela ja süstla vahetamise programmid, millega püütakse ennetada üledoosist põhjustatud surmajuhtumeid ja nakkushaiguste levikut. Esitatud andmete põhjal on kõnealused meetmed saadaval kõikides riikides peale Türgi. Ehkki teenuse pakkumise ulatuses ja tasemes on olulisi erinevusi (vt ka 6. ja 7. peatükk), annab Euroopas üldiselt tooni suundumus kahjude vähendamise meetmete kasvule ja konsolideerumisele.

Enamik riike osutab mitmesuguseid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, mille hulka kuuluvad individuaalne riskide hindamine ja nõustamine, ohutuma tarbimise koolitus, nakkushaiguste kontroll ja nõustamine, vaksineerimine ja viirusliku hepatiidi ravi. Neid teenuseid osutavad sageli madala läve asutused. Kahjude vähendamisega seotud tegevustes ei keskenduta enam üksnes HIVi/AIDSi epideemiatele, vaid vaadeldakse probleeme laiemas perspektiivis, püüdes rahuldada uimastitarbijate (eriti kui nad on sotsiaalselt tõrjutud) tervisealaseid ja sotsiaalseid vajadusi.

Viimastel aastatel on täheldatud professionaalsuse kasvu ning järelevalve tugevdamist ning hakatud kontrollima vastavust kõrgetele kvaliteedistandarditele. Näiteks aastatel 2006 ja 2007 kontrolliti kahjude vähendamise eesmärgil osutatavaid teenuseid Inglismaal, et välja selgitada täiustamist vajavad valdkonnad. Kvaliteedi tagamiseks võidakse rahastamislepingutes sätestada konkreetsetele standarditele vastavuse nõue. Taolistest sätetest on teatanud Tšehhi Vabariik ja Eesti.

Kvaliteedi tagamise eest vastutavad 14 riigis riiklikud institutsioonid, föderaalse süsteemiga riikides võivad aga vastutajaks olla riigi tasandist madalamal olevad asutused. Suuniste koostamisel võib aluseks võtta kulutõhususe kohta tehtud teadusuuringute tulemused, nagu seda on tehtud Ühendkuningriigi süstla ja nõela programmide (NICE, 2009) puhul. Patsientide kaasamise ja tagasiside kogumisega personalilt püütakse samuti arendada ja parandada teeninduse kvaliteeti. Asjatundjate ringis parima tava ja uute teadusuuringute tulemuste levitamise mehhanismid hõlmavad riikide selliseid teabeplatvorme nagu „resultaten scoren“ (tulemuste punktisüsteemis hindamine) Madalmaades ja rahvusvahelised teadlikkuse tõstmise üritused, näiteks C-hepatiidi kohta <sup>(21)</sup>. Euroopa sotsiaalse kaasamise ja tervise võrgustik koostas koostöös EMCDDAga (Hedrich ja teised, 2008a) spetsiaalsetele madala läve asutustele andmekogumiskavad osana ELi rahastatud Euroopa tervisenäitajate väljatöötamise ja rakendamise projektist.

## Ühiskonda taasintegreerimine

Ühiskonda taasintegreerimist peetakse terviklike narkostrategiate oluliseks koostisosaks. Seda võib rakendada uimastitarbimise mis tahes astmel ja erinevate raviviiside puhul ning see hõlmab suutlikkuse arendamist, sotsiaalsete võimete parandamist, töölesaamise lihtsustamist ja edendamist ning elamispinna saamist või parandamist. Praktikast võivad taasintegreerimise programmid pakkuda kutsenõustamist, töökohti ja majutustuge. Vanglapõhised sekkumised, millel on mõju tagasilangusele ja õigusrikkumiste kordamisele, võivad aidata vanglasviibijatel sidemeid luua kogukonnapõhiste majutus- ja sotsiaalteenustega, valmistades neid ette vabadusse pääsemiseks. Sageli sõltuvad ühiskonda taasintegreerimise meetme tulemused tõhusast koostööst tervise- ja sotsiaalhooldusasutuste vahel.

Kodutus ja ebakindel eluase on üks tõsisemaid sotsiaalse tõrjutuse vorme, millega uimastitarbijad kokku puutuvad ning mis mõjutas 2007. aastal ravile pöördunud uimastitarbijatest ligikaudu 10% <sup>(22)</sup>. Teatavates uimastitarbijate rühmades on see näitaja ilmselt palju suurem.

<sup>(21)</sup> <http://www.hepatitisfachtag.org/>

<sup>(22)</sup> Vt tabel TDI-15 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

Kõik liikmesriigid on edastanud andmeid uimastitarbijatele eluaseme võimaldavate majutussüsteemide kohta. Siiski on vähe teavet selle kohta, kui suures ulatuses on uimastitarbijate eluasemevajadused rahuldatud. Piiratud rahaliste vahendite tõttu on näiteks Slovakkias rehabilitatsiooniteenistuste eluaseme hankimise suutlikkus nõudlusest väiksem.

Majutusabist on teatanud mitu riiki (nt Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Iirimaa, Madalmaad, Soome, Rootsi, Ühendkuningriik). Need ajutised majutussüsteemid koosnevad tavaliselt kodumajutusest või lühiajaliseks väljaüürimiseks mõeldud väikestest möbleeritud korteritest, mida sageli pakutakse pärast statsionaarse ravi lõpetamist, et võimaldada inimestel iseseisvalt elama hakata. Näiteks Iirimaa maksavad kasutajad ise üüri ja hoolitsevad kommunaalteenuste tasumise eest, tugitöötajad abistavad neid üksnes elamispinna üürimisel ning hariduse, koolituse või töökoha hankimisel.

Kuna 45% ravi alustavatest uimastikasutajatest on parimal juhul lõpetanud algkooli ja ligikaudu 40% ravi alustavaid uimastikasutajaid on töötud <sup>(23)</sup>, on ühiskonda taasintegreerimise võimeteguriks uimastitarbijate abistamine töö leidmisel ning kutsehariduse omandamisel. Enamik liikmesriike on teatanud selle valdkonna programmidest. Ungaris, Tšehhi Vabariigis, Leedus, Sloveenias ja Slovakkias on uimastitarbijaid aidanud tööturule tagasi tuua ELi tööturul diskrimineerimise vastase algatuse (EQUAL) raames rahastatud projektid. Enamik neist projektidest aitab stabiliseerunud uimastitarbijatest klientidel leida võimetele vastavat tööd. Selle lähenemisviisi väärtust kinnitavad ühe Šotimaal korraldatud uuringu tulemused, mis näitasid, et taastuvatel uimastitarbijatel, kes said tööhõivealast tuge, oli palgalise töökoha leidmine kolm korda tõenäolisem (McIntosh ja teised, 2008).

## Narkoseaduste jõustamine ja narkoseaduste rikkumised

Narkootikume käsitlevate õigusaktide jõustamisse on kaasatud erinevad valitsusasutused (nt politsei, kohtusüsteem, tervishoiuasutused). Praktikas seostatakse mõistet „narkoseaduste jõustamine“ tavaliselt politsei ja politseilaadsete asutuste (nt toll) tegevusega, mille eesmärk on jõustada seadused, mis reguleerivad uimastitarbimist ja uimastiturgu. Siia alla kuuluvad sellised valdkonnad nagu uimastite tarbimine ja omamine, uimastite tootmine ja nendega kaubitsemine, samuti kemikaalide kõrvaesuunamine ja rahapesu.

Narkoseaduste jõustamine on Euroopa narkootikumidevastase võitluse keskne komponent, millele eraldatakse ilmselt kõige suurem osa uimastiprobleemidega tegelemiseks ettenähtud vahenditest. Hiljuti püüti võrrelda uimastitega seotud riiklike kulutuste jaotust Euroopas ning selgus, et keskmiselt on valitsuse uimastitega seotud kulutused avaliku korra ja julgeoleku valdkonnas (politseiasutused, kohtud ja vanglad) ligikaudu kolm korda nii suured kui need summad, mida kulutatakse uimastitarbimisega seotud terviseprobleemide lahendamiseks. Olulise osa avalikule korrale ja julgeolekule eraldatud rahast saavad tõenäoliselt politseiasutused (EMCDDA, 2008e).

Narkoseaduste jõustamise vallas tehtud jõupingutuste olemus ja intensiivsus võivad varieeruda sõltuvalt riikide õigusaktidest ning nende kohaldamisest, samuti kaasatud asutuste (mille hulka kuuluvad üldised õiguskaitseasutused ja erisused ehk nn narkoüksused) ressurssidest ja prioriteetidest.

Erinevalt mõnedest muudest õiguskaitse valdkondadest, kus politseitöötajate ülesandeks on õigusrikkumistele reageerimine, võiks narkoseaduste jõustamist määratleda proaktiivse tegevusena, mis toimub enamasti õiguskaitseasutuste algatusel. Seda seetõttu, et paljusid uimastitega seotud õigusrikkumisi võib vaadelda ühisel nõusolekul põhineva kuriteona, mille puhul ühel nõul olevad inividid osalevad salaja ebaseaduslikus tegevuses, millest politsei ei saa teada, välja arvatud juhul, kui see juhuslikult välja tuleb (näiteks märkab seda tegevust tänavapatrull) või kui see avastatakse aktiivse jälitustöö tulemusel.

Seetõttu sisaldab narkoseaduste jõustamine hulgaliselt tegevusi, mis on sageli seotud teabe kogumise, töötlemise ja levitamisega inimeste ja elektrooniliste vahendite abil, sealhulgas arvutipõhiste andmebaaside ning suunatud teabevahetussõrgustike kaudu. Eriti oluline on see pakkumise vähendamise seotud tegevuste puhul <sup>(24)</sup>, milles narkoseaduste jõustamisel on võtmeroll ning mis hõlmab informaatoritega tegelemist, varjatud jälitustoiminguid ja elektroonilist valvet, sealhulgas teabevahetuse pealtkuulamist.

Kontrollitavad uimastisaadetised ja uimastite müügipunktide tegevuse katkestamine ning nende kõrvaldamine on samuti Euroopa õiguskaitseasutuste tegevustaktika osad. Inimeste ja sõidukite kontrollimine ja läbiotsimine strateegiliselt olulistest kohtadest ning nende läheduses, nt sadamates, lennujaamades ja maismaapiiril kuuluvad üldisema taktika hulka, millel on ka muid eesmärke, näiteks sissērände kontroll.

<sup>(23)</sup> Vt tabelid TDI-12 ja TDI-13 2009. aasta statistikaülevaates.

<sup>(24)</sup> Uimastite pakkumise vähendamise määratlust vt EMCDDA 2008. aasta aruande lk 28 kastist.

Paljudes riikides on õiguskaitseasutuste (eeskätt tolli) ülesanne ka kontrollitavaid kemikaale käsitlevate õigusaktide jõustamine. See hõlmab impordi- ja eksporditaotluste töötlemist ning kahtlaste tehingute väljaselgitamist ja uurimist. Salajaste ebaseaduslike narkolaborite hävitamine võib olla õiguskaitseasutuste ülesanne neis riikides, kus valmistatakse sünteetilisi uimasteid.

### Narkoseaduste rikkumised

Peamiselt politsei koostatud narkoseaduste rikkumiste esialgsed raportid <sup>(25)</sup> on ainsad uimastitega seotud kuritegude kohta pidevalt saada olevad andmed Euroopas. Raportites viidatakse tavaliselt sellistele õigusrikkumistele nagu uimastite valmistamine, vahendamine ja nendega kaubitsemine, samuti uimastitarbimine ja omamine tarbimise eesmärgil.

Andmeid narkoseaduste rikkumiste kohta võib vaadelda kui uimastitarbimise ja uimastitega kaubitsemise kaudseid näitajaid või kui õiguskaitsealase tegevuse otsesemaid näitajaid. Need andmed hõlmavad küll üksnes õiguskaitseasutuste tähelepanu alla sattunud uimastitega seotud tegevusi, kuid kajastavad ka erinevusi riikide õigusaktides, prioriteetides ja ressurssides. Erinevusi võib esineda ka riiklikes infosüsteemides, eriti rikkumistest teatamise ja registreerimise korra osas. Kuna nimetatud põhjustel on riikidevaheliste võrdluste tegemine keeruline, on kohasem võrrelda pigem suundumusi kui absoluutarve.

21 liikmesriigi esitatud andmete kohaselt, mis esindavad 85% Euroopa Liidu elanikkonnast vanuses 15–64 aastat, on teatatud narkoseaduste rikkumiste arv ajavahemikus 2002–2007 hinnanguliselt kasvanud 29%. Andmed näitavad kasvu kõikides andmeid esitanud riikides, välja arvatud Bulgaaria, Kreeka, Luksemburg, Sloveenia, Tšehhi Vabariik ja Ungari, kus narkoseaduste rikkumiste arv jäi kõnealuse perioodi vältel stabiilseks või ilmutas üldist langustendentsi <sup>(26)</sup>.

### Tarbimise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised

Tasakaal tarbimise ja pakkumisega (vahendamine, kaubitsemine, tootmine) seotud narkoseaduste rikkumiste vahel on olulises osas säilinud. Enamikus Euroopa riikides moodustavad uimastitarbimise või uimastite tarbimise eesmärgil omamisega seotud õigusrikkumised jätkuvalt suurema osa narkoseaduste rikkumistest, Hispaanias

### EMCDDA 2009. aasta karistusstatistikat käsitlev valikiteema

EMCDDA avaldas 2009. aastal uue karistusstatistika valikiteema, milles uuritakse narkootikumidega seotud õigusrikkumiste tagajärgi Euroopa riikides. Arvandes vaadeldakse saadaval olevat siseriiklikku politsei-, prokuratuuri ja kohtustatistikat ning uuritakse seda õigusrikkumiste liikide (omamine, kaubitsemine), samuti tagajärgede (trahv, vangistus, ravi) lõikes. Võtmeküsimus, millele vastust otsitakse, on järgmine: „Mis on igas riigis kõige tõenäolisem karistus uimasti omamise või pakkumisega seotud õigusrikkumise eest?”

Valikiteema trüki- ja veebiversioon on kättesaadavad üksnes inglise keeles <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>.

moodustasid need 2007. aastal 91% kõikidest õigusrikkumistest <sup>(27)</sup>. Pakkumisega seotud õigusrikkumised on aga ülekaalus Tšehhi Vabariigis (87%) ja Madalmaades (69%) (joonis 2). Tšehhi Vabariigis on väikeste uimastikoguste omamine ilma pakkumiskavatsuseta karistatav hoiatuse või trahviga, Madalmaades aga uimastitarbimisega seotud õigusrikkumiste eest üldiselt kohtulikult vastutusele ei võeta <sup>(28)</sup>.

Ajavahemikus 2002–2007 suurenes tarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv enamikus andmeid esitanud riikides ning üksnes Bulgaaria, Kreeka, Madalmaad ja Sloveenia teatasid tarbimise langusest selle perioodi jooksul <sup>(29)</sup>. Üldiselt suurenes ajavahemikus 2002–2007 uimastitarbimisega seotud kuritegude arv Euroopa Liidus hinnanguliselt 32%.

Narkootikumide pakkumisega seotud õigusrikkumiste arv suurenes samuti ajavahemikus 2002–2007, aga palju aeglasemalt – keskmiselt 14% kogu Euroopa Liidus. Selle perioodi vältel esitasid kaheksa riiki andmeid pakkumisega seotud õigusrikkumiste üldise vähenemise kohta ja kaheksa riiki teatasid seda liiki õigusrikkumiste kasvust <sup>(30)</sup>.

### Suundumused narkootikumide kaupa

Narkoseaduste rikkumistest teatamisel nimetati Euroopas jätkuvalt kõige sagedamini ebaseadusliku uimastina kanepit <sup>(31)</sup>. Enamikus Euroopa riikides moodustasid 2007. aastal kanepiga seotud rikkumised 55–85% kõigist narkoseaduste rikkumistest. Ainult kahes riigis oli muudel narkootikumidel kanepist suurem osakaal õigusrikkumistes: Leedus heroiniil (26%) ja Tšehhi Vabariigis metamfetamiinil

<sup>(25)</sup> Uimastite ja kuritegevuse seoste üle peetud arutelu kohta vt EMCDDA (2007b).

<sup>(26)</sup> Vt joonis DLO-1 ja tabel DLO-1 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(27)</sup> Vt tabel DLO-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(28)</sup> Vt „Riigi ülevaade” Tšehhi Vabariigi ja Madalmaade kohta EMCDDA veebisaidil (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

<sup>(29)</sup> Vt joonis DLO-1 ja tabel DLO-4 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(30)</sup> Vt joonis DLO-1 ja tabel DLO-5 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(31)</sup> Vt tabel DLO-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

(59%). Lätis jagunevad narkoseaduste rikkumised võrdselt kanepi, heroini ja ecstasy vahel.

Viieaastase perioodi jooksul, mis hõlmas aastaid 2002–2007, oli kanepiga seotud narkoseaduste rikkumiste arv stabiilne või tõusis enamikus andmeid esitanud riikides, andes ELi tasandil hinnanguliseks tõusuks 23%.

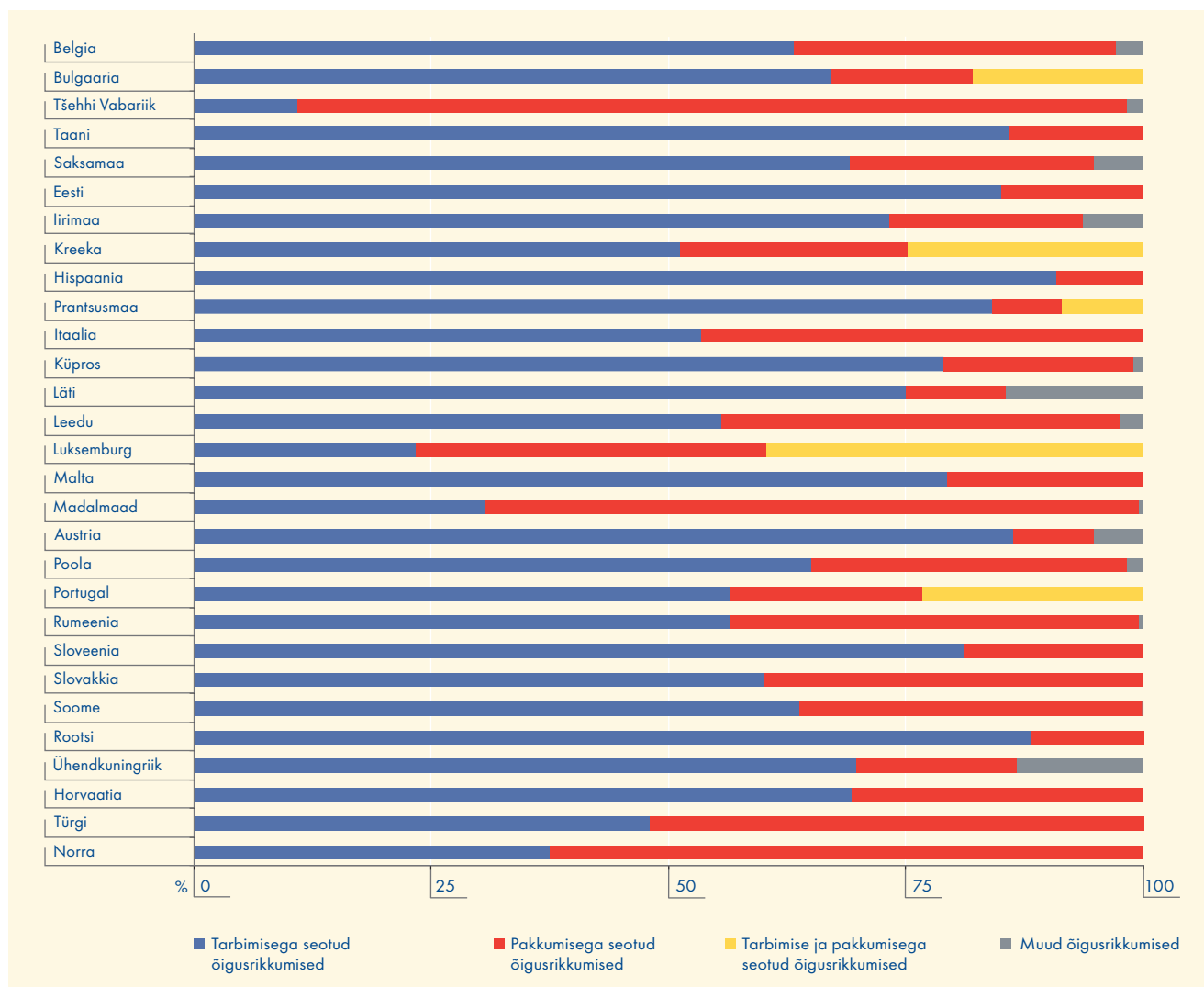
Langustendentsist teatasid Bulgaaria, Sloveenia ja Tšehhi Vabariik <sup>(32)</sup>.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv kasvas ajavahemikus 2002–2007 kõikides aruanded esitanud Euroopa riikides peale Bulgaaria ja Saksamaa. Samas ajavahemikus kasvas kogu Euroopa Liidus kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv ligikaudu 59% <sup>(33)</sup>.

Kui eelmises aruandes täheldati heroiniiga seotud õigusrikkumiste arvu vähenemist, siis nüüd on selle uimastiga seotud rikkumiste hulk hakanud taas kasvama, tõustes aastatel 2002–2007 ligikaudu 7%. Riikide tendentsides on olnud lahknevusi, kuid peamiselt on tõusva suundumuse taganud kahe viimase aasta jooksul Belgias, Kreekas, Hispaanias, Prantsusmaal, Poolas ja Portugalis toimunud tõus ning olukorra stabiliseerumine Saksamaal ja Austrias <sup>(34)</sup>.

Esitatud andmete põhjal näitab amfetamiinidega seotud rikkumiste arv Euroopa Liidus tõusutendentsi, ajavahemikus 2002–2007 on hinnanguline kasv olnud 59%. Sellele vastupidiselt on ecstasy-ga seotud rikkumiste arv samas ajavahemikus vähenenud hinnanguliselt 22% <sup>(35)</sup>.

**Joonis 2:** õigusrikkumiste liigid Euroopa riikide narkoseaduste rikkumiste raportites



**NB!** Täiendava teabe saamiseks vt joonist DLO-2 2009. aasta statistikabülletäänis.  
**Allikad:** Reitoxi riiklikud teabekeskused.

<sup>(32)</sup> Vt joonis DLO-3 ja tabel DLO-6 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(33)</sup> Vt joonis DLO-3 ja tabel DLO-8 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(34)</sup> Vt joonis DLO-3 ja tabel DLO-7 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(35)</sup> Vt joonis DLO-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

## Tervishoiualane ja sotsiaaltegevus vanglas

Loenduspäeval oli Euroopa Liidus vangistuses üle 600 000 inimese <sup>(36)</sup>, mis teeb keskmiseks vangistumääraks 120 vangi 100 000 elaniku kohta. Riikide kinnipeetavate määr jääb enamikus liikmesriikides vahemikku 65–320 vangi 100 000 elaniku kohta, Kesk- ja Ida-Euroopast on esitatud andmeid keskmisest suurema kinnipeetavate määra kohta. Siiski jäävad riikide arvandmed ja ELi keskmine oluliselt alla Venemaa (629) ja USA (756) näitajatele <sup>(37)</sup>.

Narkoseaduste rikkumiste eest süüdi mõistetud vangide arv moodustab enamikus ELi riikides ligikaudu 10–30% kinnipeetavate koguarvust. Ei ole teada nende vangide suhtarv, kes on kohtuliku karistuse saanud uimastisõltuvust toetavate omandivastaste kuritegude eest või muude uimastitega seotud kuritegude eest. Kuigi koguarvud on väikesed, on mitmes Kesk- ja Ida-Euroopa riigis narkoseaduste rikkujate määr kinnipeetavate hulgas viimase 10 aasta jooksul kasvanud.

### Kinnipeetavate uimastitarbimine

Vanglate uimastitarbimist käsitlevates uuringutes kasutatavad määratlused, küsimused ja meetodid ei ole ikka veel piisavalt ühtlustatud (Vandam, 2009; tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektoraat, 2008a), kuigi olemasolevad uuringud näitavad, et uimastitarbimine on vangide seas enam levinud kui elanikkonna seas üldiselt. Andmed, mis pärinevad mitmest uuringust, mis on läbi viidud alates 2002. aastast peamiselt Lääne-Euroopa riikides, näitavad, et üks kolmandik kuni pool uuringus osalenutest kasutas enne vangistamist regulaarselt mõnda ebaseaduslikku narkootikumi. Ühtlasi näitavad uuringud, et uimastitarbimise kõige kahjulikumad vormid võivad olla levinud just vangide seas, sest üks viiendik kuni üks kolmandik vastanutest teatas, et on kunagi uimasteid süstinud <sup>(38)</sup>.

Vanglasse sissevõtmisel vähendab enamik tarbijaid uimastitarbimist või lõpetab selle hoopis, peamiselt raskuste tõttu ainete hankimisel. Nii vanglaspetsialistid kui ka Euroopa poliitikakujundajad tunnistavad, et hoolimata kõigist narkootikumide pakkumise vähendamiseks võetud meetmetest leiavad uimastid ikkagi tee vanglatesse. 2002. aastast alates läbi viidud uuringud tõestavad, et 1–50% kinnipeetavatest on vanglas uimasteid tarbinud ning kuni 27% neist on kinnipidamise ajal uimasteid regulaarselt kasutanud <sup>(39)</sup>. Kuues Saksamaa vanglas

korraldatud 1457 kinnipeetavat hõlmanud uuring näitas, et 22% neist oli vanglas uimasteid süstinud, 4 muu riigi uuringute andmetel oli vanglas süstijaid 10% või enam <sup>(40)</sup>. Kinnipidamisasutustes olevad süstivad narkomaanid näivad jagavat omavahel süstimisvarustust sagedamini kui seda teevad vabaduses viibivad uimastitarbijad. See tekitab lisaprobleeme seoses nakkushaiguste võimaliku levikuga kinnipeetavate seas.

### Euroopa vanglastervishoid

Vangidel on õigus kogukonna liikmetega võrdsele meditsiinilisele abile ja vangla tervishoiuteenistuse pakutav ravi uimastitarbimisega seotud probleemide puhul peaks olema võrdväärne väljaspool vanglat osutatud samalaadse raviga (piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa Komitee, 2006; Maailma Terviseorganisatsioon, 2007). Euroopa Liit tunnustas seda samaväärsuse üldist põhimõtet nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitusel uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta <sup>(41)</sup> ning ka ELi uues narkootikumidealases tegevuskavas (2009–2012) kutsutakse üles seda põhimõtet rakendama.

Riikide poliitikakujundajad pööravad endisest rohkem tähelepanu vangidele tervishoiuteenuste osutamisele ja on ka märke selle kohta, et ELi liikmesriigid parandavad vangidele osutatavaid teenuseid. Näiteks on mitu riiki hakanud esitama andmeid vanglate tervishoiupoliitikate ja -programmide kohta. Siiski on veel palju teha, et kindlustada vangidele juurdepääs sellisel tasemel ja sellise kvaliteediga ravile, mis on võrdväärne väljaspool vanglat pakutavaga. Ühtlasi peavad vanglad tegelema probleemidega, mis tulenevad uimastitarbijate tervishoiuga seotud erivajadustest ja on näiteks seotud vere kaudu levivate nakkushaiguste ning kaasnevate psühhiaatriliste probleemidega.

### Abi uimastitarbijatele vanglas

Vangidele pakutakse Euroopa riikides järgmisi teenuseid: uimasti- ja tervise teemaline teave; nakkushaiguste kontroll ja vaktsineerimine; uimastisõltuvuse ravi, sealhulgas detoksifikatsioon, asendusravi ja uimastivabad lähenemisviisid; ettevalmistus vabanemiseks. Näideteks vangidele osutatavate teenuste valiku jätkuva laienemise kohta on asendusravi sisseviimine Tšehhi Vabariigi, Poola ja Rootsi vanglates; uimastivaba ravi programm Küprosel

<sup>(36)</sup> Andmed Euroopa vanglate kohta saab Euroopa Nõukogult järgmisel veebiaadressil: [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_co-operation/prisons\\_and\\_alternatives/Statistics\\_SPACE\\_I/List\\_Space\\_I.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp)

<sup>(37)</sup> Allikas: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> arvandmed Venemaa ja Ameerika Ühendriikide kohta.

<sup>(38)</sup> Vt tabelid DUP-105 ja DUP-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(39)</sup> Vt tabel DUP-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(40)</sup> Vt tabel DUP-4 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(41)</sup> ELT L 165, 3.7.2003, lk 31.

ja Taani ravi tagamise nõude (võimaldada juurdepääs uimastiravile kahe nädala jooksul pärast sellekohase taotluse esitamist) laiendamine vanglatele.

Asendusravi vangistuses jätkamise on ametlikult heaks kiitnud 26 riiki, kuigi neist viies seda ei kasutata; asendusravi alustamise vanglas on heaks kiitnud 21 riiki. Ekspertide hinnangul on selle sekkumise kättesaadavuses siiski erinevusi. Üheksas riigis on asendusravi saadaval peaaegu kõikides vanglates ning lisaks on neljas riigis võimalik seda saada rohkem kui pooltes vanglates. Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal, Saksamaal ja Ühendkuningriigis on asendusravi hinnanguliselt saadaval vähem kui pooltes vanglates ning Ungaris, Poolas, Soomes ja Rootsis üksnes vähestes vanglates. Seda liiki ravi ei ole vanglas saadaval üheksas riigis (Bulgaaria, Eesti, Kreeka, Küpros, Leedu, Läti, Slovakkia, Rumeenia, Türgi), kuigi selle kasutuselevõttu valmistavad ette Bulgaaria ja Rumeenia ning Lätis arutatakse praegu õiguslaste muudatuste tegemist.

Tavaliselt on nii, et kui kogukonnas on asendusravi kättesaadavus piiratud, on ka vanglates seda liiki ravi haruharva kättesaadav või puudub see hoopis <sup>(42)</sup>. Muud takistused vanglas asendusravi saamisel on liikmesriikide andmetel järgmised: reguleeriva raamistiku puudumine asendusravi alustamiseks (Soomes) ja ravi eest tasumise nõue (Belgia prantsuskeelne kogukond). Asendusravi võimaldamist mõjutavad sageli ka kohalikud tingimused ning vahel võib see sõltuda konkreetse vanglaarsti algatusvõimest.

Ekspertide hinnangud muude ennetamise ja kahjude vähendamise meetmete kättesaadavuse ja rakendamistaseme kohta on saadaval 26 ELi liikmesriigi,

Norra ja Türgi kohta. Individuaalsest nõustamisest seoses nakkushaigustega ning uimastitega seotud riskikäitumise hindamisest kinnipidamiskohtades on teatanud 26 riiki. C-hepatiidi testimise võimalus vanglasse sissevõtmisel on olemas 22 riigis, kuid see puudub Ungaris, Poolas ja Türgis; Ungaris on 2007. aastal alanud ja praegugi jätkuva kampaania esimese 9 kuu jooksul siiski C-hepatiidi suhtes kontrollitud rohkem kui 14% kõikidest vangidest. Muud sekkumised hõlmavad kinnipidamiskohtadele suunatud B-hepatiidi vastu vaksineerimise programme, uimastitele suunatud terviseedenduskoolitusi vanglatöötajatele ning ohutuma tarbimise alast nõustamist ja koolitust – 13 riiki on esitanud andmeid kõigi nimetatud sekkumiste kasutamise kohta, kuigi meetmetega hõlmatus tase on riigiti erinev.

Üleannustamise ennetamise meetmete pakkumise suhtes valitseb samasugune olukord. Kuigi üleannustamise ohtudest teavitavad konsultatsioonid vanglast vabanejatele on saadaval 18 riigis, arvatakse, et viimase 12 kuu jooksul on sellealast nõustamist mõnevõrra suuremas ulatuses (rohkem kui mõned üksikud) saanud üksnes 8 riigi kinnipeetavad. Spetsiaalselt vanglateskkonna jaoks koostatud teabematerjalid uimastitega seotud surmade ja hädaolukordade kohta on saadaval üksnes 7 riigis <sup>(43)</sup>.

Nõela ja süstla vahetamise võimaluse pakkumisest kinnipidamisasutustes on teatanud Saksamaa, Hispaania, Luksemburg, Portugal ja Rumeenia ning see kavatakse sisse viia ka Ühendkuningriigis (Šotimaal). On teatatud, et mõnel pool on nõela ja süstla vahetamise programmide edukat rakendamist kinnipidamisasutustes takistanud vanglatöötajate vastuseis ja konfidentsiaalsuse puudumine.

<sup>(42)</sup> Vt joonis HSR-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(43)</sup> Vt tabel HSR-7 2009. aasta statistikabülletäänis.



### 3. peatükk

## Kanep

#### Sissejuhatus

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

#### Pakkumine ja kättesaadavus

##### Tootmine ja kaubitsemine

Kanepit saab kasvatada väga erinevates keskkonnatingimustes ja see kasvab paljudes maailma paikades metsikult. Praegu arvatakse, et kanepit kasvatatakse 172 riigis ja territooriumil (ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (UNODC), 2009) <sup>(44)</sup>. Kokkuvõttes tähendab see seda, et ülemaailmse kanepitootmise mahtusid täpsemalt hinnata on üsnagi keeruline. ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo hindab kanepiürdi ülemaailmse tootmise mahuks 2008. aastal 13 300–66 100 tonni.

Kanepikasvatus on Euroopas laialt levinud ning võimalik, et see kasvab veelgi (Korf, 2008). 2007. aastal mainisid 19 Euroopa riiki kanepi kodus kasvatamist, kuid selle tegevuse ulatus näib tugevasti varieeruvat. Märkimisväärne osa Euroopas kasutatavast kanepist saadakse tõenäoliselt piirkonnasisese kaubitsemise kaudu.

Kanepiürti tuuakse Euroopasse ka sisse, enamasti Aafrikast (nt Nigeeria, Maroko, Ghana, Lõuna-Aafrika) ja harvem

**Tabel 2: kanepiürdi ja -vaigu tootmine, konfiskeerimised, hind ja kangus**

|                                                                             | Kanepivaik           | Kanepiürt            |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)                                 | 2 200–9 900          | 13 300–66 100        |
| Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)                              | 1 300                | 5 600                |
| ELis ja Norras konfiskeeritud kogus (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)       | 853<br>(859)         | 70<br>(96)           |
| Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)       | 324 000<br>(325 000) | 227 000<br>(241 000) |
| Keskmine jaehind (eurot gramm)<br>Vahemik<br>(Kvartiilhaare) <sup>(1)</sup> | 3–11<br>(5–9)        | 1–12<br>(4–9)        |
| Keskmine kanguse vahemik (THC-sisaldus)                                     | 2–13%                | 1–10%                |

<sup>(1)</sup> Teatatud keskmiste hindade keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2007. aasta kohta, v.a ülemaailmse toodangu hinnangud, mis käivad 2008. aasta kohta.

Allikad: UNODC maailma uimastiaruanne (2009) ülemaailmsete väärtuste kohta, Reitoxi riiklikud teabekesused Euroopa andmete kohta.

<sup>(44)</sup> Teavet uimastite pakkumise ja saadavuse andmeallikate kohta vt lk 39.

Edela-Aasiast (Pakistan) ja Ameerikast (Jamaica) (Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu, 2009a).

Kanepivaigu ülemaailmne toodang oli 2008. aastal hinnanguliselt 2200–9900 tonni (UNODC, 2009), kusjuures Maroko on jätkuvalt suurim tootja. On teatatud kanepivaigu tootmiseks kasutatava pinna vähenemisest 134 000 hektarilt 76 400 hektarile ajavahemikus 2003–2005 (ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo ja Maroko valitsus, 2007). On andmeid ka kanepivaigu tootmise kohta teistes riikides, kaasa arvatud Afganistanis ja Pakistanis (UNODC, 2009). Marokos toodetud kanepivaik tuuakse tavaliselt Euroopasse salakaubana Pürenee poolsaare ja Madalmaade kaudu ning levib seejärel teistesse Euroopa riikidesse.

### Konfiskeerimised

2007. aastal konfiskeeriti maailmas hinnanguliselt 5600 tonni kanepiürti ja 1300 tonni kanepivaiku, mis on ligikaudu 10% rohkem kui eelmisel aastal. Jätkuvalt konfiskeeriti suurem osa kanepiürti Põhja-Ameerikas (66%), samas kui suurem osa kanepivaigust konfiskeeriti Lääne- ja Kesk-Euroopas (66%) (UNODC, 2009).

Euroopas konfiskeeriti 2007. aastal kanepiürti hinnanguliselt 241 000 korral, kokku 96 tonni <sup>(45)</sup>. Konfiskeerimiste arv on ajavahemikus 2002–2007 kasvanud rohkem kui kaks korda. Konfiskeeritud kanepiürdi kogus vähenes poole võrra selle perioodi kahel esimesel aastal ja hakkas seejärel kasvama, kuid jäi ikkagi väiksemaks 2002. aastal konfiskeeritud 130 tonnist. Kõige suuremast konfiskeerimiste arvust teatas Ühendkuningriik, kelle arvele langes aastatel 2005 ja 2006 ligikaudu pool konfiskeerimiste koguarvust. Türgi (25,5 tonni) ja Belgia (12,8 tonni) teatasid 2007. aastalt rekordilistest konfiskeerimistest.

Kanepivaigu konfiskeerimised Euroopas ületasid kanepiürdi konfiskeerimisi nii arvu kui ka koguste poolest <sup>(46)</sup>. 2007. aastal toimus üle 325 000 kanepivaigu konfiskeerimise, mille tulemusel peeti kinni 859 tonni uimastit, mis vastab peaaegu üheksakordsele konfiskeeritud kanepiürdi kogusele. Ajavahemikus 2002–2007 on kanepivaigu konfiskeerimiste arv Euroopas suurenenud, kuigi konfiskeeritud koguste suurus on kõikunud. Hispaania teatatud konfiskeerimised moodustasid 2007. aastal üle poole kanepivaigu konfiskeerimiste koguarvust ning ligikaudu kolm neljandikku kogu konfiskeeritud kogusest, rekordkogused konfiskeeriti Belgias (59 tonni), Portugalis (43 tonni) ja Türgis (6 tonni).

Kanepitaimede konfiskeerimiste arv on 2002. aastast alates pidevalt kasvanud ja 2007. aastal oli neid hinnanguliselt 15 000. Riigid teatavad konfiskeeritud kogustest kas taimede arvu või hinnangulise kaalu põhjal. Konfiskeeriti 2,4 miljonit taime ja see arv on olnud suhteliselt püsiv viimase kahe aasta jooksul, kuid on tõusnud võrreldes 2002. aastaga, mil konfiskeeriti 1,5 miljonit taime. Konfiskeeritud taimede kaal on vaadeldava ajavahemiku jooksul märgatavalt suurenenud ning ulatus 2007. aastal 27 tonnini, millest 25 tonni konfiskeeriti Hispaanias.

### Narkootikumide pakkumine ja kättesaadavus: andmed ja allikad

Ikka veel on puudus teabest, mis kirjeldaks süstemaatilist ja järjepidevalt ebaseaduslike uimastiturge ning narkootikumidega kaubitsemist. Hinnangulisi andmeid heroini, kokaiini ja kanepi tootmise kohta saadakse külvihinnangutest, mis põhinevad välitöödel (maapinnal võetavad proovid) ning aero- või satelliituuringutel. Niisugustel hinnangutel on mõned olulised puudused, mis on seotud näiteks saagikuse varieeruvusega või raskusega jälgida selliseid kultuure nagu kanep, mida saab kasvatada ruumides ja mille kasvatamine ei piirdu üksnes kindlate geograafiliste piirkondadega.

Uimastite konfiskeerimisi peetakse sageli uimastite pakkumise, salakaubamarsruutide ja kättesaadavuse kaudseteks näitajateks. Kuid samal ajal on need ka õiguskaitsealaste meetmete (nt prioriteedid, vahendid, strateegiad) otsesemad näitajad, peegeldades nii kaubitsejate tundlikkust kui ka teabe esitamise tavasid. Ebaseaduslike uimastite puhtuse, tugevuse ja jaehindade analüüs võib samuti aidata mõista uimastite jaemüügiturgudel valitsevat olukorda. Sedalaadi andmete kättesaadavus on aga piiratud ning nende usaldusväärsus ja võrreldavus võib olla küsitav. Siin aitab üldpilti täiendada õiguskaitseorganite järelevalve.

EMCDDA kogub riikide andmeid uimastite konfiskeerimise, puhtuse ja jaehindade kohta Euroopas. Muid andmeid uimastite pakkumise kohta saadakse enamasti UNODC-i teabesüsteemidest ja analüüsides, mida täiendab Europolilt saadud teave. Uimastite lähteainete kohta saadakse teavet Euroopa Komisjonilt, kes kogub andmeid uimastite konfiskeerimise kohta Euroopa Liidus, ja Rahvusvaheliselt Narkootikumide Kontrollinõukogult (INCB), kes on kaasatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvalesuunamise vastastesse rahvusvahelistesse algatustesse.

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

<sup>(45)</sup> Käesolevas peatükis osutatud andmed uimastite konfiskeerimise kohta Euroopas on esitatud 2009. aasta statistikabülletääni tabelites SZR-1 kuni SZR-6.

<sup>(46)</sup> Saadetiste suuruse ja läbitavate vahemaade ning riigipiiride ületamise vajaduse tõttu on kanepivaigu puhul konfiskeerimise oht suurem kui kodus toodetud kanepiürdi puhul.

## Kangus ja hind

Kanepitoote kanguse määrab selle põhilise toimeaine, delta-9-tetrahydrokannabinooli (THK) sisaldus. Kanepi kangus erineb suuresti nii riigisiselt ja riigiti kui ka eri kanepitoodete lõikes. Teave kanepi kanguse kohta põhineb enamasti konfiskeeritud kanepinäidiste kohtuekspertiisi analüüside tulemustel. See, kui suures ulatuses analüüsitud näidised kajastavad üldist turgu, ei ole selge, ja seetõttu tuleks kanepi kanguse kohta esitatud andmete tõlgendamisel olla ettevaatlik. 2007. aasta andmete põhjal oli riikide kanepivaigu keskmine THK sisaldus 2,9–13,3%. Kanepiürdi keskmine kangus, välja arvatud kodus kasvatatud sinsemilla („nederwiet”) Madalmaades, jääb vahemikku 1,2–10,2%. Aastatel 2002–2007 oli kanepivaigu ja -ürdi kangus stabiilne või vähenes enamikus piisavalt andmeid esitanud Euroopa riigis. Kasvutendentsi näitasid aga kanepivaigu keskmine THK sisalduse registreeritud andmed Portugalis ja Luksemburgis. Kanepiürdi kanguse kasvu täheldati ka 5 muus riigis. Mitme aasta hinnangud kohaliku kanepiürdi kanguse kohta on saadaval ainult Madalmaades, kus teatati *nederwiet*’i keskmine kanguse hiljutisest vähenemisest 2006. aastal 16,0%-ni võrreldes 2004. aasta 20,3%-lise tipptasemega. 2007. aastal jäi see 2006. aasta tasemele <sup>(47)</sup>.

Tavaline kanepivaigu jaehind jäi 2007. aastal 18 andmed esitanud riigis 3 ja 11 euro vahele gramm, kusjuures pooled riikidest teatasid hinnast vahemikus 5–9 eurot. Tavaline kanepiürdi jaehind jäi 17 teavet edastanud riigis 1 ja 12 euro vahele gramm, kusjuures ligikaudu pooled riikidest teatasid hinnast vahemikus 4–9 eurot. 11 teavet edastanud riigis on aastatel 2002–2007 kanepivaigu keskmised jaehinnad (inflatsiooni arvestades) langenud. Saadaval olevad andmed kanepiürdi hindade kohta osutavad stabiilsemale olukorrale sama perioodi vältel.

## Tarbimise levimus ja tarbimisharjumused

### Kanepitarbimine elanikkonna hulgas üldiselt

Tagasihoidliku hinnangu kohaselt on ligikaudu 74 miljonit eurooplast vähemalt ühe korra (elu jooksul) kanepit tarbinud, seega enam kui iga viies kõikidest 15–64aastastest inimestest (vt andmete kokkuvõtet tabelist 3). Riikide näitajate erinevused on üsna suured, tarbimise levimus kõigub vahemikus 1,5–38,6%. Enamikus riikides jääb levimus vahemikku 10–30%.

Paljud riigid teatavad suhteliselt kõrgest levimuse tasemest viimase kuu ja viimase aasta jooksul. Hinnanguliselt on viimasel aastal kanepit tarbinud ligikaudu 22,5 miljonit ehk keskmiselt 6,8% kõigist 15–64aastastest eurooplastest.

## Rahvastiku-uuringud on oluline vahend uimastitarbimise harjumuste ja suundumuste mõistmiseks Euroopas

Kogu elanikkonna või kooliõpilaste uimastitarbimist saab uurida representatiivsete küsitluste abil, millest selgub nende inimeste hinnanguline osakaal, kes tunnistavad, et on tarbinud uimasteid teatava ajavahemiku jooksul. Küsitlused annavad kasulikke teavet ka uimastitarbimise harjumuste, uimastitarbijate sotsiodemograafiliste tunnuste ja nende ettekujutuste kohta uimastitega seotud ohtudest ning uimastite kättesaadavusest.

Tihedas koostöös riiklike ekspertidega töötas EMCDDA välja täiskasvanute uuringutes rakendatavad ühtsed põhiteemad (nn Euroopa näidisküsimustiku). See küsimustik on nüüdseks kasutusele võetud enamikus ELi liikmesriikides. Sellest hoolimata on eri riikide meetodikes ja andmete kogumise aasta arvestamises veel erinevusi, mistõttu tuleks väikesi (eelkõige riikidevahelisi) erinevusi tõlgendada ettevaatusega.

Kuna küsitluste läbiviimine on kulukas, koguvad vähesed Euroopa riigid teavet igal aastal, paljud teevad seda kahe- kuni nelja-aastaste vahedega. Käesolevas aruandes esitatakse igas riigis kõige viimastena läbi viidud küsitluste andmed, mis enamikul juhtudel pärinevad ajavahemikust 2004–2007.

Tarbimine elu jooksul (uimasti tarbimine mis tahes ajahetkel indiviidi kogu elu jooksul) on kõige laialtlevikukolmest ajalisest tüüpnäitajast, mida küsitlusandmete esitamisel kasutatakse. See meede ei kajasta täiskasvanute uimastialast hetkeolukorda, kuid aitab mõista tarbimisharjumusi ja haigestumust. EMCDDA standardsed vanuserühmad täiskasvanute jaoks on 15–64 aastat (kõik täiskasvanud) ja 15–34 aastat (noored täiskasvanud) ning põhitähelepanu pööratakse viimase aasta ja viimase kuu ajalisele raamistikule (tarbimine viimase 12 kuu või viimase 30 päeva jooksul enne uuringut) <sup>(1)</sup>. Kooliõpilaste elu jooksul tarbimise ja viimase kuu jooksul tarbimise levimused on sarnased, sest enne 15. eluaastat tarbitakse ebaseaduslikke uimasteid harva.

Euroopa kooliuuringu alkoholi ja muude uimastite projekti (ESPAD) raames kasutatakse standardiseeritud meetodeid ja vahendeid 15–16aastaste kooliõpilaste representatiivsete valimite uimasti- ja alkoholtarbimise mõõtmiseks. Uuringud viidi läbi 1995., 1999., 2003. ja 2007. aastal. 2007. aastal koguti andmeid 35 riigist, sealhulgas 25 ELi liikmesriigist, Norrast ja Horvaatiast <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Täiendava teabe saamiseks vt <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

<sup>(2)</sup> 2007. aasta ESPADi uuringu tulemuste kokkuvõte on kättesaadav 23 keeles veebiaadressil (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Täielik aruanne on esitatud ESPADi veebilehel (<http://www.espad.org>).

Viimase kuu kanepitarbimise hinnangus on arvesse võetud neid, kes tarbivad uimastit regulaarsemalt, ehkki mitte tingimata intensiivselt. Viimasel kuul tarbis uimastit

<sup>(47)</sup> Vt andmeid kanguse ja hinna kohta 2009. aasta statistikabülletäni tabelites PPP-1 ja PPP-5.

**Tabel 3: kanepitarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte**

| Vanuserühm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kasutamise ajavahemik                                                               |                                                                                        |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Elu jooksul                                                                         | Eelmise aasta jooksul                                                                  | Eelmise kuu jooksul                                                                    |
| <b>15-64aastased</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 74 miljonit                                                                         | 22,5 miljonit                                                                          | 12 miljonit                                                                            |
| Euroopa keskmine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 22,1%                                                                               | 6,8%                                                                                   | 3,6%                                                                                   |
| Vahemik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1,5–38,6%                                                                           | 0,4–14,6%                                                                              | 0,1–7,2%                                                                               |
| Madalaima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rumeenia (1,5%)<br>Malta (3,5%)<br>Bulgaaria (5,6%)<br>Küpros (6,6%)                | Rumeenia (0,4%)<br>Malta (0,8%)<br>Kreeka (1,7%)<br>Bulgaaria (1,9%)                   | Rumeenia (0,1%)<br>Malta (0,5%)<br>Rootsi (0,6%)<br>Leedu (0,7%)                       |
| Kõrgeima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Taani (38,6%)<br>Itaalia (31,2%)<br>Prantsusmaa (30,6%)<br>Ühendkuningriik (30,0%)  | Itaalia (14,6%)<br>Hispaania (10,1%)<br>Tšehhi Vabariik (9,3%)<br>Prantsusmaa (8,6%)   | Itaalia (7,2%)<br>Hispaania (7,1%)<br>Prantsusmaa,<br>Tšehhi Vabariik (4,8%)           |
| <b>15-34aastased</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 41,5 miljonit                                                                       | 17 miljonit                                                                            | 9 miljonit                                                                             |
| Euroopa keskmine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 31,1%                                                                               | 12,5%                                                                                  | 6,8%                                                                                   |
| Vahemik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2,9–48,0%                                                                           | 0,9–20,9%                                                                              | 0,3–13,4%                                                                              |
| Madalaima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rumeenia (1,5%)<br>Malta (3,5%)<br>Bulgaaria (5,6%)<br>Küpros (6,6%)                | Rumeenia (0,4%)<br>Malta (0,8%)<br>Kreeka (1,7%)<br>Bulgaaria (1,9%)                   | Rumeenia (0,1%)<br>Malta (0,5%)<br>Rootsi (0,6%)<br>Leedu (0,7%)                       |
| Kõrgeima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Taani (38,6%)<br>Itaalia (31,2%)<br>Prantsusmaa (30,6%)<br>Ühendkuningriik (30,0%)  | Itaalia (14,6%)<br>Hispaania (10,1%)<br>Tšehhi Vabariik (9,3%)<br>Prantsusmaa (8,6%)   | Itaalia (7,2%)<br>Hispaania (7,1%)<br>Prantsusmaa,<br>Tšehhi Vabariik (4,8%)           |
| <b>15-24aastased</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 19 miljonit                                                                         | 10 miljonit                                                                            | 5 miljonit                                                                             |
| Euroopa keskmine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30,5%                                                                               | 15,8%                                                                                  | 8,3%                                                                                   |
| Vahemik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3,7–43,9%                                                                           | 1,5–28,2%                                                                              | 0,5–16,9%                                                                              |
| Madalaima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rumeenia (3,7%)<br>Malta (4,9%)<br>Küpros (6,9%)<br>Kreeka (9,0%)                   | Rumeenia (1,5%)<br>Kreeka, Küpros (3,6%)<br>Rootsi (6,0%)<br>Portugal (6,6%)           | Rumeenia (0,5%)<br>Kreeka (1,2%)<br>Rootsi (1,6%)<br>Küpros, Leedu (2,0%)              |
| Kõrgeima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tšehhi Vabariik (43,9%)<br>Prantsusmaa (42,0%)<br>Taani (41,1%)<br>Saksamaa (39,0%) | Tšehhi Vabariik (28,2%)<br>Hispaania (24,1%)<br>Itaalia (22,6%)<br>Prantsusmaa (21,7%) | Hispaania (16,9%)<br>Tšehhi Vabariik (15,4%)<br>Prantsusmaa (12,7%)<br>Itaalia (11,5%) |
| Euroopa levimuse hinnangud põhinevad iga riigi viimase olemasoleva uuringuga saadud kaalutud keskmisel, kusjuures uuringuaasta jääb ajavahemikku 2001–2008, seetõttu ei ole võimalik neid ühe konkreetse aasta kohta esitada. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusle. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võeti järgmised elanikkonnarühmad: 15–64aastased (334 miljonit), 15–34aastased (133 miljonit) ja 15–24aastased (63 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval 2009. aasta statistikabülletäänis osas „Üldised rahvastiku-uuringud“. |                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |

hinnanguliselt ligikaudu 12 miljonit, keskmiselt ligikaudu 3,6% kõigist 15–64aastastest eurooplast.

### Kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Kanepitarbimine on laialdaselt levinud just noorte hulgas (vanuses 15–34 aastat), kusjuures kõige kõrgematest tarbimismääradest teatatakse viimasel aastal üldiselt

15–24aastaste hulgas. Nii on see peaaegu kõikides Euroopa riikides, välja arvatud Portugalis <sup>(48)</sup>.

Rahvastiku-uuringute andmetel on keskmiselt 31,1% Euroopa noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34 aastat) elu jooksul kanepit tarbinud, 12,5% tarbis seda uimastit viimase aasta jooksul ja 6,8% viimase kuu jooksul. Arvatakse, et vanuserühmas 15–24 aastat on veelgi suurem

<sup>(48)</sup> Vt joonis GPS-1 2009. aasta statistikabülletäänis.

osa eurooplasi viimase aasta (15,9%) või viimase kuu (8,3%) jooksul kanepit tarbinud. Kanepitarbimise levimuse hinnangud erinevad riigiti kõikide näitajate osas oluliselt: skaala ülaosas paiknevad riigid teatavad kuni 10 korda kõrgematest määradest kui väikseima levimusega riigid.

Kanepitarbimine on meeste hulgas levinum kui naiste hulgas (vt EMCDDA 2006a), kuigi riikide vahel on näha suuri erinevusi. Näiteks ulatub meeste ja naiste suhe viimasel aastal kanepitarbimisest teatanute hulgas alates 6,4:1 Portugalis kuni 1,4:1 Austrias.

### Kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas

Euroopa koolide alkoholi ja teiste uimastite uurimisprojekti ESPAD<sup>(49)</sup> esitatakse võrreldavaid andmeid alkoholi ja uimastite tarbimise kohta 15–16aastaste Euroopa kooliõpilaste seas (Hibell ja teised, 2009). Uuring viidi läbi 2007. aastal 25 Eli liikmesriigis ning Norras ja Horvaatias. Mõnel riigil (nt Hispaania, Rootsi, Ühendkuningriik) on oma siseriiklikud kooliuuringud, mille andmed (sealhulgas ka kanepi tarbimise kohta) on võrreldavad ESPADi ja kooliealiste laste tervise ja käitumise (HBSC) uuringutega.

2007. aasta ESPADi andmed näitavad, et kanepi elu jooksul tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas oli kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis (45%)<sup>(50)</sup>, samal ajal teatasid Eesti, Prantsusmaa, Madalmaad, Slovakkia ja Ühendkuningriik levimusest vahemikus 26–32%. 15 riiki on teatanud, et elu jooksul tarbimise määr jääb nende puhul vahemikku 13–15%. Madalaimatest tasemetest (alla 10%) on teatanud Kreeka, Küpros, Rumeenia, Soome, Rootsi ja Norra. Kooliõpilaste kanepitarbimise määr on poistel ja tüdrukutel veidi erinev.

15–16aastaste viimase kuu kõige kõrgemast kanepitarbimise määrast Euroopas on teatanud Hispaania (20%) ja Tšehhi Vabariik (18%)<sup>(51)</sup>.

### Rahvusvahelised võrdlused

Euroopa näitajaid saab võrrelda teiste maailma maade näitajatega. Näiteks oli Ameerika Ühendriikides riikliku uimastitarbimise ja terviseuuringu (Samhsa, 2007) andmetel elu jooksul kanepit tarbinud 49% ning viimase aasta jooksul 21% noortest täiskasvanutest (vanuses 15–34 aastat, EMCDDA poolt ümber arvestatud). Elu jooksul kanepit tarbinute määr samas vanuserühmas Kanadas (2004) oli 58% ja viimase aasta jooksul tarbinute määr oli seal 28%, Austraalias (2007) olid

vastavad näitajad 47% ja 16%. Need näitajad on kõrgemad Euroopa keskmisest, mis on vastavalt 31,1% ja 12,5%.

Koolilaste osas on üksnes Hispaania ja Tšehhi Vabariigi elu jooksul kanepitarbimise määrad võrreldavad USA ja Austraalia teatatud määradega.

### Kanepitarbimise suundumused

EMCDDA-le esitatud riiklike uuringute andmed näitavad, et peaaegu kõikides Eli liikmesriikides suurenes kanepitarbimine 1990. aastatel märgatavalt, seda eriti noorte (joonis 3) ja kooliõpilaste hulgas. Sajandivahetusel oli enamikus Euroopa riikides suur osa noortest tarbinud või tarbis uimasteid, mida tõestab tõsiasi, et ajavahemikus 1998–2003 oli 15–34aastaste elu jooksul kanepitarbimise määr tõusnud seitsmes riigis ligikaudu 30%-ni ja ületas 40% kahes ülejäänus. Vastavad viimase aasta kanepitarbimise näitajad samas vanuserühmas ulatusid seitsmes riigis 15–20%-ni ja viimase kuu kanepitarbimise määr ulatus kuues riigis 8–15%-ni.

Eriti huvitav on kanepitarbimise suundumus Ühendkuningriigis. 1990. aastate alguses ja keskel erines see riik Euroopa üldisest pildist, sest tema teatatud levimuse hinnangud olid kõige kõrgemad. Nüüdseks on pilt muutunud, kuna tarbimise tase teistes riikides on jätkuvalt tõusnud. Pealegi on kanepitarbimine alates ligikaudu 2003. aastast Ühendkuningriigis pidevalt vähenenud, eriti 16–24aastaste vanuserühmas<sup>(52)</sup>, viidates põlvkondade vahetusele. Nüüd on langus- või stabiliseerumistendents üldine, seda näitavad nii koolide kui ka elanikkonna üldiste uuringute andmed. 11 riigi hulgas, mille suundumusi aastatel 2002–2007 on võimalik analüüsida, vähenes viimase aasta tarbimine nelja riigi noorte täiskasvanute hulgas vähemalt 15% esialgse arvnäitajaga võrreldes ja lisaks püsis see endisel tasemel veel neljas riigis<sup>(53)</sup>. Kolmes riigis on tarbimismäärad suurenenud vähemalt 15%, kuigi muud andmed seavad selle tõusva suundumuse kahtluse alla.

### Suundumused kooliõpilaste hulgas

Nagu täiskasvanute nii ka kooliõpilaste kanepitarbimine kasvas aastatel 1995–2003 mitmes Euroopa riigis, kuid üldiselt on see tõus viimasel ajal peatunud või asendunud langusega. Vaid kaks EMCDDA seire all olevat riiki<sup>(54)</sup>, kes osalesid 2007. aasta ESPADi kooliuuringus (Leedu, Slovakkia), esitasid andmeid elu jooksul kanepitarbimise

<sup>(49)</sup> Vt rahvastiku-uuringute kast lk 40.

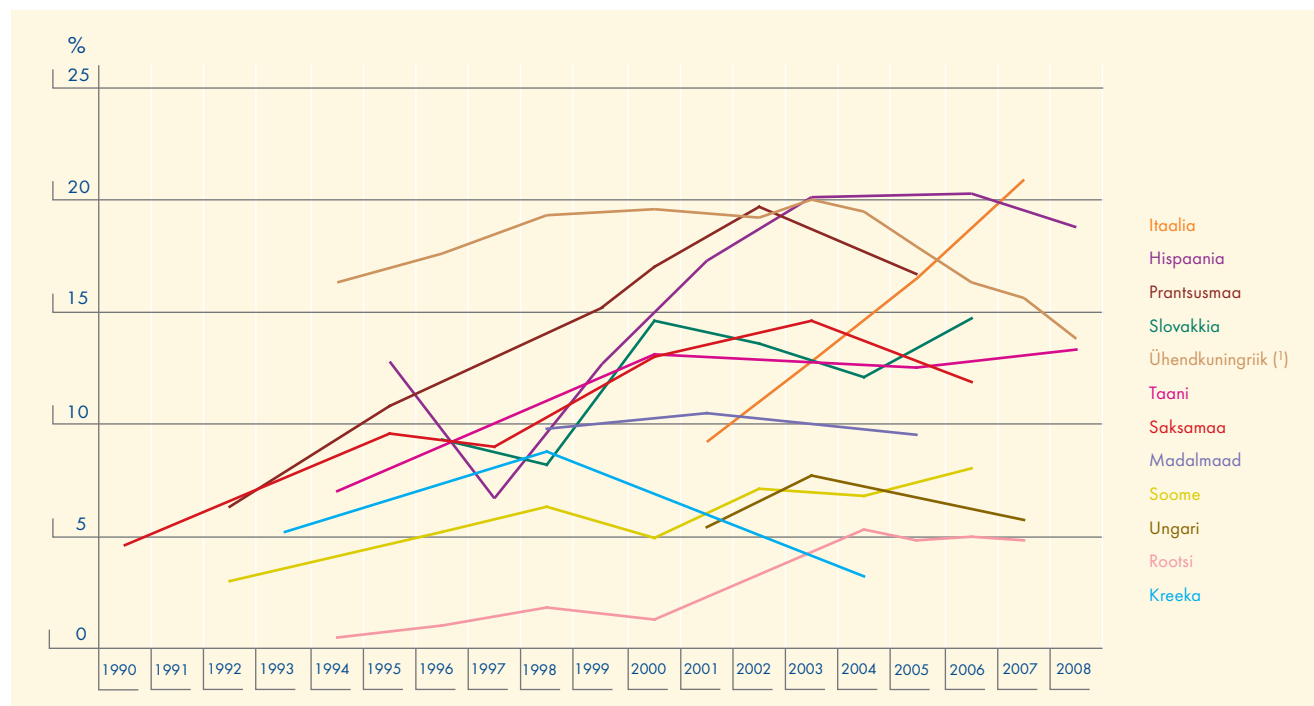
<sup>(50)</sup> Vt joonis EYE-1 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(51)</sup> Vt joonis EYE-1 (i osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(52)</sup> Vt joonis GPS-10 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(53)</sup> Kui teave konkreetsete aastate kohta ei olnud saadaval, kasutati eelmiste või järgnevat aastate andmeid.

<sup>(54)</sup> ESPADi arvates on rohkem kui kolmeprotsendiline tõus või langus muutuse näitaja.

**Joonis 3:** viimase aasta suundumused kanepitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas

(1) Inglismaa ja Wales.

NB! Täiendava teabe saamiseks vt joonist GPS-4 2009. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2008), rahvastiku-uuringute, aruannete või teadusartiklite andmed.

määra suurenemise kohta rohkem kui kolme protsendi võrra 2003. aastast alates, üheksa riiki teatasid sama suurest langusest selle perioodi vältel. Ameerika Ühendriikide ja Austraalia kooli-uuringute andmed näitavad langustendentsi, mida täheldati Austraalias esimest korda 1999. aastal <sup>(55)</sup>.

Leiti, et ajavahemikus 1995–2007 olid kooliõpilaste kanepitarbimise harjumused Euroopa piires erinevad (joonis 4). Seitse riiki, mis asuvad peamiselt Põhja- ja Lõuna-Euroopas (Kreeka, Küpros, Malta, Rumeenia, Soome, Rootsi, Norra) on teatanud üldiselt madalast ja stabiilsest elu jooksul kanepitarbimisest kogu selle perioodi vältel. Enamikus Lääne-Euroopa riikides, samuti Horvaatias ja Sloveenias, kus kuni 2003. aastani valitses kõrge või tugevasti kasvava elu jooksul kanepitarbimise suundumus, on 2007. aastal täheldatud stabiliseerumist või langust. Neist 11 riigist üheksa teatasid 3% ületavast langusest ja kaks olid stabiilsed. Enamikus Kesk- ja Ida-Euroopa riikides on olukord mõnevõrra erinev, sest seal aastatel 1995–2003 täheldatud tõusev suundumus näib nüüd olevat stabiliseerunud. Kuus selle piirkonna riiki on teatanud, et olukord on stabiilne ja kaks riiki on esitanud andmeid 3% ületava tõusu kohta <sup>(56)</sup>.

Aastatel 1995–2003 kaasnes mõnes Euroopa riigis elu jooksul kanepitarbimise suurenemisele elu jooksul tubakasuitsetamise levimuse tõus. Alates 2003. aastast on paljudes riikides mõlemad suundumused võtnud vastupidise suuna, tõestades, et noorte inimeste tubaka- ja kanepisuitsetamise vahel võib olla seos <sup>(57)</sup>.

### Kanepitarbimise harjumused

Olemasolevad andmed näitavad mitmesuguseid kanepitarbimise harjumusi. Nendest 15–64-aastastest, kes on kunagi elus kanepit tarbinud, tegi seda viimase aasta jooksul ainult 30% <sup>(58)</sup>. Kuid nendest, kes viimasel aastal kanepit tarbisid, tegi seda ka viimase kuu jooksul keskmiselt 50% ja viimased uuringud näitavad, et selle aine korduv tarbimine võib püsida pikka aega stabiilsena, seda isegi nooremate tarbijate hulgas (Perkonigg, 2008).

Intensiivse ja pikaajase kanepitarbimise harjumuste levimuse hindamine on rahvatervise seisukohalt oluline küsimus, sest see on seotud selliste negatiivsete tagajärgedega nagu hingamiselundkonna häired, tegutsemisvõime langus ja sõltuvus (Hall ja Solowij, 1998). Parim kättesaadav intensiivse tarbimise võrreldav näitaja on praegu igapäevane või peaaegu igapäevane tarbimine

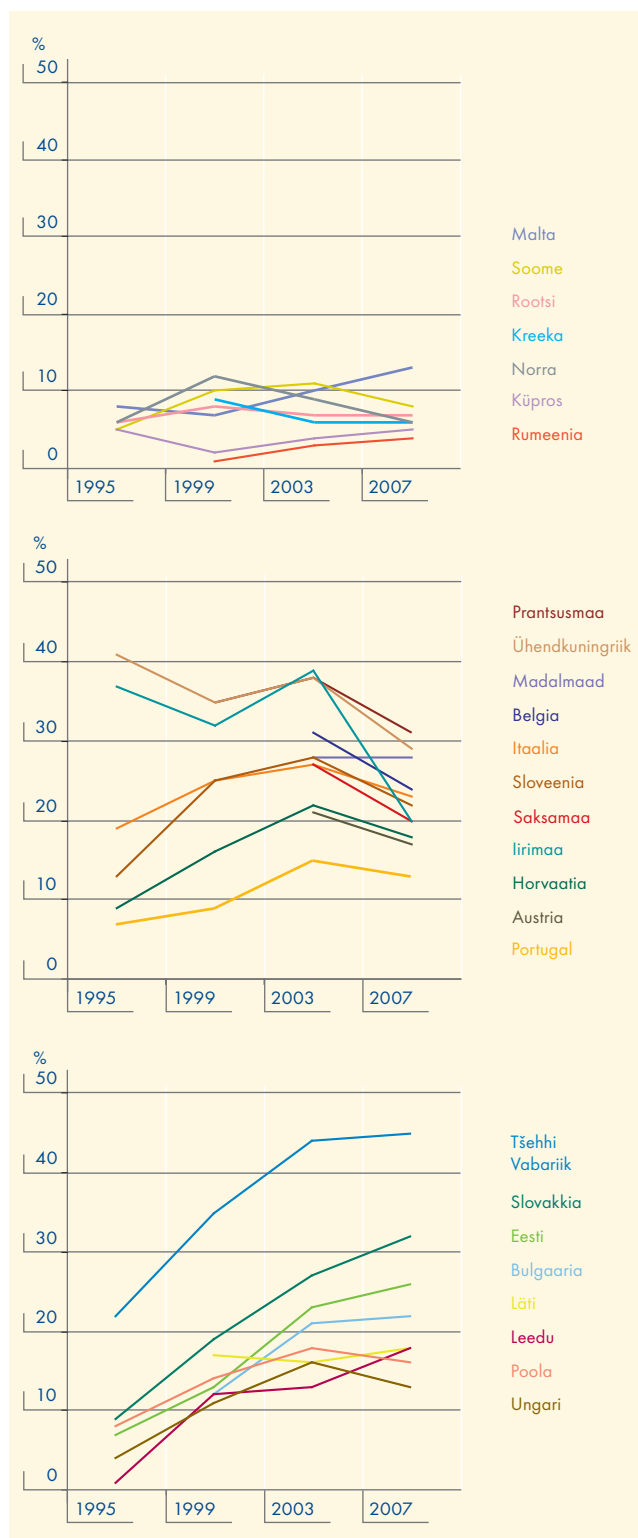
<sup>(55)</sup> Vt joonis EYE-1 (xii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(56)</sup> Vt joonis EYE-1 (xiii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(57)</sup> Vt valikteema mitme uimasti tarvitamise kohta.

<sup>(58)</sup> Vt joonis GPS-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Joonis 4:** erinevad suundumused elu jooksul kanepitarbimise levimuses kooliõpilaste (vanuses 15–16) seas



Allikas: ESPAD

(vähemalt 20 päeval viimase 30 päeva jooksul). Sellise kanepitarbimise kohta Euroopas koguti aastatel 2007–2008 andmeid nn väliuuringu raames, mida koordineeris EMCDDA koostöös riiklike ekspertide ja 13 riigi Reitoxi teabekeskusega ning mis hõlmas 77% ELi täisealisest elanikkonnast (15–64). Uuringu tulemusel saadud andmete põhjal jõuti järeldusele, et enam kui 1% kõigist Euroopa täiskasvanutest ehk ligikaudu 4 miljonit inimest tarvitab kanepit iga päev või peaaegu iga päev. Enamik neist kanepitarbijatest ehk ligikaudu 3 miljonit on vanuses 15–34 aastat, esindades ligikaudu 2–2,5% kõigist selle vanuserühma eurooplastest <sup>(59)</sup>.

Andmete puudulikkuse tõttu on intensiivse kanepitarbimise suundumusi keeruline hinnata. Viimaste suundumuste kohta andmeid esitanud seitsmest riigist teatasid neli (Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia, Portugal) igapäevase kanepitarbimise levimuse suurenemisest, üks (Iirimaa) stabiilselt olukorrast ning üksnes kaks (Kreeka, Madalmaad) teatasid langusest <sup>(60)</sup>. Need tulemused osutavad üldise suurenemise võimalikkusele paljudes intensiivse kanepitarbimisega Euroopa riikides viimasel aastakümnel.

Üha enam tunnistatakse, et kanepisõltuvus võib olla regulaarse kanepitarbimise tagajärg, kuigi selle tõsidus ja tagajärjed pole sageli nii rasked kui mõne teise psühhoaktiivse aine korral (näiteks heroiin või kokaiin). Sellest hoolimata võib kanepitarvitamise intensiivsete vormide kogumõju rahvatervisele regulaarsete kanepitarvitajate suhteliselt suure osakaalu tõttu rahvastikus olla märkimisväärne. Tarbijatel, eriti sagedastel tarbijatel, võib tekkida ka probleeme, mis tingimata ei pruugi vastata sõltuvuse kliinilistele kriteeriumidele.

Uuringud tõestavad, et kanepisõltuvuse väljakujunemine ei toimu nii järsult kui muude uimastite puhul (näiteks kokaiin) ning et nende inimeste hulgas, kes seda uimastit on vähemalt üks kord elu jooksul kasutanud, ei tohiks edaspidi väljakujuneva sõltuvusega isikute osakaal olla suurem kui 10% (Wagner ja Anthony, 2002). USA üldise rahvastiku-uuringu põhjal tuvastati sõltuvus ligikaudu 20–30%-l igapäevastest kasutajatest <sup>(61)</sup>. Muudes uuringutes väideti, et kanepisõltuvus võib pikema aja jooksul suhteliselt stabiilsena püsida (Swift ja teised, 2000). Pealegi on võimalik, et rohkem kui pooled kanepisõltlased, kes soovivad uimastitarbimist lõpetada, on suutelised seda tegema ilma ravita (Cunningham, 2000; Ellingstad ja teised, 2006).

<sup>(59)</sup> Euroopa keskmised on hinnangulised väärtused, mis põhinevad andmeid esitanud riikide kaalutud keskmistel (elanikkonna kohta), ning teavet mitteesitanud riikide kohta on need väärtused välja arvatud kaudselt. Saadud arvnäitajaks täiskasvanute puhul on 1,2% (15–64aastased) ja noorte täiskasvanute puhul 2,3% (15–34aastased). Vt tabel GPS-7 2008. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(60)</sup> Vt tabel GPS-7 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(61)</sup> USA riikliku rahvastiku-uuringu aastate 2000–2006 andmete analüüs. NSDUHi võrguanalüüsi teenust aadressil <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml> kasutati 25. veebruaril 2008 ning analüüsiks kasutati muutujaid MJDAY30A ja DEPNDMRJ.

### Kanepitarbimise harjumused kooliõpilaste hulgas

2007. aasta ESPADi uuringud näitasid ka seda, et kanepi elu jooksul tarbimine on seotud ettekujutustega väiksemast ohust ja uimasti parema kättesaadavusega <sup>(62)</sup>. Võrreldes õpilaskonnaga üldiselt on kanepikasutajate alkoholi, tubaka ja muude ebaseaduslike uimastite kasutamine tõenäolisem <sup>(63)</sup>.

Uued ESPADi uuringu andmed heidavad valgust kanepitarbimise tugevamatele harjumustele. Esitatud andmete kohaselt on 10 Euroopa riigis 5–12% meesõpilastest vanuses 15–16 aastat tarbinud kanepit

### Täpsemad hindamisskaalad probleemse kanepitarbimise vormide mõõtmiseks kogu rahvastikku hõlmavates uuringutes

On tõendeid selle kohta, et kogu rahvastikku hõlmavas uuringus saab kanepisõltuvust mõõta sama usaldusväärselt kui ravitud tarbijate valimites, kaasa arvatud võõrutusnähtude mõõtmine (Mennes ja teised, 2009). Seetõttu töötab EMCDDA koostöös mitme riigiga välja pikaajalise kanepitarbimise intensiivsemate ja olulisemate vormide seire meetodeid.

Viimastel aastatel on testitud erinevaid meetodeid, mille abil saab kogu rahvastikku hõlmava uuringu raames hinnata uimasti (peamiselt kanepi) tarbimise intensiivsuse ja problemaatiliste vormide levimust. Saksamaa eksperdid on koostanud ülevaate kirjandusest ja praeguseni kõnealuses valdkonnas tehtud tööst ning on kindlaks määranud neli täpsemat kanepi hindamise skaalat, mida on testitud Euroopa kogu elanikkonna valimite abil. Need on sõltuvuse tõsiduse skaala (SDS), marihuaana problemaatiline kasutamine (PUM), kanepi kuritarvitamise kontrollimise test (CAST) ja kanepitarbimisest tingitud häirete tuvastamise test (CUDIT) (Piontek ja teised, 2008). Nimetatud hindamisskaalad sisaldavad 4–10 teemat ning nende psühhomeetrilised omadused (nt suutlikkus järjekindlalt ja kooskõlas kanepisõltuvuse või -probleemide soovitud kontseptsiooniga eraldada juhtumeid mittejuhtumitest) leiti üldiselt olevat väga head.

Selles valdkonnas tekitab jätkuvalt raskusi üksmeele puudumine küsimuses, milliseid konstruktsioone (nt sõltuvus, kuritarvitus, liigtarbimine, tarbimisega seotud probleemid) või konstruktsioonide kogumeid kanepitarbimise problemaatiliste vormide hindamisel tuleks mõõta. Hindamist raskendab ka see, et madala levimusega nähtuse mõõtmiste tõttu võib tekkida palju valesti teatatud juhtumeid ja seetõttu võidakse problemaatilist kanepitarbimist kogu elanikkonna hulgas üle hinnata. Neid probleeme püütaksegi lahendada täiendavate valideerimisuuringute abil, mis on praegu läbiviimisel või kavandamisel.

40 või enamal korral. See suhtarv oli naisõpilaste omaga võrreldes vähemalt kahekordne ja saadud tulemus toetab ka muid andmeid, mille kohaselt intensiivse kanepitarbimise harjumus on enam levinud noorte meeste seas. Varajane alustamine on seotud hilisema intensiivsema ja problemaatilisema uimastitarbimise vormi väljakujunemisega. Esitatud andmete kohaselt on enamikus 10 Euroopa riigist, kus sagedase kasutamise tase on suhteliselt kõrge, 5–9% kooliõpilastest alustanud kanepitarbimist 13aastaselt või nooremalt <sup>(64)</sup>.

### Ravi

#### Ravinõudlus

2007. aastal oli kanepitarbimine ravi alustamise esmane põhjus ligikaudu 20% juhtudest (73 000 patsienti), olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. Riikidevahelised erinevused on aga märkimisväärsed: Bulgaarias, Leedus ja Sloveenias nimetas kanepit ravi alustamise esmase põhjuseks vähem kui 5% kõigist patsientidest, samas kui Taanis, Prantsusmaal, Ungaris, Madalmaades ja Türgis oli neid enam kui 30%. Erinevuste põhjuseks võivad olla erinevused kanepitarbimise levimuses, uimastiravi vajadus, ravi ja ravilesuunamise korraldus. Kahest riigist, kus kanepiraviklientide osakaal on kõige suurem, on Prantsusmaa avanud noortele uimastikasutajatele mõeldud nõustamiskeskusi ning Ungaris pakutakse kanepiga seotud õigusrikkumiste sooritajatele karistamise alternatiivina uimastiravi. Kriminaalõigussüsteemil on oluline roll küll mõlemas nimetatud riigis, kuid üldiselt näitavad liikmesriikide esitatud andmed, et enamik kanepitarbijatest tuleb Euroopas ravile oma vabast tahtest.

Ambulatoorsestesse ravikeskustesse kanepi tõttu ravile tulijad teatavad sageli, et nad on kasutanud ka muid uimasteid. 14 riigist kogutud andmete põhjal saab öelda, et 85% kanepitarbijatest kasutab veel mõnda muud uimastit, enamasti alkoholi (65%) või kokaiini (13%) ja mõned on teatanud, et nad kasutavad nii alkoholi kui ka kokaiini (12%) <sup>(65)</sup>.

#### Uute uimastiravitaotluste suundumused

Neis 19 riigis, mille andmed on saadaval, on ajavahemikus 2002–2007 tõusnud peamiselt kanepit kasutavate uimastitarbijate arv ja osakaal esimest korda ravile tulijate hulgas ligikaudu 19 000-lt inimeselt 34 000-le inimesele (25%-lt 31%-le) <sup>(66)</sup>. Selline suundumus näib siiski katkevat aastatel 2006–2007, sest enamik riike on teatanud uute

<sup>(62)</sup> Vt joonis EYE-1 (v osa) ja (vi osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(63)</sup> Vt mitme uimasti kasutamise valikteemat.

<sup>(64)</sup> Vt joonis EYE-1 (iii osa) ja (vii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(65)</sup> Vt mitme uimasti kasutamise valikteemat.

<sup>(66)</sup> Vt joonised TDI-1 ja TDI-2 ja tabelid TDI-3 (iv osa) ja TDI-5 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

kanepipatsientide osakaalu püsimisest stabiilsena või selle vähenemisest. Siin võib olla seos viimase aja kanepitarbimise suundumustega, kuid see võib viidata ka muutustele andmete esitamise tavas, teenuste osutamise suutlikkuse paremat ärakasutamist või muude teenuste kasutamist (nt tervishoid, vaimne tervishoid).

### Kliendiprofiilid

Euroopas ambulatoorset ravi alustavad kanepitarvitajad on peamiselt noored mehed (meeste ja naiste suhtarv on 5,5:1), kelle keskmine vanus on 25 aastat <sup>(67)</sup>. Esimest korda ambulatoorset ravi alustavatest uimastitarbijatest kasutab kanepit peamise uimastina 67% 15–19aastastest <sup>(68)</sup> ja 78% alla 15aastastest.

Üldiselt on 24% peamiselt kanepi tõttu ambulatoorset ravi alustavatest uimastitarbijatest juhuslikud kasutajad ja ilmselt on nad paljudel juhtudel ravile suunatud kriminaalõigussüsteemi kaudu; 12% neist kasutab kanepit igal nädalal või harvem; ligikaudu 18% kasutab seda ainet 2–6 korda nädalas ja 47% on igapäevased kasutajad, seega kõige probleemsem rühm. On täheldatud märkimisväärseid riikidevahelisi erinevusi. Ungaris, Rumeenias ja Horvaatias on kanepiravipatsiendid enamasti selle aine juhuslikud kasutajad, samal ajal kui Belgias, Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal, Maltal ja Hollandis on suurem osa neist igapäevased kanepitarbijad <sup>(69)</sup>. Prantsusmaa erinõustamiskeskuste klientide hulgas läbi viidud uuring näitas, et 63% igapäevastest kanepitarbijatest olid uimastisõltlased (Obradovic, 2008).

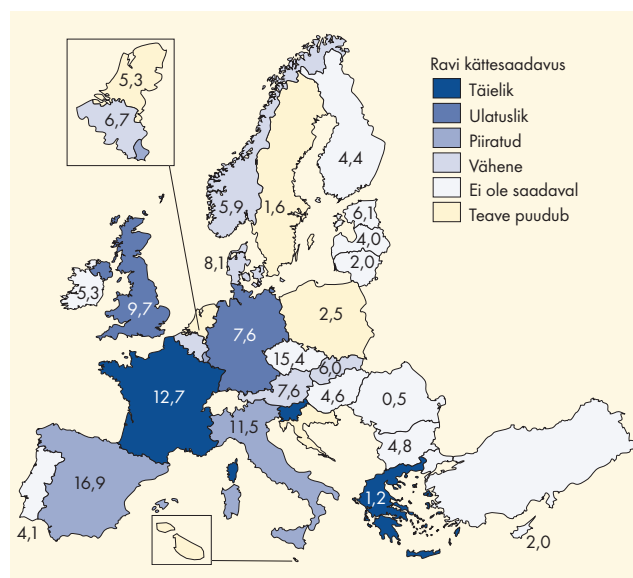
Paljud kanepiravikliendid on alles õpilased ja omavad püsivat elukohta (EMCDDA, 2008a). Prantsusmaal on 34% kanepiravipatsientidest käinud kutsekoolis, mis võrreldes üldandmetega elanikkonna kohta, mille kohaselt kutsekoolis käinute osakaal on 6,8% (Obradovic, 2008), näitab nende madalamat haridustaset.

Kanepitarbimise ja sellega kaasnevate psühhiaatriliste häirete vaheline seos on keerukas küsimus, mida ei ole suudetud lahendada (EMCDDA, 2008a). Uuringud on siiski näidanud, et vaimse tervise probleemidega inimestel, eriti kui neil on skisofreenia, on intensiivse kanepitarbimise väljakujunemise risk suurem (Henquet ja teised, 2005). Kindlaid tõendeid on ka selle kohta, et kanepitarbimine võib halvasti mõjuda neile, kellel on varasemaid probleeme vaimse tervisega (ACMD, 2008). Suhteliselt sageli saadetakse uimastiteenistustesse kanepitarbimisprobleemiga teismelisi, kellel on ka vaimseid probleeme (Schroder ja teised, 2008). Põhjuseks võib olla see, et sellised inimesed ei otsi või ei leia oma probleemidele asjakohast ravi tavalistest vaimse tervisega tegelevatest asutustest (Zachrisson ja teised, 2006).

### Ravi pakkumine

Kanepitarbijate ravi eriprogrammides võidakse pakkuda selle uimastitarbijate rühma jaoks kohandatud teenuseid ning püütakse vähendada ohtu, et noored inimesed segunevad probleemsemate ja vanemate tarbijatega. 2008. aastal kogus EMCDDA teavet selliste programmide kättesaadavuse kohta Euroopas. Riiklikud eksperdid teatasid, et 25-st andmeid esitanud riigist on need olemas 13 riigis (joonis 5). Teenuste kättesaadavuses oli riigiti erinevusi. Leiti, et Prantsusmaal, Kreekas ja Sloveenias saavad eriravi peaaegu kõik taotlejad; Saksamaal ja Ühendkuningriigis saavad seda rohkem kui pooled ning ülejäänud kaheksas riigis saab sellist ravi vaid vähemus. 12 riigist, kes teatasid kanepitarbijate eriprogrammide puudumisest, kavatsevad Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Eesti, Küpros, Rumeenia ja Türgi need lähima kolme aasta jooksul koostada.

**Joonis 5:** spetsiaalsete raviprogrammide kättesaadavus kanepitarbijatele ja kanepitarbimise viimase kuu levimus (%) 15–24aastaste noorte seas



NB!

Kättesaadavus määratletakse ravivõimalust omavate kanepitarbijate hinnangulise osakaaluna ravi vajavate uimastitarbijate hulgas: ravi saavad peaaegu kõik (täielik); enamik, kuid mitte kõik (ulatuslik); rohkem kui mõned üksikud, kuid mitte enamik (piiratud); mõned üksikud (vähene); ravi ei ole kättesaadav.

Spetsiaalsete raviprogrammide kättesaadavuse kohta esitasid andmeid riiklikud eksperdid, kes hindasid ravisuutlikkuse vastavuse taset aktiivselt ravi taotlevatelt kanepitarbijatelt tulnud nõudlusele. Eriprogrammide raames saab probleemsetele kanepikasutajatele pakkuda struktureeritud ravi, toetada nende sugulasi, nõustada mitteprobleemseid kanepitarbijaid või noori õigusrikkujaid. Selliste programmide olemasolust on teatanud Madalmaad, kuid teave nende kättesaadavuse kohta puudub. Viimase kuu kanepitarbimise levimus 15–24aastaste hulgas näitab nende noorte inimeste osakaalu, kellel võiks sellistest programmidest abi olla. Kuid see ei näita ravivajadusi ega ka riigi probleemse kanepitarbimise taset. Täiendava teabe saamiseks levimuse kohta vt tabelit GPS-16 2009. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

<sup>(67)</sup> Vt tabel TDI-21 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(68)</sup> Vt tabel TDI-10 (iv osa) ja (vi osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(69)</sup> Vt tabelid TDI-18 (i osa) ja TDI-111 (viii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

### Kanepitarbijate eriprogrammid Euroopas

Kreeka uimastitevastase organisatsiooni OKANA noorukite üksus pakub varajase sekkumise programmi eksperimenteerivatele või juhuslikele kanepitarbijatele, samal ajal kui intensiivsetele ja probleemsetele tarbijatele pakutakse struktureeritud ravi. Ravi põhineb peamiselt süsteemsel ja pereteraapial.

Prantsusmaal pakuvad ligikaudu 275 üle kogu riigi paiknevat sellealast konsultatsioonikeskust ennetusala teavet, lühiajalisi sekkumisi ja tuge noortele uimastitarbijatele (enamik neist on kanepitarbijad), noortele õigusrikkujatele ja nende sugulastele. Kui diagnoositakse probleemne uimastitarbimine (näiteks sõltuvus) või tõsiste kaasnevate probleemide esinemine, suunatakse patsient spetsiaalsesse raviasutusse.

Austrias rakendavad mitu nõustamiskeskust (näiteks ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) noorte kanepitarbijate suhtes erikontseptsioone, mille eesmärk on eraldada neid muudest ravitaotlejatest, kelleks on peamiselt opioidide kasutajad, ning integreerida nende pereliikmed ja sõbrad nõustamis- või raviprotsessi.

Saksamaa Interneti-põhine kanepitarbimise lõpetamise programm „Quit the shit”<sup>(70)</sup> on edastatud 12 uimastialase nõustamise keskusele seitsmes osariigis. FRED (vt 2. peatükk) pakub motiveerivat intervjuupõhist nõustamist neile, kes on ravile saadetud kriminaalõigussüsteemi kaudu. Candis on kanepitarbimisega seotud häiretega patsientidele mõeldud raviprogramm, mida praegu rakendatakse Dresdenis ja mis põhineb motivatsiooni suurendamisel, kognitiiv-käitumisteraapial ja psühhosotsiaalsel probleemide lahendamisel. Selle programmi hindamine tõestas positiivsete tulemuste saavutamise võimalikkust ning praegu viiakse 10 muus keskus läbi järeluurimist, mille tulemuste põhjal otsustatakse, kas programmi hakatakse ka mujal rakendama.

Ka Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa, Madalmaad ja Šveits osalevad rahvusvahelises probleemse kanepitarbimise kõikehõlmava perekonnapõhise ravi (Incant) tõhususe uuringus.

Kõnealuse valdkonna teaduskirjanduse andmetel on kanepiravis saavutatud tõhusaid tulemusi paljude psühhoterapia meetodite abil, mille hulka kuuluvad ka motivatsiooni- ja kognitiiv-käitumisteraapia, kuid pole teada, et ükski psühhoterapia vorm oleks teistest tõhusam (Nordstrom, Levin, 2007). Mõningaid probleeme kanepitarbijaid võivad aidata ka lühiajalised sekkumised, mida pakuvad näiteks noortele sotsiaalteenuste osutajad, perearstid ja koolid.

Hiljuti korraldatud 326 noort intensiivset kanepitarbijat hõlmanud randomiseeritud kontrollkatse kolme- või

kuuekuulise järelkontrolliperioodi vältel ei tuvastatud kanepitarbimise lõpetanud inimeste hulga osas erinevusi nende kahe tarbijarühma vahel, kellest üks käis motiveerivatel intervjuudel ja teine sai rohkem uimastitarbimisest loobumiseks teavet (McCambridge ja teised, 2008). Siiski leiti, et individuaalse terapeudi kasutamine ning terapeudi ja sekkumise vaheline vastastõime olid avaldanud mõju neile, kes olid kolm kuud hiljem kanepitarbimise lõpetanud. Need tulemused näitavad, kuivõrd oluline on nende hooldusepakujate koolitamine, kes viivad läbi noortele kanepitarbijatele mõeldud sekkumisi, eelkõige juhul, kui nad ei saa spetsiaalseid raviteenuseid.

### Interneti-põhine ravi

Interneti-põhist uimastiravi osutatakse Euroopa Liidus alates 2004. aastast, kuid selle ulatus on ikka veel piiratud. Hiljutine uuring heidab valgust sedalaadi sekkumiste arengu hetkeolukorrale Euroopa Liidus (EMCDDA, 2009a). Interneti-põhist ravi võib määratleda „spetsiaalselt väljatöötatud või kohandatud, struktureeritud ja kavakohaste uimastiravi valdkonnas läbiviidavate sekkumistena, mida pakutakse ja edastatakse ülemaailmse veebi kaudu”. Kanepitarbimisest põhjustatud häirete raviks kasutatavad sekkumised on selgelt määratletud Saksamaal, Madalmaades ja Ühendkuningriigis, samas Madalmaades pakutakse ka kokaiini ja klubinarkootikumide (nt ecstasy) tarbijatele suunatud sekkumisi.

Interneti-põhise ravi on välja töötanud ravi- või ennetusvaldkonna organisatsioonid ning selle eesmärk on tarbijate abistamine oma uimastikasutuse hindamisel ja käitumise muutmisel. Sekkumised pakuvad teavet uimastite ja uimastisõltuvuse kohta ning teadmiste testimist või mänge või ka teste enda uimastitarbimise kontrollimiseks. Nende kõigi puhul on ühine struktureeritud ravisekkumise kättesaadavus, milleks on kas eelnevalt kohandatud eneseabiprogramm ilma nõustajaga ühendust võtmata või struktureeritud programm plaanipäraste kontaktivõtmistega. Suhtlemine võib toimuda kahe inimese omavahelise vestlusena või teadetatavalil sõnumite vahetamisena. Vahel pakutakse ka võimalust suhelda foorumi kaudu teiste uimastitarbijatega, luues sellega virtuaalseid eneseabirühmi.

Praegu ei ole veel saadaval tõendeid sedalaadi sekkumiste tõhususe kohta, kuid esimese randomiseeritud kontrollkatse tulemused viitavad nende potentsiaalsele kasulikkusele. Programmi „Quit the shit” sekkumise eelhindamise tulemused Saksamaa kanepitarbijate hulgas näitasid, et 32% osalejatest teatas uimastist loobumisest pärast programmi lõpetamist ning et programmis osales palju inimesi, kes taotles ravi esimest korda. Sekkumiste kättesaadavuse madal lävi võimaldab jõuda individideni, kes suhtuvad tõrjuvalt muude teenuste kasutamisse. Samal ajal võivad neil olla aga sellised tõsised probleemid nagu uimastisõltuvus või mõni muu vaimse tervise probleem, mis jäävad Interneti-põhise ravi võimalustest väljapoole.

<sup>(70)</sup> Vt „Interneti-põhine ravi”.



## 4. peatükk

### Amfetamiinid, ecstasy ja hallutsinogeenid

#### Sissejuhatus

Amfetamiinid (üldine termin, mille alla kuuluvad nii amfetamiin kui ka metamfetamiin) ja ecstasy kuuluvad Euroopas enim tarvitavate ebaseaduslike narkootikumide hulka. Absoluutarvudes võib kokaiinitarbimine olla küll suurem, kuid kuna see on keskendunud teatud piirkondadesse, siis paljudes riikides on ecstasy või amfetamiinid siiski kanepi järel teine kõige levinum ebaseaduslik aine. Peale selle on amfetamiinide tarbimine tekitanud mõnes riigis olulisi uimastiprobleeme ja moodustab märkimisväärse osa ravinõudlusest.

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

Mõistega ecstasy tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid mõju poolest teatud määral erinevad. Tuntuim ecstasy-rühma uimasti on 3,4-metüleenedioksü-metamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt leitakse ecstasy-tablettides ka muid analooge (MDA,

MDEA). Ecstasy tarbimine oli enne 1980. aastate lõppu Euroopas peaaegu olematu, kuid kasvas hoogsalt 1990. aastatel. Selle uimasti populaarsust on ajalooliselt seostatud klubimuusikakultuuriga ja üldiselt on sünteetiliste narkootikumide suur levimus omane kindlatele subkultuuridele või sotsiaalsetele keskkondadele.

Euroopas läbi aegade kõige tuntum hallutsinogeenne uimasti on lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD) ning selle tarbimine on olnud suhteliselt kaua aega madal ja üsna stabiilne. Samas paistab aga viimastel aastatel kasvavat noorte huvi looduslike hallutsinogeenide vastu, mida leidub näiteks hallutsinogeensetes seentes.

#### Pakkumine ja kättesaadavus

##### Sünteetiliste uimastite lähteained

Õiguskaitsealased vastumeetmed on üha enam suunatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks vajalikele kontrollialustele lähtekemikaalidele ja see on valdkond, kus rahvusvaheline koostöö on eriti oluline. Projekt Prism on

**Tabel 4: amfetamiini, metamfetamiini, ecstasy ja LSD tootmine, konfiskeerimised, hind ja puhtus**

|                                                                       | Amfetamiin             | Metamfetamiin                   | Ecstasy                               | LSD                       |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)                           | 230–640 <sup>(1)</sup> |                                 | 72–137                                | Andmed ei ole saadaval    |
| Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)                        | 23,6                   | 18,2                            | 7,9                                   | 0,9                       |
| ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis) konfiskeeritud kogus | 7,9 tonni (8,1 tonni)  | 340 kilogrammi (340 kilogrammi) | Tabletid<br>21 miljonit (22 miljonit) | Ühikud<br>68 000 (68 000) |
| Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis) | 39 500 (40 000)        | 4 500 (4 500)                   | 23 000 (24 000)                       | 950 (960)                 |
| Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartilhaare) <sup>(2)</sup>  | Gramm<br>5–30 (12–23)  | Gramm<br>8–51                   | Tablett<br>3–19 (4–8)                 | Annus<br>4–30 (7–12)      |
| Keskmise puhtuse vahemik                                              | 4–40%                  | 3–66%                           | 21–90 mg                              | –                         |

<sup>(1)</sup> Saadaval on üksnes amfetamiini ja metamfetamiini ülemaailmse toodangu koondhinnangud.

<sup>(2)</sup> Teatatud keskmiste hindade keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2007. aasta kohta.

Allikad: UNODCi maailma uimastiaruanne (2009) ülemaailmsete väärtuste kohta, Reitoxi riiklikud teabekeskused Euroopa andmete kohta.

rahvusvaheline algatus tokestamiseks sünteetiliste uimastite ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvalesuunamist <sup>(71)</sup> seadusliku kaubanduse ekspordieelse teavitamise süsteemi ja kahtlaste tehingute korral peatatud ning konfiskeeritud saadetistest teatamise abil. Teave selle valdkonna tegevuste kohta laekub Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule (INCB, 2009b).

Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB) aruannete kohaselt tõusid 2007. aastal maailmas metamfetamiini kahe põhilähteaine konfiskeeritud kogused oluliselt, millest efedriin moodustas 22 tonni (2006. aastal 10,2 tonni) ning pseudoefedriin 25 tonni (2006. aastal 0,7 tonni). ELi liikmesriikide (peamiselt Rootsi ja Bulgaaria)

### Mis on uimasti lähteaine?

Uimastivaldkonnas viitab mõiste „lähteaine“ seaduslikult kasutatavatele ainetele, mida saab kasutada ka uimastite ebaseaduslikuks tootmiseks. Nende ainete kohta võib kasutada ka muid mõisteid, näiteks „olulised kemikaalid“.

Lähteainete rahvusvahelise kontrolli õiguslik alus on ÜRO 1988. aasta narkootikumidega ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku kaubitsemise vastase konventsiooni artikkel 12. Konventsioonis on kaks tabelit, milles loetletakse 23 „ainet, mida kasutatakse sageli narkootikumide ja psühhotroopsete ainete ebaseaduslikuks tootmiseks“ ja mille ebaseaduslikel eesmärkidel kõrvalesuunamist tuleks ennetada.

Artikkel 12 võeti üle 1990. aastal vastu võetud esialgsetesse Euroopa õigusaktidesse, mille abil püüti vähendada nimetatud ainete ebaseaduslikku levitamist (EMÜ nr 3677/90), samuti hilisematesse määrustesse, millega reguleeriti nimetatud ainete kauplemit ELi piires (EÜ nr 273/2004) ning Euroopa Liidu ja ELi mittekuuluvate riikide vahel (EÜ nr 111/2005) ning kehtestati litsentsimismenetlused ja seire-eeskirjad (EÜ nr 1277/2005).

ELi õigusaktide 1. rühma kuulub enamik sünteetiliste uimastite tootmiseks hädavajalikke aineid, näiteks efedriin ja pseudoefedriin (metamfetamiini jaoks); 3,4-metüülenedioksiüfenüül-2-propanoon (PMK), isosafrool ja safrool (ecstasy jaoks) ja 1-fenüül-2-propanoon (P2P, BMK) (amfetamiini ja metamfetamiini jaoks). 2. rühma kuuluvad sellised olulised reaktiivid nagu kaaliumpermanganaat ja äädikhappeanhüdroiid, mida kasutatakse laialdaselt vastavalt kokaiini või heroini tootmiseks. 3. rühmas on loetletud tavalisemad reaktiivid, sealhulgas soolhape ja väävelhape (heroini ja kokaiini jaoks); ning sellised lahustid nagu atsetoon (kokaiini ja MDMA jaoks) ja tolueen (metamfetamiini ja MDMA jaoks).

osakaal oli 0,6 tonni efedriini, mis on ligi kahekordne kogus 2006. aastaga võrreldes, ja 7 tonni pseudoefedriini, millest peaaegu kõik tuli Prantsusmaalt.

Vastupidiselt sellele vähenesid kogu maailmas tugevasti 1-fenüül-2-propanooni (P2P, BMK) (saab kasutada nii amfetamiini kui ka metamfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks) konfiskeeritud kogused, vähenedes 2007. aastal oluliselt 834 liitriini (võrreldes 2006. aasta 2600 liitriga). P2P konfiskeeriti ELis kokku 582 liitrit, 2006. aastal 2005 liitrit.

MDMA tootmiseks kasutatava 3,4-metüülenedioksiüfenüül-2-propanooni (3,4-MDP2P, PMK) konfiskeeritud kogused vähenesid 2007. aastal 2300 liitriini, võrreldes 2006. aasta 8800 liitriga. MDMA sünteesil 3,4-MDP2P-d asendavat safrooli konfiskeeriti 2007. aastal 46 000 liitrit (2006. aastal 62 liitrit), kuid sellest hiigelskogusest vaid 8 liitrit konfiskeeriti ELis.

### Amfetamiin

Ülemaailmne amfetamiini tootmine on jätkuvalt koondunud Euroopasse, kus asus 81% kõigist 2007. aastal teatatud amfetamiinilaboritest (UNODC, 2009). Siiski on tootmine levimas ka mujale maailmas, eriti Põhja-Ameerikasse <sup>(72)</sup>. Kogu maailmas konfiskeeriti 2007. aastal ligikaudu 24 tonni amfetamiini, sellest ligikaudu kaks kolmandikku Lähis-Idas, mis on seotud Kagu-Euroopas toodetavate Captagoni tablettidega <sup>(73)</sup> (vt tabel 4). Lääne- ja Kesk-Euroopas toimus 36% maailma kõikidest konfiskeerimistest, mis kajastab Euroopa rolli nii kõnealuse narkootikumi peamise tootjana kui ka tarbijana (CND, 2008; UNODC, 2009).

Enamik Euroopas konfiskeeritud amfetamiinist toodetakse (tähtsuse järjekorras) Madalmaades, Poolas ja Belgias ning vähemal määral Eestis ja Leedus. Europoli teatel avastati 2007. aastal Euroopa Liidus 29 amfetamiini tootmise, pakendamise või ladustamise kohta.

Euroopas konfiskeeriti 2007. aastal amfetamiinipulbrit hinnanguliselt 40 000 korral kogukaalus 8,1 tonni <sup>(74)</sup>. Ajavahemikus 2002–2007 on konfiskeerimiste arv pidevalt suurenenud, kusjuures amfetamiini kättesaadud kogused on küll olnud erinevad, kuid üldiselt on need kasvanud, jõudes 2007. aastal uutesse kõrgustesse <sup>(75)</sup>.

2007. aastal Euroopas kätte saadud amfetamiini puhtus varieerus sedavõrd, et keskmistest näitajatest saab siinkohal rääkida vaid suure ettevaatusega. Siiski ulatus

<sup>(71)</sup> Vt „Mis on uimaste lähteaine?“.

<sup>(72)</sup> Teavet uimastite pakkumise ja kättesaadavusandmete allikate kohta vt lk 39.

<sup>(73)</sup> Captagon on üks fenetülliini, sünteetilise kesknärvisüsteemi stimulandi, registreeritud kaubanimedid, kuigi ebaseaduslikul turul selle logo all müüdatavad tabletid sisaldavad tavaliselt kofeiini ja amfetamiini segu.

<sup>(74)</sup> See on esialgne analüüs, sest 2007. aasta andmed Ühendkuningriigi kohta ei ole veel saadaval.

<sup>(75)</sup> Andmed käesolevas peatükis nimetatud uimastikonfiskeerimiste kohta Euroopas on esitatud 2009. aasta statistikabülletääni tabelites SZR-11 – SZR-18.

keskmise puhtuse aste vähem kui 10%-st Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis rohkem kui 30%-ni Hollandis, Poolas ning teatud Balti- ja Põhjamaades. Viimase viie aasta jooksul on amfetamiini puhtus olnud stabiilne või langenud enamikus 20 riigist, kus on piisavalt andmeid suundumuste analüüsi koostamiseks.

2007. aastal jäi amfetamiini grammi keskmine jaehind enam kui pooltes andmeid esitanud 17 riigist 10–20 euro vahele. 11 riigist, mille 2007. ja 2006. aasta andmeid oli võimalik võrrelda, teatasid Hispaania, Prantsusmaa ja Austria jaehinna tõusust, muudes riikides püsisid hinnad stabiilsed või langesid.

### Metamfetamiin

Metamfetamiini tootmine on koondunud Ida- ja Kagu-Aasiasse ning Põhja-Ameerikasse, kuid sagenevad teated aktiivsuse tõusust Ladina-Ameerikas ja Okeaanias. 2007. aastal konfiskeeriti maailmas 18,2 tonni metamfetamiini. See suundumus on olnud stabiilne alates 2004. aastast. Kõige enam uimastit konfiskeeriti Ida- ja Kagu-Aasias (56%), millele järgnes Põhja-Ameerika ning vaid 2% uimastist saadi kätte Euroopas (UNODC, 2009).

Euroopas küll toodetakse ebaseaduslikult metamfetamiini, kuid valdavalt vaid Tšehhi Vabariigis, kus 2007. aastal avastati enam kui 390 väikest kodulaborit. Uimasti tootmisest on teatanud ka Slovakkia ja Leedu.

2007. aastal konfiskeeriti Euroopas metamfetamiini ligikaudu 4500 korral, kokku saadi kätte 340 kg uimastit. Kõige enam konfiskeerimisi tehti Norras, kus saadi kätte ka kõige enam metamfetamiini. Aastatel 2005–2007 kasvas Euroopas nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud kogus, ent teiste narkootikumidega võrreldes jäid need siiski väikeseks.

### Metamfetamiini tootmine Euroopas: EMCDDA–Europol ühisväljaanne

2009. aastal avaldasid EMCDDA ja Europol ühisväljaannete seeria uimastite pakkumise kohta Euroopas. Seeria esimeses aruandes esitatakse terviklik ülevaade metamfetamiini tootmisest ja sellega kaubitsemisest Euroopas ning vaadatakse läbi Euroopas ja rahvusvahelisel tasandil võetud meetmed <sup>(1)</sup>.

Raportid muude sünteetiliste uimastite pakkumise kohta Euroopas, sealhulgas amfetamiini ja ecstasy kohta, lisatakse seeriale hiljem.

<sup>(1)</sup> Aruanne on kättesaadav aadressil: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

### Ecstasy

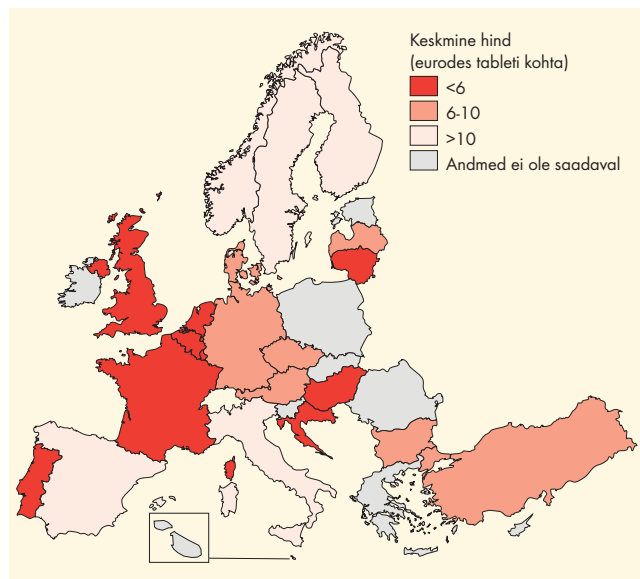
UNODC (2009) andmetel oli ülemaailmne ecstasy toodang 2007. aastal 72–137 tonni. Tootmine näib olevat geograafiliselt hajunud, kusjuures see on nihkunud lähemale tarbijaturgudele Põhja-Ameerikas, Ida- ja Kagu-Aasias ning Okeaanias. Sellest hoolimata on peamine ecstasy tootmise keskus endiselt Euroopa, kus see on koondunud Madalmaadesse ja Belgiasse, vähemal määral Saksamaale, Poolasse ja Ühendkuningriiki.

Kogu maailmas konfiskeeriti 2007. aastal 7,9 tonni ecstasy't, kusjuures enamikus piirkondades teatati konfiskeeritavate koguste kasvust. Lääne- ja Kesk-Euroopas toimusid 36% ning Kagu-Aasias 2% maailma kõikidest konfiskeerimistest (UNODC, 2009). Euroopas teatati 2007. aastal kokku enam kui 24 000 konfiskeerimisest, mille käigus saadi kätte hinnanguliselt 22 miljonit ecstasy-tabletti. Suurimast konfiskeeritud kogusest teatasid Madalmaad, kus kättesaadud 8,4 miljonit tabletti oli kaks korda suurem kui 2006. aastal teatatud kogus. Vaid kaks Euroopa riiki teatasid 2007. aastal sellega võrreldavatest konfiskeerimistest – Prantsusmaa ja Saksamaa konfiskeerisid kumbki ligikaudu miljon tabletti. Ka Ühendkuningriik teatas 2006. aastal enam kui kuue miljoni tableti konfiskeerimisest, aga tema 2007. aasta andmed ei ole veel kättesaadavad.

Ajavahemikus 2002–2007 langes ecstasy konfiskeerimiste arv 2003. aastal järsult, kuid hakkas seejärel aasta-aastalt vähehaaval tõusma. Samal ajavahemikul langes konfiskeeritud kogus kõige madalamale 2005. aastaks, kuid kasvas siis uuesti ja näib saavutavat 2002. aasta taseme.

Euroopas sisaldas suurem osa 2007. aastal analüüsitud ecstasy-tablette ainsa psühhoaktiivse toimeainena MDMA-d või muud ecstasy-laadset ainet (MDEA, MDA), kusjuures 17 riiki teatas, et sellised tabletid moodustasid 70% kõigist analüüsitud tablettidest. Kas MDMA või selle analoogiga ecstasy-tablettide väiksemast osakaalust teatasid Bulgaaria (47%), Küpros (44%) ja Austria (61%). Luksemburgis sisaldas enamik analüüsitud tablettidest (83%) kontrollimata ainet, nagu ka Küprosel (53%). Türgis leiti, et üksnes 23% analüüsitud tablettidest sisaldas MDMA-sarnast ainet.

11 aruande esitanud riigis jäi 2007. aastal analüüsitud ecstasy-tablettide tüüpiline MDMA-sisaldus 19 ja 75 mg vahele. Lisaks teatasid mõned riigid (Bulgaaria, Prantsusmaa, Madalmaad, Slovakkia, Norra) suureannuselistest ecstasy-tablettidest, mis sisaldasid rohkem kui 130 mg MDMA-d. Ecstasy-tablettide puhtuses ei ole märgata selget suundumust.

**Joonis 6:** ecstasy-tablettide jaehinnad

**NB!** Riigid, kes on teatanud üksnes miinimum- ja maksimumväärtuse, on kaasatud, kui nende esitatud väärtused jäävad ühte esitatud vahemikest. Vt tabelit PPP-4 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Allikad:** Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Selge on aga see, et võrreldes 1990. aastate algusega, mil ecstasy muutus esimest korda laialdaselt kättesaadavaks, on see tunduvalt odavamaks muutunud. Kuigi on saadud mõningaid teateid selle kohta, et tablette müüakse kahest eurost odavamalt, teatab enamik riike keskmistest jaehindadest vahemikus 4–10 eurot tablett (joonis 6). Olemasolevad andmed aastate 2002–2007 kohta näitavad jaehinna jätkuvat langust (inflatsiooni arvestades).

### Hallutsinogeensed ained

LSD tarbimist ja sellega kaubitsemist peetakse Euroopas endiselt marginaalseks. Saadaval olevad andmed näitavad ajavahemikus 2002–2007 konfiskeeritud koguste vähenemist, kuid samal ajal on konfiskeerimiste arv aastatel 2003–2007 veidi tõusnud. LSD jaehinnad (inflatsiooni arvestades) on alates 2003. aastast veidi langenud ning jäid 2007. aastal enamikus Euroopa riikides 5 ja 12 euro vahele ühiku kohta.

2007. aasta andmetes uimasti konfiskeerimiste kohta mainis 11 riiki 28-st hallutsinogeenseid seeni, mis kasvavad metsikult paljudes Euroopa riikides ja mida saab Interneti kaudu osta. Kuuest kas hallutsinogeensete seente konfiskeerimiste arvu, tarbimise levimuse või kättesaadavuse suundumuste kohta andmeid esitanud riigist teatasid viis langustendentsist. Üks riik (Prantsusmaa)

teatas tarbimise levimuse ja konfiskeerimiste arvu kasvust, mille põhjuseks peeti seente kättesaadavust ning seenekasvatustekomplektide ostmise võimalust Interneti kaudu.

### Tarbimise levimus ja harjumused

Mõned ELi liikmesriigid on teatanud amfetamiinide või ecstasy suhteliselt kõrge tarbimistasemest kogu elanikkonna hulgas (Tšehhi Vabariik, Eesti, Ühendkuningriik). Üksikutes riikides tarbib amfetamiini või metamfetamiini (tihti süstimise teel) oluline osa kõigist probleemsetest uimastitarbijatest ja narkoprobleemidele abiotsijatest. Nimetatud krooniliste tarbijate kõrval on olemas ka üldisem seos sünteetiliste narkootikumide, eriti ecstasy, ning ööklubide, tantsumuusika ja mõnede subkultuuride vahel. Selle tulemuseks on võrreldes kogu elanikkonnaga märgatavalt suurem levimus noorte hulgas ja ülikõrge levimus mõnedes asutustes või konkreetsetes ühiskonnarühmades. Selliste hallutsinogeenide nagu lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD) ja hallutsinogeensed seened tarbimise tase on aga üldiselt madal ning on püsinud pikemat aega suhteliselt stabiilsena.

### Amfetamiinid

Hiljutised rahvastiku-uuringud näitavad, et Euroopas on elu jooksul amfetamiini tarbinute <sup>(76)</sup> osakaal riigiti erinev, kõikides peaaegu nullist kuni 11,7%-ni kõikidest täiskasvanutest (15–64aastastest). Arvatakse, et keskmiselt 3,5% kõikidest Euroopa täiskasvanutest on vähemalt korra elus amfetamiini tarbinud. Uimasti tarbimine viimase aasta jooksul on palju madalam, Euroopa keskmine on 0,5%. Hinnanguliselt on ligikaudu 12 miljonit eurooplast amfetamiini proovinud ja ligikaudu 2 miljonit on uimastit tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 5).

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

26 ELi liikmesriigis, Norras ja Horvaatias on 15–16aastastest kooliõpilastest elu jooksul amfetamiini tarbinud 1–8%, üle 5%-lisest levimusest teatasid üksnes Bulgaaria, Läti (mõlemad 6%) ja Austria (8%) <sup>(77)</sup>.

<sup>(76)</sup> Amfetamiinitarbimise uuringutes ei eristata sageli amfetamiini ja metamfetamiini, kuid tavaliselt näitab levimus amfetamiini (sulfaadi või deksamfetamiini) tarbimist, sest metamfetamiini tarbimine pole Euroopas kuigi levinud.

<sup>(77)</sup> ESPADi riikide ja Hispaania andmed. Vt joonis EYE-2 (vi osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Tabel 5: amfetamiinide tarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte**

| Vanuserühm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kasutamise ajavahemik                                                       |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Elu jooksul                                                                 | Eelmise aasta jooksul                                                  |
| <b>15–64aastased</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                        |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 miljonit                                                                 | 2 miljonit                                                             |
| Euroopa keskmine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3,5%                                                                        | 0,5%                                                                   |
| Vahemik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0,0–11,7%                                                                   | 0,0–1,3%                                                               |
| Madalaima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rumeenia (0,0%)<br>Kreeka (0,1%)<br>Malta (0,4%)<br>Küpros (0,8%)           | Kreeka, Malta, Rumeenia (0,0%)<br>Prantsusmaa (0,1%)                   |
| Kõrgeima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ühendkuningriik (11,7%)<br>Taani (6,3%)<br>Hispaania (3,8%)<br>Norra (3,6%) | Eesti (1,3%)<br>Taani (1,2%)<br>Norra (1,1%)<br>Ühendkuningriik (1,0%) |
| <b>15–34aastased</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                        |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 7 miljonit                                                                  | 1,5 miljonit                                                           |
| Euroopa keskmine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5,0%                                                                        | 1,1%                                                                   |
| Vahemik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0,1–15,3%                                                                   | 0,1–3,1%                                                               |
| Madalaima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rumeenia (0,1%)<br>Kreeka (0,2%)<br>Malta (0,7%)<br>Küpros (0,8%)           | Kreeka, Rumeenia (0,1%)<br>Prantsusmaa (0,2%)<br>Küpros (0,3%)         |
| Kõrgeima levimusega riigid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ühendkuningriik (15,3%)<br>Taani (10,5%)<br>Läti (6,1%)<br>Norra (5,9%)     | Taani (3,1%)<br>Eesti (2,9%)<br>Norra (2,0%)<br>Läti (1,9%)            |
| Euroopa levimuse hinnangud põhinevad iga riigi viimase olemasoleva uuringuga saadud kaalutud keskmisel, kusjuures uuringuaasta jääb ajavahemikku 2001–2008 (peamiselt aastad 2004–2008), seetõttu ei ole võimalik neid ühe konkreetse aasta kohta esitada. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võeti järgmised elanikkonnarühmad: 15–64aastased (334 miljonit) ja 15–34aastased (133 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval 2009. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“. |                                                                             |                                                                        |

### Probleemne amfetamiinitarbimine

EMCDDA probleemse uimastitarbimise indikaatorit saab amfetamiini kasutamise suhtes kohaldada, kui on tegemist selle aine süstimise või pikaajalise ja/või regulaarse tarvitamisega. Ainult Soome on andnud probleemsete amfetamiinitarbijate kohta uuema riikliku hinnangu, milleks 2005. aastal oli 12 000–22 000 probleemset amfetamiinitarbijat<sup>(78)</sup>, mis on ligikaudu neli korda rohkem kui on riigis probleemseid opioiditarbijaid.

Amfetamiini kui esmase uimasti tarbimisega seotud ravitaotluste arv on enamikus Euroopa riikides suhteliselt väike, kuid moodustab üsna suure osa kogu teatatud ravinõudlusest Rootsis (34%), Soomes (23%), Lätis (16%) ja Ungaris (11%). Neljas muus riigis (Belgias, Taanis, Saksamaal, Madalmaades) moodustavad amfetamiini

esmase uimastina tarbijate patsientide ravitaotlused 6–8%, teistes riikides on nende osakaal väiksem kui 3%<sup>(79)</sup>.

Uute uimastiravi alustajate hulgas on amfetamiinitarbijate üldine arv ja osakaal jäänud ajavahemikus 2002–2007 üldjoontes stabiilseks. Üksnes Taani, Läti ja Madalmaad teatavad olulisest tõusust, samal ajal kui Rootsi ja Soome andmetel nende uute amfetamiinipatsientide osakaal väheneb<sup>(80)</sup>. Suundumust näitavaid andmeid hinnates tuleks aga arvesse võtta ka meetodilist piiratust, mille põhjuseks on mõnes riiklikus seiresüsteemis viimasel ajal tehtud muudatused (nt Lätis).

Ravi alustava amfetamiinitarbijaja keskmine vanus on ligikaudu 29 aastat. Naiste osakaal nende hulgas on suurem kui muude uimastite tarbimisel, meeste ja naiste suhe on ligikaudu 2:1. Ravil olevad amfetamiinitarbijad

<sup>(78)</sup> Mis teeb 3,4–6,3 juhtumit 1000 inimese kohta vanuserühmas 15–64 aastat; välja arvatud vanuserühma 15–54 algvalimi põhjal, eeldusel, et vanuserühmas 55–64 neid juhtumeid ei esine.

<sup>(79)</sup> Vt tabel TDI-5 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(80)</sup> Vt joonis TDI-1 ja tabel TDI-36 2009. aasta statistikabülletäänis.

teatavad sageli ka muude uimastite tarbimisest, milleks on peamiselt kanep ja alkohol, vahel ka opioidid <sup>(81)</sup>. Riikides, kus suure osa ravi alustajatest moodustavad peamiselt amfetamiini kasutavad uimastitarbijad, on süstimine kõige sagedamini teatatud tarbimisviis (63–83%).

### Probleemne metamfetamiinitarbimine

Vastupidiselt muule maailmale, kus metamfetamiinitarbimine on viimastel aastatel kasvanud, on selle aine tarbimismäärad Euroopas jäänud küllaltki piiratuks. Metamfetamiini tarbimine on Euroopas alati olnud koondunud Tšehhi Vabariiki ja Slovakkiasse. Hinnanguliselt oli 2007. aastal Tšehhi Vabariigis ligikaudu 20 400–21 400 metamfetamiinitarbijat (2,8–2,9 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), mis on kaks korda enam kui probleemseid opioiditarbijaid ning Slovakkias oli ligikaudu 5800–15 700 metamfetamiinitarbijat (1,5–4,0 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), mis on hinnanguliselt ligikaudu 20% vähem kui probleemseid opioiditarbijaid.

Mõlema riigi andmetel on metamfetamiin suure osa ravi alustavate patsientide peamine uimasti: Tšehhi Vabariigis 61%-l ja Slovakkias 26%-l. Aastatel 2002–2007 on metamfetamiiniga seotud ravinõudlus kasvanud mõlemas riigis <sup>(82)</sup>.

Ravi saavate metamfetamiinitarbijate andmetel on süstimine kõige levinum manustamisviis (Tšehhi Vabariigis 82% ja Slovakkias 41%). Sageli on teatatud ka muude uimastite tarbimisest, milleks on peamiselt kanep, alkohol ja opioidid. Slovakkias on täheldatud opioidide asendusravi saajate seas tugevat metamfetamiinitarbimise tõusu.

Ravi alustavad metamfetamiinitarbijad on Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias suhteliselt noored, keskmiselt 24aastased, ja ülekaalukalt mehed. Naiste osakaal on aga suurem patsientide hulgas, kes on tulnud ravile metamfetamiini, mitte mõne muu uimastiga seotud probleemide tõttu.

### Ecstasy

Hinnanguliselt on ecstasy't proovinud ligikaudu 10 miljonit täisealist eurooplast (keskmiselt 3,1%) ja ligikaudu 2,5 miljonit (0,8%) on seda tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 6). Riigiti on erinevused üsna suured: viimaste uuringute andmetel on seda uimastit vähemalt korra proovinud 0,3–7,5% kõigist täiskasvanutest (15–64aastastest), kusjuures enamik riike teatab

1–5%-lisest elu jooksul tarbimise hinnangulisest levimusest. Viimase aasta jooksul on tarbimise levimus Euroopa riikides erinev, ulatudes 0,1%-st kuni 3,5%-ni. Nagu enamiku ebaseaduslike narkootikumide puhul, on siingi meeste seas tarbimine palju kõrgem kui naiste hulgas.

Ecstasy tarbimine on tavalisem noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas, kus elu jooksul tarbimise hinnangud kõiguvad riigiti 0,6% ja 14,6% vahel, kusjuures 0,2–7,7% sellest vanuserühmast teatas narkootikumi tarbimisest viimase aasta jooksul. Hinnanguliselt on ecstasy't elu jooksul proovinud 7,5 miljonit noort eurooplast (5,6%) ning ligikaudu 2 miljonit (1,6%) on seda kasutanud viimase aasta jooksul. Levimushinnangud on veelgi kõrgemad nooremas vanuserühmas: 15–24aastaste hulgas hinnatakse elu jooksul tarbimise määraks 0,4–18,7%, kuid enamiku riikide hinnangud jäävad vahemikku 2,1–6,8%. Kuigi suurema osa riikide hinnangud viimase aasta tarbimise kohta kõnealuses vanuserühmas kõiguvad vahemikus 1–3,9%, erinesid kõige madalam (0,3%) ja kõige kõrgem riiklik hinnang (12%) teineteistest märkimisväärselt <sup>(83)</sup>.

2007. aasta uuringu andmetel on enamikus 28 uuritud riigist ecstasy elu jooksul tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas 1–5%. Üksnes neli riiki teatasid kõrgematest levimustasemetest: Bulgaaria, Eesti, Slovakkia (kõik 6%) ja Läti (7%).

Ecstasy't peamise uimastina kasutavate ravialustajate arv 2007. aastal ei muutunud. Kahes kolmandikus riikides mainis ecstasy't vähem kui 1% patsientidest, muudes riikides kõigub nende osakaal 1% ja 5% vahel. Keskmiselt 24aastased ecstasy-tarbijad on üks noorimaid uimastiravi alustavaid rühmi, kes lisaks teatavad tihti teiste ainete, nt kanepi, kokaiini, alkoholi ja amfetamiinide samaaegsest tarbimisest <sup>(84)</sup>.

### LSD ja hallutsinogeensed seened

Elu jooksul LSD tarbimise määr ulatub täiskasvanute (15–64aastaste) hulgas ligikaudu nullist kuni 5,2%-ni. Noorte täiskasvanute (15–34aastaste) hulgas on elu jooksul tarbimise hinnangud pisut kõrgemad (0–6,6%), kuigi palju madalamast levimusest on teatatud viimase aasta tarbimises ning 15–24aastaste hulgas <sup>(85)</sup>. Samas ületab mõnes võrreldavaid andmeid esitanud riigis hallutsinogeensete seente tarbimine tihti LSD tarvitamise ja elu jooksul tarbimise hinnangud ulatuvad seal noorte

<sup>(81)</sup> Vt tabel TDI-37 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(82)</sup> Vt tabel TDI-5 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(83)</sup> Vt joonis GPS-9 (ii osa) ja tabelid GPS-17 ja GPS-18 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(84)</sup> Vt tabelid TDI-5 ja TDI-37 (i osa), (ii osa) ja (iii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(85)</sup> Vt tabeleid GPS-8 (i osa), GPS-9, GPS-11 ja GPS-17 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Tabel 6: ecstasy tarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte**

| Vanuserühm                          | Kasutamise ajavahemik                                                               |                                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | Elu jooksul                                                                         | Eelmise aasta jooksul                                                                                 |
| <b>15–64aastased</b>                |                                                                                     |                                                                                                       |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas | 10 miljonit                                                                         | 2,5 miljonit                                                                                          |
| Euroopa keskmine                    | 3,1%                                                                                | 0,8%                                                                                                  |
| Vahemik                             | 0,3–7,5%                                                                            | 0,1–3,5%                                                                                              |
| Madalaima levimusega riigid         | Rumeenia (0,3%)<br>Kreeka (0,4%)<br>Malta (0,7%)<br>Leedu (1,0%)                    | Rumeenia (0,1%)<br>Kreeka, Malta (0,2%)<br>Poola (0,3%)                                               |
| Kõrgeima levimusega riigid          | Ühendkuningriik (7,5%)<br>Tšehhi Vabariik (7,1%)<br>Iirimaa (5,4%)<br>Läti (4,7%)   | Tšehhi Vabariik (3,5%)<br>Eesti (1,7%)<br>Slovakkia (1,6%)<br>Ühendkuningriik, Läti (1,5%)            |
| <b>15–34aastased</b>                |                                                                                     |                                                                                                       |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas | 7,5 miljonit                                                                        | 2 miljonit                                                                                            |
| Euroopa keskmine                    | 5,6%                                                                                | 1,6%                                                                                                  |
| Vahemik                             | 0,6–14,6%                                                                           | 0,2–7,7%                                                                                              |
| Madalaima levimusega riigid         | Kreeka, Rumeenia (0,6%)<br>Malta (1,4%)<br>Leedu, Poola (2,1%)                      | Rumeenia (0,2%)<br>Kreeka (0,4%)<br>Poola (0,7%)<br>Itaalia, Leedu, Portugal (0,9%)                   |
| Kõrgeima levimusega riigid          | Tšehhi Vabariik (14,6%)<br>Ühendkuningriik (12,7%)<br>Iirimaa (9,0%)<br>Läti (8,5%) | Tšehhi Vabariik (7,7%)<br>Eesti (3,7%)<br>Ühendkuningriik (3,1%)<br>Läti, Slovakkia, Madalmaad (2,7%) |

Euroopa levimuse hinnangud põhinevad iga riigi viimase olemasoleva uuringuga saadud kaalutud keskmisel, kusjuures uuringuaasta jääb ajavahemikku 2001–2008 (peamiselt aastad 2004–2008), seetõttu ei ole võimalik neid ühe konkreetse aasta kohta esitada. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine ELi levimus kaudselt. Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased (334 miljonit) ja 15–34aastased (133 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval 2009. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.

täiskasvanute hulgas 0,3%-st kuni 8,3%-ni ning viimase aasta tarbimise hinnangud jäävad vahemikku 0,2–2,8%.

26-st andmeid esitanud riigist 10-s on hallutsinogeensete seente hinnanguline levimus 15–16aastaste kooliõpilaste seas kõrgem kui LSD ja muude hallutsinogeenide levimus. Enamik riike teatas, et hinnanguline hallutsinogeensete seente elu jooksul tarbimine jääb neil 1% ja 4% vahele, kuid Slovakkia (5%) ja Tšehhi Vabariik (7%) teatasid kõrgemast tasemest <sup>(86)</sup>.

### Amfetamiinide ja ecstasy tarbimise suundumused

Viimased andmed kinnitavad varasemaid teateid amfetamiini- ja ecstasy-tarbimise suundumuste stabiliseerumisest või isegi langusest Euroopas. Pärast 1990. aastate üldist tarbimise kasvu näitavad rahvastiku-uuringud nüüd mõlema narkootikumi populaarsuse üldist

### EMCDDA valikteema mitme uimasti kasutamise kohta

Paralleelselt 2009. aasta aruandega avaldab EMCDDA valikteema mitme uimasti kasutamise kohta. Dokumendis vaadatakse läbi selle väga levinud uimastitarbimisharjumuse kättesaadavad määratlused ja esitatakse andmeid, mis võimaldavad paremini mõista mitme uimasti kasutamise levimust ning iseloomulikke tunnuseid erinevates elanikkonnarühmades (kooliealised lapsed, täiskasvanud, probleemsed uimastikasutajad). Kirjeldatakse ka selle nähtuse ennetuseks, raviks ja kahjude vähendamiseks kasutatavaid sekkumisi. Aruanne sisaldab lühülevaadet mõnede kõige tavalisemate uimastisegudega seotud ohtudest ja arutelu mitme uimasti tarbimise seire korraldamise üle tulevikus.

Valikteema trüki- ja veebiversioon on kättesaadavad üksnes inglise keeles <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>.

<sup>(86)</sup> ESPADi andmed kõigi riikide v.a Hispaania kohta. Vt joonist EYE-2 (v osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

stabiliseerumist või isegi mõõdukat langust, kuigi selline pilt ei avane kõigis riikides.

Ühendkuningriigis on viimase aasta amfetamiinitarbimine noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) tunduvalt vähenenud, langedes 1988. aasta 6,2%-lt 1,8%-le 2008. aastal. Taanis kasvas amfetamiinitarbimine 0,5%-lt 1994. aastal 3,1%-le 2000. aastal, kusjuures 2008. aasta näitaja oli sama, mis 2000. aastal <sup>(87)</sup>. Teistes sama ajavahemiku kohta korduvuuringute andmeid esitanud riikides (Saksamaal, Kreekas, Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades, Slovakkias, Soomes) on suundumused enamasti stabiilsed (joonis 7). Viieaastase perioodi jooksul, mis hõlmas aastaid 2002–2007, teatasid viimase aasta amfetamiinitarbimise kohta 15–34aastaste vanuserühmas piisavalt andmeid esitanud 11 riigist neli riiki vähemalt 15%-lisest langusest esialgse väärtusega võrreldes, kolm stabiliseerumisest ja neli tarbimise suurenemisest.

Ecstasy-tarbimise pilt noorte täiskasvanute (15–34aastased) hulgas ei ole nii ühtne. Pärast tarbimise üldist kasvu mõnedes Euroopa riikides 1980. aastate lõpul ja 1990. aastate alguses, mille tulemuseks oli ecstasy-tarbimise taseme ühtlustumine Saksamaal, Hispaanias ja Ühendkuningriigis 1990. aastate keskel, on viimase aasta tarbimine langenud 1,6%-le, mis on Euroopa keskmine. Viimaseid uuringute andmeid teatanud riikidest on levimus jäänud muude riikidega võrreldes kõrgemaks Ühendkuningriigis <sup>(88)</sup>. Viieaastase ajavahemiku jooksul,

mis hõlmas aastaid 2002–2007, vähenes viimase aasta ecstasy-tarbimise levimus noorte täiskasvanute seas vähemalt 15% esialgsest väärtusest 11-st piisavaid andmeid esitanud riigist kolmes, jäi samaks neljas ja suurenes neljas.

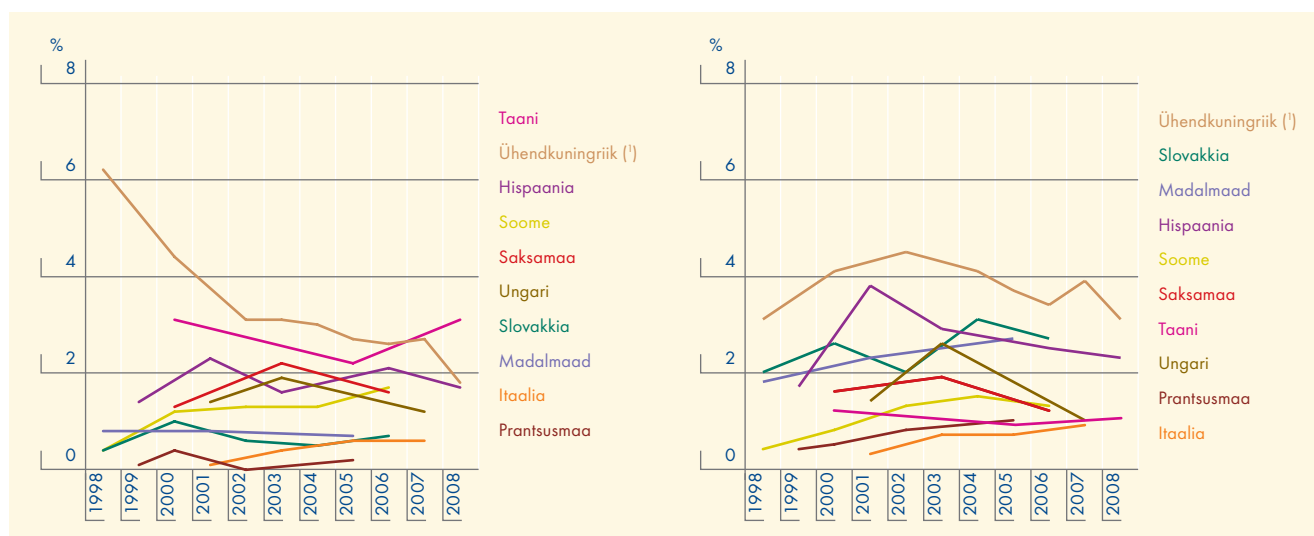
Teatud uimastitarbijate rühmade hulgas ja mõnes riigis võib kokaiini asendada amfetamiini ja ecstasy't. Seda hüpoteesi toetavad Ühendkuningriik ja teataval määral ka muud riigid (nt Taani, Hispaania), kus koostarbimine suurendab kokaiini ning vähendab amfetamiini kasutamist (EMCDDA, 2008b).

ESPAD ja muud 2007. aastal läbi viidud kooliüuringud näitavad, et üldiselt on 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas toimunud väikesed muutused amfetamiini ja ecstasy'ga eksperimenteerimise osas. Võttes arvesse vähemalt kahe protsendipunkti suuruseid erinevusi aastate 2003 ja 2007 vahel, võib öelda, et elu jooksul amfetamiini tarbimine suurenes 9 riigis. Sama meetodit kasutades võib väita, et ecstasy tarbimine on suurenenud seitsmes riigis. Amfetamiini levimuse vähenemist elu jooksul täheldati üksnes Eestis, samal ajal teatasid Tšehhi Vabariik, Portugal ja Horvaatia aga ecstasy tarbimise vähenemisest.

## Amfetamiinid ja ecstasy meelelahutusasutustes: tarbimine ja sekkumised

Uimastite ja alkoholi kasutamine on vahel seotud teatavate meelelahutusasutustega, mis on noorte inimeste

**Joonis 7:** suundumused viimase aasta jooksul amfetamiinide (vasakul) ja ecstasy (paremal) tarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas



<sup>(1)</sup> Inglismaa ja Wales.

NB! Üksnes nende riikide andmed, kes on ajavahemikus 1998–2008 esitanud vähemalt kolm uuringut. Täiendava teabe saamiseks vt jooniseid GPS-8 ja GPS-21 2009. aasta statistikabülletäänis.

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

<sup>(87)</sup> Taani 1994. aasta teabes viidatakse tugevatele uimastitele, milleks peeti peamiselt amfetamiini.

<sup>(88)</sup> Vt joonis GPS-21 2009. aasta statistikabülletäänis.

kogunemiskohad (nt tantsuõhtud, muusikafestivalid). Uuringud, mis käsitlevad uimastite tarbimist nendes asutustes, aitavad koguda teavet amfetamiini ja ecstasy ning muude uimastite, näiteks ketamiini ja GHB tarbijate käitumise kohta. Uimastite hinnanguline kasutamine nimetatud asutustes on tavaliselt kõrge, kuid seda käitumist ei saa üldistada laiemale elanikkonnale ning näib, et suur osa sellest toimub nädalalõppudel ja pühade ajal (EMCDDA, 2006b).

2007. aastal meelelahutusasutustes korraldatud uuringu andmed levimuse kohta hõlmavad viit riiki (Belgia, Tšehhi Vabariik, Läti, Leedu ja Austria). Hinnanguline levimus elu jooksul ulatus 15%-st kuni 71%-ni ecstasy tarbimisel ja 17%-st kuni 68%-ni amfetamiinide puhul. Nimetatud uuringutest neljas esitati andmeid ka hallutsinogeensete seente tarbimise hinnangulise levimuse kohta elu jooksul, mis ulatus 4%-st kuni 64%-ni. Kõnealustes asutustes tuleb ette ka ecstasy või amfetamiinide sagedast tarbimist, kuid üldiselt on nende tarbimistase palju madalam.

Ettekujutuse sellest, kuivõrd suures ulatuses võib nimetatud uimastite tarbimine olla keskendunud klubides käivate noorte rühmadele, annab Briti kuritegevuse uuring aastate 2007 ja 2008 kohta. 16–24-aastaste vanuserühmas oli ecstasy viimase aasta jooksul tarbimise tõenäosus nende noorte hulgas, kes teatasid, et on külastanud viimase kuu jooksul ööklubi neli korda või rohkem (8%), enam kui kolmekordne võrreldes nende noortega, kes ööklubis ei käinud (2,3%) (Hoare ja Flatley, 2008).

Ööklubisid külastavate ning uimasteid tarbivate inimeste tervis ja ohutus on rahvatervise üha suurenev probleem. Selles valdkonnas on muutunud oluliseks abivahendiks sellised juhised nagu Ühendkuningriigis koostatud tantsuürituste ohutu külastamise juhised. Kuigi praeguseks on 12 riiki teatanud juhiste väljatöötamisest ööklubide jaoks, on vaid Madalmaad, Sloveenia, Rootsi ja Ühendkuningriik esitanud andmeid selleteemaliste juhiste seire ja jõustamise kohta.

Ohutu klubikülastuse juhiste abil püütakse vähendada uimastitega seotud probleemide tekkimise võimalusi ning need käsitlevad tasuta külma vee kättesaadavust, kiiret esmaabi osutamist ning ennetustööd sihtrühma hulgas. Riiklikud eksperdid on koostanud aruandeid nende meetmete rakendamise kohta ööklubides, millel on sekkumiste rakendamiseks piisava suurusega sihtrühmad. Üldiselt näitavad need andmed, et Euroopa ööklubides on terviseriske ja uimastitarbimist ennetada või vähendada aitavate lihtsate meetmete kättesaadavus piiratud. On teatatud, et sihtrühmadele suunatud ennetustööd tehakse enamikus suuremates ööklubides üksnes Leedus ja Sloveenias ning 18 riigis tehakse seda vähem kui pooltes

ööklubides. Kuues riigis ei tehta seda üldse. Viis riiki on teatanud esmaabi kohesest kättesaadavusest enamikus suuremates ööklubides (Luksemburg, Portugal, Sloveenia, Ühendkuningriik, Norra); 15 riigis on esmaabi koheselt kättesaadav üksikutes olulistest ööklubidest ning täiesti kättesaamatu Kreekas ja Rootsis. Tasuta külm vesi on saadaval enamikus suuremates ööklubides 11 riigis ja üheksas riigis on see kättesaadav väikses osas suurematest ööklubidest. See abivahend ei ole saadaval Kreekas, Küprosel ja Rumeenias.

## Ravi

Amfetamiinide tarbijad saavad tavaliselt ravi ambulatoorsetes uimastiravikeskustes, mis neis riikides, kus ajalooliselt on tugevad amfetamiinitarbimise harjumused, võivad olla spetsialiseerunud seda liiki uimastiprobleemide ravile. Kõige probleemsematele amfetamiinitarbijatele pakutakse ravivõimalusi statsionaarsetes uimastiravikeskustes, psühhiaatriakliinikutes või haiglates.

Spetsiaalsetest raviprogrammidest probleemsete amfetamiinitarbijate jaoks on teatanud üheksa riiki (Saksamaa, Eesti, Hispaania, Itaalia, Austria, Portugal, Sloveenia, Slovakkia, Ühendkuningriik). Nimetatud programmide kättesaadavus on riigiti erinev. Neist riikidest üksnes kolm (Portugal, Sloveenia, Ühendkuningriik) teatasid, et spetsiaalsed programmid on kättesaadavad enamikule aktiivselt ravi taotlevatest amfetamiinitarbijatest. Ülejäänud kuues riigis on riiklike ekspertide hinnangul spetsiaalne amfetamiiniravi kättesaadav vähem kui pooltele selle taotlejatest. Uimastitarbijatele suunatud spetsiaalsete raviprogrammide sisu ei ole sageli hästi dokumenteeritud.

Psühhostimulantide (nagu amfetamiinide ja kokaiini) sõltuvuse ravis puuduvad üldiselt kindlatel tõenditel rajanevad meetodid. On teatatud paljulubavatest tulemustest seoses farmakoloogiliste toimeainete uuringutega, mis aitavad tarbimisest loobuda ja amfetamiinidega seotud sõltuvusnähtusid leevendada, millest ongi tänaseni puudust tuntud. Soome on teatanud metüülfenidaadi ja aripiprasooli kasutamise uuringu esialgsetest positiivsetest tulemustest, mille kohaselt oli metüülfenidaati saanud katsealustel vähem amfetamiin-positiivseid uriiniproove kui neil, kes said aripiprasooli või platseebot (Tiisonen ja teised, 2007). Ja hiljutine kirjanduse ülevaade näitas, et positiivseid tulemusi on saadud nii metüülfenidaadi kui ka deksamfetamiini kasutamisel metamfetamiinisõltuvuse ravis (Elkashef ja teised, 2008).

Deksamfetamiini on juba kaua aega kasutatud väga probleemsete amfetamiinitarbijate raviks Inglismaal ja Walesis, kus seda võib välja kirjutada iga arst. Kuid teave Ühendkuningriigi sellealase praktika kohta on piiratud. Kümne aasta taguses farmaatsiasutuste uuringus märgiti, et hinnanguliselt saab seda ravi 900 kuni 1000 patsienti (Strang ja Sheridan, 1997). Enamiku retseptidest olid välja kirjutatud kliinikutes või haiglates töötavad arstid ning peaaegu kõik retsepte väljastanud arstid töötasid riiklikus tervishoiusüsteemis. 2000. aastal riikliku tervishoiuteenistuse 265 spetsiaalses raviasutuses läbi viidud uuring näitas, et deksamfetamiini kirjutas välja ligikaudu üks kolmandik uuritud asutustest (Rosenberg ja teised, 2002). Siiski soovitatakse Ühendkuningriigi uimastisõltuvuse kliinilise haldamise suunistes deksamfetamiini asendusravimina mitte välja kirjutada, sest selle tõhusus ei ole tõestatud (NTA, 2007).

Siiani ei ole ühegi psühhosotsiaalse sekkumise puhul suudetud kindlalt tõestada, et see aitab tõhusalt psühhostimulantide tarbimisest loobuda. Kirjanduse põhjal on stimulantide tarbijate ravis kõige paremini oma tõhusust tõestanud sellised kognitiiv-käitumuslikud lähenemised nagu taasalustamise ennetamine. Muud tüüpi sekkumiste tõhususe kohta ei ole esitatud piisavalt tõendeid. Kirjanduse andmetel tuntakse eelkõige puudust hästi läbiviidud uuringutest peamiselt amfetamiini kasutavate

uimastitarbijate, eriti aga neile osutatud ravi tulemuste kohta (Baker ja teised, 2004). Lisaks järeldati hiljutises Cochrane'i psühhostimulantide sõltuvuse psühhosotsiaalsete sekkumiste ülevaates, et sidusaid positiivseid käitumuslikke tulemusi (ravil püsimine, uimastitarbimise vähendamine) on täheldatud üksnes nende sekkumiste puhul, kus ühe meetodina kasutati edusammude tunnustamist. Euroopas kasutatakse seda lähenemist siiski harva, kuigi mõned selleteemalised katseprojektid on läbi viidud (vt 5. peatükk).

Vaja on täiendavaid teadusuuringuid amfetamiiniprobleemidega uimastitarbijate, eriti süstijate, psühhosotsiaalse ja farmakoloogilise ravi kohta. Praegused raviviisid ja ravi katvus Euroopas vajavad paremat dokumenteerimist ning siin on võimalik palju ära teha parima tava levitamisega. Sihtrühmadele suunatud programmide puudumine võib olla põhjuseks, miks amfetamiini ja metamfetamiini tarbijad ravi ei taotle, eriti tarbimise varasematel astmetel. Lisaks aitaks selliste programmide kättesaadavus saada ravile suurema arvu uimastitarbijaid – seda täheldati Saksamaal ja Prantsusmaal, kui seal laiendati probleemsete kanepitarbijate sihtrühmale suunatud raviprogrammide kättesaadavust. Need meetmed võivad olla eriti kasulikud riikides, kus hiljuti on hakanud kasvama probleemsete amfetamiini- ja metamfetamiinitarbijate arv (Talu ja teised, 2009).



## 5. peatükk

### Kokaiin ja crack-kokaiin

#### Sissejuhatus

Viimase kümnendi jooksul on Euroopa Liidus täheldatud kokaiinitarbimise ja kokaiini konfiskeerimiste arvu üldist kasvu, kuigi see tendents on enamasti ilmnunud läänepoolsetes liikmesriikides ning riikide vahel on suuri erinevusi. Kättesaadavad andmed näitavad ka suuri erinevusi kokaiinitarbijate vahel niihästi kasutamisharjumuste kui ka sotsiaaldemograafiliste näitajate osas. Kõige suurema rühma moodustavad ainega ühel või mõnel üksikul korral eksperimenteerijad. Teise rühma moodustavad ühiskonda integreeritud regulaarsed tarbijad, kelle hulka mõnes riigis kuulub suhteliselt palju noori inimesi. Mõned neist intensiivistavad oma kokaiinitarbimist või kasutavad ainet pika ajavahemiku vältel, mis võib põhjustada kroonilisi tervise- ja sotsiaalseid probleeme ning tekitada ravivajaduse. Kolmandasse tarbijate rühma kuuluvad sotsiaalselt tõrjutud rühmade esindajad, sealhulgas aktiivsed ja endised opioidide kasutajad. Enamikul neist on tugevad kokaiinitarbimise harjumused ja on võimalik, et nad kasutavad crack'i või süstivad uimastit, mis võib nende tervise- ja sotsiaalsed probleeme raskendada või need püsivaks muuta, samuti võib see keerukamaks muuta nende opioidide tarvitamise

vastase ravi. Erinevuste tõttu kokaiini kasutajate profiilides on kokaiinitarbimise levimuse ning tervise- ja sotsiaalsete tagajärgede hindamine, samuti vajalike vastumeetmete rakendamine erakordselt keeruline.

#### Pakkumine ja kättesaadavus

##### Tootmine ja kaubitsemine

Kokaiini saadakse kokapõõsast, mille kasvatamine on jätkuvalt koondunud üksikutesse Andide piirkonna riikidesse<sup>(89)</sup>. UNODCi (2009) hinnangus 2008. aasta kohta märgitakse, et kokapõõsaste kasvatamine annab potentsiaalseks kogutoodanguks 845 tonni puhast kokaiini hüdrokloriidi, kusjuures Colombia arvele langeb sellest 51%, Peruu arvele 36% ja Boliivia arvele 13%. Hinnanguliselt on ülemaailmne kokaiinitootmine 2008. aastal vähenenud 15% võrra, seda peamiselt kokaiinitootmise vähenemise tõttu Colombias – 600 tonnilt 2007. aastal 430 tonnile 2008. aastal. Kokaiinitootmine Peruus ja Boliivias seevastu kasvab vähehaaval.

Suurem osa kokalehtede kokaiini hüdrokloriidiks muutmise protsessist toimub endiselt Colombias, Peruus ja Boliivias,

**Tabel 7: kokaiini ja crack-kokaiini tootmine, konfiskeerimised, hind ja puhtus**

|                                                                             | Kokaiin            | Crack <sup>(1)</sup>   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)                                 | 845                | Andmed ei ole saadaval |
| Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)                              | 710 <sup>(2)</sup> | 0,8                    |
| ELis ja Norras konfiskeeritud kogus (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)       | 76,4<br>(76,7)     | 0,08<br>(0,08)         |
| Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)       | 91 400<br>(92 000) | 9 500<br>(9 500)       |
| Keskmine jaehind (eurot gramm)<br>Vahemik<br>(Kvartiilhaare) <sup>(3)</sup> | 44–88<br>(58–67)   | 20–112                 |
| Keskmise puhtuse vahemik (%)                                                | 22–57              | 35–98                  |

<sup>(1)</sup> Kuna teavet on esitanud vaid vähesed riigid, tuleb andmetesse suhtuda ettevaatusega.

<sup>(2)</sup> UNODCi hinnangul on see arv võrdne 412 tonni puhta kokaiiniga.

<sup>(3)</sup> Teatatud keskmiste hindade keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2007. aasta kohta, v.a ülemaailmse toodangu näitajad, mis käivad 2008. aasta kohta.

Allikad: UNODCi maailma uimastiaruanne (2009) ülemaailmsete väärtuste kohta, Reitoxi riikide teabekeskused Euroopa andmete kohta.

<sup>(89)</sup> Vt teavet uimastite pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta lk 39.

kuigi seda võidakse teha ka muudes Lõuna-Ameerika riikides. Colombia olulisust kokaiini tootmise protsessis toetab teave likvideeritud laboratooriumide ja kaaliumpermanganaadi (kokaiini vesinikkloriidi sünteesimisel kasutatava reagendi) konfiskeerimiste kohta. 2007. aastal likvideeriti Colombias 2471 kokaiinilaboratooriumi (78% kogu maailmas likvideeritud laboratooriumidest) ja konfiskeeriti kokku 144 tonni kaaliumpermanganaati (94% ülemaailmsetest konfiskeerimistest).

Kättesaadav teave kinnitab, et kokaiini Euroopasse toomiseks kasutatakse erinevaid marsruute (EMCDDA, 2008d). Kokaiinisaadetisi veetakse Euroopasse läbi selliste Lõuna- ja Kesk-Ameerika riikide nagu Argentina, Brasiilia, Ecuador, Mehhiko ja Venetsueela. Kariibi mere piirkonna riike kasutatakse samuti sageli uimasti ümberlaadimiseks selle Euroopasse saatmisel. Neil marsruutidel veetakse kokaiini salakaubana kommertsilendudel või mereteed mööda. Viimastel aastatel on tuvastatud alternatiivne marsruut läbi Lääne-Aafrika. Sealt toimetatakse kokaiin Euroopasse sageli kala- ja purjelaevades, kuid on ka andmeid uimastiveo kohta läbi Põhja-Aafrika, kasutades selleks õhu- või maismaatransporti (Europol, 2007).

Viimastel aastatel on nimetatud ka muid transiitmaid. Nende hulka kuuluvad Lõuna Aafrika Vabariik, Venemaa, kuid ka Kesk- ja Ida-Euroopa riigid, kus kokaiini konfiskeerimiste arv suurenes hinnanguliselt 412 juhtumilt 2002. aastal 1065 juhtumini 2007. aastal. Belgia, Hispaania, Itaalia, Prantsusmaa, Madalmaad, Portugali ja Ühendkuningriiki on mainitud oluliste transiitriikidena Euroopa piires toimuvatel kokaiinivedudel.

### Konfiskeerimised

Kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel maailmas kõige enam kaubitsetud narkootikum. 2007. aastal jäid maailmas konfiskeeritud kokaiinikogused stabiilseks, püsid 710 tonni piires. Lõuna-Ameerikas konfiskeeriti jätkuvalt kõige suurem kokaiinikogus, mis moodustas 45% kogu maailmas konfiskeeritud kogusest, järgnesid Põhja-Ameerika 28%-ga ning Lääne- ja Kesk-Euroopa 11%-ga (UNODC, 2009).

Viimase 20 aasta jooksul on kokaiini konfiskeerimiste arv Euroopas kasvanud, eriti märgatavalt alates 2003. aastast. 2007. aastal suurenes kokaiini konfiskeerimiste arv 92 000 juhtumini, kuigi kätte saadud kokaiini koguhulk langes 77 tonnile, võrreldes 2006. aasta 121 tonniga. Konfiskeeritud kokaiini üldkoguse vähenemine on suures osas tingitud Portugalis, vähemal määral ka Hispaanias ja Prantsusmaal 2007. aastal konfiskeeritud koguste

vähenedes eelmiste aastatega võrreldes <sup>(90)</sup>. Hispaania teatas ka 2007. aastal niihästi kõige suuremast konfiskeeritud kokaiinikogusest kui ka kõige suuremast konfiskeerimiste arvust Euroopas (peaaegu pool kõikidest konfiskeerimistest).

### Puhtus ja hind

2007. aastal oli kokaiini keskmine puhtus Euroopas 22–57% <sup>(91)</sup>. Enamik riike, välja arvatud Hispaania ja Portugal, kes esitasid piisavalt andmeid suundumuste analüüsimiseks ajalisel plaanis, teatasid kokaiini puhtuse vähenemisest aastatel 2002–2007.

### Seadused, mille eesmärk on võidelda uimastite salakaubaveo vastu merel

Uimastite merd mööda salakaubana vedamise vastu on aidanud edukalt võidelda riikidevaheline koostöö, mida hõlbustavad kaks rahvusvahelist konventsiooni.

Rahvusvahelise mereõiguse konventsiooni (1982) artikli 108 kohaselt võib iga riik, kes kahtlustab, et tema lipu all sõitev laev <sup>(1)</sup> tegeleb uimastite salakaubaveoga, paluda abi teistelt riikidelt sellise kaubitsemise lõpetamiseks. Täiendavat koostööd kirjeldatakse 1988. aasta ÜRO salakaubanduse vastu võitlemise konventsiooni artiklis 17. Selle konventsiooniga nähakse ette mehhanism, mis võimaldab igal riigil, kellel on piisavalt alust kahtlustada, et teises riigis registrisse kantud laev tegeleb uimastite salakaubaveoga, taotleda laeva lipuriigilt luba laeva pardale minna, otsida ja konfiskeerida sealt mis tahes narkootikume ning seejärel õigusrikkujad kohtulikule vastutusele võtta. Neid toiminguid võib ellu viia igal pool väljaspool territoriaalvett. Selleks, et sellistele taotlustele nii kiiresti kui võimalik reageerida, on määratud pädevad riiklikud asutused, kes tegutsevad pidevalt valves olevate kontaktpunktidenä. Taotluse võib kas rahuldada, teatavatel tingimustel rahuldada või tagasi lükata. Uimastite leviku tõkestamiseks võib kasutada üksnes sõjalaevu või sõjaväe lennukeid või siis ka muid laevu või lennukeid, kui nende tegutsemine valitsuse ülesandel on selgelt identifitseeritav ja neil on olemas asjakohane luba.

Konkreetselt läheb laeva pardale ja võtab seal meetmeid taotluse esitanud riigi õiguskaitsetöötajate rühm, mida nimetatakse õiguskaitse erirühmaks. Kui tegevust koostööstavate sellised valitsustevahelised asutused nagu MAOC-N (mereanalüüsi- ja operatsioonide keskus – Narkootikumid), kasutab õiguskaitse erirühm vahel liiklusvahendina teise riigi sõjalaeva. Sellisel juhul ja et täita identifitseerimisnõuet, sõidavad operatsiooni käigus kasutatavad helikopterid ja väikelaevad pigem ajutiselt õiguskaitse erirühma riigi lipu all kui selle sõjalaeva lipu all.

<sup>(1)</sup> Laeva ja tema meeskonda peetakse selle riigi jurisdiktsiooni all olevaks, kus veesõiduk on registreeritud (lipuriik).

<sup>(90)</sup> Vt tabelleid SZR-9 ja SZR-10 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(91)</sup> Puhtuse ja hinna andmeid vt tabelitest PPP-3 ja PPP-7 2009. aasta statistikabülletäänis.

## Euroopa kokaiinihindade languse mõistmine

Alates 2000. aastast on inflatsiooniga kohanduvad kokaiinihinnad Euroopas langenud, samal ajal on aga nõudlus selle aine järele kasvanud, mida tõestab kokaiinitarbimise levimus kogu elanikkonna ja probleemsete uimastitarbijate hulgas. Sellist tulemust, mis ei tundu olevat mõistuspärane, saab selgitada erinevate asjaoludega. Kindlasti on üheks võtmeteguriks kokaiini pakkumise suurenemine Euroopas, mida kajastab konfiskeerimiste mahtude suurenemine. See, et Lõuna-Ameerika kokaiinikaubitsejad otsivad alternatiivi USA turule, võib olla tõuketegur, mis sunnib neid üha rohkem Euroopa turule keskenduma. Täiendavaks teguriks võib olla kokaiiniinõudluse kasv Euroopas. Euroopa kokaiinitarbimise mahu suurenemine koos Euroopa valutade suhtelise tugevusega, võrreldes USA dollariga võib kompenseerida hinnalangust ja võimalik, et ka väiksemaid kasumimarginaale.

Kuid kokaiinihinda võivad mõjutada ka muud tegurid. Tehnoloogia areng ja selliste uute salakaubateede kasutamine, nagu Lääne-Aafrika marsruut, kus uimastikontroll on nõrk ning saab kasutada madalapalgalisi kaubitsejaid, peaksid olema langetanud transpordikuluseid ja vähendanud kaubitsemisega seotud riske. Konkurentsi suurenemine kokaiiniturul (Desroches, 2007) võib samuti mõjutada uimasti hinda Euroopas.

Andmete puudumine selle valdkonna kohta muudab analüüsi spekulatiivseks ja rõhutab Euroopa uimastiturgu mõjutavate tegurite parema tundmaõppimise vajadust. EMCDDA on võtnud endale kohustuse jätkata selles valdkonnas koostööd ja teadusuuringuid.

2007. aastal jäi kokaiini keskmine jaehind vahemikku 44–88 eurot grammi kohta 19 andmed esitanud riigis, kusjuures ligikaudu pooled neist riikidest teatasid keskmiseks hinnavaheks 58–67 eurot ühe grammi kohta. Aastatel 2002–2007 muutus tänaaval müüdav kokaiin odavamaks kõikides võrdluse tegemiseks piisavalt andmeid esitanud riikides.

## Tarbimise levimus ja harjumused

### Kokaiinitarbimine üldise elanikkonna hulgas

Üldiselt on kokaiin endiselt kanepi järel teine kõige enam tarbitav ebaseaduslik narkootikum Euroopas, kuigi tarbimine on riigiti üsna erinev. Hinnanguliselt on vähemalt korra elus kokaiini tarbinud ligikaudu 13 miljonit eurooplast ehk keskmiselt 3,9% täiskasvanutest vanuses 15–64 aastat (vt andmete kokkuvõtet tabelist 8). 23-st riigist (sealhulgas Kesk- ja Ida-Euroopa riigid), kes teatasid madalast levimusest elu jooksul kõikide täiskasvanute

hulgas (0,5–2%), varieeruvad 12 riigi arvnäitajad vahemikus 0,1–8,3%.

Hinnanguliselt on viimase aasta jooksul kokaiini tarbinud ligikaudu neli miljonit eurooplast (keskmiselt 1,2%), kuigi riikidevahelised erinevused on ka siin märkimisväärsed. Seda näitavad hiljutiste riiklike uuringute tulemused, mille kohaselt viimase aasta hinnanguline levimus jääb vahemikku 0–3,1%, kuigi 24-st riigist 18-s ei olnud tarbimistasemed kõrgemad kui 1%. Levimushinnangu kohaselt on Euroopas viimasel kuul kokaiini tarvitanud 0,4% täiskasvanud elanikkonnast ehk ligikaudu 1,5 miljonit inimest. Nimetatud hinnanguid võib pidada pigem tagasihoidlikeks.

Üldiselt näib kokaiinitarbimine olevat koondunud üksikutesse riikidesse, eriti Taani, Hispaaniasse, Itaaliasse, Lirimaa ja Ühendkuningriiki, samas kui selle tarbimine teistes Euroopa riikides jääb suhteliselt madalaks. Riikides, kus keelatud stimulantide turul domineerivad amfetamiinid, on hinnanguline kokaiinitarbimine peaaegu alati madal. Neist riikidest, kus kokaiin on peamine ebaseaduslik stimulant, teatatakse aga madalatest amfetamiinitarbimise tasemetest.

Intensiivne kasutamisharjumus näib välja kujunevat vaid väikesel osal kokaiini elu jooksul tarbinud inimestest. Üldise rahvastiku-uuringu andmed osutavad kõrgele kokaiinitarbimise katkestamise määrale. Riikides, kus elu jooksul tarbimise levimus on üle 2%, ei ole enamik kokaiini tarbinud täiskasvanuist (80–95%) seda viimase kuu jooksul teinud <sup>(92)</sup>.

### Kokaiinitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Euroopas on hinnanguliselt 7,5 miljonit ehk keskmiselt 5,6% noortest täiskasvanutest (15–34aastastest) vähemalt korra elus kokaiini proovinud. Riiklikud näitajad jäävad vahemikku 0,1–12,0%. Selles vanuserühmas on Euroopa keskmine tarbimine viimase aasta jooksul hinnanguliselt 2,2% (3 miljonit) ja viimase kuu jooksul 0,8% (1 miljon).

Eriti kõrge on tarbimine noorte (15–34aastaste) meeste hulgas, kelle kokaiinitarbimise levimus viimase aasta jooksul jäi Taanis, Hispaanias, Lirimaa, Itaalias ja Ühendkuningriigis vahemikku 4,2–7,7% <sup>(93)</sup>. Enamikus riikides oli meeste ja naiste suhe kokaiinitarbimise viimase aasta levimuses noorte täiskasvanute seas vähemalt 2:1.

15–24aastaste vanuserühmas oli viimase aasta kokaiinitarbimise levimus hinnanguliselt 2,2%, mis teeb 1,5 miljonit tarbijat Euroopas. Erinevalt kanepi või ecstasy hinnangulisest levimusest, mis on kõrgeim 15–24aastaste vanuserühmas, on 15–34aastaste ja 15–24aastaste

<sup>(92)</sup> Vt joonis GPS-16 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(93)</sup> Vt joonis GPS-13 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Tabel 8: kokaiinitarbimise levimus kogu elanikkonna hulgas – andmete kokkuvõte**

| Vanuserühm                          | Kasutamise ajavahemik                                                          |                                                                                       |                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | Elu jooksul                                                                    | Eelmise aasta jooksul                                                                 | Eelmise kuu jooksul                                                                        |
| <b>15–64aastased</b>                |                                                                                |                                                                                       |                                                                                            |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas | 13 miljonit                                                                    | 4 miljonit                                                                            | 1,5 miljonit                                                                               |
| Euroopa keskmine                    | 3,9%                                                                           | 1,2%                                                                                  | 0,4%                                                                                       |
| Vahemik                             | 0,1–8,3%                                                                       | 0,0–3,1%                                                                              | 0,0–1,1%                                                                                   |
| Madalaima levimusega riigid         | Rumeenia (0,1%)<br>Leedu, Malta (0,4%)<br>Kreeka (0,7%)                        | Rumeenia (0,0%)<br>Kreeka (0,1%)<br>Tšehhi Vabariik, Ungari,<br>Poola (0,2%)          | Tšehhi Vabariik, Kreeka, Eesti,<br>Rumeenia (0,0%)<br>Malta, Leedu, Poola,<br>Soome (0,1%) |
| Kõrgeima levimusega riigid          | Hispaania (8,3%)<br>Ühendkuningriik (7,6%)<br>Itaalia (6,8%)<br>Iirimaa (5,3%) | Hispaania (3,1%)<br>Ühendkuningriik (2,3%)<br>Itaalia (2,2%)<br>Iirimaa (1,7%)        | Hispaania (1,1%)<br>Ühendkuningriik (1,0%)<br>Itaalia (0,8%)<br>Iirimaa (0,5%)             |
| <b>15–34aastased</b>                |                                                                                |                                                                                       |                                                                                            |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas | 7,5 miljonit                                                                   | 3 miljonit                                                                            | 1 miljon                                                                                   |
| Euroopa keskmine                    | 5,6%                                                                           | 2,2%                                                                                  | 0,8%                                                                                       |
| Vahemik                             | 0,1–12,0%                                                                      | 0,1–5,5%                                                                              | 0,0–2,1%                                                                                   |
| Madalaima levimusega riigid         | Rumeenia (0,1%)<br>Leedu (0,7%)<br>Malta (0,9%)<br>Kreeka (1,0%)               | Rumeenia (0,1%)<br>Kreeka (0,2%)<br>Poola (0,3%)<br>Ungari, Tšehhi Vabariik (0,4%)    | Eesti, Rumeenia (0,0%)<br>Tšehhi Vabariik, Kreeka,<br>Poola (0,1%)                         |
| Kõrgeima levimusega riigid          | Ühendkuningriik (12,0%)<br>Hispaania (11,8%)<br>Taani (9,5%)<br>Iirimaa (8,2%) | Hispaania (5,5%)<br>Ühendkuningriik (4,5%)<br>Taani (3,4%)<br>Iirimaa, Itaalia (3,1%) | Ühendkuningriik (2,1%)<br>Hispaania (1,9%)<br>Itaalia (1,2%)<br>Iirimaa (1,0%)             |
| <b>15–24aastased</b>                |                                                                                |                                                                                       |                                                                                            |
| Hinnanguline tarbijate arv Euroopas | 3 miljonit                                                                     | 1,5 miljonit                                                                          | 0,6 miljonit                                                                               |
| Euroopa keskmine                    | 4,4%                                                                           | 2,2%                                                                                  | 0,9%                                                                                       |
| Vahemik                             | 0,1–9,9%                                                                       | 0,1–5,6%                                                                              | 0,0–2,5%                                                                                   |
| Madalaima levimusega riigid         | Rumeenia (0,1%)<br>Kreeka (0,6%)<br>Leedu (0,7%)<br>Malta, Poola (1,1%)        | Rumeenia (0,1%)<br>Kreeka (0,2%)<br>Poola (0,3%)<br>Tšehhi Vabariik (0,4%)            | Eesti, Rumeenia (0,0%)<br>Kreeka (0,1%)<br>Tšehhi Vabariik, Poola,<br>Portugal (0,2%)      |
| Kõrgeima levimusega riigid          | Ühendkuningriik (9,9%)<br>Hispaania (9,3%)<br>Taani (9,2%)<br>Iirimaa (7,0%)   | Taani (5,6%)<br>Hispaania (5,4%)<br>Ühendkuningriik (5,0%)<br>Iirimaa (3,8%)          | Ühendkuningriik (2,5%)<br>Hispaania (1,7%)<br>Itaalia (1,2%)<br>Iirimaa (1,1%)             |

Euroopa levimuse hinnangud põhinevad iga riigi viimase olemasoleva uuringuga saadud kaalutud keskmisel, kusjuures uuringuaasta jääb ajavahemikku 2001–2008 (peamiselt aastad 2004–2008), seetõttu ei ole neid võimalik esitada ühe konkreetse aasta kohta. Euroopa keskmine levimus arvutati kaalutud keskmisega vastavalt iga riigi antud vanuserühma suurusele. Riikides, mille kohta teavet ei olnud, arvutati keskmine Eli levimus kaudselt. Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased (334 miljonit), 15–34aastased (133 miljonit) ja 15–24aastased (63 miljonit). Siin kokkuvõetud andmed on saadaval 2009. aasta statistikabülletääni osas „Üldine rahvastiku-uuring“.

viimased kokaiinitarbimise näitajad (viimase aasta ja viimase kuu omad) üsnagi sarnased <sup>(94)</sup>.

Kokaiini seostatakse ka alkoholitarbimisega ja teatavate elustiilidega. Nii näitas Briti kuritegevuse uuringu aastate 2007 ja 2008 andmete analüüs, et viimase kuu jooksul üheksa või rohkem korda publi küllastanud 16–24aastastest noortest oli viimase aasta jooksul

kokaiini tarvitanud 13,5% ning noortest, kes publi ei küllastanud, oli seda teinud 1,7%. Ööklubide küllastamine oli samuti seotud suurenenud kokaiinitarbimisega, sest neist 16–24aastastest noortest, kes olid viimase kuu jooksul küllastanud mõnda klubi neli korda või rohkem, oli viimase aasta jooksul kokaiini tarvitanud ligikaudu 10% ning nendest noortest, kes klubi ei küllastanud, oli seda

<sup>(94)</sup> Vt joonis GPS-15 ja tabelitest GPS-14, GPS-15 ja GSP-16 kõikide aastate andmed; tabelitest GPS-17, GPS-18 ja GPS-19 2009. aasta statistikabülletääni viimased andmed.

teinud 3,3%. Uuringu andmetel olid crack'i tarbimise tasemed madalad (isegi kokaiinitarbijate seas), mis langeb kokku teiste uuringute tulemustega, mis viitasid erinevustele nende kahe aine tarvitajate profiilides (Hoare ja Flatley, 2008). Meelelahutusasutustes läbi viidud uuringud näitasid samuti elanikkonna keskmisi tasemeid ületavat kokaiinitarbimise levimuse taset (EMCDDA, 2007a). Hiljuti Tšehhi Vabariigis elektroonilise muusika sõprade hulgas läbi viidud Interneti-uuringu andmetel oli 30,9% vastanutest kokaiini tarvitnud.

2008. aastal 27 ELi liikmesriigis läbi viidud Eurobaromeetri uuring näitas, et 15–25aastastest peab 85% kokaiinitarbimist suureks terviseriskiks. Nende osakaal, kes peavad muude ainete kasutamist sama ohtlikuks, on palju madalam: kanepit peab ohtlikuks 40%, tubakat 28% ja alkoholi 24% vastanutest. Üksnes heroini tarvitamist pidas ohtlikuks veel suurem osa vastanutest. Riikidevahelised erinevused ei ole suured ja 95%

vastanutest arvas, et kokaiin peaks ka edaspidi jääma keelatud aineks (Euroopa Komisjon, 2008b).

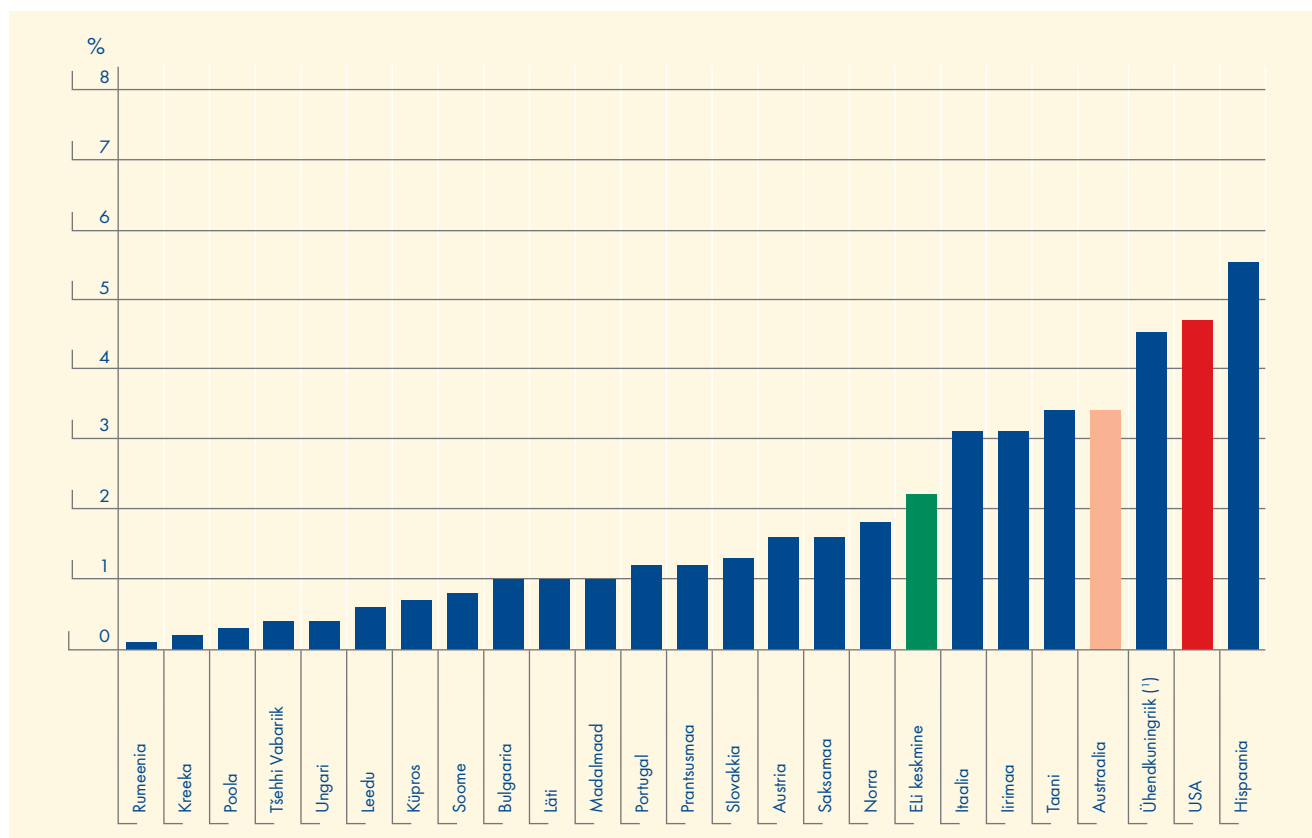
### Kokaiinitarbimine kooliõpilaste hulgas

Kooliõpilaste kokaiinitarbimise levimuse hinnangud on palju madalamad kanepitarbimise omadest. ESPADi uuringu andmetel on andmeid esitanud 28 riigist pooltes elu jooksul kokaiini tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 1–2%. Enamikus ülejäänud riikidest on levimus 3–4%, kuid Prantsusmaal, Itaalias ja Ühendkuningriigis 5%. ESPADi uuringu andmetel on meeste elu jooksul kokaiini tarbimise määr naiste omast kõrgem ning selle kõige kõrgematest tasemetest on teatanud Prantsusmaa ja Itaalia <sup>(95)</sup>.

### Rahvusvahelised võrdlused

Üldiselt on elu jooksul tarbimise määr Euroopa Liidu noorte hulgas madalam kui nende Austraalia ja USA eakaaslaste

**Joonis 8:** viimase aasta kokaiinitarbimise levimus noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas Euroopas, Austraalias ja USA-s



(1) Inglismaa ja Wales.

NB! Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Euroopa keskmine levimusemäär arvutati välja kaalutud keskmisena vastavalt iga riigi 15–34aastaste vanuserühma suurusele (2006, Eurostati andmed). USA ja Austraalia andmed 15–34aastaste vanuserühma kohta on ümber arvutatud esialgse uuringu andmete põhjal. Täiendava teabe saamiseks vt joonist GPS-20 2009. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

SAMHSA (USA), rakendusuuringu amet (Office of Applied Studies) (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007.

Austraalia Tervishoiu- ja Hoolekandainstituut (Australian Institute of Health and Welfare) 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

(95) Vt tabel EYE-12 2009. aasta statistikabülletäänis.

seas. Siiski on kaks riiki, Hispaania ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales), teatanud Austraaliat ületavatest näitajatest ning üksnes Hispaania on teatanud näitajatest, mis on kõrgemad kui USAs.

### Kokaiinitarbimise suundumused

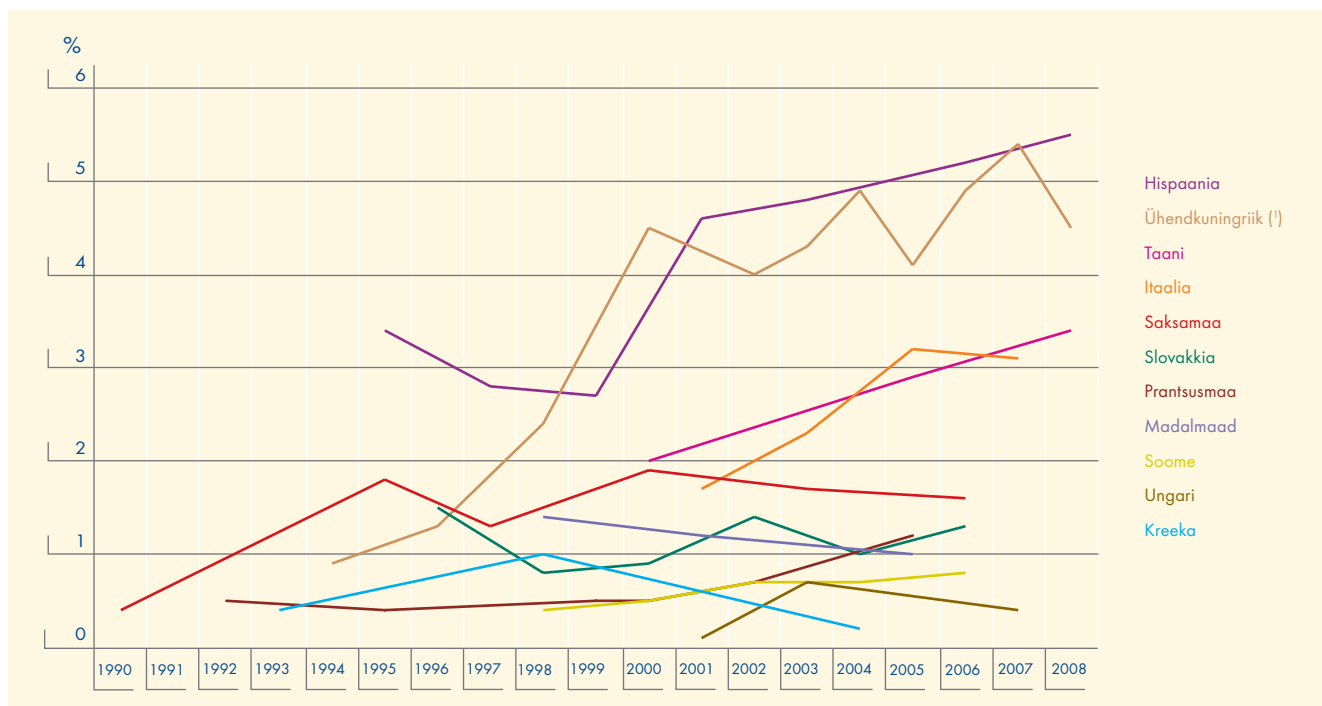
Euroopas valitsevad suundumused on erinevad, sest kokaiinitarbimise harjumused on erinevad. Kahes kõige kõrgema kokaiinitarbimise levimusega riigis (Hispaania ja Ühendkuningriik) suurenes selle uimasti tarbimine järsult 1990. aastate lõpul ja muutus seejärel küll stabiilsemaks, kuid tõus siiski jätkub. Teises riikide rühmas, millesse kuuluvad Taani, Iirimaa ja Itaalia, on levimuse kasv olnud aeglasem ja toimunud mõnevõrra hiljem. Siiski on nimetatud kolme riigi tarbimistasemed muude Euroopa riikidega võrreldes kõrged. Muijal Euroopas on pilti raske tõlgendada: levimustasemed on üldiselt madalad, kusjuures mõnedes riikides on toimunud väikene tõus, teistes aga kerge langus. 11 riigist, mille aastate 2002–2007 suundumusi oli võimalik analüüsida, suurenes viies riigis (Iirimaa, Itaalia, Läti, Portugal, Ühendkuningriik) <sup>(96)</sup> viimase aasta tarbimine noorte täiskasvanute hulgas (13–34aastased) 15% või rohkem esialgsest väärtusest; vähenes kahes riigis (Ungari ja Poola) ning püsis samal tasemel neljas riigis (Saksamaa, Hispaania, Slovakkia, Soome) (joonis 9).

ESPADi uuringu andmetel on elu jooksul kokaiini tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas 2003. aastast alates suurenenud vähemalt 2% Prantsusmaal, Küprosel, Maltal, Sloveenias ja Slovakkias. Hispaania kooliuuringu andmetel on seal ajavahemikus 2004–2007 toimunud 2%-line langus.

### Kokaiinitarbimise mõju tervisele

Kokaiinitarbimise mõju tervisele on ilmselt alahinnatud. Osaliselt seetõttu, et pikaajast kokaiinitarbimisest tekkinud patoloogiad on tavaliselt mittespetsiifilise või kroonilise iseloomuga ning osaliselt ka seetõttu, et põhjuslike seoste loomine haiguse ja uimastitarbimise vahel on keeruline. Regulaarne kokaiinitarbimine, sealhulgas ninnatõmbamine, võib olla seotud südame-veresoonkonna, neuroloogiliste ja psühhiaatriliste häiretega ning võib suurendada õnnetuste ja vägivalla ohtu. Kasutamine koos muude ainetega, sealhulgas alkoholiga, võib samuti suurendada teatavaid kokaiiniga seotud probleeme (vt EMCDDA, 2007a). USAs läbiviidud uuring näitas, et kokaiini sagedastel tarbijatel oli mittefataalse müokardi infarkti risk seitse korda suurem kui neil, kes uimastit ei tarbinud (Qureshi ja teised, 2001). Üldiselt järeldati, et üks neljandik mittefataalseid müokardi infarkte 18–45aastaste vanuserühmas oli põhjustatud sagedasest kokaiinitarbimisest.

**Joonis 9:** viimase aasta kokaiinitarbimise levimuse suundumused noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) seas



<sup>(1)</sup> Inglismaa ja Wales.

NB! Täiendava teabe saamiseks vt joonist GPS-14 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2008), rahvastiku-uuringute, aruannete või teadusartiklite andmed.

<sup>(96)</sup> Taanis täheldati samuti kasvu, kuid ajaline raamistik oli erinev.

Viimased aruanded näitavad, et suhteliselt kõrge kokaiinitarbimise levimusega riikides näib enamikul juhtudel, kui uimastitega seoses osutatakse haiglahädaabiteenuseid, olevat tegemist kokaiiniga. Ameerika uimastite kuritarvitamise eest hoiatamise võrgustiku (DAWN) hinnangul oli 2006. aastal kuuel juhul uimastitega seotud kümnest hädaabivisiidist tegemist kas üksnes kokaiiniga või kokaiini ja muude uimastitega. Hispaania psühhoaktiivsete ainete meditsiinivälisel eesmärgil kasutamise seotud haiglahädaabiteenuste osutamisest teatamise süsteemi andmetel registreeriti 2006. aastal kõige rohkem kokaiiniga seotud juhtumeid (59%); järgnesid kanep (31%), sedatiivid (28%) ja heroiin (22%), kusjuures koos kõigi nende ainete tarbiti sageli ka alkoholi. Uuringus, mis käsitles Barcelona ühe haigla esmaabiosakonna patsientide otseselt kokaiinitarbimisega seotud probleeme, märgiti, et põhikaebusteks olid ärevus või erutus (48%) ja valud rindkeres või südameklappimine (25%).

Kokaiini süstimine ja crack'i kasutamine on seotud kõige suuremate terviseriskidega (sealhulgas südame-veresoonkonna ja vaimsed häired, tervise halvenemine). Tavaliselt süvendavad terviseriske ühiskondlik tõrjutus ja spetsiifilised lisaprobleemid, milleks on näiteks süstimisega seotud ohud. Opioidide ja kokaiini koostarbimine näib olevat seotud opioidide üleannustamise suurema ohuga (EMCDDA, 2007a).

Sõltuvus on üks kokaiinitarbimise negatiivsetest tagajärgedest. USAs läbi viidud uuring näitas, et ligikaudu 5% kokaiinitarbijatest võib jääda sõltuvusse juba kasutamise esimesel aastal, kuigi pika aja jooksul oli sõltuvus välja arenenud mitte rohkem kui 20% tarbijatest (Wagner ja Anthony, 2002). Teine uuring näitas, et ligikaudu 40% sõltuvusse sattunutest vabaneb sellest ilma alkoholi- või uimastiravita (Cunningham, 2000). Ka on tõendeid selle kohta, et paljud kokaiinikasutajad kontrollivad oma uimastitarbimist, kehtestades endale reeglid näiteks kasutatava koguse, kasutamissageduse või -konteksti kohta (Decorte, 2000).

## Probleemne kokaiinitarbimine ja ravinõudlus

Probleemse kokaiinitarbimise (süstimine või pikaajaline/regulaarne tarbimine) riiklikud hinnangud on saadaval üksnes Hispaania ja Itaalia kohta ning piirkondlikud ja crack-kokaiini <sup>(97)</sup> hinnangud on olemas Ühendkuningriigi kohta. Itaalias oli 2007. aastal hinnanguliselt 3,8–4,7 probleemset kokaiinitarbijat 1000 täiskasvanu kohta. Hispaania kõige uuemate andmete kohaselt oli seal 2002. aastal 4,5–6 probleemset kokaiinitarbijat 1000 täiskasvanu kohta (vanuses 15–64 aastat). Probleemsete kokaiinitarbijate kohta antud hinnangutes on ilmselt

alahinnatud ravi või lühiajalisi sekkumisi vajava elanikkonnarühma suurust, sest ühiskonda integreeritud probleemsed kokaiinitarbijad võivad olla kasutatud andmeallikates alaesindatud.

Kokaiini, peamiselt kokaiinipulbrit, nimetas Euroopas 2007. aastal uimastiravile mineku peamise põhjusena ligikaudu 17% kõigist patsientidest, mis vastab ligikaudu 61 000 registreeritud juhtumile 25 Euroopa riigis. Kuid nende hulgas, kes on teatanud esmakordsest uimastiravi alustamisest, on kokaiini peamise uimastina kasutajate osakaal suurem (22%).

## Crack-kokaiini tarbimine Euroopas

Kokaiin on Euroopas saadaval kahel kujul: kokaiinipulbrina (HCl-kokaiin, vesinikkloriidi sool) ja vähem kasutatava crack-kokaiinina (vaba alus). Crack'i tavaliselt suitsetatakse ja on teada, et see kõrgendab tugevasti meeleolu ning võib tekitada problemaatilisi käitumisharjumusi. Üldiselt toodetakse seda HCl-kokaiinist nende kohtade läheduses, kus seda jaemüügis müüakse ja tarbitakse.

Crack hakkas USAs levima 1980. aastate keskel, peamiselt suurlinnade kesklinnakvartalite võimalustest ilmajäetud elanike hulgas, mõjutades ebaproportsionaalselt etnilisi vähemusi. On kardetud, et sama võib toimuda Euroopas, kuid praeguseks ei ole tõsise crack'i-epideemia puhkemist siin täheldatud.

Crack-kokaiini küll mõnedes Euroopa linnades tarbitakse, kuid selle nähtuse ulatust on raske kindlaks määrata. Raportid olukorra kohta Londonis (GLADA, 2004) ja Dublinis (Connolly ja teised, 2008) kinnitavad samuti, et selline tõus võib toimuda. Londonis moodustab crack'i tarbimine linna uimastiprobleemi olulise osa ja selle tõus alates 1990. aastate keskpaigast tuleneb peamiselt opioide tarbiva ja ka crack'i kasutava elanikkonnarühma kasvust.

Ühendkuningriigist on teatatud kõige suuremast crack'iga seotud ravinõudlusest ja konfiskeerimiste arvust. Ühe uuringu hinnangul oli aastatel 2006–2007 Inglismaal 1000 täiskasvanu kohta 5,7–6,4 crack-kokaiini probleemset tarbijat. Suurtest crack'iga seotud probleemidest on teatanud ka muude Euroopa riikide linnad.

Crack'i tarbivad tavaliselt marginaalsed ja ebasoodsas olukorras olevad rühmad, näiteks seksiteenuste osutajad ja probleemsed opioiditarbijad, mõned riigid on teatanud crack'i tarbimisest ka teatavate etniliste vähemuste hulgas (nt Prantsusmaa, Madalmaad, Ühendkuningriik). Ühiskonda integreeritud indiviidide hulgas, kelle hulka kuuluvad ka regulaarsed kokaiinipulbri kasutajad, on crack'i tarbimine väga haruldane (Prinzleve ja teised, 2004). Crack'i tarbimise jätkumine teatavates rühmades ja linnades annab aga märku ohust, et see nähtus võib levida ka laiematesse elanikkonnarühmadesse.

<sup>(97)</sup> Vt „Crack-kokaiini tarbimine Euroopas“.

Kokaiinipatsientide osakaal niihästi kõikide kui ka uute uimastiravipatsientide koguhulgas varieerub riigiti tugevasti. Teatatud andmetel on nende osakaal nii kõikide patsientide (45%) kui ka uute patsientide (60%) hulgas kõige kõrgem Hispaanias, järgnevad Madalmaad (vastavalt 32% ja 29%) ning Itaalia (23% ja 26%). Belgias, Iirimaa, Küprosel, Luksemburgis ja Ühendkuningriigis moodustavad kokaiinipatsiendid 11–13% kõikidest uimastiravile tulnud patsientidest ja 11–19% uutest patsientidest; mujal Euroopas on vähem kui 10% patsientidest tulnud uimastiravile kokaiini tõttu, seitsmes riigis on nende osakaal väiksem kui 1% <sup>(98)</sup>.

Uute peamiselt kokaiinitarbimise tõttu uimastiravi alustavate patsientide arv on Euroopas juba mitme aasta jooksul kasvanud, kuid seda suundumust mõjutavad tugevasti mõned vähesed riigid. Aastatel 2002–2007 teatasid uute patsientide osakaalu kõige jõulisemast kasvust Hispaania, Iirimaa ja Itaalia. Riikides, kes olid esitanud aja jooksul kujunevate tendentside analüüsimiseks piisavalt andmeid, oli kõikide peamiselt kokaiini tõttu ravile tulnud patsientide osakaal kasvanud 13%-lt 19%-le (18 riigi andmete põhjal) <sup>(99)</sup>. Uute uimastiravipatsientide hulgas tõusis nende osakaal 17%-lt 25%-le (19 riigi andmete põhjal). Alates 2005. aastast on kõrgeima kokaiinipatsientide osakaaluga riikidest Hispaania ja Itaalia teatanud stabiilsest olukorrast, Madalmaades on aga uute kokaiini tõttu ravi alustavate patsientide osakaal hakanud vähenema. Kuid nende osakaal suureneb sellistes riikides nagu Taani, Iirimaa, Kreeka ja Portugal <sup>(100)</sup>.

### Raviklientide profiil

Peaaegu kõikidest kokaiinipatsientidest on teatanud ambulatoorsed ravikeskused, kuigi mõned kokaiinitarbijad on ilmselt ravi saanud ka erakliinikutes, mis praeguses seiresüsteemis on peaaegu esindamata.

Uimastiravipatsientide hulgas iseloomustab kokaiinipatsiente üks kõige suuremaid meeste ülekaalusid (viis meest ühe naise kohta) ning meeste kõrgeim vanus (ligikaudu 32 aastat). See on eriti iseloomulik mõnedele suure kokaiinipatsientide arvuga riikidele, eeskätt Itaaliale, kus naiste ja meeste suhe on 8:1 ja tarbijate keskmine vanus 35 aastat. Peaaegu pooled kokaiinipatsientidest on hakanud kasutama uimastit enne 20aastaseks saamist ja 88% enne 30aastaseks saamist. Pikast ajavahemikust (9–12 aastat) kokaiini esmatarbimise ja esmakordse ravile

pöördumise vahel on teatanud Hispaania, Itaalia ja Madalmaad <sup>(101)</sup>.

Enamik kokaiinipatsiente tõmbab uimastit ninna (55%) või suitsetab (32%) ning vähem kui 7% on teatanud selle süstimisest <sup>(102)</sup>. 2006. aastal 14 riigis läbi viidud analüüs näitas, et ligikaudu 63% kokaiinipatsientidest kasutab mitut uimastit. Neist 42% tarbib ka alkoholi, 28% kanepit ja 16% heroini. Kokaiini nimetatakse sageli ka teise uimastina, eriti need patsiendid, kelle peamine uimastiprobleemi tekitaaja on heroiin (28%) <sup>(103)</sup>.

2007. aasta andmetel on 8000 ambulatoorset ravi alustanud patsienti nimetanud crack-kokaiini peamise uimastina, mis moodustab 15% kõikidest kokaiinipatsientidest ja 2,7% kõikidest uimastiravipatsientidest, kes saavad ambulatoorset ravi. Kõige rohkem crack'i patsiente (ligikaudu 6500) on esitatud andmete põhjal Ühendkuningriigis, kus nad moodustavad 45% ravi saavatest kokaiinipatsientidest. Ligikaudu üks neljandik (22%) uimastitarbijatest, kes kasutab crack'i peamise uimastina, kasutab ka heroini ja nende patsientide hulgas on töötuse ja kodutuse tase sageli kõrge <sup>(104)</sup>.

On leitud, et ravi saavad patsiendid jagunevad üldiselt kahte suurde rühma: kokaiinipulbrit kasutavad ühiskonda integreeritud inividid ja marginaalsem patsientiderühm, kes kasutab kokaiini, sageli crack-kokaiini koos opioididega. Esitatud andmetest nähtub, et esimesse rühma kuuluvad isikud tõmbavad tavaliselt uimastit ninna ja kasutavad seda vahel ka koos teiste ainetega, näiteks kanepi või alkoholiga, kuid mitte kunagi koos opioididega. Mõned selle rühma liikmed on ravile saanud kriminaalõigussüsteem. Teise rühma kohta on teatatud, et selle liikmed sageli süstivad uimastit, kasutavad nii kokaiini kui ka opioide, vahel suitsetavad crack'i ning et nende tervislik ja sotsiaalne olukord on ebakindel. Siia kuuluvad ka varasemad heroinitarbijad, kes nüüd taotleavad kokaiinitarbimise tõttu uuesti ravi.

### Ravi ja kahjude vähendamine

#### Ravi

Enamasti peetakse Euroopa riiklikes raviasutustes eelkõige silmas opioiditarbijate vajadusi, kokaiinitarbijate ravile keskendunud raviasutusi on vähe ja sageli kuuluvad need erasektoris. Kuid mõned riigid (nt Iirimaa, Itaalia,

<sup>(98)</sup> Vt joonis TDI-2 ja tabel TDI-5 (i osa) ja (ii osa) 2009. aastat statistikabülletäänis, Hispaania puhul on kasutatud 2006. aasta andmeid.

<sup>(99)</sup> Arvesse olid võetud üksnes patsiendid, kes nimetasid peamise uimastina opioide, kanepit, kokaiini ja muid stimulante.

<sup>(100)</sup> Vt joonised TDI-1 ja TDI-3 ja tabel TDI-3 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(101)</sup> Vt tabelid TDI-10, TDI-11 (iii osa), TDI-21 ja TDI-103 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(102)</sup> Vt tabel TDI-17 (iv osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(103)</sup> Vt valikteema mitme uimasti tarbimise kohta.

<sup>(104)</sup> Vt „Crack-kokaiini tarbimine Euroopas“ (lk 66) ja tabelid TDI-7 ja TDI-11.5 2009. aasta statistikabülletäänis.

Hispaania) on rakendanud ka kokaiinitarbijatele suunatud strateegiaid või raviprogramme ning Prantsusmaa töötab praegu selliseid programme välja.

Kokaiinitarbijate, nende probleemide ja vajaduste mitmekesisus muudab abivajajatele raviteenuste korraldamise ja osutamise raskeks. Teatavate kokaiinitarbijate rühmadega on raske kontakti luua ja seetõttu on ka nende ravile saamine raskendatud. Nii näiteks ei taotle sageli vabatahtlikult ravi marginaalsemad kokaiinisüstijad ja crack'i tarbijad. Seetõttu on lirimaa soovitatud kasutada otse sihtrühmadega tehtavat tööd ja muid sekkumisi nende uimastitarbijate ravile meelitamiseks, kellega muul viisil kontakti ei leita (Connolly ja teised, 2008). Otse abivajajateni jõudmist eeldavad raviprogrammid võivad olla kasulikud ka teatavate rühmade jaoks. Hodalmaade marginaalseid crack'i tarbijaid käsitlevas uuringus on toodud asjakohane näide. Raviprogrammi tulemuslikkus ja patsientide rahulolu olid kõrgel tasemel. Ravi saanud uimastitarbijad teatasid, et nende tervis, elutingimused, pere- ja sotsiaalsed suhted ning psühhiaatriline olukord on paranenud (Henskens ja teised, 2008).

Ka ühiskonda integreeritud kokaiinitarbijate ravile saamine võib olla keeruline. Näiteks võivad nad leida, et raviasutused, mille põhiklientuuri moodustavad opioiditarvitajad, ei suuda nende vajadusi rahuldada. Mõned riigid on teatanud meetmetest, mis aitavad neist probleemidest üle saada. Näiteks hakkas Itaalias „Progetto nazionale cocaina” osutama 2007. aastal eriteenuseid kellaaegadel, mis sobivad paremini ühiskonda integreeritud kokaiinitarbijatele ja nende perekondadele (näiteks pärast tööd). Ka Iirimaa on teatanud samalaadsest lähenemisviisist ja eriprogrammide väljatöötamisest, millega meelitada ravile pulberkokaiini tarbijaid.

Oluline on ka probleemsete kokaiini- ja crack'i tarbijate ravil hoidmine, kuna kokaiini intensiivne tarbimine on seotud käitumusliku, sotsiaalse ja psühholoogilise väärtalitlusega (näiteks impulsiivne ja agressiivne käitumine), mõne rühma puhul ka kaootilise elustiili ning vaimse ja psüühilise seisundi tõsise halvenemisega. Seetõttu peavad asjatundjad selliste patsientide regulaarse ravikuuridel osalemise saavutamist ja nendega mõtestatud dialoogi pidamist keeruliseks ülesandeks (Connolly ja teised, 2008). Kokaiinitarbimine võib katkestada ka muude uimastite sõltuvusravi ja ohustada edukat heroiniist loobumist. Saksamaal on näiteks leitud, et kokaiini kaastarbimine on opioidide asendusravi pooleli jätmisel otsustav tegur.

Uimastitarbijate ravile meelitamine ja nende ravil hoidmine on raske ka siis, kui puuduvad konkreetsed psühhosotsiaalsed sekkumised, mille tõhususe kohta oleksid olemas veenvad tõendid, ja kui ei ole saadaval tõhusat ravi, mis aitaks sõltlastel selle perioodi vältel uimastikasutamisest loobuda või seda vähendada.

Neid raskusi võib ületada kokaiini ja crack'i tarbimisega seotud probleemide lahendamisele kohandatud spetsiaalsete raviprogrammide ja koolituskursuste väljatöötamise abil. Meditsiinipersonali kokaiiniteemalisest väljaõppest on teatanud Iirimaa, Itaalia ja Ühendkuningriik. Veel on 11 liikmesriiki, sealhulgas kõik kõrge kokaiinitarbimise ja ravinõudlusega riigid, teatanud lisaks tavalistele raviprogrammidele ka kokaiini või crack'i tarbijate spetsiaalsete raviprogrammide kättesaadavusest. Kui Itaalia, Portugali, Sloveenia ja Ühendkuningriigi riiklike ekspertide hinnangul olid nende riigis programmid kättesaadavad enamikule ravi vajavatest kokaiinitarbijatest, siis Taani, Saksamaa, Iirimaa, Austria, Madalmaade, Prantsusmaa ja Hispaania ekspertide hinnangul olid need programmid kättesaadavad üksnes vähemusele abivajajatest.

Pärast perioodi, mil peaaegu kõik teadusuuringud pärinesid USAst, on nüüd ka Euroopas läbi viidud mitu kokaiinisõltuvuse ravi käsitlevat uuringut. Ühendkuningriigis uuritakse kliinilise katse abil kognitiiv-käitumisteraapia tõhusust seoses edusammude tunnustamise meetodiga (vt EMCDDA, 2008b) peamiselt kokaiini kasutavate uimastitarbijate hulgas. Äsjase Cochrane'i ülevaate kohaselt on see kombinatsioon andnud parimaid tulemusi stimulisõltuvuse ravis (Knapp ja teised, 2007). Teises Ühendkuningriigis läbiviidavas kliinilises katses uuritakse modafiniili tõhusust seoses kupongipõhise edusammude tunnustamise meetodiga opioidide asendusravi saavate ja crack-kokaiini tarbivate patsientide hulgas. Modafiniil on juba näidanud oma ravipotentiaali mitmes katses, kus seda kasutati asendusainena stimulisõltuvuse puhul.

Madalmaades uuritakse praegu viie kliinilise katse abil mitme farmakoloogilise toimeaine, sealhulgas deksamfetamiini ja modafiniili, tõhusust kokaiinisõltuvuse ravis. Hollandi teises kliinilises katses uuriti kogukonna tugevdamisele suunatud lähenemisviisi ja edusammude tunnustamise meetodi koosmõju opioidide asendusravi saavate kokaiinisõltuvusega patsientidele. Tulemused näitasid kokaiinitarbimise olulist vähenemist tavalise raviga võrreldes.

Veel uuritakse Hispaania ja Itaalia eri paikades korraldatava uuringu abil kokaiinivaktsiini TA-CD tõhusust. See on praeguseni selle vaktsiini kõige ulatuslikum katsetamine, milles osaleb sadu vabatahtlikke. TA-CD

vaktsiini esialgsed ohutusuuringud USAs näitasid, et see vähendab kokaiini subjektiivset mõju ja tarbimist ning parandab ravil püsimist.

### Kahjude vähendamine

Kahjude vähendamise eesmärgil tehtud sekkumised, mis on suunatud crack'i ja kokaiinitarbijate probleemide lahendamisele, on paljude liikmesriikide jaoks uus töövaldkond. Üheks põhjuseks, miks selle valdkonna (eriti crack'i tarbijatele suunatud) sekkumiste arv on olnud piiratud, on ehk võtmepositsioonil olevate töötajate vähesed teadmised kõnealuse uimasti, selle sihtrühma ja tema vajaduste kohta.

Tavaliselt pakuvad liikmesriigid kokaiinisüstijatele samu teenuseid ja võimalusi mida opioidide kasutajatele, sealhulgas ohutu kasutamise juhiseid, ohutuma süstimise

alast koolitust ning nõela ja süstla programme. Kuid kokaiinisüstimisega võivad kaasneda suuremad ohud, mis tulenevad süstimisvahendite ühisest kasutamisest ja sagedasest süstimisest, mis võib põhjustada veenide ahenemist, ning süstimist kõrgema riskiga kehaosadesse (nt säärede, kätte, labajalga ja kubemesse). Seetõttu tuleks ohutuma kasutamise juhistes käsitleda neid konkreetseid ohtusid. Mõnes riigis (nt Belgia, Prantsusmaa) saab puhtaid crack'ipiipe ka mõnest madala läve asutusest.

Kokaiinitarbijatele suunatud sekkumistes, mida rakendatakse kahjude vähendamiseks meelelahutusasutustes, keskendutakse teadlikkuse tõstmisele. Sellekohased programmid pakuvad noortele nõu ja teavet alkoholi ja narkootikumide tarbimisega kaasnevate riskide kohta üldiselt ning tavaliselt sisaldavad ka kokaiinitarbimist käsitlevaid materjale.



## 6. peatükk

# Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine

### Sissejuhatus

Heroiini tarbimine, eriti selle süstimine, on tihedalt seotud selle uimasti probleemse kasutamisega Euroopas 1970. aastatest alates. Ka praegu langeb selle narkootikumi arvele kõige suurem osa uimastitarbimisega seotud haigestumusest ja suremusest Euroopa Liidus. Viimase kümne aasta jooksul on täheldatud heroinitarbimise ja sellega seotud probleemide vähenemist, kuigi viimased andmed näitavad, et mõnes riigis võib selle suundumus olla muutunud. Andmed sünteetiliste opioidide (nt fentanüül) kasutamise ja stimulantide (nt kokaiin või amfetamiinid) süstimise kohta kajastavad probleemsete narkootikumide tarbimise üha mitmekülgsemaks muutuvat olemust Euroopas.

### Pakkumine ja kättesaadavus

Euroopa ebaseaduslike narkootikumide turgudel on imporditud heroini läbi aegade pakutud kahel kujul: põhiliselt Afganistanist pärit laiemalt kättesaadava pruuni heroiniina (keemiline baasvorm) ning tunduvalt vähem levinud valge heroiniina (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast<sup>(105)</sup>. Väikeses koguses toodetakse opioidideks liigitatavaid narkootikume ka Euroopas, peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatooteid (nt unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kupardest valmistatud kontsentraat), mida toodetakse mõnes Ida-Euroopa riigis (nt Läti ja Leedu).

### Tootmine ja kaubitsemine

Euroopas tarbitav heroini pärineb peamiselt Afganistanist, mis on ebaseaduslikus oopiumitootmises maailmas endiselt esikohal. Veel toodavad oopiumi Myanmar, mis varustab peamiselt Ida- ja Kagu-Aasia turgusid, Pakistan, Laos, järgnevad Mehhiko ja Colombia, mida peetakse USA suurimateks heroiniiga varustajateks (UNODC, 2009). Ülemaailmne oopiumitootmine on pärast 2007. aasta rekordtaseme hinnanguliselt langema hakanud, peamiselt toodangu vähenemise tõttu Afganistanis 8890 tonnilt ligikaudu 8000 tonnile 2008. aastal. Viimaste hinnangute kohaselt oli ülemaailmne potentsiaalne heroinitoodang

2007. aastal 735 tonni (UNODC, 2009). Viimastel aastatel Afganistanis likvideeritud laboratooriumide kasvav arv näitab, et üha sagedamini toimub samas riigis ka oopiumi töötlemine morfiiniks või heroiiniks. Suurte morfiinikoguste konfiskeerimine naaberriikides (Pakistanis, Iraanis) osutab sellele, et kõnealust uimastit töödeldakse ka väljaspool Afganistani märkimisväärselt suurtes kogustes (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroini tuuakse Euroopasse põhiliselt kaht peamist salakaubateed pidi: ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil ja selle mitmel harumarsruudil transiidina läbi Pakistani, Iraani ja Türgi ning üha sagedamini kasutatavat nn põhjamarssuuti mööda läbi Kesk-Aasia ja Vene Föderatsiooni (joonis 2009a), kusjuures heroini tuuakse rongidega otse Poolasse (INCB, 2009a) või läbi Leedu Norrasse. Tähtsuselt järgmisel kohal on heroini

**Tabel 9: heroini tootmine, konfiskeerimine, hind ja puhtus**

| Tootmine ja konfiskeerimised                                                                                                                                                  | Heroiin            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides) <sup>(1)</sup>                                                                                                                    | 735                |
| Maailmas konfiskeeritud kogus<br>Heroiin (tonnides)<br>Morfiin (tonnides)                                                                                                     | 65<br>27           |
| ELis ja Norras konfiskeeritud kogus (tonnides)<br>(sealhulgas Horvaatias ja Türgis)                                                                                           | 8,8<br>(22)        |
| Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras<br>(sealhulgas Horvaatias ja Türgis)                                                                                                      | 56 000<br>(58 000) |
| Hind ja puhtus Euroopas                                                                                                                                                       | Pruun heroini      |
| Keskmine jaehind (eurot gramm)<br>Vahemik<br>(Kvartiilhaare) <sup>(2)</sup>                                                                                                   | 14–119<br>(35–77)  |
| Keskmine puhtus (%)<br>Vahemik<br>(Kvartiilhaare) <sup>(2)</sup>                                                                                                              | 9–50<br>(16–27)    |
| <sup>(1)</sup> UNODCi arvõtaja aluseks on tema hinnang ebaseadusliku oopiumi ülemaailmse toodangu kohta (8870 tonni 2008. aastal) (UNODC, 2009).                              |                    |
| <sup>(2)</sup> Teatatud keskmiste hindade või puhtuse keskmise poole vahemik. NB! Kõik andmed on 2007. aasta kohta, v.a ülemaailmse võimaliku toodangu hinnangulised kogused. |                    |
| Allikad: UNODCi maailma uimastiaruanne (2009) ülemaailmsete väärtuste kohta, Reitoxi riikide teabekeskused Euroopa andmete kohta.                                             |                    |

<sup>(105)</sup> Teavet uimastite pakkumise ja kättesaadavuse andmete allikate kohta vt lk 39.

salakaubamarsruudid läbi Edela-Aasia, näiteks Afganistanist ja Pakistanist õhutranspordiga Lähis-Ida ja Ida-Aafrika riikide kaudu Euroopa illegaalsetele turgudele (INCB, 2009a; WCO, 2008). Edela-Aasiast pärit heroïini salakaubavedu otse Euroopasse (Ühendkuningriiki) toimub õhu teel algusega Pakistanist. Euroopa Liidus on teisese tähtsusega jaotuspaikadena oluline roll ka Madalmaadel ja vähemal määral Belgial (Europol, 2008).

### Konfiskeerimised

Kogu maailmas kasvas konfiskeeritud oopiumi kogus 2007. aastal 510 tonnini, kusjuures Iraani osakaal sellest on 84%. Morfiini konfiskeerimine maailmas langes järsult 27 tonnile, heroïini konfiskeerimine kasvas veidi, ulatudes 65 tonnini. Konfiskeeritud heroïini koguse poolest oli maailmas esikohal Iraan (25%), järgnesid Türgi ja Afganistan (UNDOC, 2009).

Euroopas toimus 2007. aastal hinnanguliselt 58 000 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 22 tonni heroïini. Ühendkuningriik teatas jätkuvalt kõige suuremast konfiskeerimiste arvust, kuid konfiskeeritud kogused olid taas kõige suuremad Türgis, kus 2007. aastal saadi kätte 13,2 tonni heroïini <sup>(106)</sup>. 25 riigi andmed aastate 2002–2007 kohta näitavad, et pärast langust esimesel aastal on konfiskeerimiste arv alates 2003. aastast pidevalt kasvanud. Türgis kätte saadud heroïinikoguste üldine suundumus erineb Euroopa Liidu omast. Samal ajal kui Türgi teatas konfiskeeritud heroïinikoguste viiekordsest suurenemisest aastatel 2002–2007, on Euroopa Liidus konfiskeeritud heroïinikogused sel ajavahemikul üldiselt vähenenud, vaatamata tõusule aastatel 2006–2007.

Kogu maailmas konfiskeeritud (heroïini tootmiseks kasutatava) äädikhapeanhüdriidi kogus kasvas 2007. aastal 56 300 liitrit, peaaegu pool sellest tabati Venemaal (25 000 liitrit), millele järgnesid Türgi (13 000 liitrit) ja Sloveenia (6500 liitrit) (INCB, 2009b). Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB) hinnangul on peaaegu 80% Afganistani heroïinilaborites kasutatavast äädikhapeanhüdriidist salakaubana sisse veetud Ida- ja Kagu-Euroopast ning seetõttu kutsub ta Euroopa Liidu Komisjoni ja ELi liikmesriike astuma samme, mis takistaksid äädikhapeanhüdriidi kõrvalesuunamist siseturult (INCB, 2009a).

### Puhtus ja hind

2007. aastal varieerus pruuni heroïini keskmine puhtus enamikus andmeid esitanud riikides vahemikus 15–30%, kuigi puhtust alla 15% esines Prantsusmaal (12%) ja

### Heroïinihinnad erinevatel turutasanditel

Uimastihindade seire on oluline abivahend uimastitarbimise turu mõistmiseks Euroopas. EMCDDA kogub andmeid jaehindade kohta, väljendades neid tavaliselt eurodes grammi, annuse või tableti kohta. Selle teabe põhjal on võimalik hinnata, millist hinda maksab tarbija tavaliselt konkreetse uimasti eest igas Euroopa riigis. Ajalises plaanis võivad hinnamuutused osutada võimalikele muutustele uimastite pakkumises või nõudluses. Teave hulgihindade kohta, mida uimastikaubitsejad maksavad suurematele maaletoojatele tarbimiskoha turul, on samuti kasulik näitaja, mis võimaldab saada ülevaadet turul teenitavast kasumist.

Võrreldavad andmed 2007. aasta jae- ja hulgihindade kohta on kättesaadavad üksnes väheste riikide kohta (Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Hispaania, Rumeenia, Ühendkuningriik). Need riigid on teatanud heroïini hulgihinnast vahemikus 12,5–35,8 eurot gramm ja keskmisest jaehinnast 36–62,7 eurot gramm. Nii hulgi- kui ka jaehindade kõige madalamast tasemest on teatanud Rumeenia ja kõige kõrgemast Hispaania. Hulgi- ja jaehinna suhe varieerub samuti tunduvalt, Tšehhi Vabariigis on see 1,6:1 ja Ühendkuningriigis 2,8:1. Võrdluste tegemisel tuleb arvesse võtta ka uimasti erinevat puhtust erinevates riikides, erinevatel turutasanditel või erinevatel aegadel. Sellele vaatamata pakub selle valdkonna analüüs uut teavet, eriti ajaliste suundumuste kohta, näidates turul toimuvaid olulisi muutusi.

Austrias (9%) ning 30%-st kõrgem oli see Ühendkuningriigis (50%) ja Norras (35%). Valge heroïini keskmine puhtus oli väheste andmeid esitanud Euroopa riikide teatel üldiselt kõrgem (30–50%) <sup>(107)</sup>.

Pruuni heroïini jaehind oli Põhjamaades endiselt muust Euroopast kõrgem, kusjuures Rootsi teatas keskmisest hinnast 119 eurot ja Taani 96 eurot üks gramm. 10 riigis jäi pruuni heroïini jaehind vahemikku 30–80 eurot gramm ja Türgis oli ühe grammi aine hind 15 eurot. Aastatel 2002–2007 langes pruuni heroïini hind ajaliste suundumuste kohta andmeid esitanud 12 Euroopa riigis ja suurenes viies riigis. Valge heroïini hinna on teatanud vaid mõned Euroopa riigid ning see kõigub vahemikus 31–151 eurot gramm.

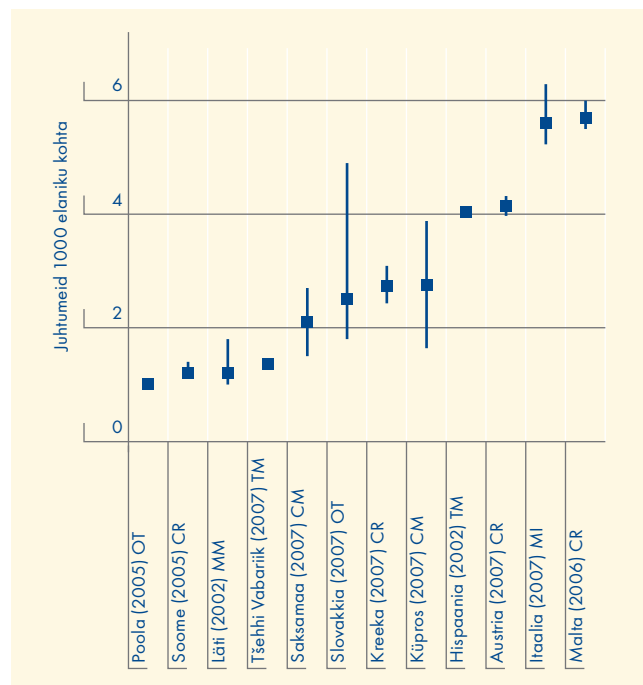
### Probleemse opioiditarbimise hinnanguline levimus

Käesoleva jaotise andmed pärinevad EMCDDA probleemse uimastitarbimise indikaatorilt, milles on arvestatud peamiselt narkootikumide süstimist ja opioidide tarbimist, kuigi mõnes riigis moodustavad olulise osa ka amfetamiini või kokaiini tarbijad. Ühtlasi tuleks lisada, et

<sup>(106)</sup> Vt tabelid SZR-7 ja SZR-8 2009. aasta statistikabülletäänis. Hinnangulise tulemuse saamiseks kasutati puuduvate 2007. aasta andmete asemel 2006. aasta andmeid. See analüüs on esialgne, sest veel ei ole laekunud 2007. aasta andmeid Ühendkuningriigi kohta.

<sup>(107)</sup> Puhtuse ja hinna andmeid vt 2009. aasta statistikabülletääni tabelitest PPP-2 ja PPP-6.

**Joonis 10:** hinnanguline probleemse opioiditarbimise aastane levimus (juhtumeid vanuserühma 15–64 kuuluva 1000 elaniku kohta)



**NB!** Sümbol näitab punkthinnangut ja kriips hinnangu määramatusvahemikku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkusanalüüsil. Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad mõnevõrra erineda, seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik. Ebasandardseid vanuserühmi kasutati Soomes (15–54), Malta (12–64) ja Poola (kõik vanuserühmad) uuringutes. Kõiki kolme määra kohandati vastavalt elanikkonna 15–64-aastaste vanuserühmale, eeldades, et uimastitarbimine muudes vanuserühmades on ebaoluline. Saksamaa ja Küprose puhul tähistab esitatud rida vahemikku madalaima alampiiri ja kõrgeima ülempiiri vahel ning punkthinnang keskmist keskpunkti. Hinnangumeetodite lühendid: CR = püüdmine-tabamine; TM = ravikordist; MI = mitmemõõtmeline indikaator; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; MM = suremuse kordist; CM = kombineeritud meetodid; OT = muud meetodid. Täiendava teabe saamiseks vt joonist PDU-1 (ii osa) 2009. aasta statistikabulletäänis.

**Allikad:** Reitoxi riiklikud teabekeskused.

paljud riigid on teatanud, et enamikku probleemsetest opioidide tarbijatest võiks kirjeldada mitme uimasti tarbijatena, kes kasutavad ka opioide. Probleemsete opioiditarbijate arvu on raske hinnata, kuna seda tüüpi uimastitarbimine on suhteliselt vähe levinud, toimub varjatult ning levimusnäitajate väljaselgitamine olemasolevatest andmebaasidest nõuab seetõttu statistilist ekstrapoleerimist.

Probleemse opioiditarbimise levimus Euroopa riikides ajavahemikus 2002–2007 ulatub hinnanguliselt ühest kuni kuue juhtumini 1000 elaniku kohta 15–64-aastaste vanuserühmas; üldine probleemse uimastitarbimise levimus ulatub hinnanguliselt vähem kui kolmest juhtumist kuni kümne juhtumini 1000 elaniku kohta. Probleemse

## Probleemse opioiditarbimisega seotud haigestumus

Probleemse opioiditarbimisega seotud haigestumuse seire – individide arv, kes hakkavad ainet teataval aastal kasutama ja kellest saavad probleemsed uimastikasutajad – on vajalik Euroopa uimastiolukorra jälgimiseks ning sobivate poliitikate ja sekkumiste väljatöötamiseks.

EMCDDA on ergutanud korraldama teadusuuringuid probleemse uimastitarbimise hindamise kohta ning avaldas hiljuti selleteemalised suunised (Scalia Tomba ja teised, 2008). Ka on ta koostöös Zürichi Ülikooliga käivitanud uuringu uue ühe päeva meetodi testimiseks, millega uuritakse latentsuperioodi (ravile eelnev aeg) jaotumist ravi saanud heroiniitarbijate läbilõikevalimis. Meetod kasutab funktsiooni, mis kirjeldab asendusravi saamise tõenäosust (üldine kaasamisfunktsioon) juhul, kui puuduvad ravile pääsemist takistavad eeskirjad, võttes arvesse latentsuperioodi, suremust ja uimastikasutuse lõpetamise määrasid. Hinnangu saab teha ühe päeva raviandmete põhjal, samal ajal kui praegu kasutusel olevad meetodid vajavad pikki aegridu, mis hõlmavad vähemalt 8–10 aastat.

Uuring viidi läbi kuues ELi liikmesriigis (Hispaania, Itaalia, Malta, Madalmaad, Slovakkia, Ühendkuningriik) ja see kinnitas, et üldise kaasamisfunktsiooni meetod võimaldab hinnata probleemsete heroiniitarbijate haigestumust ka siis, kui asendusravi andmekogum on ebatäielik. Vähemalt viies piirkonnas võimaldas haigestumuse hindamine anda hinnanguid levimuse kohta, mis sobisid hästi kokku muude juba varem koostatud hinnangutega (nt püügi-taaspüügi meetod).

Üldise kaasamisfunktsiooni meetod näib olevat kasutuskindel ja sellega võib lisaks haigestumuse hinnangutele saada ka kulutõhusaid hinnanguid probleemsete opioiditarbijate levimuse ja asendusravi katvuse kohta ning nendes näitajates ajalisel plaanis toimuvate muutuste kohta. Edaspidi tuleks läbi viia uuringuid ka teistes ELi riikides, et analüüsida kohalikke erinevusi, samuti erinevusi sugude ja manustamisviiside lõikes.

opioiditarbimise hinnangute põhjal on hästidokumenteeritud madalaimad määrad Tšehhi Vabariigis, Lätis, Poolas ja Soomes (kuigi nii Tšehhi Vabariigis kui ka Soomes on palju probleemseid amfetamiinitarbijaid) ning kõrgeimad Maltal, Itaalias, Austrias ja Hispaanias (joonis 10).

Keskmine probleemse opioiditarbimise levimus andmeid esitanud riikides on 3,6–4,6 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64-aastaste vanuserühmas. Eeldades, et see arv kajastab olukorda kogu Euroopa Liidus, oli 2007. aastal ELis ja Norras ligikaudu 1,4 miljonit (1,2–1,5 miljonit) probleemset opioiditarbijat<sup>(108)</sup>. Vanglate probleemsed opioiditarbijad, eriti kui nad kannavad pikemaajalist karistust, võivad olla selles uuringus alaesindatud.

<sup>(108)</sup> Uute andmete põhjal on seda hinnangut muudetud 1,5 miljonilt 1,4 miljonile. Suurte usaldusvahemike tõttu ja kuna hinnangu aluseks on erinevate aastate andmed, ei ole võimalik järeldada, et uus hinnang osutab probleemsete opioiditarvitajate levimuse langusele Euroopas.

## Opioiditarbijate ravi

Opioidid, eelkõige heroiin, on peamised uimastid, mille tõttu Euroopas ravile pöörduakse. Siiski kõigub selle uimastiga seotud probleemide tõttu uimastiravi alustajate osakaal Euroopa piires tugevasti; Bulgaarias ja Sloveenias oli üle 90% ravinõudlusest seotud opioidide tarbimisega, 15 riigis oli see 50–90% ja ülejäänud 9 riigis kõikus 10–49% vahel <sup>(109)</sup>. Ligikaudu 387 000 ravitaotlusest, mille puhul esmane uimasti oli teada, oli heroiin peamine uimasti 49% juhtudest, kui kaasata ka muud opioidid, on selliste klientide osakaal 55% <sup>(110)</sup>. Mõned riigid teatavad ravinõudluse osakaalu ja ravile pöördujate arv kasvust viimastel aastatel seoses muude opioididega kui heroiin <sup>(111)</sup>.

Paljud opioiditarvitajad osalevad pikaajalise ravi programmides. Seda kajastab opioidipatsientide suurem osakaal ravi saavate uimastitarbijate hulgas. Hiljutine 14 riigi uimastipatsientide andmete analüüs näitas, et uimastitarbijad, kelle esmaseks uimastiks olid opioidid, moodustasid 61% kõikidest uimastipatsientidest, kuid üksnes 38% esimest korda ravi alustavatest patsientidest <sup>(112)</sup>. Kõikides uuringus osalenud riikides oli peamiselt opioide tarvitavate patsientide osakaal kauem kui aasta ravi saanud uimastitarbijate seas üle 50%.

Patsiendid, kes alustavad uimastiravi opioidide tarbimise tõttu, tarbivad sageli ka muid uimasteid. 2006. aastal leiti 14 riigi andmete analüüsimisel, et 59% heroiinipatsientidest kasutab ka teist uimastit, peamiselt kokaiini (28%), kanepit (14%) ja alkoholi (7%) <sup>(113)</sup>.

## Probleemse opioiditarbimise suundumused

Suundumuste hindamist ajalisel plaanis raskendab probleemse opioidide tarbimise esinemissageduse ja levimuse korduvhinnangute piiratud arv ning üksikhinnangute puudulik täpsus. Üheksa riigi aastatel 2002–2007 esitatud andmed ja korduvhinnangud viitavad suhteliselt stabiilsele olukorrale. Viimased andmed ei kinnita Austrias kuni 2005. aastani täheldatud märkimisväärset kasvu. Mujalt saadud teave võib osutada hiljuti toimunud muutustele. 2007. aasta hinnangu kohaselt on Küprosel probleemne opioiditarbimine oluliselt kasvanud, mida seostatakse ravi saavate välisriikide kodanike arvu kasvuga <sup>(114)</sup>. Prantsuse TREND-süsteemist saadav teave, mis põhineb nii kvalitatiivsetel kui ka kvantitatiivsetel andmetel, osutab heroini levikule uutes

tarbijarühmades ning murettekitavalt kuuluvad nendesse ka ühiskonda integreeritud isikud ja teknopidude külastajad.

Kuigi sobivaid ajakohastatud hinnanguid probleemse opioiditarbimise esinemissageduse ja levimuse kohta ei ole saadaval, on siiski võimalik analüüsida suundumusi ajalisel plaanis muude, peamiselt kaudsete näitajate, näiteks ravinõudluse andmete põhjal. 19 riigi valimi põhjal suurenes aastatel 2002–2007 esmase uimastina heroini nimetanud ravialustajate üldarv. Hilisema aja kohta võib öelda, et aastatel 2006–2007 suurenes peamiselt heroinitarbimise pärast ravile tulnud patsientide arv ja osakaal kaheksa riigi kõikide uimastipatsientide hulgas. Varasematel aastatel on sellisele tõusule sageli järgnenud märgatav langus. Lisaks on 10 riiki alates 2004. aastast teatanud heroini kui esmase uimastiga seotud uute ravitaotluste arvu ja osakaalu kasvust <sup>(115)</sup>.

Muud näitajad toetavad seda analüüsi. Andmed uimastitest põhjustatud surmade kohta 2007. aastal, millest enamik on seotud opioidide tarbimisega, ei viita kuni 2003. aastani täheldatud langustendentsi taastumisele (vt 7. peatükk). Enam kui pooled andmeid esitanud riikidest teatasid uimastitest põhjustatud surmade arvu suurenemisest aastatel 2006–2007 <sup>(116)</sup>. Samuti on kuni 2003. aastani täheldatud heroini konfiskeerimiste arvu vähenemine Euroopa Liidus asendunud nüüd pideva kasvuga. Viimased andmed narkoseaduste rikkumiste kohta näitavad heroiniga seotud juhtumite arvu kasvu.

Kättesaadavad andmed viitavad sellele, et kuni 2003. aastani täheldatud opioidinäitajate langustendents on peatunud. Seda näitavad ehk kõige paremini alates 2003. aastast tehtud konfiskeerimised ja uimastitest põhjustatud surmad ning uus heroiniga seotud ravinõudlus pärast 2004. aastat. Nimetatud hiljutiste suundumustega kõrvuti on Afganistanis suurenenud oopiumitootmine, mis paneb arvama, et neid kahte fakti seob heroini suurem kättesaadavus Euroopa turul.

## Narkootikumide süstimine

### Uimastisüstimise levimus

Süstivatel narkomaanidel on uimastite tarbimise tõttu terviseprobleemide, näiteks vere kaudu levivate nakkushaiguste (nagu HIV/AIDS, hepatiit) tekke või narkootikumidega seotud surmajuhtude oht väga suur.

<sup>(109)</sup> Vt tabel TDI-5 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(110)</sup> Vt tabel TDI-113 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(111)</sup> Vt „Väljakirjutatud opioidide väärkasutamine“, lk 76.

<sup>(112)</sup> Vt tabel TDI-38 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(113)</sup> Vt 2009. aasta valikteema mitme uimasti kasutamise kohta.

<sup>(114)</sup> Vt tabelid PDU-6 (ii osa) ja PDU-102 2009. aasta statistikabülletäänis kogu asjaomase teabe, sealhulgas usaldusvahemike kohta.

<sup>(115)</sup> Vt tabel TDI-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(116)</sup> Vt tabel DRD-2 (i osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

## EMCDDA valikteema uimastite süstimise kohta

Uimastite süstimine on otsustava tähtsusega tegur uimastitarbijate seas levivate selliste tõsiste terviseprobleemide tekkes nagu HIV/AIDS, C-hepatiit ja üleannustamine. Euroopa ulatuses on uimastite süstimise levimus ja suundumused liikmesriigiti erinevad ja need võivad muutuda ka ajalisel plaanis. Alternatiivseid manustamisviise (nt suitsetamist) võidakse kasutada koos süstimisega ning uimastikasutajad võivad ka oma manustamisviisi muuta.

Valikteemas keskendutakse uimastite süstimise olukorrale ja suundumustele ning spetsiaalsetele sekkumistele, mille sihtühmaks on Euroopa süstivad narkomaanid. Väljaandes käsitletakse mõnedes riikides ja piirkondades täheldatud uimastisüstimise vähenemise võimalikke mehhanisme ja arutletakse selle üle, miks on tase teistes riikides jäänud kõrgeks (või tõuseb). Ühtlasi käsitletakse süstimise vähendamiseks kavandatud sekkumisi ja poliitikaid ning ergutatakse uimastitarbijaid kasutama vähemkahjulikke manustamisviise.

Valikteema on kättesaadav trükitult ja Interneti-versioonina üksnes inglise keeles (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) alates 2009. aasta detsembrist.

Kuigi see on rahvatervise seisukohast väga oluline näitaja, esitasid vaid 12 riiki uuemaid hinnanguid narkootikumide süstimise määrade kohta <sup>(117)</sup>. Selle konkreetse rühma kohta kättesaadava teabe suurendamine on seega Euroopa tervishoiu seiresüsteemide väljaarendamise seisukohalt oluline ülesanne.

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

Andmete puudulikkus teeb narkootikumide süstimise ajaliste suundumuste kohta järelduste tegemise keeruliseks, kuigi olemasolevate andmete põhjal võib pidada olukorda stabiilseks Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Ühendkuningriigis ja Norras <sup>(118)</sup>. Kasvu täheldati Küprosel.

Nakkushaiguste uuringute andmed võivad samuti anda teavet riiklike erinevuste ja ajalisel plaanis toimunud muutuste kohta uimastite süstimises. Riikide võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, kuna nimetatud uuringute

värbamiskriteeriumid võivad olla erinevad. Nende uuringute andmetel on kolmes riigis suhteliselt suur uute süstivate narkomaanide (on uimasteid süstinud vähem kui kaks aastat) osakaal (üle 20%), mis võib viidata uute süstijate laialdasemale värbamisele. 10 riigis oli nende osakaal alla 10% <sup>(119)</sup>. Teine näitaja, mis iseloomustab süstimise alustamist viimasel ajal, on valimisse kuuluvate noorte süstijate (alla 25aastaste) osakaal. Nende osakaal süstivate narkomaanide valimis oli 40% Tšehhi Vabariigis, Eestis, Leedus, Austrias ja Rumeenias, samas kui 11 muus riigis olid vähem kui 20% süstivatest narkomaanidest alla 25aastased.

## Süstimine opioiditarbijate seas

Süstimine on tavaline uimasti manustamise viis, enamikus riikides teatasid ravi alustanud opioiditarbijatest uimasti süstimisest rohkem kui pooled, seitsme riigi andmetel on neil süstijaid 25–50% ja viies riigis vähem kui 25%. Ravi alustavate opioiditarbijate seas on süstijate osakaal kõige madalam Taanis ja Madalmaades ning kõige kõrgem Leedus, Lätis ja Rumeenias <sup>(120)</sup>. Raviaruanded tõestavad, et opioiditarbijate seas võib süstimise populaarsus riigiti tugevasti varieeruda. Näiteks on Hispaania autonoomsetes piirkondades süstijate osakaal uute opioidipatsientide seas 0,9–47,2%.

Esimest korda ravi alustavate opioiditarbijate hulgas on süstijaid vähem (42%) kui ravi alustavate opioiditarbijate hulgas (44%). See kehtib 22 andmeid esitanud riigi kohta. 14 riigi ravil olevate uimastitarbijate andmete analüüs näitas, et süstijate osakaal kõikide uimastitarbijate hulgas on endiselt kõrge (62%), kuigi on ka suuri erandeid, näiteks Madalmaad, kus neid on 6,1% <sup>(121)</sup>.

Süstijate osakaalu langus ravi alustavate heroiniitarbijate hulgas jätkus 2007. aastal. See suundumus on nüüd selgelt nähtav ka mõnes sellises riigis, kus seda varem ei täheldatud (näiteks Tšehhi Vabariik, Saksamaa). Ajavahemikus 2002–2007 vähenes süstijate osakaal peamiselt opioide tarvitavate ravi alustavate patsientide hulgas enamikus riikides ning statistiliselt olulisest langusest teatasid 13 riiki. Kuid kaks riiki teatasid sel perioodil ka tõusust (Bulgaaria, Slovakkia) <sup>(122)</sup>.

Muud uuringud üldiselt kinnitavad süstimise langustendentsi opioiditarbijate hulgas. Näiteks Prantsusmaa raviandmetes on alates 2001. aastast täheldatud süstimise levimuse langust ning uuringud tõestavad, et heroiniitarbimise alustamine on üha suuremal

<sup>(117)</sup> Vt joonis PDU-2 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(118)</sup> Vt tabel PDU-6 (iii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(119)</sup> Vt joonis PDU-3 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(120)</sup> Vt tabelid PDU-104, TDI-5 ja TDI-17 (v osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(121)</sup> Vt tabelid TDI-17 (v osa) ja TDI-38 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(122)</sup> Vt tabelid TDI-4 ja TDI-5 2006. ja 2009. aasta statistikabülletäänides.

## Väljakirjutatud opioidide väärkasutamine

Opioididest analgeetikumid on kõige tugevamad narkootikumid, mida kasutatakse tugeva ja kroonilise valu vaigistamiseks. Opioidide kasutatakse asendusravimina opioidisõltuvuse ravis. Neid narkootikume saab retsepti alusel ning nende väärkasutamine võib tekitada tervisekahjustusi, näiteks sõltuvust või üleannustamisest ja süstimisest tekkinud tervisekahjustusi. Kui väljakirjutatud opioidid, mis on mõeldud asendusraviks, suunatakse ettenähtud kasutusest kõrvale, võivad need sattuda ebaseaduslike uimastite turule. USAs näivad Interneti-apteegid omavat olulist rolli väljakirjutatud opioidide kättesaadavaks muutmisel (INCB, 2009a), kuid Euroopas paistab nende mõju olevat piiratud. Euroopas on opioidisõltlastest uimastitarbijatele asendusravimite väljakirjutamise laienemine kaasa toonud nende uimastite väärkasutamisest teatamiste arvu kasvu.

Esitatud andmete põhjal on opioidid (v.a heroiin) peamine uimasti ligikaudu 5% (17 810) Euroopas uimastiravile tuleva patsiendi jaoks. Kõige sagedamini teatatakse buprenorfiinist, mis on peamine uimasti 41% ravinõudluse puhul Soomes ja 7% ravinõudluse puhul Prantsusmaal; metadoonist, mille arvele langeb 18,5% kogu ravinõudlusest Taanis; ning muudest väljakirjutatud opioididest Lätis, Austrias ja Rootsis, mille arvele langeb neis riikides 5–15% kogu ravinõudlusest <sup>(1)</sup>. Tšehhi Vabariik teatas samuti hinnanguliselt 4250 probleemsest buprenorfiinitarbijast 2007. aastal. Põhiliselt ei kajastanud need näitajad probleemse opioiditarbimise üldise levimuse kasvu, vaid hoopis seda, et probleemsed heroinitarbijad on vahetanud ainet. Saksamaa Phar-Mon süsteem, millega jälgitakse suurt hulka ravimeid, mille puhul on olemas väärkasutuse võimalus, teatas samuti väljakirjutatud opioidide väärkasutamise laienemisest seal, kus asendusraviks kasutatavad uimastid mängivad olulisemat rolli kui valuvaigistid (Roesner ja Kufner, 2007).

Väljakirjutatud opioidide väärkasutamine tõstatab olulisi küsimusi, mis on seotud asendusraviks kasutatavate uimastite ja valuvaigistite ebaseaduslikule turule kõrvalesuunamise ennetamisega. Samal ajal tuleb aga hoolitseda ka selle eest, et nimetatud ainete seaduslik kasutamine ei oleks takistatud (Cherny ja teised, 2006).

<sup>(1)</sup> Vt tabelit TDI-113 2009. aasta statistikabülletäänis.

määral seotud aine ninnatõmbamisega ning süstima hakatakse ilmselt varasemaga võrreldes hilisemal uimastitarbimise astmel.

## Probleemse opioiditarbimise ravi

Patsiendid, kes alustavad ambulatoorset ravi peamiselt opioiditarbimise tõttu, on keskmiselt 33aastased ning nende arvukuse kasvust on teatanud peaaegu kõik

## Kaasnevus: uimastite tarbimine ja vaimsed häired

Kaasnevus on uimastitarbimisega seotud probleemide ja psühhiaatriliste häirete samaaegne esinemine indiviidil, mida ta ise sageli ei teadvusta. Uuringutega on kindlaks tehtud psühhiaatriliste probleemide kõrgelevimus uimastiravil olevate patsientide hulgas ning uimastiprobleemide kõrgelevimus psühhiaatrilise ravi asutuste patsientide hulgas (EMCDDA, 2005).

Euroopa uimastitarbijate poolt kõige sagedamini teatatud vaimseteks häireteks on depressioon, ärevus, skisofreenia, isiksusehäired, keskendumisvõime kadumine ja hüperaktiivsus. Kaasnevate terviseprobleemidega uimastitarvitajate ravi Euroopas on jäänud piiratuks. Riiklikud eksperdid teatavad, et eriprogrammid on olemas 18 riigis, kuid nimetatud riikidest 14-s on need kättesaadavad üksnes vähemusele neid vajavatest patsientidest. Seitsmes ülejäänud riigis sellised sihtprogrammid puuduvad, kuid neist riikidest viies kavatakse kõnealused programmid järgmise kolme aasta jooksul välja töötada.

Hiljuti Euroopas läbi viidud prospektiivne mitme keskuse uuring (Isadora) hõlmas psühhiaatriahaiglate akuutse ravi osakondade topeltdiagnoosiga patsiente <sup>(1)</sup>. Uuringu tulemused valgustavad võrdleva analüüsi keerulisust selles valdkonnas, rõhutades vajadust kasutada Euroopa riikides kaasnevate tervisehäirete diagnoosimise, ravi ja uuringute puhul ühtlustatavat lähenemisviisi (Baldacchino ja teised, 2009).

<sup>(1)</sup> <http://isadora.advsh.net/>

riigid <sup>(123)</sup>. Naispatsiendid, esimest korda peamiselt opioiditarbimise tõttu ravi alustavad patsiendid ja opioiditarbijad Euroopa Liiduga alates 2004. aastast ühinenud liikmesriikidest on muudest tarbijatest keskmiselt nooremad.

Naissoost uimastitarbijad on näidanud ennast eriti haavatava rühmana. Üldiselt on meeste ja naiste suhe opioidipatsientide hulgas 3,5:1, naiste osakaal opioidipatsientide seas on suurem põhjapoolsetes riikides (nt Rootsi, Soome) ja madalam lõunapoolsetes riikides (nt Kreeka, Itaalia, Portugal) <sup>(124)</sup>.

Ravi alustavad opioiditarbijad teatavad suuremast töötuse määrast ja madalamast haridustasemest kui muud patsiendid (vt 2. peatükki). Ka on andmeid psühhiaatriliste häirete suuremast esinemissagedusest selles elanikkonnarühmas; näiteks tehti Itaalias uuringuga kindlaks, et enamik (72%) kaasneva psühhiaatrilise haigusega uimastiravipatsiente tarbis esmase uimastina opioide <sup>(125)</sup>.

<sup>(123)</sup> Vt tabelid TDI-10, TDI-32 ja TDI-103 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(124)</sup> Vt tabelid TDI-5 ja TDI-21 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(125)</sup> Vt ka „Kaasnevus: uimastitarbimine ja vaimsed häired“.

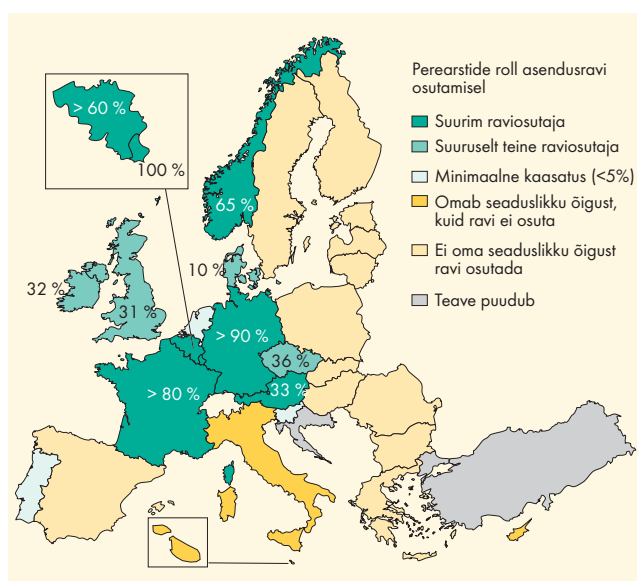
Peaaegu kõik ravi alustavad opioiditarbijad teatavad, et alustasid opioidide tarbimist enne 30. eluaastat ning pooled neist on alustanud juba enne 20. eluaastat. Esmakordse opioiditarbimise ja esmakordse uimastiraviga kokkupuutumise vahele jääb keskmiselt kaheksa aastat <sup>(126)</sup>.

### Raviteenuste pakkumine ja ulatus

Enamasti toimub opioiditarbijate ravi ambulatoorsetes raviasutustes, mis võivad olla eriarstikeskused, perearstikabinetid ja madala läve asutused (vt 2. peatükki). Mõnes riigis, nimelt Bulgaarias, Kreekas, Soomes ja Rootsis, on uimastiravisüsteemis suur tähtsus ka statsionaarse ravi asutustel <sup>(127)</sup>. Opioidisõltlastele Euroopas pakutavate ravivõimaluste valik on lai ning muutub üha mitmekesisemaks, kuigi selle geograafiline kättesaadavus ja ulatus varieeruvad. Kõigis ELi liikmesriikides, Horvaatias ja Norras antakse opioiditarbijatele nii ravimivaba kui ka asendusravi. Türgis on hetkel kaalumisel asendusravi pakumise võimalused.

Ravimivaba meetod on raviviis, mis üldiselt nõuab indiviidilt kõikidest ainetest, sealhulgas ka asendusravist loobumist. Patsiendid osalevad igapäevastes tegevustes ja saavad intensiivset psühholoogilist tuge. Ravimivaba meetodit kasutatakse nii ambulatoorse kui ka statsionaarse ravi asutustes ning kõige sagedamini on liikmesriigid teatanud Minnesota mudeli kohaste teraapiarühmade kasutamisest.

**Joonis 11:** opioidide asendusravi osutamine perearstikabineti ja ühishooldusasutustes



**NB!** Nende asendusravipatsientide osakaal, kes saavad ravi kogukonna perearstilt, on märgitud kaardil.  
**Allikad:** Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Asendusravi, millega üldjuhul kaasneb psühhosotsiaalne hooldus, on tavaliselt võimalik saada spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes. 13 riiki on teatanud, et asendusravi on saadaval ka perearstikabinettides, tavaliselt perearstikabineti ja ühishoolduse asutuses (vt joonist 11). Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal, Madalmaades, Portugalis, Ühendkuningriigis ja Horvaatias on asendusraviõigus igal perearstil, kuid Belgias, Taanis, Saksamaal, Iirimaa, Luksemburgis, Austrias ja Norras peab selleks läbima erikoolituse või olema akrediteeritud. Mitu riiki on teatanud, et geograafilise kättesaadavuse parandamine, ooteaegade lühendamine ja ravilepääsu lihtsustamine ning eriarstide kaasamine on aidanud parandada asendusravi saadavust ja ulatust (Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Prantsusmaa, Austria, Ühendkuningriik).

Ekspertide hinnangul on opioidide asendusravi kättesaadavus suhteliselt kõrge 18 riigis, kus see on kättesaadav vähemalt pooltele opioiditarbijatest (vt 2. peatükki). Sellistes riikides valib asendusravi 10–25% opioidikasutajatest. Hinnanguliselt on asendusravi kättesaadav vähemusele opioidide kasutajatest veel 10 riigis (Eesti, Kreeka, Läti, Leedu, Ungari, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Soome, Norra). Põhjuseks võib olla see, et uimastitarbijad, eriti noored või esmakordselt ravile pöördunud eelistavad ravimivaba meetodit, või on asendusravile pääsemine keeruline. Näiteks Kreekas on opioidide asendusravi ooteaeg üle kolme aasta.

Psühhosotsiaalne hooldus aitab tagada asendusravi tõhususe. Ekspertide hinnangul pakutakse seda peaaegu kõikidele asendusravi patsientidele seitsmes riigis (Kreeka, Itaalia, Läti, Portugal, Rumeenia, Slovakkia, Ühendkuningriik) ning enamusele 14 riigis. Neljas riigis (Eesti, Luksemburg, Ungari, Madalmaad) pakutakse seda hinnanguliselt üksnes asendusravipatsientide vähemusele.

2007. aastal oli ELi, Horvaatia ja Norra asendusravipatsientide hinnanguline koguarv 650 000, kusjuures 2005. aastal oli neid 560 000 ja 2003. aastal 500 000. Kättesaadavad andmed näitavad tõusu kõigis riikides välja arvatud Hispaania, kus asendusravi saajate arv on alates 2002. aastast langenud, ning Prantsusmaa, Luksemburg, Ungari ja Madalmaad, kust on teatatud väikesest langusest või stabiilsest olukorrast. Asendusravi laiendamine on olnud kõige kiirem Eestis, kus patsientide arv kasvas viie aasta jooksul 60-lt rohkem kui 1000-le, ja Bulgaarias, kus ajavahemikus 2003–2007 suurenes ravikohtade arv 380-lt ligikaudu 3000 kohale. Selle ajavahemiku jooksul on asendusravipatsientide arv peaaegu kahekordistunud Tšehhi Vabariigis, Lätis, Soomes

<sup>(126)</sup> Vt tabelid TDI-11, TDI-33, TDI-107 ja TDI-109 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(127)</sup> Vt tabel TDI-24 2009. aasta statistikabülletäänis.

ja Norras, juurdekasv 40% ulatuses on toimunud Kreekas, Poolas, Portugalis, Rumeenias ja Rootsis.

Probleemsete opioiditarbijate hinnangulise arvu ja raviandmete lihtne võrdlus näitab, et rohkem kui 40% neist võib saada asendusravi. Kuna aga mõlemas andmekogumis võib olla ebatäpsusi, tuleks nimetatud hinnangusse suhtuda ettevaatusega. Samal põhjusel on ka raske teha võrdlusi, kuid olemasolevatest andmetest nähtub siiski, et asendusravi saavate probleemsete opioiditarbijate osakaal on riigiti väga erinev, kõikides hinnanguliselt 5% ja rohkem kui 50% vahel <sup>(128)</sup>.

Enamik Euroopa asendusravipatsiente saab metadooni (70%), kuid nüüd on hakanud vähenema nende riikide arv, kus see on ainus retseptiravim, kuna buprenorfiin on muutunud kättesaadavaks kõikides Euroopa Liidu liikmesriikides, välja arvatud neljas (Bulgaaria, Hispaania, Ungari, Poola). Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal, Lätis ja Rootsis kirjutatakse rohkem kui 50% asendusravijuhtumite puhul välja buprenorfiini. Lisavõimalusi pakuvad pikatoimeline morfiin (Bulgaaria, Austria, Sloveenia) ja kodeiin (Saksamaa, Austria, Küpros). Uus buprenorfiini/naloksooni ühend toodi Euroopa turule 2006. aastal ja andmete kohaselt kasutatakse seda 11 riigis. Kuues Euroopa riigis saavad uimastitarbijad, kellel muudest raviviisidest piisavalt kasu ei olnud, heroiniitoetusega ravi.

### Ravi tõhusus, kvaliteet ja standardid

Randomiseeritud kontrollkatsete ja vaatlusuuringute ülevaadetes järeldatakse, et nii metadooni asendusravi kui ka buprenorfiini asendusravi võib olla tõhus vahend

opioidisõltuvuse ravimiseks. Üldiselt on asendusravi näidanud mitut positiivset tulemust, sealhulgas ravil püsimine, opioidide ebaseadusliku tarbimise ja süstimise vähenemine, suremuse ja kriminaalse käitumise vähenemine ning krooniliste heroiniitarbijate tervise ja sotsiaalingimuste stabiliseerumine ja paranemine. Lisaks on viimase aja randomiseeritud kontrollkatsed näidanud, et heroiniitoetusega ravi aitab tõhusalt vähendada ebaseaduslikku uimastikasutust, parandab füüsilist ja vaimset tervist ning vähendab kriminaalset käitumist patsientidel, kelle ravimist peetakse raskeks või kelle puhul ei ole muude raviviisidega edu saavutatud.

Ravitulemuste uuringute põhjal on tõhusaks osutunud ka farmakoteraapiaga kombineeritud psühhosotsiaalsed ja psühhoteraapilised sekkumised (Schulte ja teised, 2008). Nende lähenemisviiside eesmärk on ravimotivatsiooni suurendamine, tagasilanguste ennetamine ja kahjude vähendamine. Lisaks võimaldavad need meetodid patsiente nõustada ning anda praktilist tuge neile, kes peavad kõrvuti opioidisõltuvuse raviga toime tulema eluaseme-, töö- ja pereprobleemidega.

Maailma Terviseorganisatsioon on hiljuti (2009) välja töötanud opioidisõltlaste psühhosotsiaalselt toetatud farmakoloogilise ravi miinimumnõuded ja rahvusvahelised suunised. See dokument on reageering ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu (Ecosoc) resolutsioonile ning selle aluseks on teadusliku kirjanduse süstemaatilised läbivaatamised ning konsulteerimine mitme maineka eksperdiga erinevatest maailmajagudest. Asendusravi suunised on välja töötanud enamik Euroopa riike (vt 2. peatükk).

<sup>(128)</sup> Vt joonis HSR-1 2009. aasta statistikabülletäänis.



## 7. peatükk

# Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad

### Uimastitega seotud nakkushaigused

Sellised nakkushaigused nagu HIV ning B- ja C-hepatiit kuuluvad kõige tõsisemate uimastitarbimisest tingitud tervisehäirete hulka. Isegi riikides, kus HIVi levimus süstivate narkomaanide seas on madal, võivad uimastitarbijaid ebaproportsionaalselt sageli tabada muud nakkushaigused, sealhulgas A-, B- ja C-hepatiit, sugulisel teel levivad haigused, tuberkuloos, teetanus, botulism ja inimese T-lümfotroopne viirus. EMCDDA teeb süstivate narkomaanide hulgas süstemaatilist HIVi ning B- ja C-hepatiidi seiret (antikehade või B-hepatiidi korral muude spetsiifiliste markerite esinemine) <sup>(129)</sup>.

### HIV ja AIDS

Andmed süstivate narkomaanidel diagnoositud HIVi juhtumite kohta näitasid, et 2007. aasta lõpuks oli enamikus Euroopa Liidu riikides haigestumuse tase madal ning maailma mastaabis näib olukord ELis olevat suhteliselt hea. See võib vähemalt osaliselt tuleneda suurenenud ennetustegevusest ning ravi ja kahju vähendamise meetmete, sealhulgas asendusravi ning nõela- ja süstlavahetusprogrammide, paremast kättesaadavusest. Oluline osa võib olla ka muudel teguritel, näiteks mitmes riigis täheldatud uimastite süstimise vähenemisel. Sellele vaatamata nähtub andmetest, et mitmes Euroopa piirkonnas oli 2007. aastal uimastite süstimisest tingitud HIVi nakatumise määr jätkuvalt suhteliselt kõrge, mis rõhutab kohaliku ennetustegevuse katvuse ja tõhususe tagamise vajadust.

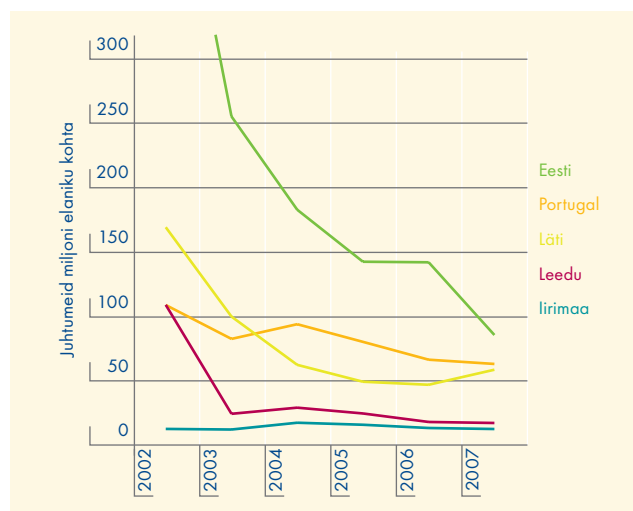
### HIVi nakatumise suundumused

2007. aasta andmetest uimastisüstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude kohta selgub, et pärast aastatel 2001-2002 täheldatud kõrgpunkti, mis oli tingitud nakkuspuhangutest Eestis, Lätis ja Leedus, näitavad nakkusmäärad kogu Euroopa Liidus jätkuvalt langustendentsi <sup>(130)</sup>. 2007. aastal oli 24 ELi liikmesriigis, mille andmed on saadaval, uute diagnoositud nakkuste kogumäär süstivate narkomaanide hulgas 4,7 juhtu miljoni

elaniku kohta, mis on väiksem kui 5,0 juhtu 2006. aastal <sup>(131)</sup>. Kolmest uute diagnoositud nakkusjuhtude kõrgeimast määradest teatanud riigist on Portugalis ja Eestis jätkunud langustendents, kuid Portugalis näib see suundumus stabiliseeruvat. Sellele vastukaaluks teatati Lätist tõusust 47,1 juhtumilt miljoni elaniku kohta 2006. aastal 58,7 juhtumile miljoni elaniku kohta 2007. aastal (joonis 12).

Üldiselt ei ole üheski riigis ajavahemikus 2002–2007 täheldatud elanikkonna hulgas HIVi nakatumise määra olulist suurenemist ja teatatud määrad on jäänud madalaks. Bulgaarias ja Rootsis on siiski nakatunute arv hakanud kasvama – Bulgaarias 0,3 uult juhtumilt miljoni elaniku kohta 2002. aastal 5,6 juhtumile miljoni elaniku kohta 2007. aastal ja Rootsis 3,5 uult juhtumilt miljoni elaniku kohta 2002. aastal 6,7 juhtumiga tippsageduseni 2007. aastal, millele järgnes langus varasematele tasemetele 2008. aastal – mis näitab HIViga seotud

**Joonis 12:** suundumused viies ELi liikmesriigis, kus viimased andmed on näidanud süstivate uimastitarbijate seas HIVi nakatunute kõrget määra



**NB!** Eesti 2002. aasta näitajad jäävad näituskaskest välja (516 juhtumit miljoni elaniku kohta). Täiendava teabe saamiseks vt tabelit INF-104 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Allikad:** ECDC ja WHO Europe.

<sup>(129)</sup> Täpsemat teavet meetodite ja määratluste kohta vt 2009. aasta statistikabülletään.

<sup>(130)</sup> Vt tabel INF-104 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(131)</sup> Riiklikud andmed ei ole kättesaadavad Hispaania, Itaalia ja Austria kohta.

haiguspuhangute jätkuvat võimalikkust süstivate narkomaanide hulgas.

Süstivate narkomaanide valimite HIVi levimuse seire andmed suundumuste kohta täiendavad oluliselt HIVi juhtudest teatamise andmeid. Aastate 2002–2007 levimuse andmed on olemas 25 riigi kohta <sup>(132)</sup>. 11 riigis HIVi levimus selle aja jooksul ei muutunud. Kuues riigis (Bulgaarias, Saksamaal, Hispaanias, Itaalias, Lätis ja Portugalis) näitas levimus üleriigiliste valimite alusel statistiliselt olulist langust. Neist riikidest kahest teatati siiski piirkondlikust levimuse suurenemisest: Bulgaaria ühes linnas (Sofias) ning Itaalia 21 piirkonnast kolmes. Kahes riigis (Leedu, Poola) näitas HIVi levimus üleriigiliste valimite alusel statistiliselt olulist langust.

Uimastite süstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude suundumuste võrdlemine HIVi levimuse suundumustega süstivate narkomaanide hulgas viitab sellele, et uimastite süstimisega seotud HIVi haigestumus näitab enamikus riikides üleriigilisel tasandil langustendentsi.

Uimastite süstimisega seotud uute HIVi diagnooside kõrge aastamäär Eestis, Lätis ja Portugalis viitab sellele, et neis riikides levib nakkus endiselt suurel määral, kuigi Eestis ja Portugalis diagnooside määrad praegu vähenevad. Eesti puhul toetavad viimaseid nakatumisandmeid ka 2005. aasta levimuse andmed, mille kohaselt ligikaudu kolmandik uutest uimastisüstitajatest (neist, kes on süstinud vähem kui kaks aastat) olid HIV-positiivsed. Märke jätkuva HIVi nakatumise kohta pakuvad ka andmed kõrge levimuse (üle 5%) kohta noorte süstivate narkomaanide seas (vähemalt 50-st alla 25aastasest süstivast narkomaanist koosnevad valimid) mitmes riigis: Hispaanias (2006. aasta üleriigilised andmed), Prantsusmaal (5 linna andmed), Eesti (2005. aasta kahe piirkonna andmed), Leedu (2006. aasta ühe linna andmed) ja Poola (2005. aasta ühe linna andmed) <sup>(133)</sup>.

### **AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus**

Andmed AIDSi haigestumuse kohta on olulised, kuna need näitavad sümptomaatilise haigestumise taset, kuigi HIVi nakatumise osas ei ole need heaks indikaatoriks. AIDSi haigestumuse kõrge tase mõnes Euroopa riigis võib viidata sellele, et paljud HIVi nakatunud süstivad narkomaanid ei saa nakatumise järel aktiivset retroviirusevastast ravi nii ruttu kui vaja, mille tõttu kannatab ravi tõhusus.

Eestis on narkootikumide süstimisega seotud AIDSi haigestumus endiselt kõige kõrgem, 2007. aasta näit oli

### **HIVi levik Euroopa Liidu ja naaberriikide narkomaanide hulgas: kasvavad suundumused Ida-Euroopas**

HIVi epideemia areneb Euroopa riikide süstivate narkomaanide hulgas erinevalt. Euroopa Liidu riikides on viimasel ajal diagnoositud HIVi nakatumise juhtumite arv süstivate narkomaanide hulgas olnud stabiilne ja madalal tasemel või isegi langenud. Kuid paljudes endistes Nõukogude Liidu vabariikides suurenesid need määrad 2007. aastal (Wiessing ja teised, 2008b), tõestades, et olemasolevad ennetusmeetmed võivad olla ebapiisavad ning vajavad tugevdamist.

Idapoolsetes riikides, kus pärast 2001. aasta tipptaset täheldati langust (Venemaa, Valgevene), on viimastel aastatel taas märgata tõusu. 2007. aastal varieerus hiljuti diagnoositud ja teatatud HIVi nakatumiste määr süstivate narkomaanide hulgas nullist Turkmenistanis kuni 80 juhtumini miljoni elaniku kohta Kasahstanis ja 152 juhtumini miljoni elaniku kohta Ukrainas. Kõige viimaste andmete kohaselt oli Venemaal 2006. aastal 78 juhtumit miljoni elaniku kohta.

Absoluutarvudes on Ukraina teatanud kõige suuremast arvust uutest HIVi juhtumitest süstivate narkomaanide hulgas 2007. aastal (7087 juhtumit), järgnevad Usbekistan (1816 juhtumit) ja Kasahstan (1246 juhtumit), Venemaa on teatanud 11 161 juhtumist 2006. aastal. Paljudes muudes endistes Nõukogude Liidu vabariikides, kus üldarvud ja -määrad on madalad, on teatatud juhtumite arv hakanud tõusma, viidates epideemia tekkimise võimalikkusele süstivate narkomaanide seas. Nende riikide hulka kuuluvad Aserbaidžaan, Valgevene, Gruusia, Kirgisia, Moldovaavia ja Tadžikistan.

hinnanguliselt 33,5 uut juhtu miljoni elaniku kohta, mis võrreldes 2006. aasta 17,1 uue juhtumiga miljoni elaniku kohta näitab olulist tõusu. Suhteliselt kõrgeast AIDSi haigestumuse tasemest on teatanud ka Läti, Hispaania, Portugal ja Leedu: sealsed näitajad on vastavalt 13,2; 8,8; 8,6 ja 6,2 uut juhtu miljoni elaniku kohta. Nimetatud neljast riigist on täheldatud langustendentsi Hispaanias, Lätis ja Portugalis, kuid mitte Leedus <sup>(134)</sup>.

### **B- ja C-hepatiit**

Kui HIVi levimus uimastisüstitajate hulgas on kõrge vaid üksikutes ELi riikides, siis viiruslik hepatiit ja eriti C-hepatiidi viiruse (HCV) põhjustatud nakkus on Euroopa süstivate narkomaanide seas palju ühtlasemalt levinud. Ajavahemikus 2006–2007 varieerus HCV antikehade sisaldus süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites ligikaudu 18%-st kuni 95%-ni, kusjuures pooled riikidest teatasid levimusest üle 40%. Kolm riiki (Bulgaaria, Tšehhi

<sup>(132)</sup> Vt tabel INF-108 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(133)</sup> Vt tabelid INF-109 ja INF-110 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(134)</sup> Vt joonis INF-1 2009. aasta statistikabülletäänis.

Vabariik ja Sloveenia) teatasid alla 25%-lisest levimusest süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites <sup>(135)</sup>; kuid ka sellised nakkuse määrad on oluliseks rahvatervise probleemiks.

Riigisisese C-hepatiidi levimuse tasemed võivad olla üsna erinevad, peegeldades nii piirkondlikke erinevusi kui ka valimi eripära. Näiteks näitavad Ühendkuningriigi kohaliku tasandi uuringute andmed erinevusi vahemikus 29–60%, Itaalias varieeruvad erinevad piirkondlikud näitajad aga 36–92%.

Noorte (alla 25aastaste) ja uute (vähem kui kaks aastat uimasteid tarvitanud) süstivate narkomaanide hulgas aastatel 2006–2007 läbi viidud uuringutest võib järeldada, et Euroopa piires on nendes elanikkonnarühmades C-hepatiidi põhjustatud nakkuse näitajad erinevad <sup>(136)</sup>. Ka võib neist uuringutest järeldada, et ajavahemik, mille jooksul on võimalik C-hepatiidi nakkust ennetada, on võrdlemisi lühike, sest paljud nakatuvad viirusesse üsna pea pärast süstimise alustamist.

### C-hepatiidi levimus kui süstimisel HIVi saamise ohu võimalik näitaja

EMCDDA koostatud modelleerijate ja epidemioloogide rühm on uurinud, kas süstivate narkomaanide hulgas C-hepatiidi viiruse (HCV) levimuse kohta kogutud teavet saab kasutada HIVi nakatumise riski näitajana. C-hepatiit levib nagu HIVgi sama nööla kasutamise kaudu. Kuna C-hepatiit on palju kergemini nakkav, võib see aidata välja selgitada riskikäitumise üldist taset (sama nööla kasutamine, süstimistarvikute ühiskasutus ja süstimispartneri vahetamine) uimastitarvitajate rühmas, kus HIV ei ole veel levinud.

C-hepatiidi ja HIVi levimuse andmete paarisanalüüs näitas, et C-hepatiidi levimus kuni ligikaudu 30% (95% usaldusvahemik, 21–38%) süstijate hulgas on seotud HIVi null- või väga madala levimusega. Kuid kõrgemate C-hepatiidi levimuse tasemete puhul leiti, et HIVi ja C-hepatiidi levimuse vahel on lineaarne seos ning et aegriade andmed viitavad sellele, et vaadeldav HIVi levimus suureneb ligikaudu poole võrra C-hepatiidi levimusest.

Need tulemused näitavad, et C-hepatiidi levimust võiks kasutada abivahendina süstivate narkomaanide sihtrühmadele suunatud ennetusalaste ja kahju vähendavate sekkumiste väljatöötamisel. Lisaks võib seda kasutada ka HIVi puhangu tekkimise ohu hindamiseks riikides, kus HIVi levimus süstivate uimastitarvitajate seas on praegu veel madal.

Allikas: Vickerman ja teised (esitatud).

B-hepatiidi viiruse (HBV) antikehade levimuses esineb samuti suuri erinevusi, mille põhjuseks võivad osaliselt olla erinevused vaksineerimismäärades, kuigi ka teiste tegurite roll võib olla oluline. Kõige täielikum andmekogu on olemas B-hepatiidi tuumaantigeeni antikeha (anti-HBc) kohta, mis viitab varasemale nakkusele. Aastatel 2006–2007 teatas kolm riiki kümnest süstivate narkomaanide kohta andmeid esitanud riigist üle 40%-lisest anti-HBc levimusest <sup>(137)</sup>.

Ajalises plaanis on B- ja C-hepatiidi registreeritud juhtumite põhjal kujunenud nakkuste üldpilt erinev, kuid neid erinevusi on raske tõlgendada. Mõninga ülevaate nende nakkuste epidemioloogiast annab ehk süstivate narkomaanide osakaal kõigi teatatud juhtude hulgas, mille riskitegurid on teada (Wiessing ja teised, 2008a). B-hepatiidi puhul on uimastisüstijate osakaal langenud ajavahemikus 2002–2007 neljas riigis seitsmeteistkümnest. C-hepatiidi teatatud juhtude hulgas on süstivate narkomaanide osakaal aastatel 2002–2007 seitsmes riigis langenud, kuid neljas muus riigis (Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis, Maltal, Ühendkuningriigis) jällegi tõusnud <sup>(138)</sup>.

### Nakkushaiguste ennetamine

17 ELi liikmesriiki ja Türgi teatavad, et nakkushaiguste leviku ennetamine uimastitarbijate hulgas on osa nende riiklikust uimastistrateegiast ja 6 muud riiki teatavad asjakohase eristrateegia väljatöötamisest. Neist 23 riigist 10 riiki on teatanud ka kohalikul või piirkondlikul tasandil nakkushaiguste leviku tõkestamise strateegiate olemasolust.

Nakkushaiguste leviku vastu võitlemiseks uimastitarbijate hulgas on ELi liikmesriikides kasutusel mitu kombineeritud lähenemisviisi, sealhulgas uimastiravi; steriilsete süstimisvahendite jaotamine; kogukonnapõhised tegevused, mis hõlmavad tervishoiualast teavitamist ja nõustamist, testimist ja käitumuslikke sekkumisi, sageli otse abivajajateni jõudmiseks korraldatud sekkumiste või madala läve asutuste kaudu. 27 riigi eksperdid esitasid andmeid nakkushaiguste uimastitarbijate seas levimise tõkestamiseks välja valitud sekkumiste seadmisest tähtsuse järjekorda <sup>(139)</sup>. 23 riiki pidas esmatähtsaks juurdepääsu steriilsetele süstimisvahenditele nööla ja süstla programmide kaudu; nakkushaiguste testimist ja nakkushaigustega seotud nõustamist pidas kõige olulisemaks 16 riiki ning teabe- ja reklaammaterjalide levitamist ning haridustegevust 14 riiki.

<sup>(135)</sup> Vt tabelid INF-111 kuni INF-113 2009. aasta statistikabülletäänis..

<sup>(136)</sup> Vt joonis INF-6 (ii osa) ja (iii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(137)</sup> Vt tabel INF-115 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(138)</sup> Vt tabelid INF-105 ja INF-106 2009. aasta statistikabülletäänis..

<sup>(139)</sup> Vt tabel HSR-6 2009. aasta statistikabülletäänis.

## Kroonilist C-hepatiiti põdevate süstivate narkomaanide ravi

Kuni 30%-l väljaravimata kroonilise C-hepatiidiga patsientidel areneb 30 aasta jooksul välja maksatsirroos ning lõppfaasis maksahaigusega patsiendi hoolduskulud on märkimisväärselt suured (Jager ja teised, 2004). C-hepatiidi tõttu Euroopa riikidele langenud koormuse vähendamiseks tuleks edendada ja laiendada selle suurima patsiendirühma ravilepääsu, kuhu kuuluvad kroonilised viirusekandjad, kes on aktiivselt süstivad narkomaanid.

Praegune kroonilise C-hepatiidi ravi – kuue- kuni kaheistkümnepäevane ravikuur, kus teraapia on kombineeritud aeglase toimega interferooni ja ribaviiriiniga – on tõhus rohkem kui 50% patsientide puhul, kellel tekib pidev vastutoime viirusele. Kuigi pikaajalisi uuringuid on ikka veel vähe, on kättesaadavad uuringud näidanud tulemuste kokkulangevust ja viirusevastase ravi edukust süstivate narkomaanide hulgas (nt Moussalli ja teised, 2007), tõestades samal ajal ka C-hepatiidi vanglas ravimise kulutõhusust (Sutton ja teised, 2008) ning kaasnevate psühhiaatriliste häiretega narkomaanide ravi ohutust ja tõhusust (Loftis ja teised, 2006).

Uimastitarbijate võimalused saada C-hepatiidi ravi on siiski jäänud väikeseks. Põhjuseks võib olla ebapiisav raviteenuste osutamise suutlikkus, info puudumine ravivõimaluste kohta või uimastikasutajate vähene tähtsustamine. Mitu ELi riiki, sealhulgas Taani, Saksamaa, Prantsusmaa, Madalmaad ja Ühendkuningriik, on viimastel aastatel vaadanud läbi oma poliitikat, et luua testimisele ja ravile pääsemise võimalus nendele C-hepatiidi viiruse kroonilistele kandjatele, kes on aktiivselt süstivad narkomaanid.

C-hepatiidi ravimine uimastisõltuvuse kontekstis võib olla keerukas, kuid seda on võimalik hõlbustada hoolikalt planeeritud ja korraldatud kliinilise hoolduse ning patsientidega teavitatud nõusoleku alusel tehtava koostöö abil. Ravitulemusi parandab multidistsiplinaarsete meeskondade kasutamine, kes suudavad tegeleda uimastisõltuvuse, maksa ravimise ja kaasnevate vaimsete probleemidega (Grebely ja teised, 2007).

2005. aastal, kui koguti samalaadseid andmeid, pidas enamik vastajatest kõige olulisemaks steriilsete süstalde jaotamist. Nüüd tuleb pidevalt juurde riike, kes teatavad, et nende prioriteediks on nakkushaigustega seotud nõustamine ja testimine ning hepatiidi vastu immuniseerimise sihtprogrammid.

## Seksumised

Uuringud on näidanud, et ravil püsimine vähendab uimastite süstimist ning uimastitarbimisega seotud riskikäitumist, kaitstes seega HIVi nakatumise eest. Enamikus Euroopa riikides on kahjude vähendamine ja

raviteenuste osutamine alates 1990. aastate keskpaigast oluliselt kasvanud (Hedrich ja teised, 2008b). Kõigis ELi liikmesriikides, Horvaatias ja Norras on opioiditarbijate asendusravi saadaval, kuid paljudes riikides jääb selle sekkumise pakkumine siiski piiratuks (vt peatükke 2 ja 6).

Riiklike ekspertide hinnangul on individuaalset nakkushaigusteteemalist nõustamist saanud viimasel aastal peaaegu kõik probleemsed uimastitarbijad 17 riigis <sup>(140)</sup>. 12 riigi olukord C-hepatiidi testimise osas on samasugune ning 11 riigi ekspertide hinnangul on enamik uimastitarbijatest saanud viimase aasta jooksul praktilisi nõuandeid ning ohutuma tarbimise ja süstimise alast koolitust. 28 andmeid esitanud riigist kuulub B-hepatiidi vastu vaktsineerimine 21 riigis immuniseerimise kavassee ning 17 riigis on olemas kogukonna uimastitarbijatele suunatud vaktsineerimise eriprogrammid. 17 riiki on teatanud uimastitarbijate terviseharidusealastest meetmetest, sealhulgas eakaaslastest koolitajate kaasamisest.

Nõela- ja süstlavahetusprogrammid on saadaval kõigis ELi liikmesriikides, Horvaatias ja Norras. Küprosel ei ole seda programmi aga 2007. aastal peaaegu üldse kasutatud. 11 riigis sai sama perioodi vältel süstlaid vaid väike osa süstijatest, kuigi neist riikidest üheksa olid loetlenud oma nakkushaiguste leviku tõkestamise prioriteetsete meetmete hulgas juurdepääsu puhastele süstimisvahenditele.

26 andmeid esitanud riigist 18-s suurenes ajavahemikus 2005–2007 nõela ja süstla programmide kaudu välja jagatud süstalde arv. Aastas ühele kliendile antud süstalde arv varieerub oluliselt, näiteks jagati 2007. aastal nõela ja süstla programmide kaudu igale kliendile Horvaatias ja Leedus ligikaudu 50 süstalt, Soomes 200 ja Rumeenias 300 <sup>(141)</sup>.

14 riigis, mille kohta on olemas usaldusväärsed andmed või hinnangud, ületas 2007. aastal välja jagatud süstalde arv 2003. aasta näitajat 33% võrra. Väljajagatud süstalde arvu pidevast suurenemisest selle perioodi vältel teatasid Belgia, Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Eesti, Ungari, Austria, Slovakkia ja Soome. Lätis jäi süstaldega varustamine samale tasemele, langusest teatasid aga Hispaania, Leedu, Luksemburg, Portugal ja Poola.

15 riigi esitatud andmed tõestavad, et 2007. aastal kasutas rohkem kui 125 000 inimest nõela ja süstla programmiga ühinenud asutuste abi <sup>(142)</sup>. Teave patsientide ligipääsu kohta nendele programmidele ei ole saadaval nelja suurima ELi liikmesriigi (Saksamaa, Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik) kohta. Prantsusmaa 120-s „CAARUDI” kahjude vähendamise keskus läbi

<sup>(140)</sup> 26 ELi riigi, Türgi ja Norra eksperdid hindasid teatavate uimastitarbijate mõeldud sekkumiste pakkumise tasemeid.

<sup>(141)</sup> Vt tabel HSR-5 (i osa) ja (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(142)</sup> Vt tabel HSR-5 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

viidud üleriigiline uuring näitas, et 2007. aastal kasutas keskusi hinnanguliselt 40 000 inimest (Toufik ja teised, 2008). Ühendkuningriigis loodi 2008. aastal uus nõelavahetuse seiresüsteem.

Madala läve asutused võivad aidata viia esmaseid tervise teenuseid ja kahjusid vähendavaid sekkumisi elanikkonnarühmadele, kelleni on üldjuhul raske jõuda. Hiljuti hinnati Soomes süstivatele narkomaanidele tervise teenuseid osutavaid madala läve asutusi ja järeldati, et nende asutuste pakutavate teenuste kombinatsioon on mänginud olulist rolli nakkushaiguste ennetamisel. Ühtlasi leiti, et selle kulutõhusa uuenduse rakendamine riigi piiranguid seadva uimastipoliitika raames on võimalik (Arponen ja teised, 2008).

Nõela ja süstla programmid võivad ka kaasa aidata hea tervise edendamisele. Ametliku õppekava või käsiraamatute põhjal toimuvat tervise edendamise koolitust pakutakse nõela ja süstla programmi töötajatele 20 riigis ja farmatseutidele 9 riigis. 11 Eli liikmesriiki on teatanud, et neil on olemas madala läve asutuste töö juhised, mis hõlmavad selliseid valdkondi nagu nakkushaiguste testimine, süstlavahetus, otse sihtrühmadega tehtav töö ja koolitus eakaaslaste poolt.

## Uimastitega seotud surmad ja suremus

Uimastitarbimine on noorte üks peamisi terviseprobleemide ja surma põhjusi Euroopas. Seda illustreerib EMCDDA poolt toetatud rahvusvaheline uuring, mille tulemusel selgus, et seitsmes Euroopa linnapiirkonnas võis 10–23% 15–49aastaste suremusest panna opioidide tarbimise arvele (Bargagli ja teised, 2005).

Uimastitega seotud suremus hõlmab neid surmajuhtumeid, mis on otseselt põhjustatud ühe või mitme aine farmakoloogilisest mõjust (uimastitest põhjustatud surmad), samuti neid surmasid, mille kaudseks põhjuseks on uimastitarbimine ja millega kaasnevad sageli muud samaaegsed tegurid (nt õnnetused). Teadaolevad surmapõhjused hõlmavad akuutset mürgisust; liiklusõnnetusi, eriti kui need on seotud alkoholiga (EMCDDA, 2007c); vägivalda; haavatavasse inimrühma kuuluvate isikute enesetappe või korduvast tarbimisest tingitud kroonilisi haigusi (nt kokaiinitarbijate südame-veresoonkonna häired). Enamiku uimastitega seotud surmade puhul on küll tegemist probleemsete uimastitarbijatega, kuid surmasid tuleb ette ka muudes tarbijarühmades, sealhulgas ka juhulike uimastikasutajate hulgas <sup>(143)</sup>.

## Uimastitest põhjustatud surmad

EMCDDA määratleb uimastitest põhjustatud surmana need surmajuhtumid, mis on otseselt põhjustatud (üleannustamisena) ühe või mitme narkootikumi tarbimisest, millest vähemalt üks on ebaseaduslik uimasti. Surmajuhtumite arvu võivad mõjutada sellised tegurid nagu uimastitarbimise levimus ja harjumused (süstimine, mitme uimasti kasutamine), uimastitarbijate vanus ja kaasnevad terviseprobleemid ning ravi- ja hädaabiteenuste kättesaadavus.

Euroopa andmete usaldusväärsuse paranemine viimastel aastatel on võimaldanud paremini kirjeldada Euroopa ja riiklike suundumusi ning enamik riike kasutab nüüdseks uimastitest põhjustatud surma definitsiooni, mis on kooskõlas EMCDDA asjakohase määratlusega <sup>(144)</sup>. Vaatamata sellele esineb riikidevahelisi erinevusi surmajuhtumite kindlakstegemise ning riiklike surmaregistritele ning EMCDDA-le andmete esitamise kvaliteedis ning otseseid võrdlusi tehes tuleks seetõttu olla ettevaatlik.

Aastatel 1990–2006 teatasid Eli liikmesriigid, Horvaatia, Norra ja Türgi 6500-st kuni 8500-st uimastitest põhjustatud surmajuhtumist aastas, mis teeb kokku üle 135 000 surmajuhtumi selle aja jooksul. 2006. aastal langesid Ühendkuningriigi ja Saksamaa arvele pooled kõikidest uimastitest põhjustatud surmajuhtumitest. Elanikkonna uimastitest põhjustatud suremus on riigiti väga erinev, ulatudes kolmest kuni rohkem kui 85 surmajuhtumini miljoni elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas, mis teeb keskmiselt 22 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta Euroopas. 30 Euroopa riigist 17-s on üle 20 surmajuhtumi miljoni elaniku kohta ning kuues riigis üle 40 juhtumi (joonis 13). Uimasti üleannustamine oli 4% 15–39aastaste vanuserühma kuuluvate eurooplaste surma põhjuseks <sup>(145)</sup>.

## Opioididega seotud surmad

### Heroiin

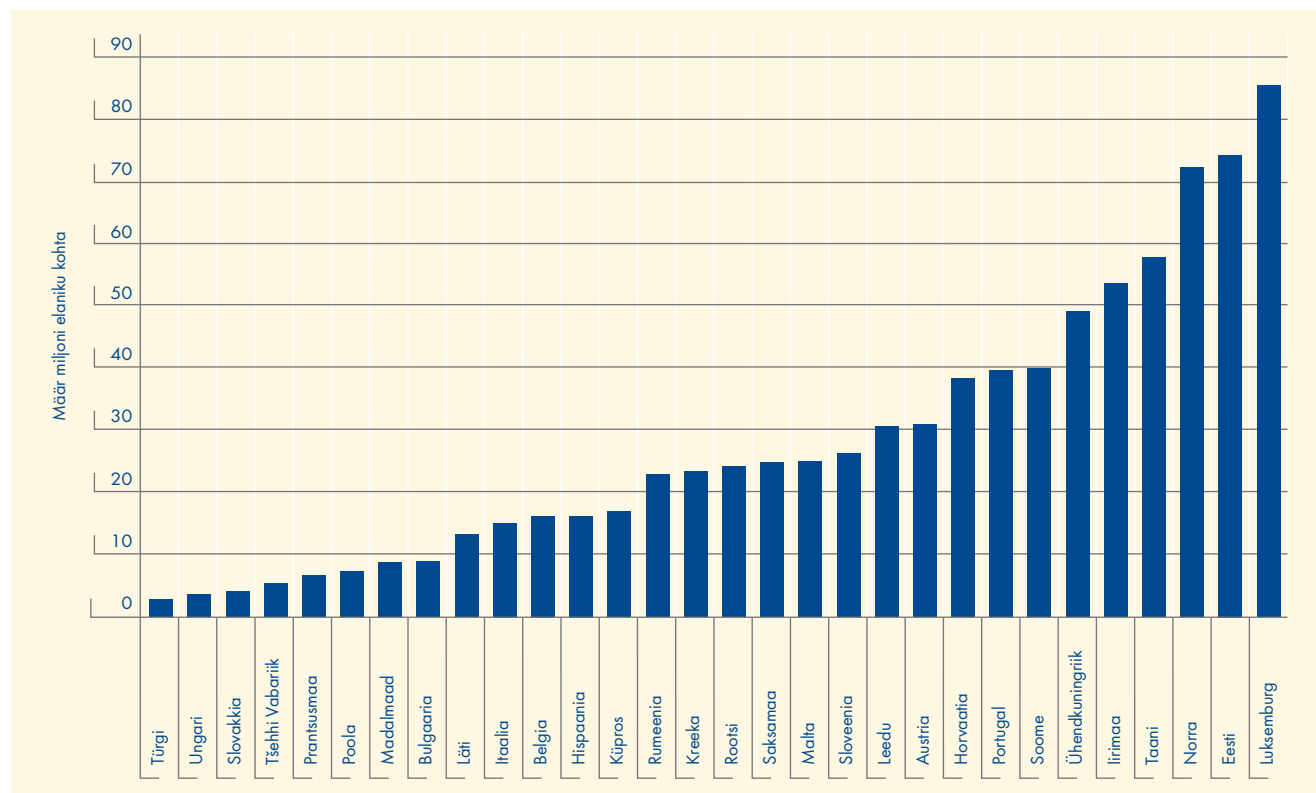
Enamiku Euroopa Liidus registreeritud uimastitest põhjustatud surmade puhul on tegemist opioididega, peamiselt heroini või selle metaboliididega. 22 andmeid esitanud riigis põhjustasid opioidid 35% kuni peaaegu 100% kõikidest surmajuhtumitest, kusjuures nimetatud riikidest 11 teatas üle 85% ulatuvast opioididest põhjustatud surmade osakaalust <sup>(146)</sup>. Heroiiniga seotud surmajuhtumite toksikoloogilistes aruannetes on tuvastatud

<sup>(143)</sup> Vt 2008. aasta aruanne „Uimastitega seotud suremuse keerukas mõiste“.

<sup>(144)</sup> Vt täpsemat metodoloogilist teavet 2009. aasta statistikabülletäänist.

<sup>(145)</sup> Vt joonis DRD-7 (i osa) ja tabelid DRD-5 (ii osa) ja DRD-107 (i osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(146)</sup> Kuna enamik EMCDDA-le teatatud surmajuhtumiteid on põhjustatud opioidide üleannustamisest (peamiselt heroini), siis kasutatakse uimastitest põhjustatud surmajuhtumite tavapäraseid tunnuseid ka opioididest põhjustatud surmajuhtumite kirjeldamiseks. Vt joonis DRD-1 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Joonis 13:** uimastitest põhjustatud suremus kõigi täiskasvanute hulgas (vanuses 15–64 aastat)

**NB!** Tšehhi Vabariigi puhul kasutati riikliku definitsiooni asemel EMCDDA valikus D esitatud määratlust; Ühendkuningriigi puhul kasutati narkostrateegia määratlust; Rumeenia puhul kajastavad andmed vaid Bukaresti ja mitme Bukaresti Toksikoloogilabori teeninduspiirkonda kuuluva maakonna andmeid; Portugali puhul kajastavad andmed kõiki juhtumeid, mille puhul surmajärgse analüüsiga tuvastati ebaseaduslike uimastite tarbimist ja mis valikuga D võrreldes on tõenäoliselt ülehinnatud. Elanikkonna suremuse määrade arvutused põhinevad Eurostati poolt teatatud riikide rahvaarvul 2006. aastal. Kuna uimastitest põhjustatud surma definitsioonide ja andmete kvaliteedi osas on erinevusi, tuleb võrdluste tegemisel olla ettevaatlik. Täiendava teabe saamiseks levimuse kohta vt joonist DRD-7 (i osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

**Allikad:** Reitoxi riikide aruanded (2008), riiklike surmaregistrite ja (kohtu või politsei) eriregistrite andmed, Eurostat.

sageli teisigi aineid. Neist kõigi sagedamini on nimetatud alkoholi, bensodiasepiine, muid opioide ning mõnedes riikides ka kokaiini. Sellest nähtub, et märkimisväärne osa kõikidest uimastitest põhjustatud surmajuhumitest võib olla põhjustatud mitme uimasti koostarbimisest.

Enamik opiidide üleannustamise ohvritest Euroopas on mehed (82%). Enamikus riikides on uimastite üledoosi ohvrid keskmiselt kolmekümneendates eluaastates, paljudes riikides on surmaga lõppenud üleannustamise ohvrite keskmine vanus tõusmas, mis viitab noorte heroiniitarbijate arvu võimalikule stabiliseerumisele või vähenemisele. Euroopas on alla 25aastaste osakaal üleannustamisjuhtumite hulgas keskmiselt 14%, kuigi Bulgaarias, Austrias ja mõnes uimastitest põhjustatud surmade väikeseid arvnäitajaid teatanud riigis (Malta, Küpros, Slovakkia, Rumeenia) langeb rohkem kui üks kolmandik üleannustamisest tingitud surmadest siiski sellesse vanuserühma. See võib näidata, et nendes riikides tarbivad heroini või süstivad uimasteid nooremad elanikkonnarühmad (<sup>147</sup>).

Heroiini üleannustamisega kaasnevateks teguriteks on süstimine ja näiteks alkoholi, bensodiasepiinide ja mõnede antidepressantide samaaegne tarbimine, samuti terviseprobleemid (Šoti valitsus, 2008). Eriti suur üleannustamise oht on kohe pärast vanglast vabanemist või uimastiravi lõpetamist.

Hinnanguliselt tuleb iga surmaga lõppeva üleannustamise kohta 20–25 üleannustamist, mille tagajärgede kohta täpsem teave puudub. EMCDDA koostab kriitilist ülevaadet selle valdkonna riskitegurite ja võimalike sekkumiste kohta.

#### Metadoon ja buprenorfiin

Uuring näitab, et opiidide asendusravi vähendab surmaga lõppeva üleannustamise riski. Sellele vaatamata on igal aastal registreeritud mitu opiidide asendusravi ainetega (metadooni või buprenorfiiniga) seotud surmajuhumit, mis on enamasti tingitud väärkasutusest, mõnedel juhtudel aga ka ravi käigus ilmnenu probleemidest.

(<sup>147</sup>) Vt joonised DRD-2 ja DRD-3 ja tabel DRD-1 (i osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

Paljud riigid on teatanud metadooni esinemisest olulise osa uimastitega seotud surmajuhtumite puhul, kuigi ühiste aruandestandardite puudumise tõttu ei ole metadooni roll surmajuhtumites alati selge, sest esindatud võivad olla ka muud uimastid. Lisaks võivad mõju avaldada muud tegurid, sealhulgas opioiditaluvuse kadumine, liigne annustamine või mitteasjakohane tarbimine, mille hulka kuulub ebaregulaarne ja raviväline tarbimine.

Buprenorfiinimürgistusest põhjustatud surmajuhtumid näivad olevat harvad, vaatamata sellele, et nimetatud aine asendusraviv kasutamine paljudes Euroopa riikides kasvab (vt 6. peatükki). Soomes on aga buprenorfiin praegu aine, mida tuvastatakse uimastitest põhjustatud surmajuhtumite puhul kõige sagedamini, tavaliselt kasutatakse seda koos rahustite või alkoholiga või süstitakse.

#### *Fentanüül ja muud sünteetilised opioidid*

Fentanüülimürgistuste epideemia põhjustas Eestis 117 süstiva uimastitarbija surma aastatel 2005-2006 (EMCDDA, 2008b). 2007. aasta fentanüüluga seotud surmajuhtumite kohta Eestis teavet saadaval ei ole, kuigi viimased uuringud kinnitavad selle uimasti tarbimise kasvu süstivate narkomaanide hulgas. 2007. aastal teatas kaks kolmandikku Tallinnas uuritud süstijatest, et fentanüül on nende esmane uimasti ja üks kümnest süstlavahetuse programmis osalevatest süstijast teatas fentanüüli süstimisest viimase kuu jooksul. Tallinnas viidi läbi veel üks uuring, mille tulemusel selgus, et fentanüüli peamiseks uimastiks teatanud süstijate hulgas oli kõrgem HIVi levimus ning nende süstimisega seotud riskikäitumise ning elu jooksul üledoosi saamise väljavaated olid suuremad kui amfetamiinisüstijatel (Talu ja teised, 2009). Soomest teatati 21 surmajuhtumist seoses selliste opioidide tarbimisega nagu oksükodoon, tramadool või fentanüül, kuigi nende uimastite rolli ei täpsustatud.

#### **Muude uimastitega seotud surmad**

Kokaiinist põhjustatud surmajuhtumeid on raskem määratleda ja kindlaks teha kui opioididega seotud surmajuhtumeid. Otsest üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumid näivad olevat ebatavalised ning on tavaliselt seotud väga suurte kokaiiniannustega. Enamik kokaiini põhjustatud surmadest näibki olevat seotud uimasti kroonilise mürgisusega, mis põhjustab südame-veresoonkonna ning neuroloogilisi probleeme. Alati ei suudeta välja selgitada kokaiini osa nendes surmajuhtumites ning seetõttu ei teatata neist kui kokaiiniga seotud juhtumitest. Võimalike kokaiinist põhjustatud surmajuhtumite andmete tõlgendamist raskendab paljudel

juhtudel ka uimasti esinemine koos muude ainetega, mis teeb põhjuslike seoste väljaselgitamise keeruliseks.

2007. aastal teatas 12 liikmesriiki kokku enam kui 500-st kokaiiniga seotud surmajuhtumist (võrreldes 450 surmajuhtumiga 14 riigis 2006. aastal). Siiski on tõenäoline, et kokaiinist põhjustatud surmajuhtumite arv Euroopa Liidus on tegelikult suurem.

Ecstasy'ga seotud surmadest teatatakse endiselt harva ja kui seda juhtub, siis paljudel juhtudel ei ole uimastit surma otsese põhjusena nimetatud. Amfetamiinidega seotud surmadest teatatakse Euroopas üldiselt samuti harva, kuid Tšehhi Vabariigis oli pervitiiniga (metamfetamiiniga) seotud suur hulk (11 juhtumit 40-st) uimastite (välja arvatud ravimite) põhjustatud surmajuhtumeid, võrreldes nende 14 juhtumiga, mille põhjuseks olid opioidid. Soomest teatati, et 229 surmajuhtumist 40% puhul oli amfetamiini olemasolu toksikoloogiliselt kindlaks tehtud, kuigi see ei tähenda tingimata, et nimetatud uimasti oli surma otseseks põhjuseks (<sup>148</sup>).

#### **Uimastitest põhjustatud surmade suundumused**

1980. aastatel ja 1990. aastate alguses toimus Euroopas uimastite põhjustatud surmade osas järsk tõus (mis oli oletatavasti paralleelne heroiniitarbimise ja süstimise ulatusliku levikuga) – pärast seda jäi vastav näitaja pidama suhteliselt kõrgele tasemele. Pikki aegridu esitanud riikide andmete põhjal on võimalik välja tuua ka erinevaid suundumusi: mõnedes riikides (nt Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia) esines kõige rohkem surmajuhtumeid 1990. aastate algusest kuni keskpaigani, hiljem hakkas nende arv langema; teisel (nt Iirimaa, Kreeka, Portugal, Soome, Rootsi, Norra) oli surmajuhtumite arv enne selle langemist kõige kõrgem 2000. aasta paiku; mõnedes riikides (nt Taani, Madalmaad, Austria, Ühendkuningriik) võis aga täheldada tõusvat suundumust ilma selge haripunktita (<sup>149</sup>).

Aastatel 2000–2003 teatasid paljud ELi riigid uimastitest põhjustatud surmajuhtumite arvu langusest, millele järgnes tõus aastatel 2003–2006. 2007. aasta kohta kättesaadavate esialgsete andmete põhjal on selle aasta arvnäitaja eelmise aasta omaga vähemalt võrdne, kusjuures tõusust on teatanud 18 riigist 14.

Põhjuseid, miks uimastitest põhjustatud surmade arv ei ole teatatud andmete põhjal muutunud, on raske seletada, eriti kuna on olemas märke uimastisüstimise vähenemise ning ravi- ja kahjude vähendamise asutustega kontakte omavate opioiditarbijate arvu kasvu kohta. Seega, vaatamata elanikkonna riskirühma võimalikule vähenemisele on

<sup>(148)</sup> Muude uimastitega kui heroini seotud surmajuhtumite andmeid vt tabelist DRD-108 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(149)</sup> Vt joonised DRD-8 ja DRD-11 2009. aasta statistikabülletäänis. Ajaloolistel põhjustel viitab ELi suundumus EU-15-le ja Norrale.

uimastitest põhjustatud surmade arv jäänud samaks või isegi kasvanud, mis tekitab tõsist muret.

Sellel nähtusel võib olla mitu võimalikku seletust, mis kõik nõuavad täiendavat uurimist. See võib olla seotud krooniliste uimastitarbijate populatsiooni vananemisega ja seetõttu haavatavamaks muutumisega; mitme uimasti tarbimise või kõrge ohutasemega riskikäitumise kasvuga; kõige haavatavamate rühmadeni mitte jõudmise ja nendele suunatud teenuste puudumisega või ka vanglast vabanenud või ravi lõpetanud opioiditarbijate tagasilangusega, kelle puhul on selline oht teadaolevalt väga suur <sup>(150)</sup>.

### Uimastite tarbimisega seotud üldine suremus

Lisaks uimastitest põhjustatud surmadele hõlmab uimastite tarbimisega seotud üldine suremus ka kaudselt uimastitarbimisest põhjustatud surmasid. Ohvriteks on neil juhtudel probleemsed uimastitarbijad, vahel ka juhuslikud uimastikasutajad (nt liiklusõnnetused, enesetapud). Kuigi kaudselt uimastitest põhjustatud surmajuhumite arvu on raske hinnata, võib nende mõju rahvatervisele olla üsnagi oluline.

Üldist suremust võib hinnata erinevatel viisidel. Üks meetod kasutab suremuse kohortuuringute teavet koos uimastikasutuse levimuse prognoosidega <sup>(151)</sup>. Teise lähenemisviisi puhul kasutatakse suremuse olemasolevat üldist statistikat, mille põhjal hinnatakse uimastikasutusega seotud surmade osakaalu. Võib ka kasutada muid eriteabeallikaid, HIVi/AIDSi seotud suremuse puhul kombineeritakse näiteks Eurostati ja EuroHIVi teavet.

### Suremuse kohortuuringud

Suremuse kohortuuringutes jälgitakse samu probleemseid uimastitarbijate rühmi pikema aja jooksul ning surmaregistriga loodud seoste abil püütakse välja selgitada kõikide rühma liikmete surma põhjused. Sedalaadi uuringuga on võimalik kindlaks määrata rühma üldisi ja põhjusekohaseid suremusmäärasid ning hinnata rühma suremust, võrreldes üldise elanikkonna suremusega. Laiavulatuslikke pikaajalisi kohortuuringuid võib kasutada näiteks uimastitest põhjustatud surmade arvu muutumise põhjuste kohta püstitatud hüpoteeside kontrollimiseks, samuti üldise riski seireks ning surmapõhjustes toimuvate muutuste väljaselgitamiseks.

Sõltuvalt värbamisasutustest (nt narkoravikeskustes läbi viidud uuringud), kaasamiskriteeriumidest (nt uimastite süstijad, heroiniitarbijad) näitab enamik kohortuuringuid suremuse määraks probleemsete uimastitarbijate puhul 1–2% aastas. Kuigi surmapõhjuste suhteline olulisus on

riigiti ja ajalises plaanis erinev, on peamiseks põhjuseks üldiselt üleannustamine, mille arvele langeb 50–60% uimastisüstijate surmadest madala HIVi/AIDSi levimusega riikides. Kahjuks on mõnede riikide surmaregistris üleannustamise surmapõhjusena kindlakstegemise määr madal ja seetõttu võib arvata, et suur osa surmadest, mille põhjus on teadmata või mida ei ole piisava täpsusega määratletud, on tingitud üleannustamisest (nt südame seiskumine). Surmapõhjuste kirjelduste valiiduse parandamiseks võiks kasutada ka muid teabeallikaid (nt politsei eriregistrid või kohturegistrid).

Võrreldavate andmete kogumiseks probleemsete uimastikasutajate suremusriskide kohta ning ennetus- ja ravipoliitikate teabega varustamiseks on EMCDDA koostanud kava, mis ergutab liikmesriike läbi viima suremuse kohortuuringuid. Euroopas viidi viimased uuringud läbi Saksamaal, Hispaanias, Itaalias, Madalmaades, Ühendkuningriigis ja Norras. Ühel kolmandikul ELi liikmesriikidest tuleb veel suremuse kohortuuring läbi viia ja mitu riiki ongi juba teatanud 2009. aastaks kavandatud või läbiviidavatest uuringutest (nt Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa, Läti, Poola).

### Probleemsest uimastitarbimisest põhjustatud suremuse hindamine: uued arengud

Hiljutised suremuse kohortuuringud Euroopa Liidus näitasid, et uimastitest põhjustatud surmad (üleannustamised) moodustavad tavaliselt ühe viiendiku kuni poole kõikidest probleemsete uimastitarbijate surmajuhumitest. Seega võib suremuse näitaja selle elanikkonnarühma hulgas olla võrdne ligikaudu kahe- kuni viiekordse uimastitest põhjustatud surmade registreeritud arvuga. Kordaja on erinevate riikide puhul erinev, olenedes erinevatest teguritest, näiteks riskikäitumine, surmaga lõppenud üleannustamiste määr ja muude võimalike surmapõhjuste levimus.

EMCDDA edendab teaduslikku uurimistööd probleemsete uimastitarbimisest tingitud suremuse hindamise valdkonnas. 2008. aastal vaadati ühe projekti käigus koostöös Tšehhi Vabariigi uurijatega läbi selle valdkonna kirjandus, andmeallikad ja võimalikud meetodid <sup>(1)</sup>. Ekspertide rühm soovitas edaspidistes uuringutes kasutada kahte meetodit: kordaja kasutamisel põhinevat meetodit, mille aluseks on registreeritud ja surmaga lõppenud üleannustamisjuhtumite arv; ning ekstrapolatsioonimeetodit, mis põhineb probleemsete uimastitarbijate rühmade suremuse määradel ja riiklikel hinnangutel probleemsete uimastitarbijate kohta. Mõlemat meetodit on Tšehhi Vabariigis edukalt katsetatud ja EMCDDA kavatseb moodustada huvitatud riikidest tööühma, kes võiks tehtud tööd lähitulevikus kasutama hakata.

<sup>(1)</sup> Vt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

<sup>(150)</sup> Vt „Üleannustamisest põhjustatud surmade vähendamine pärast vanglast vabanemist“, lk 89.

<sup>(151)</sup> Vt „Probleemsest uimastitarbimisest põhjustatud suremuse hindamine: uued arengud“.

### Uimastite tarbimisega kaudselt seotud surmad

2006. aastal suri Euroopa Liidus hinnanguliselt üle 2100 inimese uimastitarbimisega seotud HIVi/AIDSi tõttu <sup>(152)</sup>, kusjuures 89% nendest surmajuhtumitest leidis aset Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias ja Portugalis. Pärast üliaktiivse retroviirusevastase ravi kasutuselevõttu 1996. aastal on HIVi/AIDSi suremus enamikus ELi riikides märkimisväärselt vähenenud, v.a Portugalis, kus langus ei ole olnud nii tugev. Viimastel aastatel Eestis täheldatud tõus on kooskõlas hinnangutega HIVi kõrge levimuse kohta selle riigi süstivate narkomaanide hulgas (kümnest viis kuni kuus) ja nende uimastitarbijate kõrge osakaaluga, kes ei ole esitatud andmete põhjal oma nakkusest teadlikud. Hiljuti teatati surmade arvu kasvust ka Lätis. Praegu on hinnanguline HIVi/AIDSiga seostatav uimastitarbijate suremuse määr enamikus riikides madal, välja arvatud Hispaanias ja Portugalis. Itaalias, Prantsusmaal ja Lätis on HIVi/AIDSiga seotud suremus ja üleannustamisest tingitud suremus samal tasemel <sup>(153)</sup>.

Muud haigused, mida samuti loetakse uimastitarbijate surma põhjuseks, on näiteks kroonilised maksahaigused (mille põhjuseks on C-hepatiiti nakatumine ja ulatuslik alkoholitarbimine), vähk ja südame-veresoonkonna haigused. Muudele põhjustele on pööratud vähem tähelepanu, kuigi on märke selle kohta, et ka neil on oluline mõju. Näiteks traumad (õnnetused, tapmised ja muu vägivald) ning enesetapud võivad moodustada 25% või rohkem probleemsete uimastitarvitajate surmapõhjustest. Kirjandusülevaatest (Darke ja Ross, 2002) ilmnes, et enesetappude osakaal heroiniitarbijate hulgas on 14 korda kõrgem kui kogu elanikkonna seas. Euroopa viimase aja kohortuuringud näitavad, et enesetapp on 6–11% probleemsete uimastikasutajate surma põhjuseks. Nende põhjuste üldist mõju on andmete vähesuse tõttu siiski raske hinnata.

### Uimastitega seotud surmade vähendamine

12 riiki teatavad, et nende riikliku narkootikumidealase strateegia üheks osaks on uimastitest põhjustatud surmade vähendamine. Ühel riigil, Ühendkuningriigil, on spetsiaalne uimastitest tekitatud kahjude vähendamise tegevuskava, milles on kavandatud erimeetmed uimastitega seotud surmade ennetamiseks. 13 riigil ei ole spetsiaalset strateegiat ega riikliku narkootikumidealase strateegia osa, mis käsitleks uimastitest põhjustatud surmajuhtumite arvu

vähendamist ning kaks riiki ei esitanud selle valdkonna kohta mingit teavet.

### Sekkumised

Itaalias viidi ravi alustavate probleemsete uimastitarbijate hulgas läbi pikaajaline tulevikku suunatud uuring, mis näitas, et selles rühmas oli surmaoht kogu elanikkonnaga võrreldes 10 korda suurem (Davoli ja teised, 2007). Ravilolek vähendas surmaohtu peli korda kogu elanikkonnaga võrreldes ja tõestas, et uimastiravi vähendab narkootikumidega seotud suremust. Uurimus näitas ka seda, et uimastitarbijate suremus on kõige kõrgem 30 päeva pärast ravi lõpetamist. See tulemus rõhutab hoolikalt läbimõeldud ravijärgse hoolduse vajadust ja näitab, et vältida tuleks väga lühikesi ravikuure, mille puhul võivad ohud kasust suuremad olla.

Teadlikkust suurendavatest ja ennetusalastest infomaterjalidest on teatanud enamik riike, kelle andmed on saadaval. 28 riigi ekspertide andmetel <sup>(154)</sup> on uimastitarbijatele mõeldud üleannustamise vältimist käsitlevaid trükiseid või multimeediamaterjale jagatud viimase aasta jooksul kõikidele või peaaegu kõikidele probleemsetele uimastitarbijatele üheksas riigis ning vähemusele neist 12 riigis ja Belgia prantsuskeelses kogukonnas. Selliseid materjale ei olema Türgis ning vaid vähestel probleemsetel uimastikasutajatel on neid võimalik saada Eestis, Lätis, Ungaris ja Slovakkias. Bulgaaria kohta teave puudub.

Suure osa surmaga lõppenud ja surmaga mittelõppenud üleannustamiste tunnistajaks on teised inimesed, sealhulgas uimastitarbijate eakaaslased või pereliikmed, tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad, politseinikud või vangivalvurid, kellel on võimalik sekkuda. 10 riiki teatavad spetsiaalsetest teabematerjalidest, mis aitavad uimastitarbijate perekondadel uimastite üleannustamise ära tunda ja sellega toime tulla; kaheksas riigis on sellised materjalid kättesaadavad politseitöötajatele ja seitsmes riigis on need koostatud vanglapersonali jaoks <sup>(155)</sup>. Muud sihtrühmad on narkoasutused, ambulatoorsete raviasutuste töötajad, pääste- ja kiirabitöötajad, samuti sisserändajad venekeelsetest riikidest ning mustlased. Nende riikide arv, kus erinevatele sihtrühmadele mõeldud teabematerjalid on saadaval, on siiski piiratud ja kõik materjalid ei ole ka terve riigi ulatuses kättesaadavad.

<sup>(152)</sup> Aasta 2006, mille andmeid kasutati, on viimane aasta, mille kohta on Eurostati kaudu olemas surmapõhjuste andmed peaaegu kõigist liikmesriikidest. Täpsema teabe saamiseks allikate, nakatunute rühmade, näitude ja arvutuste kohta vt tabel DRD-5 (iii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(153)</sup> Vt joonis DRD-7 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

<sup>(154)</sup> Vt tabel HSR-8 2009. aasta statistikabülletäänis. 26 ELi riigi, Türgi ja Norra eksperdid hindasid uimastitega seotud surmade ennetamiseks kavandatud sekkumiste tasemet.

<sup>(155)</sup> Vt tabel HSR-8 (ii osa) 2009. aasta statistikabülletäänis.

Üleannustamise riske käsitlevatest koolitusest on teatanud kõik riigid, neist üheksas pakutakse seda kõigis olulisemates linnades, kus on palju uimastitarbijaid. Neljas riigis korraldatakse selliseid koolitusi üksnes vähemuses olulistest linnadest ning 12 riigis vaid mõnes üksikus linnas.

Pakutakse ka spetsiaalseid üleannustamisele reageerimise individuaalseid või rühmakoolitusi. Uimastitarbijaid teavitatakse üleannustamisega kaasnevatest ohtudest, sealhulgas taluvuse vähenemisest pärast uimastist loobumist; mitme uimasti tarbimise mõjust ja ohtudest, eriti kaasneva alkoholitarbimisega seotud ohtudest; uimastite üksinda tarbimise ohtlikkusest ja esmaabi osutamisest. Riiklike ekspertide hinnangul on seitsmes riigis saanud enamik probleemseid uimastitarbijaid üleannustamisele reageerimise koolitust viimase 12 kuu jooksul, samal ajal kui 10 riigis sai seda üksnes vähemus ja veel kuues riigis (Belgia, Läti, Austria, Poola, Rumeenia, Slovakkia) anti üksnes vähestele uimastitarbijatele selleteemalisi juhtnööre. Üleannustamisele reageerimise koolitust ei pakuta Eestis, Ungaris ja Türgis.

Uimastitarbijatel, kellel on varasemaid üleannustamiskogemusi, on suur üleannustamise oht ka edaspidi (Coffin ja teised, 2007) ja nad vajavad erikohtlemist. Eriväljaõppega töötajad viivad läbi individuaalseid üleannustamisega seotud riskihindamisi, et selgitada välja täiendava abi vajajad. Ekspertide hinnangul on üheksas riigis enamiku probleemsete uimastitarbijate üleannustamise riski hinnatud vähemalt üks kord viimase aasta jooksul, samal ajal kui 16 riigis kasutati seda liiki sekkumist üksnes vähemuse puhul. Bulgaaria, Saksamaa ja Prantsusmaa kohta teave puudub.

Euroopas üleannustamisega seotud ennetamistegevuses uimastitarbijatele naloksooni tavaliselt ei jagata, kuigi koju kaasavõtmiseks mõeldud annuste jagamine on Itaalia narkoasutustes tavaline ja seal võib neid aineid osta apteegist ilma retseptita. Ühendkuningriigis muudeti naloksooni õiguslikku seisundit 2005. aastal, lubades seda elupäästmise eesmärgil manustada igal inimesel. Lisaks hinnati üleannustamiskoolituse ja naloksooni koju kaasaandmise kombineeritud mõju kohortuuringus, milles osales 239 ravisutustest värvatud opioiditarbijat (Strang ja teised, 2008). Tulemused näitasid üleannustamise tunnuste paremat tundmist ja usalduse suurenemist naloksooni kasutamise vastu. Kolme esimese kuu jooksul oli 12 üleannustamise juhtumit, mille puhul kasutati naloksooni ja need kõik lõppesid õnnelikult, kuid kuuest üleannustamisjuhtumist, mille puhul naloksooni ei kasutatud, lõppes üks surmaga. Uurijad järeldasid, et ulatuslikum naloksooni pakkumine võib edaspidi uimastitega seotud surmajuhtumeid veelgi vähendada, ja soovitasid läbi viia lisauuringuid üleannustamiskoolituse

mõju ning opioiditarbijatele hädaolukorras naloksooni andmise kohta.

Teine vastuoluline lähenemisviis käsitleb järelevalvealuste uimastitarbimiskeskuste loomist <sup>(156)</sup>, mille eesmärk on vähendada patsientide suremisohu sellega, et neile pakutakse üleannustamise korral kohapeal kiiret ja asjakohast meditsiinilist abi. Euroopa, Kanada ja Austraalia operatiivandmed näitavad, et sellistes keskustes tullakse üleannustamise juhtumitega edukalt toime ning surmaga lõppenud üleannustamistest teatatud ei ole. Milloy ja tema kolleegid arvutasid välja, kui palju võimalikke surmajuhtumeid on Vancouveris tegutsev uimastitarbimiskeskus aidanud ära hoida. Nende hinnangul on ära hoitud 2–12 surma aastas (Milloy ja teised, 2008). See kinnitab varasemaid tulemusi nende keskuste tõenäolise kasulikkuse kohta üleannustamisest põhjustatud surmade ärahoidmisel sellistes paikkondades, kui nende katvus on piisav.

### Üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumite vähendamine pärast vanglast vabanemist

2005. aastal oli Inglismaal uimastite üleannustamisest põhjustatud 1506 surmajuhtumit hinnanguliselt 15% puhul tegemist inimestega, kes olid hiljuti vanglast vabanenud (Terviseministeerium, 2007). Rahvusvahelised uuringud kinnitavad uimasti ettekavatsemata üleannustamise kõrgemat ohtu vahetult vanglast vabanemisele järgneval perioodil (nt Farrell ja Marsden, 2008). Nendes uuringutes rõhutatakse ka vanglast vabanenud isikute tervise- ja uimastiprobleemidele suurema tähelepanu pööramise vajadust.

24 riigi ekspertide hinnangul on Euroopas praegu kuus riiki, kus kinnipeetavatele ei pakuta enne nende vanglast vabastamist üldse üleannustamise ohtude ja nende ennetamise alast nõustamist, 10 riigis pakutakse seda vaid vähestele ja kuues riigis vähem kui pooltele. Üksnes Itaalia ja Luksemburg pakuvad seda teenust enamusele sihtrühmast. Kuna vanglast vabanemise päeva on vahel raske ette teada, eriti eelvangistuses olles, tuleks riskikäitumise vähendamiseks korraldada vanglates regulaarselt üleannustamise ohtudest teavitavaid koolitusi.

Opioidide asendusravi, millel on olnud vanglaoludes positiivne mõju (Dolan ja teised, 2005), näib Eli vanglates muutuvat üha laiemalt kättesaadavaks ning 21 riigi vanglates on olemas seaduslik asendusravi alustamise võimalus (vt 2. peatükk). Asendusravi alustamine vanglas vähendab üleannustamise ja surmaohu vanglast lahkumisel, samuti taas vangistusse sattumise määrasid (Maailma Terviseorganisatsioon, 2009). Väga oluline on vanglate tervisteenistuste ja kogukonnapõhiste raviosutajate omavaheline suhtlemine, mis aitab vältida katkestusi järjepidevas ravis.

<sup>(156)</sup> Teemast ülevaate saamiseks vt EMCDDA (2004).



## 8. peatükk

### Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused

#### Sissejuhatus

Uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamisel ning uute uimastitarbimise harjumuste tekkel võib rahvatervise ja poliitika seisukohalt olla väga oluline mõju. Neid on aga raske avastada, sest tavaliselt ilmnevad need vähesel määral ja konkreetsetes kohtades või elanikkonna väikestes rühmades. Vaid üksikutel riikidel on seiresüsteemid, mis võimaldavad niisuguseid uusi ilminguid uimastivaldkonnas märgata, lisaks on nende avastamine seotud tõsiste metodoloogiliste raskustega. Sellele vaatamata tunnistatakse üldiselt uute võimalike ohtude kindlakstegemise tähtsust. Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteem võimaldab kiiresti reageerida uute psühhoaktiivsete ainete ilmutumisele uimastiturule. Varajase hoiatamise süsteemi toetavad tegevused moodustavad olulise osa EMCDDA tööst ning haakuvad paljude erinevate teabeallikate laialdase kasutamisega, et parandada Euroopa narkootikumide seiresüsteemi kiirust ja tundlikkust.

#### Uute uimastite suhtes võetavad meetmed

Nõukogu otsusega uute psühhoaktiivsete ainete kohta <sup>(157)</sup> on loodud mehhanism kiireks teabevahetuseks uute psühhoaktiivsete ainete kohta, mis võivad kujutada ohtu rahvatervisele ja olla sotsiaalselt ohtlikud (varajase hoiatamise süsteem) <sup>(158)</sup>. Ühtlasi võimaldab see käivitada ametliku riskihindamisprotsessi, mille tulemuste põhjal võidakse teha poliitiline otsus uute ainete üle kontrolli kehtestamise kohta kogu Euroopa Liidus.

Varajase hoiatamise süsteemi kaudu on alates selle asutamisest 1997. aastal teatatud rohkem kui 90 ainest. Kuni viimase ajani on kõige rohkem teatatud fenetüülamiinidest ja trüptamiinidest. Kuid viimase paari aasta jooksul on välja ilmunud veel palju enam erinevaid aineid. Nende hulka kuuluvad arvukad piperatsiini ja katinooni derivaadid, samuti muude ainete heterogeenne segu, sealhulgas taimsed tooted, mõned harva kasutatavad stimulandid ja hallutsinogeenid ning teatud ravimid.

2008. aastal teatati Euroopa Liidus varajase hoiatamise süsteemi kaudu esimest korda ametlikult 13 uuest

psühhoaktiivsest ainest. Lisaks 11 uuele sünteetilisele uimastile kuulus sellesse rühma veel kaks taime, kuid mitte ühtegi ravimit.

Kahe teatatud taime (kratomi ja kava) keemiline koostis on kirjandusest suhteliselt hästi teada. Neid on tavaliselt kasutatud muudes maailma osades ja nende esinemine Euroopa narkoturul näib olevat piiratud.

Enamik viimasel ajal teatatud uutest sünteetilisest ühenditest on psühhotroopsed ained, mis sarnanevad ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsiooni I ja II nimekirjas loetletud ainetega. 2008. aastal teatatud uutest ainetest kuulub eelmiste aastatega võrreldes väiksem arv peamistesse kemikaalirühmadesse, milleks on fenetüülamiinid (üks), trüptamiinid (kaks) ja piperatsiinid (mitte ühtegi). Kuus hiljuti teatatud ainet on katinooni derivaadid. Enamikul uutest sünteetilisest ainetest on stimuleerivaid omadusi, kuid hallutsinogeenne toime on neist vaid kolmel.

2008. aastal teatati varajase hoiatamise süsteemi kaudu esimest korda sünteetilise kannabinoidi (JWH-018) esinemisest. Sünteetilise kannabinoidi ilmumine tähistab sünteetiliste uimastite väljatöötamise viimast astet: areng algas fentanüülipõhiste uimastitega 1980. aastatel, jõudis tsükliliselt asendatud fenetüülamiinideni 1980. aastate lõpuks, trüptamiinideni 1990. aastatel ning piperatsiinide ja katinooni derivaatideni alates 2000. aastast. On rohkem kui sada kannabinoidi retseptorit aktiveerivat ühendit ja võib arvata, et ka edaspidi tuleb narkoturule erinevatesse kemikaalirühmadesse kuuluvaid uusi aineid. See on pidev ülesanne rahvatervise- ja õiguskaitseasutustele niihästi uute ainete kohtuliku ja toksikoloogilise tuvastamise kui ka kiire riskihindamise ning vajaduse korral kontrollimeetmete võtmise seisukohalt.

#### Spice'i-laadsed tooted ja nendega seotud sünteetilised kannabinoidid

Internetis ja mõnedes erikauplustes spice'i nime all turustatavad tooted on olnud saadaval vähemalt

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

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

## Psühhoaktiivsed taimed, millest on teatatud varajase hoiatamise süsteemi kaudu

Viimastel aastatel on teatatud viiest psühhoaktiivsest taimest valmistatud toodetest. Varajase hoiatamise süsteemi abil välja selgitatud liigid ei ole rahvusvahelise kontrolli all, kuid ELi liikmesriigid võivad neid kontrollida.

Kava (*Piper methysticum*) on põõsas, mida Vaikse ookeani lõunaosa saartel on sajandeid kasutatud tseremoniaalsetel eesmärkidel. Taime juurtest tehtud teed juuakse selle ärevust vähendava ja lõdvestava toime pärast. Muret tekitab see, et kava pikaajaline kasutamine võib kahjustada maksa. Üksi ELi liikmesriik ei ole teatanud ei taime ega selle toimeainete (kavalaktoonide) kontrollimisest.

Katapõõsa (*Catha edulis*) puhul kasutatakse lehti ja värskeid võsusi, põõsast kasvatatakse Ida-Aafrikas ja Araabia poolsaarel. Seda kasutatakse nõrgatoimelise stimulantina, närides värsket lehemassi. Toimeained katiinon ja katiin on selliste sünteetiliste uimastite nagu amfetamiin ja metkatiinon lähedased sugulased ning neid kontrollitakse rahvusvaheliselt vastavalt URO 1971. aasta konventsioonile. *Catha edulis* kontrollitakse 12 ELi liikmesriigis.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) on Kagu-Aasias kasvav puu. Puu lehti võib närida, suitsetada või tee jaoks kasutada. Madalate annuste puhul on sellel stimuleeriv toime. Suuremate

annuste puhul on kratomil opioidide mõjule sarnane toime ning seda on kasutatud tavameditsiinis valuvaigistina ja opioidide võõrutusainena. Kratomi peamised toimeained on mitragüniin, mitrafülliin ja 7-hüdroksümetragüniin ning ilmselt mitragüniin on see toimeaine, mis võimaldab kratomit kasutada valuvaigisti ja opioidide võõrutussümptomite leevendajana. Taime, mitragüniini ja 7-hüdroksümetragüniini kontrollitakse Taanis, Leedus kontrollitakse taime ja mitragüniini.

Luulusalvei (*Salvia divinorum*) on mitmeaastane taim, mis pärineb Lõuna-Mehhikost, kus seda on hallutsinogeensete omaduste tõttu tavaliselt kasutatud tseremoniaalsetel eesmärkidel. Peamine toimeaine salvinoriin-A on tugev kappa-opioidi retseptori agonist. Meelelahutuslikul eesmärgil kasutamisel näritakse või suitsetatakse luulusalvei lehti või tilgutatakse keele alla selle kanget ekstrakti, millel näib olevat tugev toime. Taime lehtede või seemnete allaneelamisel kestab mõju pikemat aega, kuid ei ole nii tugev. *Salvia divinorum* või selle aktiivseid toimeaineid kontrollitakse kuues liikmesriigis ja Horvaatias.

Uimastav elevanditapp (*Argyreia nervosa*) on vääntaim. Selle seemned sisaldavad toimeainena d-lüsergiinhappe amiidi (LSA, tuntakse ka d-lysergamiidina), see on LSDga tihedalt seotud aine, millel on kergelt hallutsinogeenne toime. LSA-d kontrollitakse uimastina Iirimaa ja Ühendkuningriigis.

2006. aastast alates. Kuigi *spice*'i võidakse reklaamida ergutina, on mõned selle kasutajad öelnud, et suitsetamisel sarnaneb selle mõju kanepi omale. Rootsi andmetel on varajase hoiatamise süsteem jälginud *spice*'i-tooteid juba 2008. aasta algusest peale.

*Spice*'i-laadsete toodete pakendil oleva teabe kohaselt on need valmistatud 14 taimsest koostisainest. Kuigi vähemalt kahel neist koostisainetest – *Pedicularis densiflora* ja *Leonotis leonurus* – võib olla teatav psühhoaktiivne mõju, on vähe teada *spice*'i-toodetes sisalduvate taimsete ainete farmakoloogia ja toksikoloogia kohta. Seega ei ole võimalik midagi kindlat väita nende toodete võimalike terviseriskide või võimaliku psühhoaktiivse toime kohta. Sünteetilisi koostisaineid ei ole tooteinfos märgitud.

2008. aastal sai *spice*'i-laadseid tooteid ja erinevaid muid *spice*'i-sarnaseid taimesegusid veebipoodidest osta ning vähemalt üheksas liikmesriigis olid need saadaval nn seaduslikke uimasteid müüvates poodides (Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Läti, Leedu, Luksemburg, Austria, Poola, Portugal, Ühendkuningriik).

Liikmesriigid on hakanud korraldama ulatuslikke kohtumeditiini-uuringuid *spice*'i-laadsete toodete psühhoaktiivsete toimeainete väljaselgitamiseks. 2008. aasta detsembris avastasid Saksamaa ja Austria sünteetilise kannabinoidi JWH-018<sup>(159)</sup>. JWH-018

keemiline struktuur erineb oluliselt tetrahüdrokannabinooli (THC) omast, mis on kanepitoodete peamine toimeaine. Loomkatsete põhjal on JWH-018 toime võrreldav tetrahüdrokannabinooli omaga ja on andmeid, et selle toime on isegi tugevam. 2009. aasta alguses avastati *spice*'i proovis Euroopas teine sünteetiline kannabinoid CP 47,497<sup>(160)</sup> ja kolm selle homoloogit.

Sünteetilisi kannabinoide on leitud üksnes piiratud arvus proovides ja varieeruv koguses. Näib, et need sünteetilised ained on lisatud salaja, kuna *spice*'i-laadsete toodete pakendil olevas teabes mainitakse üksnes taimseid koostisosi.

Aineid JWH-018 ja CP 47,497 ja selle homolooge teadaolevalt iseseisvate psühhoaktiivsete uimastitena laialdaselt ei kasutata. Seetõttu tuleks edaspidi kindlaks teha, kas nende konkreetsete ainete järele on olemas erinõudlus ja kas täiendavate meetmete võtmine nõukogu otsuse 2005/387/JHA sätete kohaselt on vajalik.

Võimalike terviseprobleemide ennetamiseks on viis liikmesriiki võtnud erinevaid õigusmeetmeid *spice*'i-laadsete toodete ja nendega seotud segude keelustamiseks või kontrollimiseks. Saksamaa kasutas ühe aasta jooksul *spice*'is leitud viie sünteetilise kannabinoidi kontrolli alla võtmiseks õigusakte, mis käsitlevad narkootikumide kasutamist hädaolukorras. Prantsusmaa

<sup>(159)</sup> Naftaleen-1-ül-(1-pentüüldool-3-ül)metanool.

<sup>(160)</sup> 5-(1,1-dimetüülheptüül)-2-[[1R,3S]-3-hüdroksükükloheksüül]-fenool.

## Riiklikud riskihindamismenetlused

EMCDDA 2008. aasta uuringus käsitleti erinevaid siseriiklikke õigusloominguid, millega kehtestatakse uute ainete kontrollimiseks kasutatavad õigusaktid; vaadeldi ka nimetatud menetlustele kuluvat aega ja seda, kas nende menetluste puhul kasutatakse siseriiklikku riskihindamist või mitte. Uuritud 26 riigi puhul ilmnisid kolm selgelt eristuvat lähenemisviisi. Kuues riigis siseriiklikku riskihindamist ei tehta. Üldjuhul kasutavad need riigid rahvusvahelisi või Euroopa tasandi riskihindamisi. Seitsmes riigis viiakse vastavalt vajadusele läbi riiklik riskihindamine. 13 riigis viiakse teatavas vormis riskihindamine läbi siis, kui kaalutakse, kas hakata ainet kontrollima uimastiseaduse või sellega samaväärse abivahendi või uute õigusaktide kavandamiseks ettenähtud menetluse kaudu.

Välja selgitatud kahjude tasemed ei mõjuta seadusandliku protsessi kulgemise kiirust 12 riigis neist 20-st, kellel on võimalik viia läbi siseriiklik riskihindamine. Neli riiki (Saksamaa, Luksemburg, Slovakkia, Rootsi) võivad kasutusele võtta õigusloome kiirmenetluse, kui riskitase hinnatakse kõrgeks. Prantsusmaal, Austrias ja Norras lühendatakse hädalukorras riskihindamist. Madalmaades on võimalik kasutada mõlemat võimalust.

16 riigis viib siseriikliku riskihindamise läbi ekspertidest koosnev riiklik tööühik, kes allub pädevale ministeeriumile või riigi- või valitsusasutusele. Kuues riigis on vajaduse korral võimalik konsulteerida sõltumatute teadlastega. Kolmes riigis (Madalmaad, Austria, Ühendkuningriik) viivad riskihindamise läbi sõltumatud teadusasutused.

Täiendava teabe saamiseks vt Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi (ELDD) juriidilisi aruandeid (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

liigitas *spice*'i-laadsetes toodetes leitud kuus sünteetilist kannabinoidi narkootikumide hulka. Austria keelas ravimeid käsitleva õigusaktiga kuus sünteetilist kannabinoidi sisaldavate suitsetamissegude riiki sissetoomise ja turustamise. Luksemburg otsustas kontrollida erinevaid sünteetilisi kannabinoide samal viisil nagu psühhotroopseid aineid. Poola tegi parandusi narkootikume käsitlevas seaduses, kehtestades kontrolli JWH-018 ja *spice*'i kahe taimse koostisosa üle, mille kohta oli esitatud kaebus.

## Internet: psühhoaktiivsete ainete turg

Internetist on saanud uus psühhoaktiivsete ainete kauplemise koht, mis annab jaemüüjatele võimaluse pakkuda laiemale avalikkusele müügiks kontrollitud uimastite alternatiive. Veebiturg mõjutab uute psühhoaktiivsete ainete võimalikku levikut ja selle seire on muutunud uute uimastisuundumuste tuvastamisel üha olulisemaks. Eriti oluline on see müügiks pakutavate

ainetega seotud ohtude väljaselgitamisel. Teave uute toodete kohta on vajalik nii tarbijatele kui ka asjatundjatele, sealhulgas kliinikute toksikoloogidele, mürgikontrollispetsialistidele ja uimastivaldkonnas töötavatele inimestele.

Uute arengute tuvastamiseks narkootikumide veebiturul viib EMCDDA igal aastal läbi hetkeseisu-uuringu. 2009. aastal uuriti kokku 115 veebipoodi. Riigitähistega domeeninimetuste ja muu veebisaitidel oleva teabe põhjal otsustades näivad need veebipoed paiknevad 17 Euroopa riigis. Enamik tuvastatud veebipoodide müüjaid paiknes Ühendkuningriigis (37%), Saksamaal (15%), Madalmaades (14%) ja Rumeenias (7%).

Erinevalt 2008. aastast ei pakutud psilosiini ja psilokübiini sisaldavaid hallutsinogeenseid seeni müüa üheski 2009. aasta uuringuga hõlmatud veebipoes. Kuid neli veebi kaudu tegutsevat jaemüüjat, kes paiknesid Prantsusmaal ja Madalmaades, pakkusid *scelerotia*'t – hallutsinogeensete seente *Psilocybe mexicana* ja *Psilocybe tampanensis*'e kõvastunud mütseli.

Uute 2009. aastal müüki tulnud toodete hulka kuuluvad mitu taimset suitsetamistoodet ja klubinarkootikumi, mis sisaldavad bensüülpiiperasiini (BZP) uusi seaduslikke alternatiive. Üha rohkem on hakatud tähelepanu pöörama ka ninna tõmmatavatele toodetele ehk taimsetele pulbritele.

*Spice*'i-laadseid tooteid (<sup>161</sup>) pakkus müüa 48% uuritud jaemüüjatest. Kuigi *spice*'i müüvad veebipoed paiknesid 14 erinevas Euroopa riigis, oli rohkem kui kaks viiendikku neist poodidest Ühendkuningriigis (42%), märkimisväärsel määral oli neid ka Lirimaa, Lätis ja Rumeenias.

Mure *spice*'i-laadsete toodete pärast on ajendanud mitut riiki võtma meetmeid nende ainete keelustamiseks või muul viisil kontrollimiseks. 2009. märtsiks olid *spice*'i-laadsed tooted kõrvaldatud Saksamaal, Austrias ja Prantsusmaal paiknevatest veebipoodidest.

2009. aastal hakkasid veebiturule ilmuma *spice*'ile alternatiiviks olevad suitsetamissegud. Uuringuga hõlmatud jaemüüjad pakkusid alternatiivina *spice*'ile müüa vähemalt 27 erinevat taimset suitsetamissegut. Neid tooteid reklaamitakse taimsetest koostisainetest koosnevate toodetena, kuigi mõned neist sisaldavad hallutsinogeenset seent *Amanita muscaria*. Austrias ja Saksamaal müügis olevate *spice*'i alternatiivide hulka kuuluvad mitu taimset suitsetamissegut, mida müüakse toavärskendaja või ergutina. *Spice*'i asendustoodete kiire müüki ilmumine näitab veebituru suutlikkust reageerida kiiresti psühhoaktiivsete ainete õigusliku seisundi muutmisele, sageli on selleks uute ainete turuletoomine.

<sup>[161]</sup> Vt „*Spice*'i-laadsed tooted ja nendega seotud sünteetilised kannabinoidid“, lk 91.

Sellest ajast alates, kui ELi liikmesriigid hakkasid bensüülpiperasiini (BZP) suhtes kontrollimeetmeid kohaldama, ei tohi seda ainet enam kasutada klubinarkootikumides, mida müüakse ecstasy seadusliku alternatiivina. 2009. aasta alguses pakkusid paljud veebipoed müüa BZPd mittesisaldavaid klubinarkootikume. Näiteks Iirimaa, Poola ja Ühendkuningriigis paiknevad veebipoed pakkusid nn retronarkootikume, mis sisaldavad 1-(4-fluorofenüül) piperasiini (pFPP) ning mida kirjeldatakse kergelt hallutsinogeense ja tugeva eufoorilise toimega ainenä.

Müügil on alternatiivsed ninnatõmmatavad tooted ka selliste kontrollitud uimastite nagu kokaiin ja amfetamiinid asendamiseks. On teatatud, et need tooted sisaldavad kofeiini ja mitut muud taimset päritolu koostisosa, mis on saadud harilikust kalmusest (*Acorus calamus*), Kanada koldjuurest (*Hydrastis canadensis*) ja läänepärnast (*Tilia europea*).

## Ainete kontroll

### Piperasiinid

2007. aastal järelitati EMCDDA–Europoli aktiivse seire aruandes mCPP (1-(3-klorofenüül) piperasiin) kohta, et see aine tarbijatele eriti ei meeldi ja on ebatõenäoline, et sellest saaks iseseisev meelelahutusasutuste uimasti. Kuid 2008. aastal oli mCPP kõige kättesaadavam uus sünteetiline uimasti ebaseaduslikul uimastiturul ja seda kasutati kas eraldi või koos MDMA-ga. Seda tõestavad EMCDDA-le ja Europolile teatatud konfiskeerimiste arvud ning konfiskeeritud kogused. Ei ole veel selge, kas seda ainet kasutatakse MDMA mõju tugevdamiseks või imiteerimiseks või lihtsalt lahjendusainena. Kuid kuna mCPP ei ole enamikus liikmesriikides kontrollitav aine, on tõenäoliselt konfiskeerimisi rohkem.

3. märtsil 2008 otsustas nõukogu, et liikmesriigid peavad kooskõlas oma siseriiklike õigusnormidega võtma vajalikud meetmed, et rakendada bensüülpiperasiini (BZP) osas kontrollimeetmeid, mis oleksid proportsionaalsed vastava aine riskidega, ning kriminaalkaristusi, mis on ette nähtud riikide õigusaktidega vastavalt ÜRO 1971. aasta psühhotroopsete ainete konventsioonist tulenevatele

kohustustele<sup>(162)</sup>. Liikmesriigid peavad tegema jõupingutusi, et rakendada see meede võimalikult kiiresti, ent mitte hiljem, kui üks aasta pärast otsuse vastuvõtmist. Käesoleva aruande ettevalmistamise ajal teatasid 17 liikmesriiki<sup>(163)</sup>, et nad on bensüülpiperasiini kontrollinud.

### GHB/GBL ja ketamiin

Euroopas on gamma-hüdroksübutüraat (GHB) ja ketamiin jälgimise all alates 2000. aastast, mil 1997. aastal vastuvõetud uute sünteetiliste ainete ühismeetme alusel viidi läbi nimetatud ainete riskihindamine (EMCDDA, 2002).

GHB ja ketamiini levimuse andmeid teatavad vähesed riigid ning teatatud levimuse hinnangud jäävad palju madalamale tasemele kui muude ebaseaduslike uimastite puhul. Olukorra muutumist on raske hinnata, kuna levimuse andmed on saadud mittetõenäosuslikest valimitest, mille omavaheline ja ajalises plaanis võrreldavus on piiratud. Madalmaade suundumusuuritus teatati GHB tarbimise kergest tõusust Madalmaade teatavates võrgustikes ja piirkondades 2007. aastal, kuid GHB ja ketamiini kasutatakse muudest klubinarkootikumidest vähem ning peamiselt varjatud elanikkonnarühmades, kodus ja pidudel. Vastupidiselt eelmistel aastatel teatatud tõusudele näitavad viimased statistilised andmed Amsterdamis GHB-ga seotud meditsiiniliste hädajuhtumite kohta olulist langust 444 juhtumilt 2006. aastal 110 juhtumile 2007. aastal. Ühes Londoni haiglas korraldatud uuring teatas 58 ketamiiniga seotud hädaabijuhtumist 2006. aastal ja sama suurest sellelaadsete juhtumite arvust ka 2007. aastal. Enamiku ketamiiniga seotud juhtumite puhul oli seda uimastit neelatud koos mõne teise uimastiga ja üksnes 11 juhtumi puhul oli tegemist vaid ketamiiniga ning ükski neist juhtumitest ei nõudnud intensiivravi (Wood ja teised, 2008).

2007. aastal läbi viidud ESPADi kooliõpilaste uuringus on esitatud kõige värskeimad andmed GHB tarbimise kohta 15-16aastaste kooliõpilaste hulgas kogu Euroopas. Uuritud 26 ELi riigi ning Norra ja Horvaatia kooliõpilaste hulgas jäi GHB tarbimise levimus elu jooksul vahemikku 0–3%, kuigi enamik riike teatas 1%-lisest või madalamast tasemest.

<sup>(162)</sup> Nõukogu otsus 2008/206/JHA, 3. märts 2008, millega 1-bensüülpiperasiin (BZP) määratletakse uue psühhoaktiivse ainenä, mille suhtes tuleb kohaldada kontrollimeetmeid ja kriminaalkaristusi.

<sup>(163)</sup> Belgia, Taani, Saksamaa, Eesti, Iirimaa, Kreeka, Prantsusmaa, Itaalia, Küpros, Leedu, Luksemburg, Malta, Ungari, Portugal, Slovakkia, Rootsi ja Soome; samuti Horvaatia, Türgi ja Norra.



## Kirjandus

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. ja Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki ([http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b24.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf)).
- Baker, A., Lee, N. K. ja Jenner, L. (toimetaja) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. väljaanne), National Drug Strategy Monograph Series nr 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. ja teised (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project”, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, lk 88–100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. ja teised (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, lk 198–202.
- Cherny, N. I., Catane, R. ja Kosmidis, P. A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering”, *Annals of Oncology* 17, lk 885–887.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Viin.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A. ja teised (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose”, *Academic Emergency Medicine* 14, lk 616–623.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. ja teised (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin ([http://www.hrb.ie/uploads/tx\\_hrbpublications/HRB\\_Research\\_Series\\_6.pdf](http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf)).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, lk 211–213.
- Darke, S. ja Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, lk 1383–1394.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. ja teised (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEDeTTE study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, lk 1954–1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Brüssel.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related Lisaharm: an action plan*, Department of Health, London ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_074850](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850)).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review”, *Journal of Drug Issues* 37, lk 827–844.
- Directorate-General for Health and Consumers (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Directorate-General for Health and Consumers, Brüssel ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)).
- Directorate-General for Health and Consumers (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Directorate-General for Health and Consumers, Brussels ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_treatment\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf)).
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. ja teised (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, lk 820–828.
- ECDC and WHO Regional Office for Europe (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. ja teised (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update”, *Substance Abuse* 29, lk 31–49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B. ja teised (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviours* 31, lk 519–530.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

- EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2005), *Kaasnevad haigused – narkootikumide tarbimine ja vaimsed häired*, Narkootikumid Nr 14, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2008b), 2008. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Selected Issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights No 10, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Euroopa Komisjon (2007), „Komisjoni aruanne Euroopa Parlamendile ja nõukogule seoses nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitusel (uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta) rakendamise kohta”, KOM(2007) 199 (lõplik) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0199:FIN:ET:PDF>).
- European Commission (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* ([http://ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/drugs/forum/docs/final\\_report\\_2008\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf)).
- European Commission (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds”, *Flash Eurobarometer 233* ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eurobarometers\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm)).
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2006), *The CPT standards – „substantive” sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. ja Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales”, *Addiction* 103, lk 251–255.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, London.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. ja teised (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection”, *International Journal of Drug Policy* 18, 437–443.
- Hall, W. ja Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis”, *Lancet* 1352, lk 1611–1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. ja Razc, J. (toimetajad) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. ja Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, lk 503–517 (doi: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. ja teised (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people”, *BMJ* 330, lk 111.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. ja teised (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction”, *Substance Use Misuse* 43, lk 1464–1475.

- Hibell, B. ja teised (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hoare, R. ja Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. ja teised (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, lk 2229–2236.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. ja teised (toimetajad) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. ja Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (toimetaja) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Saksamaa.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. and Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, lk 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R. L. ja Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, lk 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. and Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. ja Cottler, L. B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. ja teised (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America’s first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. and Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá Psychologie* 103 (Täiendus 51), lk 109–118 ([http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych\\_supplement2007.pdf](http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf)).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. and Lang, J. P. (2007), „Prise en charge de l’hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues” [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, lk S51–55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R. ja Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, lk 331–342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des „consultations jeunes consommateurs” (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariis.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. ja teised (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, lk 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. ja Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, lk 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. ja teised (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, lk 147–155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. and Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, lk 502–506.
- Roesner, S. and Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (Supplement 1), lk S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. ja McLean, P. C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, lk 59–65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. ja teised (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.

- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. and Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, lk 963–968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. ja teised (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph\_determinants/life\_style/drug/documents/drug\_treatment\_frep\_en.pdf).
- Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. ja Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales”, *Addiction* 92, lk 833–838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. ja teised (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, lk 1648–1657.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J. ja Gill, O. N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, lk 797–808.
- Swift, W., Hall, W. ja Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, lk 309–318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. ja teised (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. ja teised (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, lk 160–162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariis.
- UNODC (2009), *World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, in Cools, M. ja teised (toimetajad), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. ja teised (esitatud), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.
- Wagner, F. A. and Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, lk 479–488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. and Lokman, S. (2007), *Evaluatie rapport DVP-Campagne 2006 „Je bent niet gek als je niet blowt”*, Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, World Customs Organisation, Brüssel.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaagen (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Genf ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence-guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf)).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. ja teised (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C. ja teised (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L. ja Dargan, P. I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, lk 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. ja Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 ([www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)).

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

**2009. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas**

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus

2009 – 99 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-382-6

## **Euroopa Liidu väljaannete tellimine**

### **Tasulised väljaanded:**

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- raamatukauplustes, esitades pealkirja, väljaandja ja/või ISBNi numbri;
- võtke otse ühendust meie müügiesindajatega; kontaktandmed leiate veebilehelt <http://bookshop.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

### **Tasuta väljaanded:**

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- Euroopa Komisjoni esindustes ja delegatsioonides;
- kontaktandmed leiate veebilehelt <http://ec.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

## EMCDDA kohta

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on üks Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutustest. EMCDDA loodi 1993. aastal Lissabonis ning see on Euroopa narkootikumide ja narkomaaniat käsitlevate võrdlevate andmete keskne allikas.

EMCDDA kogub, analüüsib ja levitab faktilist, objektiivset, usaldusväärset ja võrreldavat teavet narkootikumide ja narkomaania kohta. Seeläbi varustab ta oma kasutajaskonda tõenditel põhineva ülevaatega narkoalasest olukorrast Euroopas.

Keskuse väljaanded on esmane teabeallikas paljudele sihtrühmadele, sealhulgas poliitikakujundajatele ja nende nõustajatele, narkovaldkonna asjatundjatele ja teadlastele ning laiemas plaanis ka meediale ja avalikkusele.

Aastaaruanne on EMCDDA aastaülevaade narkoalasest olukorrast Euroopa Liidus ning see on oluline teabematerjal kõigile neile, kes otsivad kõige värskemast teavest narkootikumide kohta Euroopas.



Väljaannete talitus

