



Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

2006.  
AASTA ARUANNE





Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

# 2006. AASTA ARUANNE

## Õiguslik teade

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

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

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

Tasuta infotelefon (\*):

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

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

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

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2006

ISBN 92-9168-255-1

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2006

Reprodutseerimine on lubatud, kui viidatakse algallikale.

*Printed in Belgium*

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus

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

Tel (351) 218 113 000 • Faks (351) 218 131 711

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	9
Ülevaade: uimastiprobleemid Euroopas	11
1. peatükk	
<b>Poliitika ja õigusnormid</b>	<b>17</b>
2. peatükk	
<b>Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas</b>	<b>27</b>
3. peatükk	
<b>Kanep</b>	<b>37</b>
4. peatükk	
<b>Amfetamiinid, <i>ecstasy</i> ja muud psühhotroopsed ained</b>	<b>47</b>
5. peatükk	
<b>Kokaiin ja <i>crack</i>-kokaiin</b>	<b>58</b>
6. peatükk	
<b>Opioidide tarbimine ja uimastite süstimine</b>	<b>66</b>
7. peatükk	
<b>Uimastitega seotud nakkushaigused ja uimastitega seotud surmad</b>	<b>75</b>
8. peatükk	
<b>Probleemse uimastitarbimise ja mitme uimasti tarbimise kontrollimise parandamine</b>	<b>88</b>
Kirjandus	95



## Eessõna

Käesolev Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) iga-aastane aruanne on üheteistkümnnes ning tänava on see kättesaadav 23s Euroopa keeles. Vaadates tagasi keskuse aastate kestel üllitatud aruannetele, tekitab hämmastust, kui üksikasjalikuks on praegu kättesaadav teave muutunud, kajastades palju keerulisemat olukorda nii ebaseaduslike uimastite tarvitamises Euroopas kui ka viisis, kuidas uimastiprobleemi Euroopas käsitletakse.

Tunduvalt on kasvanud analüüsi toetava kättesaadava teabe hulk. Käesoleva aasta aruanne põhineb Euroopa Liidu 25 liikmesriigist ja Norrast, samuti võimaluse korral Bulgaariast, Rumeeniast ja Türgist saadud andmetel. Kasvanud pole mitte üksnes teavet saatvate riikide arv, vaid jätkuvalt on suurenenud ka igast riigist saadava võrreldava teabe hulk. Sellise teabe alusel saame Euroopa uimastialasest olukorrast ja selle dünaamikast palju üksikasjalikuma pildi kui kunagi varem. EMCDDA ülesanne on uurida selle keerulisust, koondada ühiseid kogemusi, kui need on olemas, ja anda selgitusi erinevuste kohta. Investeerides andmekogumisse ja koostöösse seirekeskusega, on liikmesriigid jõudnud arusaamisele, et naabrite tänased probleemid võivad homme muutuda nende endi probleemideks. Teadlikkust tõendab Euroopa Liidu uus narkostrategia ja sellega kaasnevad tegevusplaanid, mille aluseks on ühine arusaam andmekogumise ja info jagamise tähtsusest, vajadus määrata kindlaks ja levitada head tava, ning koostöö ja kooskõlastatud tegevuse väärtustamine, et reageerida ohtudele, mida narkootikumid tekitavad meie kaaskondlaste tervisele, heaolule ja julgeolekule.

Pilk kättesaadavale teabele meenutab ka tarvidust olla jätkuvalt valvel ja paneb südamele mitte unustada ohtusid, mis tekivad enesega rahulolust. Aruandes kõlavad hoiatavad teated narkootikumidega seotud HIVsse nakatumiste ja surmade kohta. Siiski on Euroopas tervikuna tehtud suuri

jõupingutusi selliste probleemide käsitlemiseks ja on olemas käegakatsutavad tulemused. Järelkult on Euroopa poliitikakujundajatel tulnud teha raskeid valikuid ja neid on tehtud pärast olemasolevate andmete hoolikat uurimist. Sellist tegevussuunda saab üksnes tervitada. Narkootikumide probleemi üldarutelus pühendatakse palju sõnu vajadusele tasakaalustatud ja tõenditega kinnitatud lähenemise järele. Euroopas on võib-olla rohkem kui kusagil mujal saanud sõnad tegudeks. Hoolimata liikmesriikide vahelistest erinevustest lahendamist vajavate uimastiprobleemide üksikasjades ja tegevuse prioriteetides, on kõik üksmeelel teabejagamise ja koostöö tähtsuses vähendamaks narkootikumide pakkumist, vajaduses hoida pakkumise ja nõudluse vähendamismeetmed tasakaalus, ning üha enam mõistetakse tarvidust tugineda tõenditele, kui tehakse raskeid valikuid programmide ja meetmete osas, mis vastaksid kõige enam meie kaaskondlaste huvidele. Euroopalik lähenemine ei ilmne mitte üksnes Euroopa uues narkostrategias, vaid ka liikmesriikide poolt vastu võetud riiklikes narkostrategiates, tugevamas ja ühtsemas hääles, millega Euroopa seda küsimust arutab, ja EMCDDA töös, mis püüab anda oma panuse poliitikakujundajate teavitamise hõlbustamisse, pakkudes neile erapooletu ja teaduslikult täpse analüüsi teabest, mis on Euroopas narkootikumide kohta kättesaadav.

Narkootikumide tarvitamine on keeruline probleem ja sellele pole lihtsaid lahendusi. Siiski tuleneb Euroopa kogemusest selge järeldus: me oleme aru saanud, et koostöö mitte üksnes toimib, vaid on asendamatu, kui tahame leida tõhusaid lahendusi meie ette kerkinud väljakutsetele, mida on tekitanud ebaseaduslike narkootikumide tarvitamine.

### **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 algmaterjali kogunud teenistusi kõigis liikmesriikides;
- EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmeid;
- Euroopa Parlamenti, Euroopa Liidu Nõukogu, eelkõige selle horisontaalset narkootikumide töörühma, ja Euroopa Komisjoni;
- Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskust (ECDC) ja Europoli;
- Euroopa Nõukogu Pompidou gruppi, ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Bürood, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbürood, Interpoli, Maailma Tolliorganisatsiooni, alkoholi ja muude sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN), AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskust;
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitust;
- Prepress Projects Ltd.

### Reitoxi riikide teabekeskused

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

Riikide teabekeskuste kontaktandmed on aadressil:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriikide ja Norra (osaleb seirekeskuse töös alates 2001. aastast) riiklike aruannetena. Aastaaruandes on kasutatud 2004. aasta (või viimase aasta, mille kohta andmed olid kättesaadavad) statistilisi andmeid. Aastaaruande graafikud ja tabelid võivad kajastada Euroopa Liidu liikmesriikide andmeid valikuliselt: valik on tehtud riikidest, mille kohta andmed uuritavast ajavahemikust olid olemas.

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

2006. a statistikabülletään (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) sisaldab kõiki statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabelleid. Selles on täpsustatud ka kasutatud meetodika üksikasjad ja lisatud üle saja statistilise graafiku.

Riikide iseloomustused (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) sisaldavad iga riigi kohta kvaliteetses graafilist kokkuvõtet uimastialasest olukorrast.

Aruandele on lisatud kolm põhjalikku ülevaadet järgmistel teemadel:

- Euroopa narkopoliitika: kas probleemi laiem käsitlus kui vaid ebaseaduslikud uimastid?
- soolised erinevused uimastite tarvitamisel ja narkoprobleemide lahendamisel;
- arengud uimastite tarbimises meelelahutusasutustes.

Valikteemad on trükise ja elektroonilise variandina (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) kättesaadavad ainult inglise keeles.

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



## Ülevaade: uimastiprobleemid Euroopas

### Euroopa uus koordineerimis- ja koostööraamistik

Kuigi igal liikmesriigil on endiselt õigus oma narkopoliitikale, on nüüdseks kindlalt nõustunud Euroopa tasandil koostöötamise tulemuslikkuses. See kajastub mitmes viimase aja arengusuunas, mis toetavad koordineerimist ja koostöötegevusi. Edusammude hulka kuulub kahe lähteaineid puudutava EÜ määruse ning nõukogu uute uimastite alase otsuse jõustumine 2005. aastal. Lisaks on uimastikaubanduse vastaseid meetmeid tugevdatud uute õigusaktide abil, mis käsitlevad rahapesu ja varade konfiskeerimist. Liidusese koostöö ja edaspidiste narkoprobleemidele suunatud tegevuste kujundamisel on kõige tähtsam roll aga Eli narkostrategial (2005–2012) ja selle juurde kuuluval kahel tegevuskaval. Esimeses tegevuskavas on liikmesriikide poolt kavandatud umbes 100 erimeedet, mis tuleb ellu viia 2008. aastaks. Strateegia jaoks on kavandatud järjepidev hindamisprogramm, mis näeb ette iga-aastast arenguülevaadete esitamist ja mõjuhindamisi kummagi tegevuskava lõpetamisel.

Strateegia väljendab Euroopa üksmeelt küsimuses, kuidas tuleks läheneda uimastiprobleemidele. Selgelt on otsustatud järgida tasakaalustatud lähenemisviisi, mis ühendab nii uimastite pakkumise kui ka nõudlusega seotud meetmeid. Nõustatud on ka selles, et tegevused peavad põhinema tõenditel efektiivsuse kohta ning lisaks tuleb süstemaatiliselt hinnata edusamme. Liikmesriikide poliitikate vahel esineb siiski veel olulisi erinevusi, tihti peale uimastitarbimise olukorra ja sellele lähenemise viiside erinevuste näol. Sellest hoolimata on uus narkostrategia märk sellest, et Euroopa uimastiteemalist mõttevahetust iseloomustab järjest rohkem kokkuleppele jõudmine ühises raamistikus ja ühistes tegevustes. Näiteks sisaldavad kõik nõudluse vähendamise strateegiad ennetustööd, ravi ja kahju vähendamist, kuigi eri liikmesriikides pannakse rõhku erinevatele osadele. Mõned tegevuspõhimõtted tekitavad endiselt palju vaidlust, kuid seda siiski üldkokkuleppe raames, millega on kindlaks määratud Euroopa põhimõtted narkoprobleemidele lähenemises.

### Uimastite tarbimine ja pakkumine – tegevused, mida eristatakse järjest rohkem

Sellel aastal esitatud teave näitas taas, et järjest enam muudavad liikmesriigid oma uimastialast seadusandlust, et rõhutada vahet isiklikul otstarbel uimastite omamisega seotud õigusrikkumiste ning nende pakkumise ja kaubitsemisega seotud õigusrikkumiste vahel. Üldiselt on hakatud rangemalt

karistama uimastite edasimüümisega seotud õigusrikkumisi ja vähem rõhku panema isiklikul otstarbel uimastite omamisega seotud vabadusekaotustele karistustele. Selline nihe on kooskõlas kogu Euroopas leviva suundumusega panna järjest rohkem rõhku uimastisõltlaste ravivõimaluste laiendamisele ja meetmetele, mis viiks uimastiprobleemidega inimesed kriminaalõiguslikust süsteemist ravi ja taastusabi võimaluste juurde. Riikides, kus tehakse juriidilist vahet uimastite omamise ja nende edasimüümise vahel, on päevakorda kerkinud küsimus, kas seadusandluses oleks vaja selgesõnaliselt sätestada, millisest kogusest alates ei ole uimastid enam mõeldud isiklikuks otstarbeks. Selles küsimuses ei ole hetkel üksmeelt ja kogu Euroopas kehtivad erinevad lähenemisviisid: mõnes riigis on välja antud üldised tegevussuunised, mõnes riigis aga on koguselised piirangud seaduslikult kindlaks määratud.

### Heroiinitarbimine – tähtis osa tervikpildist

Käesolevas aruandes esitatud andmed osutavad vajadusele laiendada kogu Euroopas vaatekohta, et uimastiprobleemide keskne teema on heroiin ja süstimine, sest järjest tähtsamaks muutub mitme uimasti segatarbimine, stimulantide tarbimine ning kanepi tarbimise laialdase leviku mõju rahvatervisele. Paljudes riikides on opioidid (peamiselt heroiin) sellegipoolest endiselt põhilised uimastid, millega seoses inimesed ravi otsivad, moodustades umbes 60% kõigist 2004. aastal registreeritud ravitaotlustest – üle poole (53%) ravi otsivatest inimestest väitsid, et nad süstivad heroini.

Peaaegu 25% ravi otsivatest opioiditarbijatest on 35aastased ja vanemad, ainult 7% esmakordsetest abitsijatest on alla 20aastased. Tuleb märkida, et ravinõudluse andmed näitavad ainult aasta jooksul ravi taotlenud inimeste arvu ja ei hõlma neid, kes ravi jätkavad, ning seetõttu on ravitavate inimeste arv tegelikult tunduvalt suurem. Viimastel aastatel aset leidnud asendusravi märkimisväärne levik tähendab, et kogu Euroopas kuulub ravisüsteemi üha rohkem järjest vanemaid heroinisõltlasi, kes tõenäoliselt vajavad ravi veel kaua aega ja jäävad mitmeteks aastateks peamiseks ressursitarbijaks.

Euroopas tarbitav heroiin on toodetud peamiselt Afganistanis. Euroopas konfiskeeritakse endiselt kõige rohkem heroini ning kuna Kagu-Euroopas (eelkõige Türgis) on konfiskeeritud heroini kogused järjest kasvanud, edestab nimetatud regioon konfiskeeritud koguste poolest nüüdseks Lääne- ja Kesk-Euroopat. Konfiskeeritud heroini koguste suurenemine ei anna tunnistust mitte ainult uimastikaubandusvastase koordineeritud tegevuse tulemuslikkusest laiemal Euroopa

tasandil, vaid tõstatatakse ka olulisi küsimusi selle kohta, kuidas mõjub heroiniitootmise laienemine Euroopa turule. Uimasti keskmise puhtuse suhtes pole märgata ühtegi kindlat suundumust, hind aga on viie aasta jooksul (1999–2004) enamikus riikides langenud (võttes arvesse ka inflatsiooni). Kuigi heroiin on Euroopas kättesaadavam ja odavam, ei ole tõendeid selle kohta, et see mõjutaks tarbimise üldist taset. Üldnäitajad lubavad oletada, et uusi heroiniitarbimise juhte tuleb Euroopas juurde üha vähem, mis näitab, et olukord on tõenäoliselt stabiilne, vähemalt mõnes riigis, kus suur osa opioidsõltlastest saab praegu asendusravi. Enamikus riikides on järjest vähem tugeva opioidsõltuvusega ravialuseid inimesi. Sellest hoolimata ei tohi jääda loorberitele puhkama, sest kogemused näitavad, et selles valdkonnas on esinenud epideemilist tarbimist.

Käesoleva aasta aruande näitajate põhjal on murettekitav asjaolu uimastitega seotud surmajuhtumid, mis on 2000. aastast peale üldiselt langenud, kuid 2004. aastal enamikus riikides natuke tõusnud. Praegu on veel liiga vara öelda, kas selline väike muutus tähendab pikemaajalist tendentsi, kuid tuleb meeles pidada, et surmajuhtumid on ebaseaduslike uimastite tarbimise tõsisemaid tagajärgi. Kuigi uimastitega seotud surmajuhtumite arv noorte seas langeb, mis toetab oletust, et uusi heroiniisüstijaid tuleb juurde järjest vähem, näitavad kättesaadavad hinnangud uimastitega seotud surmajuhtumite kohta (üleannustamine ja muu) linnades, et praegu on 10–23% kõigist surmapõhjustest 15–49aastaste vanusegrupis seotud opioiditarbimisega.

### Süstimine ja sellega seotud terviseprobleemid – lahutamatu paar

Paljudes riikides on uimastite süstimine peaaegu et heroiniitarbimise sünonüüm, kuid on ka erandeid, sest paar ELi riiki on teatanud stimulantide süstimise kõrgest määrist, peamiselt raskete amfetamiinisõltlaste hulgas. Üldiselt aga lubavad olemasolevad tõendid oletada, et pikemas perspektiivis süstimine tõenäoliselt väheneb, kajastades mingil määral heroiniitarbimise olukorda. Sellegipoolest on süstijate arv mõnes liikmesriigis endiselt väga suur. Oluline hoiatusmärk on ka asjaolu, et liikmesriikide või piirkondlike hinnangute kättesaadavus uimastite süstimise kohta on halb. Lisaks näitab mõni piirkondlik süstimise uuring, et viimasel ajal on isegi pisut rohkem süstima hakatud. Kõige ülevaatliskuma pildi kõnealusest tendentsist saab jälgides ravi saavaid heroiniitarbijaid, kelle hulgas on süstijate osa mõnes riigis järsult vähenenud, teistes aga mitte. Vanadest liikmesriikidest on süstijate osa vähenemisest ravi saavate heroiniitarbijate hulgas teatanud Taani, Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Ühendkuningriik.

Kõik teavad, et uimastite süstimisega kaasnevad terviseprobleemid ning et süstijatel on suur üleannustamise,

nakkuse ning muude terviseprobleemide, näiteks septitseemia ja tromboosi oht. HIVsse nakatumine on terviserisk, mis on innustanud Euroopa tervishoiu tegevust seoses kõnealust tüüpi uimastite tarbimisega, ning peaaegu kõikides riikides on nüüdseks olemas meetmed eesmärgiga ennetada uusi nakkusjuhtumeid. Nõelte ja süstalde jagamine, mida kunagi peeti vaieldavaks meetmeks, toimib mingil määral peaaegu igas liikmesriigis, kuigi tegevuse ulatus erineb riigiti märkimisväärselt. Enamiku riikide andmetel on uusi, süstimise tagajärjel HIVsse nakatunuid vähe: nakatunute osakaal süstijate seas on hinnanguliselt 5%. Siiski tuleb silmas pidada tähtsaid asjaolusid: esiteks, kaks suuremat riiki, Hispaania ja Itaalia, kus uimastisüstijate hulgas on AIDSi haigestunuid kõige rohkem, ei ole HIVsse juhtude registreerimise kohta andmeid esitanud, ning teiseks on teatatud, et HIV levib kogu Euroopas teatud süstijate rühmades endiselt ning on isegi märke selle kohta, et mõnes uuritud rahvastikurühmas HIVsse nakatunute arv lausa suureneb.

Palju negatiivsem pilt avaneb, kui vaadelda C-hepatiiti nakatumist, mis on väga levinud peaaegu kogu maailma uimastisüstijate seas. C-hepatiidiga seotud tervisemurede lahendamine uimastisüstijate ja endiste süstijate hulgas jääb tervishoiu peamiseks kuluallikaks tõenäoliselt veel pikemaks ajaks. Järeldades, et uimastite süstimine aegamööda väheneb, ning väites, et Euroopa on hästi toime tulnud HIV epideemilise levikuga 1990ndatel, võidakse unustada terviseriskid, mis süstimisega endiselt kaasnevad. Endemilisse C-hepatiiti nakatumise kõrge tase, viiruse jätkuv levik uimastisüstijate seas (kusjuures mõnes rühmas on täheldatud nakatunute arvu suurenemist) ning suured riskigrupid mitmes uues liikmesriigis näitavad, et uimastite süstimist ning sellega kaasnevaid terviseriske tuleb endiselt pidada Euroopa üheks tähtsamaks terviseprobleemiks ning sellele tuleb uimastipoliitikas ning teadustegevuses kindlasti rohkem tähelepanu pöörata.

### Kokaiin: stabiliseerumise märgid Euroopa teise levinuima ebaseadusliku uimasti osas

Kokaiiniitarbimise hinnangute järgi (eelmise aasta levimus) on kokaiin tarbitavuselt teine ebaseaduslik uimasti Euroopas, edestades napilt amfetamiini ja ecstasy't. Tarbimise tase on aga üldiselt stabiliseerunud, võrreldes perioodiga, mil kokaiiniitarbimine suurenes märkimisväärselt. 1990ndate lõpus Hispaanias ja Ühendkuningriigis aset leidnud kokaiini levimuse märkimisväärne suurenemine näib olevat alates 2000. ja 2001. aastast stabiliseerunud. Teistes riikides pole järsku kokaiiniitarbimise suurenemist täheldatud, kuigi mõnes riigis on see teatud määral siiski toimunud. Üldiselt on Euroopa kokaiiniitarbimise tase väga ebahütlane ning ainult mõnes riigis tarbitakse seda erakordselt palju, peamiselt Lääne-Euroopas.

## Lühiülevaade: hinnangud uimastitarbimise kohta Euroopas

(Käesolevad hinnangud on täiskasvanud elanikkonna kohta ja on olemasolevatest hinnangutest kõige uuemad. Täielikud andmed ja meetodikat puudutavad märkused on esitatud kaasasolevas statistikabülletäänis.)

### Kanep

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 65 miljonit inimest ehk iga viies täiskasvanud eurooplane

Tarbimine eelmisel aastal: 22,5 miljonit täiskasvanud eurooplast ehk kolmandik inimestest, kes elu jooksul kanepit tarbivad

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: 12 miljonit eurooplast

Eelmise aasta tarbimismäärad riigiti:

Üleüldine määr 0,8–11,3%

Tavaline määr 2,8–7,5% (15 riiki)

### Kokaiin

Elu jooksul tarbimise levimus: vähemalt 10 miljonit eurooplast ehk rohkem kui 3% täiskasvanud eurooplastest

Tarbimine eelmisel aastal: 3,5 miljonit täiskasvanud eurooplast ehk kolmandik inimestest, kes elu jooksul kokaiini tarbivad

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: üle 1,5 miljoni

Eelmise aasta tarbimismäärad riigiti:

Üleüldine määr 0,1–2,7%

Tavaline määr 0,3–1,2% (18 riiki)

### Ecstasy

Elu jooksul tarbimise levimus: umbes 8,5 miljonit täiskasvanud eurooplast

Tarbimine eelmisel aastal: 3 miljonit ehk kolmandik inimestest, kes elu jooksul ecstasy't tarbivad

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: üle 1 miljoni

Eelmise aasta tarbimismäärad riigiti:

Üleüldine määr 0,0–3,5%

Tavaline määr 0,3–1,5% (15 riiki)

### Amfetamiinid

Elu jooksul tarbimise levimus: peaaegu 10 miljonit eurooplast ehk rohkem kui 3% täiskasvanud eurooplastest

Tarbimine eelmisel aastal: 2 miljonit ehk viiendik inimestest, kes elu jooksul amfetamiini tarbivad

Tarbimine viimase 30 päeva jooksul: alla 1 miljoni

Eelmise aasta tarbimismäärad riigiti:

Üleüldine määr 0,0–1,4%

Tavaline määr 0,2–1,1% (16 riiki)

### Opioidid

Probleemne opioidide tarbimine: 1–8 juhtumit 1000 täiskasvanu kohta (vanuses 15–64)

Peaaegu 7000 uimastitest tingitud äkksurma, neist 70% opioididega seotud juhtu (2003. aasta andmed)

Ravitaotluste puhul on 60%-l juhtudest põhiuimastiks opioidid 2003. aastal sai asendusravi rohkem kui pool miljonit opioiditarbijat

Oleks ekslik järeldada, et märgid kokaiinitarbimise stabiliseerumisest tähendavad ka kokaiiniga seotud probleemide stabiliseerumist. Euroopas on kokaiinitarbimise tase kõrgem kui kunagi varem ning uuringud näitavad, et tavaliselt kasvavad uimastiga seotud probleemid levimuse suurenemisest paar aastat hiljem, kuna intensiivse ja regulaarse harjumuse väljakujunemine ning probleemide ilmumine võtab aega. Nüüd võivad need hakata esile kerkima riikides, kus kokaiini tarbimine on saanud väljakujunenud harjumuseks. Nii Madalmaades kui ka Hispaanias on vähemalt neljandik ravitaotlustest seotud kokaiiniga ning 1999.–2004. aastail enam-vähem kahekordistus kokaiiniga seotud ravinõudlus kogu Euroopas. Kuigi crack-kokaiini tarbitakse Euroopas piiratud kogustes, tundub mõne linna probleemiteadete põhjal, et olukord võib olla muutumas tõsisemaks.

Kokaiini esineb tihti opioididest põhjustatud surmajuhtumite toksikoloogilistes analüüsidest ning mitmes riigis on kokaiinitarbimine muutunud tõsiseks probleemiks neile, kes ravivad heroiinisõltuvust. Andmed pole küll täielikud, aga liikmesriikide 2005. aasta aruannetes kirjeldati üle 400 surmajuhtumi, mis olid põhjuslikult seotud kokaiinitarbimisega, ning sellega seotud surmajuhtumite arv tundus olevat suurenenud kõikides kõrge kokaiinilevimusega riikides. Nimetatud arv ei kajasta tegelikku olukorda kindlasti mitte täies ulatuses ning ei ole teada, mil määral mõjutab kokaiinitarbimine südame-veresoonkonna probleemidest põhjustatud surmasid. Sõnum on selge: kui Euroopa ei taha, et kulutused kokaiinitarbimisega seotud terviseprobleemide peale suureneksid, ei tohi kokaiinitarbimise üldise stabiliseerumise juures unustada, et on vaja mõista ja tuvastada kokaiiniga seotud probleeme ja investeerida efektiivsete lahenduste väljatöötamisse.

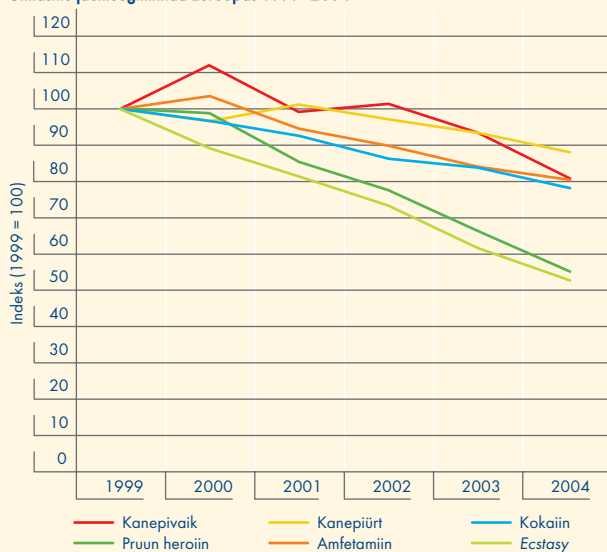
## Keerulisema uimastiprobleemiga toimetulek

Üks aruannet läbiv teema on järjest suurem vajadus lahenduste järele, kus oleks arvesse võetud tänapäeva uimastiprobleemide keerukust ja mitmekülgust. Ennetus-, ravi ja kahju vähendamise tegevuste puhul on vaja sügavamalt mõista, mis täpselt on hea tava ja tõendus põhine tegutsemine. 2004. aastal ligikaudu 380 000 teatatud ravinõudluse juhtumi hulgas oli umbes 15 protsendil kõikidest juhtudest ravile suunamise esmaseks põhjuseks kanep, olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. Raviastutused peavad lahendama järjest rohkem ka stimulantide ja mitme uimasti segatarbimisega seotud probleeme, sealhulgas väga palju selliseid küsimusi, mis on tingitud ebaseaduslike uimastite ja alkoholi koostarbimisest. Samas ei tea me piisavalt sellist tüüpi uimastite regulaarse ja pideva tarbimise mõjudest rahvatervisele kogu rahva tasandil ega nimetatud uimastite tarbijate jaoks vajalikest meetmetest. Uimastiprobleemidele

## Uimastitarbimine Euroopas odavam kui kunagi varem

Käesolevas aruandes on esitatud esimene ebaseaduslike uimastite tänavahindade analüüs 5aastase perioodi kohta (võttes arvesse inflatsiooni), et täpsemalt hinnata nende muutumist aja jooksul. Andmeid tänavahindade kohta on raske koguda ja ka analüüsida. Hinda mõjutavad ostetava aine puhtus, kogus ja sort ning samuti on olulised geograafilised tegurid, näiteks kas tegu on suurlinnaga või uimastite transiiditeele jääva kohaga. Uimastihinnad erinevad oluliselt ka riigiti ning hinnad kõiguvad, mis annab tunnistust pakkumise tõrgetest. Hoolimata andmete moonutatusest, saab olemasolevate andmete põhjal järeldada,

Uimastite jaemüügihinnad Euroopas 1999–2004



et enamiku uimastite hinnad on Euroopas üldiselt langenud. Enamikus riikides on viie aasta jooksul langenud kanepi, heroini, amfetamiini, ecstasy ja kokaiini tänavahind (vt graafik allpool). Kuigi varasemad andmed tänavahindade kohta puuduvad või on neid raske analüüsida, võib praegune tendents näitama olla märk sellest, et uimastihinnad on langenud juba pikemat aega. Mõne kõrge levimusega riigi andmed näitavad, et 1980ndate lõpus olid kokaiin ja ecstasy tunduvalt kallimad kui praegu.

**NB:** suundumustes on esindatud kättesaadav info erinevate uimastite tänavahindade kohta ELi liikmesriikides ja Norras, mida on kaalutud iga riigi rahvaarvuga, et kujundada pilt üleeuroopalisest suundumusest. Hinde on korrigeeritud riikide inflatsioonimääradega (baasaasta 1999) ning kõik seeriad on indekseeritud vastavalt 1999. aasta baasile 100.

Paljudel riikidel ei ole võimalik vajalikke andmeid edastada, sest neid on raske saada ning need on tihti ebausaldusväärsed ja puudulikud. Riike, kus puuduvad andmed kahe või enama järjestikuse aasta kohta, ei ole uimastihindade suundumuse arutamisel arvesse võetud: pruuni heroini ja amfetamiini hind on arvatud 9, kokaiini, ecstasy ja kanepiürdi 13 ning kanepivaigu hind 14 riigi põhjal.

Lisaks kasutati 2004. aasta andmete puudumisel 2003. aasta andmeid (11 korral); 1999. aasta andmete puudumisel 2000. aasta hindu (1 juhul) ning vahepealsete aastate andmete puudumisel eelnevate või järgnevate aastate andmeid (12 juhul).

Täpsemad andmed 2004. aasta hindade kohta on esitatud statistikabülletääni tabelites PPP-1, PPP-2, PPP-3 ja PPP-4.

**Allikad:** andmed hindade kohta: Reitoxi riikide teabekeskused.  
Andmed inflatsiooni ja rahvastiku kohta:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

lähemise viisi kindlaksmääramisel on Euroopas kõige tugevam tõenduspõhi ebaseaduslike opioidide tarbimise probleemiga tegelemisel, mille kohta on olemas arvestatavate teenuste arendamist ja suunamist toetav faktikogu. Probleemse heroinitarbimise suhtes ollakse üksmeelel ja järjest rohkem veendutakse selles, et poliitika tuleb suunata sobivate meetmete leidmisele. Sama selgelt on järjest rohkem vaja kindlaks määrata viis, kuidas peaksime reageerima heterogeensele uimastiprobleemile Euroopas.

## Mitme uimasti segatarbimise täpsem määratlus ja parem mõistmine

Põhiteemaks on vajadus toime tulla probleemidega, mis on seotud mitme psühhootilise aine tarbimisega. Mitme uimasti segatarbimine on saanud järjest tähtsamaks valdkonnaks, milles ravisutused peavad ennast täiendama. Samas on selle termini määratlus jäänud ähmaseks ning mõnes mõttes saab mitme uimasti segatarbijateks pidada kõiki, kes uimasteid tarbivad. Mitme uimasti segatarbimise probleem on tõeline väljakutse ka uimastite seiresüsteemidele, mis üldjuhul põhinevad ühe indeksi uimasti tarbimise käitumuslikel

näitajatel. Seega on kiiresti vaja välja töötada parem kontseptsiooniraamistik mitme uimasti segatarbimise eri viiside kirjeldamiseks, mis oleks esimene samm sellise käitumise mõjude mõistmisel. Käesoleva aasta aruandes on esitatud analüütilised probleemid, mida on vaja käsitleda juhul, kui Euroopa tahab paremini mõista järjest suureneva hulga inimeste vajadusi, kelle probleemid on tingitud erinevate uimastite segatarbimisest, mitte ühe aine sõltuvusest.

## Tagasi tulevikku: ohtude ja väljakutsete ennetamine

Käesoleva aasta aruandes püüti taaskord tuvastada tekkivaid suundumusi, et ennetada edaspidiseid probleeme. Selline analüüs on juba oma olemuselt spekulatiivne ja seda tuleb teha teatud ettevaatlikkusega. Uimasti, mis on ilmselgelt seotud tõsiste rahvatervise probleemidega, on metamfetamiin. Kuigi metamfetamiiniga seotud probleemid muutuvad maailmas järjest tõsisemaks, on uimasti tarbimine Euroopas piiratud mõne üksiku riigiga, kus see asjaolu on juba teada. Kuigi olemasolevate andmete põhjal ei saa teha tendentside kohta kindlaid järeldusi, on järjest rohkem riike teatanud metamfetamiini konfiskeerimistest, mis näitab



selgelt, et on vaja täpsemalt jälgida sellest rohkem ohustatud rahvastikurühmi.

2006. aastal andis EMCDDA välja tehnilise dokumendi hallutsinogeensete seente kohta ning seda teemat on kokkuvõtvalt käsitletud ka meie aastaaruandes. Alates 1990ndate lõpust on hallutsinogeensete seente kättesaadavus ja tarbimine suurenenud, kuid laiemalt pole sellele tähelepanu pööratud. Mainitud uimasti tarbimine on enamasti eksperimentaalne ja teateid probleemidest on vähe. Kuna aga poliitikakujundajad on saanud teadlikumaks hallutsinogeensete seente kättesaadavusest, on selle tulemusena kasutusele võetud kontrolli tugevdavaid meetmeid.

Hallutsinogeensetes seentes sisalduva kahe psühhoaktiivse aine, psilotsübiini ja psilotsiini kohta on olemas rahvusvaheline konventsioon. Kuna seened kasvavad mõnes riigis looduslikult, on see teema õiguslikult küljest väga keeruline

ning sellesse suhtutakse Euroopa riikides erinevalt. Nende uute ainete jälgimist, mis võivad ohustada rahvatervist ning mida tuleb seetõttu kontrollida, toetab üldisemas plaanis uus nõukogu otsus (2005/387/JSK) uute psühhoaktiivsete ainete riskihindamise, kontrollimise ja sellealase teabe vahetamise kohta. Varajase hoiatamise vajadust selles valdkonnas kinnitab ka näide mCPP (1-3-klorofenüül piperasiin) kiire leviku kohta 2005. aastal. mCPP levik näitab, et ebaseaduslike uimastite tootmisega seotud isikud on uuendusteks valmis ning otsivad pidevalt uusi kemikaale, mida turule tuua – käesoleval juhul MDMA (*ecstasy*) kangemaks muutmiseks või selle mõju muutmiseks. Sellistele uuendustele tuleb leida vastumeetmed, sest ei ole teada, kuidas uued ained tervisele mõjuda võivad. Komisjoni otsusega loodud varajase hoiatamise süsteem on seega tähtis mehhanism sekkumaks protsessi, mille käigus satub ohtu noorte eurooplaste tervis inimeste tõttu, kes kasu lõikamise eesmärgil väldivad olemasolevaid uimastite kontrollimise mehhanisme.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

# 1. peatükk

## Poliitika ja õigusnormid

### Riiklikud narkoennetusstrateegiad

Aruandlusperioodi jooksul võeti viies riigis vastu riiklik narkoennetusstrateegia ja tegevuskava (tabel 1). Läti võttis riikliku narkoennetusstrateegia aastateks 2005–2008 vastu esmakordselt, Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Luksemburgis ja Rumeenias kiideti heaks uued tegevuskavad.

Lisaks võttis Soome vastu narkoennetusstrateegia vanglate jaoks (2005–2006) ning Ühendkuningriigis seati avaliku teenistuse kokkuleppes narkoennetuspoliitika valdkonnas uued sihid ja eesmärgid, et vähendada ebaseaduslike uimastite tõttu üksikisikutele, nende peredele ja kogukonnale tekitatud kahju.

Aruandlusperioodi jooksul tegeldi narkoennetusstrateegia ettevalmistamisega Itaalias, Austrias, Poolas, Portugalis, Rootsis ja Norras (tabel 2).

Mõned riigid, kus riiklik narkoennetusstrateegia on esmakordselt vastu võetud tükk aega tagasi (alates 1998. a), sõnastavad nüüd oma strateegiaid ja kavasisid ümber, pöörates rohkem tähelepanu selgemate ja realistlikumate eesmärkide püstitamisele. Näiteks teatab Luksemburg, et uus tegevuskava aastateks 2005–2009 on lihtne, selge struktuuriga ja tulemusele orienteeritud, seab tegevuseesmärgid, määratleb vastutusala ja täpsustab

**Tabel 1: 2005. aastal uue narkoennetusstrateegia heaks kiitnud riigid**

Riik	Dokument	Ajavahemik
Tšehhi Vabariik	Riiklik narkoennetusstrateegia	2005–2009
	Tegevuskava	2005–2006
Hispaania	Tegevuskava	2005–2008
Läti	Riiklik narkoennetusstrateegia	2005–2008
Luksemburg	Riiklik narkoennetusstrateegia ja tegevuskava	2005–2009
Rumeenia	Riiklik narkostrateegia	2005–2012

**Tabel 2: Riigid, kus narkostrateegia oli 2005. a ettevalmistamisel**

Riik	Dokument	Ajavahemik
Itaalia	Tegevuskava	2004–2008
Austria	Riiklik narkoennetusstrateegia	
Portugal	Riiklik narkoennetusstrateegia ja tegevuskava	2005–2008
Rootsi	Tegevuskava	
Norra	Tegevuskava	

eelarvet, prognoosib tulemusi ja tähtaegu ning võimaldab hinnangu andmist. Belgias moodustasid prantsuskeelse kogukonna ja vallooni piirkonna tervishoiujuhid asjatundjate komisjoni, et koostada „konkreetne plaan uimastisõltuvuse ennetamiseks, narkomaanide abistamiseks ja nende eest hoolitsemiseks“. Komisjon soovitas, et „valitsus peaks prioriteedid ja eesmärgid selgemini sõnastama“, et „selgelt tuleks paika panna ühise narkoennetuspoliitika peamised põhimõtted“ ning „määratleda valitud strateegiate kronoloogia“. Samasugune on ka Tšehhi Vabariigi tegevuskava aastateks 2005–2006, mis sisaldab konkreetseid eesmärke ja nende saavutamiseks vajalikku tegevust, määrab iga ministeeriumi kohustused ning iga valdkonna jaoks täitmise tingimused ja indikaatorid.

### Riiklike narkoennetusstrateegiate hindamine

Paljud Euroopa riigid uuendavad oma narkoennetusstrateegiaid järjepidevalt tsüklike kaupa: eelmise perioodi strateegia tulemused või hinnang sellele moodustavad uue strateegia aluse (EMCDDA, 2004a).

2005. a jooksul teatasid samalaadse protsessi käivitamisest Iirimaa, Luksemburg, Ungari ja Rumeenia. Ungari narkoprobleemidega võitlemise strateegiale koostati hinnang Madalmaades Trimboos-instituudis; esmakordselt on riigi narkostrateegiale andnud hinnangu väliseksperdid.

Hindamisel keskenduti narkostrategia rakendamise vahepealsetele tulemustele ning töötati välja soovitusel narkoennetuse tulevasteks strateegiateks ja narkovaldkonna struktuuride tegevuse paremaks koordineerimiseks. See sarnaneb 2004. aastal antud hinnanguga Portugali 1999. aasta narkoennetuse riikliku strateegia ja 2001.–2004. aasta tegevuskava kohta. Hinnangu väliskoostajaks oli Portugali riiklik avaliku halduse instituut ja sisekoostajaks narkootikumide ja sõltuvushaiguste instituut (Instituto da Droga e da Toxicoddependência, IDT). Ungari ja Portugal on esimesed kaks riiki Euroopas, kes on palunud oma narkoennetuse riiklikule strateegiale hinnangut väljastpoolt.

2005. aastal soovitati lirimaa narkoennetuse 2001.–2008. aasta strateegia vahekokkuvõttes, mis põhines avalikul konsulteerimisel ning peamistel riikide ja Euroopa Liidu andmetel, et prioriteedid tuleks ümber seada vastavalt uutele ravisuundadele, mitme uimasti samaaegsele tarbimisele, kokaiinitarbimisele ning HIV ja C-hepatiidi levikule, samuti tuleks strateegia järelejäädud perioodi jooksul värske jõuga välja töötada ja rakendada mitmesuguseid olulisi tegevusi. Rumeenias hinnati riiklikku narkoennetusstrateegiat aastateks 2003–2004 kõigi uimastiennetuse valdkonna riiklike institutsioonide osalusel, koostatud järeldused võeti aluseks uue riikliku narkoennetusstrateegia väljatöötamisel aastateks 2005–2012. Luksemburgis on 87% riiklikust narkoennetuse tegevuskavast aastateks 2000–2004 ettenähtud tähtaegadeks ellu viidud. Aruandest selgub, et rakendamata jäänud meetmete (näiteks heroini jagamise programmi) puhul on tekkinud viivitus peamiselt poliitilistel põhjustel. Seni veel rakendamata tegevused on lülitatud uude tegevuskavasse.

Lisaks näitavad möödunud aasta aruanded, et riiklikud narkoennetuse tegevuskavad on hakanud silmanähtavaid tulemusi andma. Kuigi ei saa veel kindlalt öelda, et üldine eesmärk – vähendada uimasti nõudlust kättesaadavust – on saavutatud, on riiklikel strateegiatel konkreetsed ja olulised tulemused.

Portugali 1999. aastal vastu võetud strateegiat hinnates peetakse narkomaaniaravi kättesaadavuse suurenemist, uimastitest tingitud surmade arvu ja HIV levimuse vähenemist ning narkokaubanduse kohta esitatud politseiraportite arvu kasvu strateegia tulemuseks. Samas tõdeti, et esimest korda proovitakse uimasteid nooremas eas kui varem ning suurenenud on muude narkootiliste ainete kui opioididega seotud surmade arv. Hispaanias tunnustati riikliku strateegia (2003) hinnangus, et ei ole õnnestunud saavutada eesmärki vähendada narkootikumide kasutamist, kuid häid tulemusi on saavutatud kahjude vähendamise ja abi valdkonnas ning rahuldavaid tulemusi muudes valdkondades, nagu näiteks teadusuuringud ja haridus, rahvusvaheline koostöö ja narkootikumide pakkumise vähendamine. Lisaks on tervishoiu- ja tarbijakaitseministeerium heaks kiitnud tegevuskava

aastateks 2005–2008, et mobiliseerida ressursse ja rakendada algatusi narkoennetuse riikliku tegevuskava edendamiseks ja värsendamiseks. Kreekas on 2002.–2006. aasta riikliku tegevuskava tulemusel suurenenud ravivõimaluste valik ja ulatus.

Rootsi riiklik narkoennetusmeetmete tegevuskava aastateks 2002–2005 tõstis uimastiteema poliitilisse päevakorda nii kohalikul, piirkondlikul kui ka üleriigilisel tasandil. Enamikul Rootsi omavalitsustel on nüüd narkoennetuse tegevuskava mingil kujul olemas ning praegu pööratakse suuremat tähelepanu uimastivaldkonna huvirühmade koostööle ja nende tegevuse koordineerimisele, mis on kaasa toonud tulemuste paranemise. Edasimineku on toimunud ka uimastisõltlaste ravivõimaluste valikus ja kättesaadavuses. Ühendkuningriigis tunnustas auditeerimiskomisjon edasiminekut uimastisõltuvuse ravis, kuid lisas, et arenguruumi on veel uimastikasutajate taastusravis ja kaasamises ühiskonda, nagu näiteks majutuses, sotsiaalhoolekandes ja teiste toetusteenuste pakkumises. Edaspidi võrreldakse valitsuse edusamme narkoennetusstrateegia elluviimisel avaliku teenistuse lepingus seatud eesmärkide ja uimastikahju indeksiga (*drug harm index*, DHI), mille alusel hinnatakse illegaalsete uimastite probleemsest tarvitamisest tulenevat kahju.

Lõpetuseks võib öelda, et hindamist peetakse hiljuti vastuvõetud riiklikes strateegiates äärmiselt oluliseks. Lätis hindab narkootikumide kontrolli ja narkomaania piiramise koordineerimise nõukogu igal aastal tegevuskava rakendamist, Luksemburgis toimub tulemuste lõplik välishindamine 2009. aastal.

## Uimastitega seotud riiklikud kulutused

Kuigi sageli mõõdetakse erinevate perioodide kulutusi ja puudub uimastitega seotud riiklike kulutuste ühtne määratlus, näitavad olemasolevad hinnangud, et narkokulutused on kasvanud mitmes riigis, sealhulgas Tšehhi Vabariigis, Taanis, Luksemburgis, Austrias ja Poolas.

2004. a kohta avalikustasid uimastitega seotud kulutused Tšehhi Vabariik (11,0 miljonit eurot), Hispaania (302–325 miljonit eurot), Küpros (2,8 miljonit eurot), Poola (51 miljonit eurot) ja Norra (46 miljonit eurot). Hiljaaegu esitasid kaks riiki värskemad andmed uimastivastase võitluse eelarve kohta: Luksemburg (6 miljonit eurot 2005. a) ja Ühendkuningriik (2 miljardit eurot 2004.–2005. a).

Slovakkias olid 2004. aastal uimastivastase võitluse riiklikud kulutused hinnanguliselt 14,5 miljonit eurot, sellest õiguskaitsse kulutused moodustasid ligikaudu 8,4 miljonit eurot ning sotsiaalhoolekande ja tervishoiu kulutused 6,1 miljonit eurot.

Rootsis olid 2002. a narkootikumidega seotud kulutused hinnanguliselt 0,9 miljardit eurot (madalaim hinnangu järgi 0,5 miljardit, kõrgeima järgi 1,2 miljardit eurot). 2002. aasta ja 1991. aasta andmete võrdlusest selgub, et uimastipoliitika kulutused on oluliselt suurenenud.

Iirimaa riikliku narkoennetusstrateegia kohta 2005. a juunis avaldatud vahekokkuvõttes märgitakse, et „strateegia eri koostisosade tasuvuse hindamise seisukohast on kulutuste mõõtmine ülioluline“, peagi alustatakse tööd politsei kulutuste hindamiseks. Portugalis rahastab narkootikumide ja sõltuvushaiguste instituut (IDT) uurimistööd, et töötada välja ja katsetada uimastite kuritarvitamise kulude hindamise mudelit, Belgias jätkati 2005. aasta lõpus 2004. aastal koostatud riiklike kulutuste uuringut. Neist vähestest, kuid huvipakkuvaist andmetest ilmneb, et narkomaaniaga seotud kulutuste uurimine on tõusnud mõne liikmesriigi poliitilises päevakorras üha tähtsamale kohale.

## Euroopa Liidu õigusaktide ja poliitika areng

### Tegevuskavad

Euroopa Liidu tasandil loovad kaks 2005. a heaks kiidetud tegevuskava otseselt või kaudselt Euroopa Liidu lähiaastate uimastipoliitika arendamiseks uue raamistiku. Pärast tutvumist Euroopa Komisjoni 2005. a veebruaris tehtud ettepanekuga ning võtnud täiel määral arvesse Euroopa Liidu narkostrategiat ja Euroopa Liidu narkootikumidealase tegevuskava (2000–2004), kiitis Euroopa Liidu Nõukogu 2005. a juunis heaks Euroopa Liidu narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008). Uues tegevuskavas järgitakse Euroopa Liidu narkostrategia (2005–2012) struktuuri ja eesmärke ning selles on loetletud sadakond konkreetset meetet, mida Euroopa Liit ja liikmesriigid peaksid 2008. a lõpuks ellu rakendama.

Hindamine mängib Euroopa Liidu uues narkoennetuse tegevuskavas olulist rolli. See on kavandatud jätkuva, täieneva ja kaasava protsessina. See on jätkuv, sest Euroopa Komisjon esitab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ning Europoli kaasabil iga-aastase arenguülevaate. Hindamisprotsess on ühtlasi täienev, sest iga-aastases arenguülevaates võrreldakse viimase aasta tulemusi eelmise aastaga. Lõpuks on see protsess ka kaasav, sisaldades hinnangut juhtkomiteelt, kelle ülesanne on kindlaks määrata meetodika, tulemus ja esialgne ajakava. Nagu ka Euroopa Liidu narkootikumidealase tegevuskava (2000–2004) hindamiseks, moodustatakse juhtkomitee

Euroopa Komisjoni vastavate teenistuste esindajatest, samuti Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse, Europoli ja liikmesriikide esindajatest. Nõupidamisi korraldatakse ka valitsusväliste asutuste esindajatega. 2005.–2008. aasta narkootikumidealase tegevuskava lõpule jõudmisel hinnatakse selle mõjusid esmakordselt ka Euroopa Liidu tasandil, et kõnealuse hinnangu alusel soovitada aastateks 2009–2012 uut tegevuskava. Strateegiale ja tegevuskavale annab Euroopa Komisjon lõpliku hinnangu 2012. aastal.

Euroopa Liidu narkootikumidealane tegevuskava moodustab ühtlasi osa Haagi programmi rakendamise tegevuskavast, mis seab eesmärgiks vabaduse, julgeoleku ja õigluse edendamise Euroopa Liidus aastatel 2005–2010. Kõnealuse tegevuskava esitas komisjon 2005. aasta mais ja see kiideti nõukogus heaks 2005. aasta juunis.

Euroopa Liidu narkootikumidealane tegevuskava 2005–2008 kajastab Euroopa Liidu tasakaalustatud lähenemist uimastiteemale, see tähendab laialdast, mitut valdkonda kaasavat lähenemist, kus vaadeldakse probleemi igat aspekti: koordineerimine, nõudluse ja pakkumise vähendamine, rahvusvaheline koostöö, teave, teadusuuringud ja tulemuste hindamine.

### Narkootikumide pakkumise vähendamine

Narkootikumide pakkumise vähendamise valdkonna kaht tähtsat ELi tegevust iseloomustas kahe 2004. aastal vastuvõetud, lähteaineid käsitleva Komisjoni Euroopa määruse jõustumine 18. augustil 2005. Kontroll keemiliste lähteainete üle on narkootikumide pakkumise vähendamise oluline tegur, sest need ained on narkootikumide valmistamisel asendamatud. Euroopa Liidus tegutsetakse selles valdkonnas kahel suunal: esiteks reguleeritakse teatud ainetega kauplemist Euroopa Liidu ja kolmandate riikide vahel, teiseks reguleeritakse seda ka siseturul.

Esimese määrusega, mis võeti vastu 1990. aastal vastavalt narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku ringluse vastase ÜRO konventsiooni (1988) lähteainete kontrolli käsitleva artikli 12 sätetele, sätestati meetmed, mida tuleb võtta, et tõkestada teatud ainete jõudmine uimastite ja psühhotroopsete ainete ebaseaduslikku tootmisse. <sup>(1)</sup> 2004. a detsembris asendati see määrus uuega, mille rakendusala laiema raamistiku eesmärgiks on võidelda ka sünteetiliste narkootikumide tootmisega. <sup>(2)</sup>

Kaks aastat hiljem, 1992. aastal välja antud nõukogu direktiiviga <sup>(3)</sup> viidi süsteemi loomine lõpule ja loodi

<sup>(1)</sup> Nõukogu määrus (EMÜ) nr 3677/90, 13. detsember 1990, EÜT L 357, 20.12.1990, lk 1.

<sup>(2)</sup> Nõukogu määrus (EÜ) nr 111/2005, 22. detsember 2004, ELT L 22, 26.1.2005, lk 1.

<sup>(3)</sup> Nõukogu direktiiv (EMÜ) nr 109/92, 14. detsember 1992, EÜT L 370, 19.12.1992, lk 76.

siseturu jaoks vajalik kord (teatud ainete tootmine ja turustamine, mida kasutatakse narkootikumide ja psühhotroopsete ainete ebaseaduslikuks tootmiseks), samuti sätestati kontrollimeetmed. See dokument asendati uue määrusega, mis kiideti heaks 11. veebruaril 2004. <sup>(4)</sup> Euroopa Liidu laienemise tulemusena otsustasid ühenduse seadusandjad 1992. a direktiivi asendada määrusega, sest „iga muudatus direktiivis ja selle lisades tooks kaasa siseriiklikud rakendusmeetmed kõigis 25 liikmesriigis“. Uue dokumendiga kehtestatakse ELi-sisesed ühtlustatud kontrolli- ja jälgimismeetmed teatud ainete suhtes, mida sageli kasutatakse narkootiliste või psühhotroopsete ainete ebaseaduslikuks tootmiseks, et ennetada nende ainete käibest kõrvaltoimetamist. Eelkõige kohustatakse määrusega liikmesriike vastu võtma vajalikke meetmeid, et nende pädevad asutused saaksid täita oma kontrolli- ja jälgimiskohustust. Lisaks jõustus 18. augustil 2005. a määrus, milles on sätestatud nende kahe määruse rakendamiseeskirjad. <sup>(5)</sup>

Kõnealuste kontrollimeetmetega lähteainete valdkonnas viiakse lõpule veel üks oluline osa Euroopa Liidu tegevusest uimastite pakkumise vähendamisel. Euroopa Liit kasutas Maastrichti lepinguga tekkinud uusi võimalusi ja töötas välja õigusraamistikku, et võidelda uimastiäri vastu ja parandada koostööd õigusaktide jõustamisel. Alates 1995.–1996. aastast on selles valdkonnas tehtud mitu ühist algatust ning hiljuti kiideti heaks raamotsus ühtlustada minimaalseid karistusi narkootikumidega kaubitsemise eest ja otsus uute psühhoaktiivsete ainete kohta (vt „Uute uimastite suhtes võetavad meetmed“, lk 55).

Lisaks nendele õiguslikele vahenditele on heaks kiidetud ja rakendatud politsei ja kohtuasutuste koostööprogramm kriminaalasjades. „Agis“ on raamprogramm, et aidata ELi liikmesriikide ja kandidaatriikide politseil, teistel pädevatel asutustel ja kohtusüsteemil teha kuritegevuse vastu võitlemisel kriminaalasjades koostööd. Alates 2003. aastast on see aidanud rahastada paljusid projekte. „Agise“ 2006. a tegevuskavas ja taotlusvoorus (mis lõppes 2006. a jaanuaris) nimetatakse tegevuste ja teemade seas rahvusvaheliselt organiseeritud narkootikumide valmistamist ja nendega kaubitsemist, samuti lähteainete kõrvalsuunamist.

## Rahapesu ja vara konfiskeerimine

Ka rahapesu ja konfiskeerimise valdkonnas on olnud mõned seadusemuudatused. Direktiiv 91/308 rahandussüsteemi rahapesu eesmärgil kasutamise vältimise kohta, <sup>(6)</sup> mis kiideti vastavalt siseturgu käsitlevatele seadustele heaks

1991. aastal ja mida täiendati 2001. aastal, püüdis kooskõlastada selle valdkonna õigusakte liikmesriikides. Üks põhjuseid selle direktiivi vastuvõtmiseks oli soov vältida võimalust, et Euroopa Ühenduse tegevusetus rahapesuvastases võitluses sunniks liikmesriike kehtestama protektsionistlikke meetmeid, mis võiksid hakata takistama siseturu loomist ja täiustamist. 2004. a juunis tegi komisjon ettepaneku koostada uus sama eesmärgiga direktiiv, kuhu oleks lisatud säte terrorismi rahastamise kohta. Tundus, et direktiivi rakendamine ainult narkokaubandusest saadava tulu puhul on liiga kitsas, ja komisjon tegi ettepaneku õigusrikkumiste loetelu laiendada. Uus direktiiv, mis võeti vastu 2005. a oktoobris, defineerib täpselt tõsised õigusrikkumised ja käsitleb niisugustest õigusrikkumistest, sealhulgas terrorismi rahastamisest saadava tulu pesemist.

24. veebruaril 2005. a võttis nõukogu vastu ka raamotsuse kuritegeliku tulu, vahendite ja vara konfiskeerimise kohta. Selle eesmärk on tagada, et kõikides liikmesriikides kehtiksid tõhusad eeskirjad, mis näeksid ette kuritegelike vahendite ja tulude konfiskeerimise niisuguste õigusrikkumiste korral, mille puhul rakendatakse vabadusekaotust rohkem kui üheks aastaks. Selles valdkonnas on Euroopa Liidus kehtinud õigusaktid ka varem, kuid neid ei peetud piisavaks. Kõnealune uus raamotsus seab eesmärgiks teha konfiskeerimisel tõhusat piiriülest koostööd. Konfiskeerimismehhanismi rakendatakse ka muu kuritegeliku vara puhul, kui õigusrikkumine oli seotud organiseeritud kuritegevusega ja kui õigusrikkumist käsitleb mõni Euroopa Liidu raamotsus. Nende hulka kuulub ka raamotsus 2004/757/JSK, millega kehtestatakse miinimumeeskirjad ebaseadusliku uimastiäri kuriteokoosseisu ja karistuste kohta. Liikmesriigid peavad kehtestama vajalikud meetmed selle raamotsuse täitmiseks 15. märtsiks 2007. a.

## Rahvatervis

Nõudluse vähendamine on lahutamatu osa Euroopa uimastivastases kooskõlastatud tegevusest. Rakendades tegevusprogrammi rahvatervise valdkonnas aastateks 2003–2008, otsustas Euroopa Komisjon 2005. a rahastada mõnda uimastiitiga seotud projekti, eesmärgiga „edendada tervist ja ennetada haigusi, arvestades tervise aspekti kõigis tegevustes ja põhimõtetes“. Esimene projekt, mida narkootikumide valdkonnas rahastatakse, kannab nimetust „EU-Dap 2“ (Euroopa Liidu uimastisõltuvuse ennetamise programm) ja selle raames hinnatakse „EU-Dapi“ ennetustegevuse tõhusust koolides, kus oli eesmärk vähendada pikaajaliselt tubaka, alkoholi ja uimastite

<sup>(4)</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 273/2004, 11. veebruar 2004, ELT L 47, 18.2.2004, lk 1.

<sup>(5)</sup> Komisjoni määrus (EÜ) nr 1277/2005, 27. juuli 2005, ELT L 202, 3.8.2005, lk 7.

<sup>(6)</sup> Nõukogu 10. juuni 1991. aasta direktiiv 91/308/EMÜ rahandussüsteemi rahapesu eesmärgil kasutamise vältimise kohta. EÜT L 166, 28.6.1991, lk 77–83.

tarvitamist. Teise projekti, IATPADi eesmärk on parandada ravi kättesaadavust alkoholi- ja uimastiprobleemidega inimestele. Horisontaalprojektide seas on ka neid, mis seavad eesmärgiks narkomaania ennetamise, ning neid ka kaasrahastatakse; näiteks uuenduslik 18–24-aastastele noortele suunatud projekt „PEER-Drive clean!“ („Sõida kainelt, sõber!“), mille eesmärk on vältida sõiduki juhtimist alkoholi- või narkojoobes. Need projektid on rahastamiseks välja valitud ja neid kaasrahastatakse tingimusel, et läbirääkimised Euroopa Komisjoniga kulgevad edukalt ja allkirjastatakse toetusleping. (7)

## Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse määrus

Lõpuks, 31. augustil 2005. aastal kiitis Euroopa Komisjon heaks ettepaneku muuta Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse asutamise määrust. Uus määrus on oluline dokument seirekeskuse töö hõlbustamiseks, kuna selles on sõnastatud uued ülesanded. Eelkõige võimaldab see keskusel arvesse võtta uimastite tarvitamise uusi suundi ja esilekerkinud kalduvust tarvitada korraga mitut uimastit, sealhulgas ka seaduslike ja ebaseaduslike psühhoaktiivsete ainete koostarvitamist; samuti välja töötada vahendid, mis aitavad Euroopa Liidul ja liikmesriikidel jälgida ja hinnata oma narkomaania vastu võitlemise poliitikat ja strateegiat ning teha koostööd Euroopa Liitu mittekuuluvate riikidega, nagu näiteks kandidaatriigid või Lääne-Balkani riigid. Dokument sisaldab ka mitut muudatust seoses teaduskomitee ja juhatusega. Vastavalt Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklile 12 peavad määruse teksti nüüd kaasotsustusmenetluse käigus heaks kiitma Euroopa Parlament ja nõukogu.

## Riikide uued seadused

Mõnes riigis on vaatlusalusel perioodil tehtud uimasteid käsitlevatesse seadustesse ulatuslikke muudatusi, mis puudutavad nii narkootikumide omamist ja nendega kaubitsemist kui ka karistusi.

Rumeenias käsitleb uus seadus ja uus karistusseadustik eraldi kuritegusid ja väärtegusid (kusjuures väärtegude eest karistatakse nüüd peamiselt üldkasuliku tööga ja päevalpalgal põhinevate trahvidega), samuti uimastikasutajaid ja narkomaane, madala ja kõrge riskiga narkootikume. Narkoseaduse rikkumiste puhul võib nüüd taotleda karistusest vabastamist või tingimisi karistamist. Narkomaanide ravi saab nüüd korraldada spetsiaalse abiprogrammi kaudu, mida koordineerib sotsiaalametnik. Karmistatud on vanglakaristusi niisuguste kuritegude eest nagu narkootikumide tarvitamiseks koha pakkumine, sellises kohas narkootikumide tarvitamise

lubamine või selle julgustamine. Karistusi karmistati ka kõrge riskiga narkootikumide ebaseadusliku vahendamise eest ja sissehingatavate toksiliste ainete alaealisele andmise eest.

Bulgaarias kiideti 2004. a juunis heaks narkootiliste ainete ja lähteainete kontrolli seadus. Õigusaktis on sätestatud riiklike institutsioonide ülesanded narkootikume käsitlevate regulatiivmenetluste kontrollimisel, narkootiliste ainete kuritarvitamise ja nendega kaubitsemise vastaste meetmete rakendamisel ning uurimistöös. Täiendava muudatusega kaotati narkosõltlaste vabastamine kriminaalvastutusest juhul, kui neilt leitakse vaid üks uimastiannus (lähemalt käsitletakse allpool).

Slovakkia uues kriminaalkodeksis on uimastite isiklikuks otstarbeks ja kaubitsemiseks omamise seaduserikkumine ümber sõnastatud. Erinevalt varasemast sõnastusest, kus oli juttu uimastite omamisest isiklikuks otstarbeks (mis oli defineeritud mitte enam kui ühe annuse omamisena), sätestatakse paragrahvis 171 kaks seaduserikkumist, mis on seotud uimastite omamisega isiklikuks otstarbeks, sõltuvalt annuste hulgast (üksikasjalikumalt vt allpool). Nende rikkumiste eest nähakse ette ka kaks uut karistust: kriminaalhooldaja järelevalvega koduarest või üldkasuliku töö. Rohkem kui 10 annuse omamise puhul tuleb rakendada paragrahvi 172, mis sõltuvalt raskendavate asjaolude olemasolust näeb ette nelja-aastase kuni eluaegse vanglakaristuse. Lisaks langetati kriminaalvastutuse vanusepiiri 15 aastalt 14-le.

Leedus ei määrata enam uimastite käitlemise eest kavatsusega neid müüa 90päevast aresti; nüüd toob see seaduserikkumine kaasa märgatavalt karmima karistuse, vanglakaristuse, kuigi miinimummäär on vähendatud viielt aastalt kahele. Suure koguse narkootikumide varguse või grupi poolt toime pandud varguse puhul suurendati vanglakaristuse maksimaalmäära 15 aastani.

Itaalias on uimastid hiljutiste seadusemuudatustega (veebruar 2006) liigitatud senise kuue asemel nüüd kahte peamisse rühma (kõik raviv mittetasutatavad ained on ühes grupis, enam ei eristata tugevaid ja nõrku uimasteid), määratletud on isiklikuks otstarbeks kasutamise ja kaubitsemise erinevus, üle on vaadatud karistused, lisades koduaresti ja üldkasuliku töö, ning suurendatud on vanglakaristuse alternatiive. Lisaks on kõigil uimastitarvitajatel nüüd õigus vabalt valida, missugust ravi ja kus nad soovivad saada, ning institutsiooni, mis tõestab nende uimastisõltuvust; neid teenuseid ei paku enam ainuüksi avalik sektor.

Ühendkuningriigis tehti 2005. a ravimiseadusega riigi seadustesse rida olulisi muudatusi, teiste seas täpsustati psilotsiini ja psilotsübiini sisaldavate hallutsinogeensete seente

(7) Täiendav teave: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).



klassifikatsiooni, nimetades nad A-klassi uimastiteks; sätestati müügikavatsus, juhul kui leitakse teatud kogus kontrollitavaid uimasteid; võimaldatakse politseil teha uimastitega seotud õigusrikkumiste puhul analüüs juba vahistamisel, mitte alles süüdistuse esitamisel, ning suunata positiivse analüüsitulemuse korral kontrolli, et teha kindlaks uimastitarvitamine; nõutakse, et kohtud võtaksid otsuse tegemisel arvesse raskendavad asjaolud (näiteks uimastimüük koolide juures). Ühtlasi võivad kohtud jätta kuni kaheksaks päevaks vahi alla (varem neljaks päevaks) isikud, kes on narkootikumipakikesi alla neelanud, ning kohus või vandemeeste kogu võib teha vastavaid järeldusi, kui isik keeldub mõjuva põhjusega intiimkohtade läbivaatusest või skaneerimisest.

Üldiselt on kõikjal Euroopas suund sellele, et vähendatakse vahi alla võtmist isikliku uimastitarvitamist puudutavate õigusrikkumiste korral ning samas karmistatakse karistusi narkootikumide pakkumise puhul. <sup>(8)</sup>

## Kogused

Mitu riiki on aruandlusperioodi jooksul sätestanud narkootikumide piirkogused.

Belgias tühistati põhiseaduskohtu otsusega 2003. a vastuvõetud seaduse artikkel 16, pärast seda käsitleb kanepiga seotud õigusrikkumisi justiitsministeeriumi ja peaprokuröri ühine direktiiv. See sätestab, et kui täiskasvanu omab väikest kogust kanepit isiklikuks otstarbeks (mitte üle 3 grammi või üks taim), siis toob see kaasa lihtsalt registreerimise politseis, juhul kui ei ole raskendavaid asjaolusid.

Slovakkias on uue karistusseadustiku järgi kesksel kohal uimasti kogus. Paragrahv 171 sisaldab kaht õigusrikkumist, mis on seotud omamisega isiklikuks otstarbeks: kuni kolme annuse omamist võib karistada kuni 3 aasta pikkuse vangistusega, suurema koguse (kuni 10 annust) omamise puhul võib karistada kuni 5 aasta pikkuse vangistusega. Sellest suuremate koguste omamise puhul karistatakse paragrahv 172 järgi. See võimaldab määrata 4–10 aasta pikkuse vanglakaristuse, kui ei ilmne raskendavaid asjaolusid, 10–15 aasta pikkuse vanglakaristuse suurema koguse puhul (mille müügihind tänavakaubanduses on kümme korda suurem kui ühe annuse baashind ehk 8000 Slovakkia krooni, s.o ligikaudu 200 eurot), 15–20 aasta pikkuse vanglakaristuse märkimisväärse koguse (rohkem kui 100 baashinna väärtuses) narkootikumide omamise eest ning 20–25 aasta pikkuse või eluaegse vanglakaristuse

väga suure koguse (rohkem kui 500 baashinna väärtuses) omamise eest.

Aastatel 2002–2005 koostas Saksamaa Max Plancki Instituut hinnangu Saksamaa narkootiliste ainete seaduse paragrahvile 31a, mis lubab tühiste koguste omamise korral teatud olukorras süüdistust mitte esitada. Hinnangus leiti, et 16 liidumaal rakendatakse seaduse paragrahvi 31 märkimisväärsete erinevustega, osaliselt seetõttu, et väljendit „tühine kogus“ tõlgendatakse erinevalt (Schäfer, Paoli, 2006). 2005. a märtsis vaadati Berliini liidumaal läbi kanepi kohta välja antud juhend, mille järgi teatud tingimuste puhul ei esitata süüdistust kuni 10 grammi kanepi omamisel. Üksikutel juhtudel võib sel juhul kogus olla kuni 15 grammi.

Leedu tervishoiuministeerium sõnastas ümber soovitusel selle kohta, milliseid narkootiliste ja psühhotroopsete ainete koguseid tuleks pidada väikeseks, suureks ja väga suureks. Ühendkuningriigi 2005. a vastu võetud narkootiliste ainete seadus sõnastas müügikavatsuse eelduse, kui leitakse teatud kogus kontrollitavaid narkootilisi aineid, kusjuures kogused on määratletud 2006. a kevadel koostatud õigusaktides.

Bulgaaria karistusseadustiku muudatuste ja täienduste õigusaktiga (uus SG 26/04) kaotatakse paragrahv 354a (3), mis vabastas narkomaanid kriminaalvastutusest, kui nende valduses leiti ainult üks annus. Põhjendusena toodi asjaolu, et üksikannust oli raske defineerida ning oli tõendeid vastutusest vabastamise kuritarvitamise kohta kohtus uimastimüüjate huvides.

Itaalias 2006. a veebruaris rakendatud muudatustega kehtestati uimasti toimeaine koguse alusel uued piirangud, et määratleda isiklikuks tarbeks ja müügiks mõeldud koguseid; varasemad piirangud olid 1993. a tühistatud. Piirangud on sätestatud tervishoiuministeeriumi 2006. a aprilli erimääruses.

Nagu Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi (European Legal Databases on Drugs, ELDD) uuring <sup>(9)</sup> näitas, on uimaste kogused seadustes erinevad; mõnes riigis (näiteks Slovakkias) on eri astme õigusrikkumisi määravad kogused selgelt piiritletud, teistes aga (näiteks Ühendkuningriigis) on kogused vaid soovituslikud, mis põhjustab rohkem müügikavatsuseelduse süüdistuste ümberlökkamisi. Kogused võivad ka eri rikkumiste puhul erineda (näiteks omamine või müük), samuti võib kogusest sõltuda karistuse suurus sama tüüpi rikkumise korral. Kuigi paljude riikide seadustes on koguseid mainitud, võidakse koguseid määrata eri moel (kaal, väärtus) või isegi üldse mitte määrata. Viimased ilmselgelt mitte kooskõlas olevad meetmed Itaalias ja

<sup>(8)</sup> Vt 2005. aasta aruanne (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/et/page013-et.html>). Vt ka EMCDDA töödokument „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

<sup>(9)</sup> Vt ELDD juriidiline aruanne „The role of the quantity in the prosecution of drug offences“ ning tabel 1 EMCDDA töödokumendis „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ (mõlemad saadaval aadressil: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



Bulgaarias näitavad jätkuvalt, et sellel teemal ei ole Euroopas selget üksmeelt.

### Kohtuotsuste statistika

Mitmes riigis on juttu olnud vajadusest koguda statistikat narkokuritegude kohtuotsuste kohta ning mitmes on seda ka alustatud, mõnel puhul on juba ka tulemuste põhjal samme astatud.

Iirimaa on heaks kiidetud kuritegevuse statistika kogumise kesküksuse loomine, et koguda vastavalt riigi narkoennetuse strateegiale statistikat vahistamiste, süüdistuste esitamise ja mõistetud karistuste laadi kohta.

Saksamaa narkootiliste ainete õigusakt võimaldab prokuröri teatud asjaolude ilmnemisel peatada uimastite omanise menetlus ilma kohtu heakskiiduta. Vaatamata soovitudele ja suunistele on eri liidumaadel selleteemalised õigusaktid väga erinevad. Tervishoiuministeriumi eespool nimetatud uuringus erinevuste kohta analüüsiti rohkem kui 1800 juhtumi kohtuotsuseid kuuel liidumaal (Schäfer ja Paoli, 2006).

Austrias on mõnel liidumaal püütud ühtlustada narkootiliste ainete õigusakti paragrahvide 12 ja 35(4) rakendamist; nende paragrahvidega on määratletud politseiraporti tagasisivõtmise lihtsustatud menetlus juhaks, kui tegemist on väikese koguse kanepi ostmise või omamisega. Muude kohtuotsuste statistika näitab, et raporti tagasisivõtmine seadustes võimaldatud alternatiivina karistusele on 2004. a üha enam levinud, kuigi politseiraportite ja süüdimõistmiste arv kasvas veelgi, samas kui peatatud menetluste arv pisut vähenes.

Rumeenias uuriti kohtuotsuste statistikat eesmärgiga jälgida nende uimastitarvitajate taasintegreerimist ühiskonda, kes on toime pannud muu kui uimastialase õigusrikkumise. Enamikul juhtudel karistati tingimisi ja rakendati järelevalvet. Alates 2004. a täheldati, et kohtud rakendavad harvemini sundravi, mis vähendas oluliselt kriminaalhooldusteenuse rakendamist selleks otstarbeks ja seega ka nende osalust uimastikasutajate sotsiaalses taastusabis.

Kohtuotsuste või kohtuotsuste vältimise statistika annab palju täpsema ülevaate riigi narkostrategia rakendamises kui seaduste tekstid (vt EMCDDA, 2002a). Kuigi kõik liikmesriigid ei kogu põhjalikku statistikat kohtuotsuste kohta, on riigid hakanud selle sisseeadmise vastu suuremat huvi üles näitama, mis on kooskõlas ka narkopoliitika vahendite hindamise suundumusega. <sup>(10)</sup> Kohtuotsuste statistika kogumise ja analüüsimise teema tõstatati Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse ekspertide kohtumisel 2006. a.

## Narkootikumidega seotud kuritegevus

Eli narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) punktis 25.1 nähakse ette, et 2007. aastaks võtab nõukogu vastu ühismääratluse mõiste kohta „uimastitega seotud kuritegu“, tehes seda vastavalt komisjoni ettepanekule, mis põhineb EMCDDA esitatud olemasolevatel uuringutel.

Kuigi Euroopa Liidus ei ole veel määratlust, mis on uimastitega seotud kuritegu, peetakse üldjuhul silmas uimastite mõju all toime pandud kuritegusid, uimastitarbimise rahastamiseks sooritatud kuritegusid, ebaseaduslike uimastite turu toimimise kontekstis toime pandud kuritegusid ja õigusrikkumisi, mis on vastuolus narkootilisi aineid käsitlevate seadustega. Euroopa Liidus on olemas korrapärased andmed vaid viimati nimetatud tüüpi kuritegude – narkootilisi aineid käsitlevate seaduste rikkumiste – kohta.

Kolme esimest tüüpi kuritegude kohta on Euroopa Liidus andmeid vähe või on need lünklikud. Mõningaid andmeid on saadud kohalikest sihtuuringutest, mille järelduste põhjal on keeruline üldistusi teha, samas käsitlevad teised uuringud ainult teatud tüüpi kuritegusid, mis on seotud narkootikumidega.

Andmed narkoseaduste rikkumiste „raportite“ <sup>(11)</sup> kohta on kättesaadavad kõigis Euroopa riikides, mida käesolev

### Aruanded uimastite ja kuritegevuse seostest

Tšehhi Vabariigis küsitleti 2005. a teist aastat järjest piirkondlikke politseijaoskondi narkootikumidega seotud kuritegude kohta. 2004. a pandi toime hinnanguliselt 62% narkootiliste ainete tootmise või müügi alaste seaduste rikkumistest, 25% petmistest, 21% raha või omandi ebaseaduslikest omastamistest ning 20% tavalistest vargustest uimastitarvitajate poolt, et rahastada uimastiostu (Tšehhi Vabariigi aruanne).

2004. a Soomes 15–16-aastaste noorte seas tehtud uuring näitas, et ligikaudu 7% neist, kes on viimase aasta jooksul kanepit tarvitanud, on selleks raha leidnud ebaseaduslikul teel, neist üle poole uimasteid müües ja ülejäänud varastades (Kivivuori *et al.*, 2005, viide Soome riiklikus aruandes).

Iirimaa viis politsei uurimisüksus Garda Research Unit politseile teadaolevate uimastitarvitajate näidisgrupis läbi kaks uuringut, 1996. ja 2000.–2001. aastal, ning leidis, et uimastitarvitajad olid vastutavad hinnanguliselt 66% karistatavate kuritegude puhul 1996. a ja 28% puhul aastatel 2000–2001 (Keogh, 1997; Furey ja Browne, 2003, viide Iirimaa riiklikus aruandes). 2000.–2001. a uuringus nenditi, et opioidide kasutajad olid vastutavad 23% varguste ja 37% sissevõtmiste puhul.

<sup>(10)</sup> Vt „National policies: evaluation of laws“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/et/page021-et.html>).

<sup>(11)</sup> Termin „raport“ on narkoseaduste rikkumise puhul antud jutumärkides, kuna eri riikides on lähenemine erinev. Iga riigi täpset definitsiooni vt narkoseaduste rikkumist käsitleva meetodika märkustest 2006. a statistikabülletäänis.

aruanne analüüsib. Need kajastavad riiklike õigusaktide erinevusi, kuid ka erinevaid viise, kuidas seadusi rakendatakse ja jõustatakse, ning kriminaalõigusasutuste prioriteetide ja ressursijaotuse erinevusi teatud rikkumiste puhul. Lisaks erinevad ka narkoseaduste rikkumisi kajastavad riiklikud infosüsteemid, eriti rikkumistest teatamise ja nende registreerimise korra osas, st mida ja kuidas registreeritakse. Nende erinevuste tõttu on Euroopa Liidu riikide otsest võrdlust koostada üsna keeruline, <sup>(12)</sup> pigem saab võrrelda suundumusi kui absoluutarve.

Viieaastase ajavahemiku jooksul, aastatel 1999–2004, suurenes narkoseaduste rikkumisi käsitlevate „raportite“ arv üldiselt enamikus Euroopa Liidu riikides (tegelikult kõigis riikides, välja arvatud Itaalia ja Portugal, kusjuures märkimisväärselt suurenenud, kahekordistunud või enam, on see Eestis, Leedus, <sup>(13)</sup> Ungaris <sup>(14)</sup> ja Poolas). 2004. a kinnitas kasvavat suundumust enamik riikidest, <sup>(15)</sup> kuigi mõnes riigis – Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Lätis, Luksemburgis, Portugalis, Sloveenias (alates 2001. a), Slovakkias, Soomes ja Bulgaarias <sup>(16)</sup> – täheldati möödunud aastal ka vähenemist.

Enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides on enamik registreeritud narkoseaduste rikkumistest <sup>(17)</sup> seotud narkootilise aine tarvitamise või omamisega eesmärgil seda tarvitada, <sup>(18)</sup> jäädes 2004. a vahemikku 61% kõigist narkoseaduste rikkumise juhtudest Poolas kuni 90% Austrias. Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis, Madalmaades ja Türgis on kõige rohkem registreeritud narkoseaduste rikkumisi seoses vahendamise või kaubitsemisega, nende osakaal on alates 48% kõigist narkoseaduste rikkumistest Luksemburgis kuni 93% Tšehhi Vabariigis.

Sama viieaastase perioodi jooksul on tarvitamise või tarvitamiseks omamise alaste õigusrikkumiste arv suurenenud kõigis aruande esitanud riikides, välja arvatud Itaalias, Portugalis, Sloveenias, Bulgaarias ja Türgis, kes on teatanud kahanevast suundumusest. <sup>(19)</sup> Ka nende õigusrikkumiste

osakaal kõigist narkoseaduste rikkumistest on enamikus aruande esitanud riikidest suurenenud, kuigi see kasv oli üldiselt väike, välja arvatud Küprosel, Poolas ja Soomes, kus täheldati märgatavat tõusu. Luksemburgis, Portugalis, Bulgaarias ja Türgis aga on tarvitamise või tarvitamiseks omamise alaste õigusrikkumiste osakaal narkoseaduste rikkumises üldiselt langenud. <sup>(20)</sup>

Enamikus liikmesriikides on narkoseaduste rikkumise registreeritud juhud <sup>(21)</sup> kõige sagedamini seotud kanepiga. <sup>(22)</sup> Riikides, kus see nii on, oli 2004. a kanepiga seotud juhtumeid 34–87% kõigist narkoseaduste rikkumistest. Tšehhi Vabariigis ja Leedus oli kõige enam amfetamiiniga seotud rikkumisi, vastavalt 50% ja 31% kõigist narkoseaduste rikkumistest; Luksemburgis on kõige enam registreeritud kokaiiniga seotud juhtumeid (43% narkoseaduste rikkumistest).

Aastatel 1999–2004 suurenes narkoseaduste rikkumiste kanepit puudutavate „raportite“ arv enamikus aruande esitanud riikides, vähenemist täheldati Itaalias ja Sloveenias. <sup>(23)</sup> Sama ajavahemiku jooksul suurenes kanepiga seotud õigusrikkumiste osakaal Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Leedus, Luksemburgis, Portugalis, Ühendkuningriigis ja Bulgaarias; Iirimaa ja Madalmaades jäi see stabiilsele tasemele ning vähenes Belgias, Itaalias, Austrias, Sloveenias ja Rootsis. <sup>(24)</sup> Kuigi kõigis aruande esitanud riikides (välja arvatud Tšehhi Vabariigis ja Bulgaarias ning paaril aastal Belgias) on kanep narkootikumide tarvitamise või omamisega seotud õigusrikkumistes juhtivamal kohal kui teiste narkoseaduste rikkumiste puhul, on kanepi tarvitamise või omamisega seotud õigusrikkumiste osakaal alates 1999. aastast vähenenud mitmes riigis – täpsemalt Itaalias, Küprosel (2002–2004), Austrias, Sloveenias ja Türgis (2002–2004) – ning enamikus aruande esitanud riikides on vähenenud viimase aasta jooksul (2003–2004), mis annab tõenäoliselt märku sellest, et nendes riikides ei ole kanepitarvitajad enam nii palju korrakaitsjate sihtmärgiks. <sup>(25)</sup>

<sup>(12)</sup> Täpsemat teavet meetodikaküsimuste kohta vt narkoseaduste rikkumist käsitleva meetodika märkustest 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(13)</sup> Leedus on suurenemine toimunud seoses uue kriminaalkodeksi jõustumisega 2003. a mais.

<sup>(14)</sup> Ungaris on suurenemine toimunud peamiselt muudatuste tõttu karistusseadustikus ja kriminaalmenetluses.

<sup>(15)</sup> Andmed narkoseaduste rikkumise „raportite“ kohta olid aastate 1999–2004 kohta kättesaadavad kõigis riikides (kuigi mõnel puhul mitte iga aasta kohta), välja arvatud Küpros, Slovakkia, Bulgaaria, Rumeenia, Türgi ja Norra; ning 2004. a kohta kõigis riikides, välja arvatud Iirimaa, Ühendkuningriik ja Norra.

<sup>(16)</sup> Vt tabel DLO-1 ja joonis DLO-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(17)</sup> Rikkumiste jaotumine tüüpide kaupa oli kättesaadav kõigis riikides (kuigi mõnel puhul mitte kõigi aastate kohta ajavahemikus 1999–2004), välja arvatud Taani, Eesti, Läti, Leedu, Ungari, Slovakkia ja Rumeenia.

<sup>(18)</sup> Vt tabel DLO-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(19)</sup> Vt tabel DLO-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(20)</sup> Vt tabel DLO-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(21)</sup> Vt tabel DLO-3 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(22)</sup> Uimastiseaduste rikkumiste jaotumine ainete kaupa oli kättesaadav kõigis riikides (kuigi mõnel puhul mitte kõigi aastate kohta ajavahemikus 1999–2004), välja arvatud Taani, Eesti, Läti, Leedu, Ungari, Soome, Rumeenia ja Norra.

<sup>(23)</sup> Vt joonis DLO-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(24)</sup> Vt joonis DLO-6 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(25)</sup> Vt joonis DLO-3 2006. a statistikabülletäänis.

Sama viieaastase perioodi jooksul on heroiiniga seotud „raportite“ arv ja/või osakaal narkoseaduste rikkumiste üldarvus vähenenud enamikus aruande esitanud riikides, välja arvatud Belgias, Austrias, Sloveenias ja Rootsis, kes teatasid heroiiniga seotud „raportite“<sup>(26)</sup> ja/või heroiiniga seotud õigusrikkumiste osakaalu<sup>(27)</sup> kasvavast suundumusest.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumistes on täheldatav vastupidine suundumus: kokaiiniga seotud rikkumiste puhul on nii „raportite“ arv<sup>(28)</sup> kui ka osakaal kõigis narkoseaduste rikkumistes<sup>(29)</sup> alates 1999. aastast kõigis aruande esitanud riikides suurenenud. Bulgaaria on ainus riik, kes teatas kokaiiniga seotud õigusrikkumiste vähenemisest (nii rikkumiste arv kui osakaal narkoseaduste rikkumiste üldarvus).

### **Euroopa narkopoliitika: kas see käsitleb probleemi laiemalt kui vaid ebaseaduslikud narkootilised ained? EMCDDA 2006. aasta aruanne: valikteemad**

Euroopas hakkab narkopoliitika hõlmama enam kui ebaseaduslikke narkootilisi aineid ja haarama ka muid sõltuvusaineid ja isegi käitumistüüpe. Seda võib näha mõnede liikmesriikide narkoennetusstrateegiates ja Euroopa Liidu narkostrategiates. Üha enam uuritakse mitte-ainespetsiifilist sõltuvust või sõltuvuskäitumist. Valikteema sellest, et riiklikes ebaseaduslike uimastite käsitlevates strateegiates või juhtnöörides pööratakse üha enam tähelepanu seaduslikele ainetele või sõltuvusele kui niisugusele, püüab esmakordselt tutvustada seda Euroopa Liidus esilekerkivat nähtust.

Kuigi narkostrategiad ei viita alati seaduslikele mõnuainetele või sõltuvusele, leitakse valikteemas, et ennetusprogramme ning mõnes riigis ka ravimeetmeid rakendatakse nii seaduslike kui ebaseaduslike ainete puhul ning sihtrühmaks on enamasti lapsed ja noored. Ilmneb, et tasapisi kaasatakse üha enam seaduslike aineid ebaseaduslike uimastite vastu suunatud poliitikasse ja meetmetesse.

See valikteema on trükituna ja Internetis saadaval ainult inglise keeles („European drug policies“, *EMCDDA annual report 2006: selected issues*; <http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(26)</sup> Vt joonis DLO-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(27)</sup> Vt joonis DLO-7 2006. a statistikabülletäänis; Rootsis vähenes heroiiniga seotud õigusrikkumiste arv aastatel 1999–2003.

<sup>(28)</sup> Vt joonis DLO-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(29)</sup> Vt joonis DLO-8 2006. a statistikabülletäänis.



## 2. peatükk

# Ülevaade narkoprobleemide lahendamises Euroopas

### Ennetamine

Mõne liikmesriigi kogemused näitavad, et individuaalne narkoennetustegevus on tõhusam, kui seda toetab ka seaduslike uimastite kasutamist reguleeriv poliitika, millega saab vähendada nende ainete kättesaadavust noortele ja aktsepteeritust ühiskonnas. Seetõttu on mitmel pool Euroopas üha enam kasutusel mõnuainete tarvitamist ennetava keskkonna strateegia, mis on seotud nende ainete tarbimise normide ja kultuuritaustaga, ning seda toetavad Euroopa Liidu tasandil tehtud esimesed sammud: tubakareklaami direktiiv ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) tubakatoodete tarbimise piiramist käsitlev raamkonventsioon (vt keskkonnastrateegia jaotis valikteemas, milles käsitletakse meelelahutuslikku uimasitarbimist).

Massimeediakampaaniate rolli peetakse üha olulisemaks mitte niivõrd käitumise muutmisel, kui just teadlikkuse tõstmisel (keskkonnastrateegiate aluseks olevate põhimõtete kinnitamine, toetamine ja selgitamine). Nii soovitatakse Saksamaa hiljutises ülevaates rahvusvahelistest kirjutistest (Saksamaa riiklikus aruandes viidatud Bühler ja Kröger, 2005) kasutada meediakampaaniaid lisameetmena, mitte ainsa meetmena, et saavutada muutusi käitumises.

### Ennetustöö rahvatervishoius

Samal ajal kui tervislike eluviiside – ehk ennetamise eelduse – tutvustamisel püüeldakse sinna poole, et julgustada inimesi tervislike eluviise omaks võtma ja luua kõigile tervislikud elamistingimused, kasutatakse mõnedes liikmesriikides (Itaalia, Madalmaad, Slovakkia) ja Norras üha enam mõistet „ennetustöö rahvatervishoius“. Ennetustöö rahvatervishoius hõlmab ennetusmeetmeid, mille eesmärk on haavatavate ühiskonnakihtide tervise parandamine, mille üks osa on ka narkoennetus. Need meetmed on kohandatud silmas pidades eelkõige noori inimesi, kelle probleemne käitumine, sealhulgas uimastite tarvitamine, on tugevalt seotud (nii sotsiaalse kui isikliku) haavatavuse ja elamistingimustega. Seega kuna valikulised ja asjakohased ennetusstrateegiad võtavad sihikule sotsiaalsed ja personaalsed riskitegurid, on nad loomulikult seotud ka muu noorte tervishoidu

käsitleva poliitikaga (noorukite vaimse tervise strateegiad käitumishälvete, tähelepanu puudulikkuse sündroomi jms korral), sotsiaalpoliitikaga (vaba aja veetmise kohtade pakkumine ning riskirühma noorte ja vaeste perede toetamine), hariduspoliitikaga (koolist väljalangemise vähendamine), jms. Seega keskendub ennetustöö rahvatervishoius kõigile haavatavust tekitavatele asjaoludele, mis on olulised narkoprobleemidega võitlemisel, kaasates teenuseid ja sektoreid, mis muidu sellega otseselt ei tegele.

### Kõikehõlmav ennetustöö koolides

Programmipõhine ennetustöö muutub koolides tehtavas ennetuses üha populaarsemaks. Programmipõhine ennetus sisaldab kindla hulga standardseid õppetunde, millel on kindlalt määratletud sisu, ning üksikasjalikku materjali õpilase ja õpetaja jaoks. See hõlbustab tegevuse jälgimist ja hindamist ning suurendab selle täpsust, usaldusväärsust ja terviklikkust, tagades teabe edastamise kõrge kvaliteedi. Selle tulemusel jälgib varasemast rohkem liikmesriike (Tšehhi Vabariik, Kreeka, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Küpros, Ungari, Madalmaad ja Ühendkuningriik) ennetustegevust koolides. Esimene uimastite kuritarvitamise ennetamisalgatus Euroopas ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) on andnud julgustavaid tulemusi. Euroopa Komisjoni rahastatud projekti rakendati ja hinnati vastastikku seitsmes riigis, üheksas piirkondlikus keskusel ja 143 koolis ning hõlmatud oli 7000 õpilast (3500 algatuse rühmas ja 3500 kontrollrühmas). „EU-Dap“ teatab, et võrreldes kontrollrühmaga oli algatuse rühma õpilaste igapäevase suitsetamise tõenäosus 26% väiksem, sagedase purjusoleku tõenäosus 35% väiksem ning kanepi tarvitamise tõenäosus 23% väiksem. Sellega on võrreldav programmipõhine uurimuslik lähenemine „Blueprint“ Ühendkuningriigis. <sup>(30)</sup> Lisaks pööratakse nüüd rohkem tähelepanu rangemale tehnilisele juhendamisele ja koolides rakendatava ennetustegevuse paremale kajastamisele (näiteks Prantsusmaal ja Iirimaal).

### Politsei koolides

Politsei roll koolides tehtavas ennetustöös on vastuoluline teema. Belgias soovib prantsuskeelne kogukond, et

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

tervisekasvatuse ja ennetuspoliitikaga peaks tegelema kooli juhtkond ning politsei ei tohiks ennetusprogrammides osaleda. Ka Ühendkuningriigis soovitatakse tegevuskavas (ACPO Drugs Committee, 2002), et politseinikud tegutseksid ainult oma otsese pädevuse valdkondades (valve, õigusrikkumised, korrakaitse) ega sekkuks konkreetselt uimastialase hariduse andmisel. Järgides sama tegevusliini, jätkab Portugal politsei juuresoleku programmi „Escola Segura“ („Turvaline kool“). 2004/2005. õppeaasta jooksul paigutati nii ööseks kui päevaajaks koolidesse kokku 320 politseiniku, et rakendada politsei juuresoleku programmi ja ära hoida õigusrikkumisi. Prantsusmaal saab kooli või asutusse külla kutsuda korrakaitseorganites noorte või täiskasvanute rühmadega suhtlemiseks koolitatud asjatundjaid. Vaatamata soovitusel, et narkoselgitustööd ei teeks vormirõivastuses politseinik, sest see võib mõnel juhul anda soovitud vastupidise tulemuse, on mitmes liikmesriigis siiski tavaline, et vastavat tegevust korraldab koolis politseitöötaja.

### Valikuline ennetustöö

Enamikus liikmesriikides tunnistatakse valikulise ennetustöö vajadust ja töötatakse seda ka välja, üha enam keskendudes haavatavatele sihtrühmadele. Näiteks Saksamaa, Kreeka, Luksemburg, Austria, Soome ja Ühendkuningriik annavad teada noortele õigusrikkujatele suunatud programmidest.

Mitu riiki (näiteks Poola ja Slovakkia) on alustanud tähelepanu pööramist haavatavatele sihtrühmadele. Rootsis on võrreldes varasemate aastatega märgatavalt kasvanud ohustatud eelkooliealistele lastele ja antisotsiaalse käitumisega koolilastele suunatud tegevuse hulk. Neid programme rakendavate omavalitsuste arv on ligikaudu kahekordistunud. Lisaks töötatakse Norras välja riiklikku strateegiat, et uimastite ja alkoholi kuritarvitamisse varakult sekkuda, ning ennetavad jõupingutused keskenduvad selles dokumendis just riskirühmadele. Meetmed, mille aluseks ei ole täielik karskus, vähendavad tõhusalt mitte ainult uimastite tarvitamist, vaid ka selle alustamist nendes rühmades, kus juba mõnevõrra esineb uimastite tarvitamist. Poolas on üleriigiline programm, et muuta riskirühma-laste või uimastite tarvitamist äsja alustanud laste käitumist. Poola programmi täpsem eesmärk on toetada perekonda uimastiprobleemist jagusaamisel. Seda silmas pidades on kasulik, et valikulise ennetustöö puhul ei keskenduta uimastitarvitamisele ega häbimärgistata seda, vaid pigem lähtutakse haavatavusest laiemas tähenduses.

Liikmesriikidest tuleb aina rohkem teateid sellest, et valikulise ennetuse poliitika sihiks on teatud rahvusrühmad, kusjuures neli riiki (Belgia, Saksamaa, Itaalia ja Luksemburg) annavad teada uutest projektidest selles valdkonnas. Itaalias on praegu paljude projektide prioriteediks kaitsta lapsi, emasi ja immigrandide perekondi ning rahvusvähemusi. Luksemburg

annab teada, et erilist tähelepanu pööratakse noortele ja kõige suuremale immigrantide kogukonnale, keskendudes keelelistele ja sotsiaal-kultuurilistele eripäradele.

### Valikuline ennetustöö koolides

Valikulises narkoennetustöös tegeldakse üha enam koolist väljakukkumise ohu ja/või käitumisprobleemidega noortega; näiteks Itaalias, kus ligikaudu 15% ennetavast sekkumisest koolis on suunatud riskirühma kuuluvatele õpilastele (valikuline ja näidustatud ennetamine). Peamised alarühmad, kellele selektiivne ennetustöö koolides on suunatud, on sotsiaalse käitumise probleemidega, kooliprobleemidega, perekondlike probleemidega, immigrantide ja rahvusvähemuste hulka kuuluvad õpilased. Tegelikult on kooliskäimine ja õppetöös edasijõudmine head narkoprobleemide indikaatorid ning nende jälgimine võimaldab täpselt ja aegsasti sekkuda.

Koolist väljalangemine on mitmes liikmesriigis narkomaania ennetamise programmide tähelepanu keskmes. Taani Storstrømi maakonna projekti HUP eesmärk on suurendada kooli lõpetajate osakaalu praeguselt 75%-lt üleriigilise eesmärgi, 95%-le, keskendudes riskigrupi õpilastele. Samalaadsetest projektidest on teatatud Iirimalt, Portugalist (47 projekti), Rumeeniast (üks projekt) ja Norrast (voldikud õpetajatele). Varase koolist väljalangemise vähendamine on Iirimalt riikliku strateegia ametlik eesmärk, kohalike narkoennetusrühmade tööpiirkonnas tahetakse koolidest väljalangemist võrreldes 2005.–2006. aastaga vähendada 10%. Riskirühma kuuluvad õpilased on valikuliste ennetusprogrammide sihiks võetud Maltal; Prantsusmaal ja Slovakkias pakutakse koolides nõustamist siis, kui selle vajaduse otsustab õpilane ise või keegi teine.

### Perekonnapõhine ennetustöö

Kuna üha suurem hulk üha nooremaid lapsi alustab uimastitarvitamist, saab perekonnale toetava ennetustöö parandamine ja tõhustamine aina olulisemaks. Enne teismeliseiga on perekonna mõju suurem kui eakaaslaste oma. Perekonna roll normide kehtestamisel ja laste toetamisel on ennetustöö seisukohalt palju olulisem kui mõnuainete kohta teabe edastamine.

Perekonnapõhine ennetustöö on Euroopa Liidus aina eesmärgikindlam ja lähtub rohkem vajadustest. Mitu liikmesriiki (Saksamaa, Hispaania, Iirimaa, Itaalia ja Ühendkuningriik) on tunnistanud, et ametiasutustel on raske probleemsete perekondadega kontakti leida. Selle tulemusel on Ühendkuningriigis kampaania FRANK raames uimastite ja alkoholi tarbimise ennetamise rühmade ja ennetustöö tegijate jaoks välja töötatud tegevuskavad, kuidas perekonnaga kontakti saavutada, ning mitmes teises liikmesriigis rakendatakse nüüd riskiperekondadele suunatud ennetusprogramme. Need programmid kasutavad

mitmesuguseid võtteid, et riskirühma kuuluvaid perekondi ligi meelitada (näiteks toiduabi, rahalised stiimulid, lapsehoidmine), peamiselt kooskõlas perekondade tugevdamise Kumpferi programmiga (Kumpfer *et al.*, 1996).

Perekondade tugevdamise programmi rakendatakse Hispaanias (Palma de Mallorcas ja Barcelonas), Madalmaades (kahes linnas, hinnanguline uurimine) ja Rootsis (kahes linnas). Iirimaa ja Itaalias käib koolitus ning Itaalias on kavas rakendada programmi mitmes linnas. Norras käib samalaadse MST programmi hindamine pistelise kontrolli käigus. Niisugustel valikulistel perekonnapõhistel programmidel on ühiseid jooni kõikides liikmesriikides, kus neid on rakendatud.

Poolas ja mõnes Austria piirkonnas on käivitatud programmid vanemliku hoolitsuseta laste ja mittetoimivatest perekondadest pärit noorte jaoks. Neid programme viiakse läbi kohalikes kogukonna keskustes, nagu sotsiaalteraapia tubades, kasvatusasutustes, noorteklubides ja ennetustöök keskustes.

Mõned riigid keskenduvad üha enam alkohoolikute lastele (Belgia, Saksamaa, Austria). Ülejäänud riigid tegelevad senini ainult narkomaanide lastega.

### Kogukonnakeskne lähenemine

Enamikku valikulise ennetustöö programmidest viiakse ellu kogukonna tasandil. Osaliselt tuleneb see sellest, et mitmesuguseid programmile vajalikke sotsiaalteenuseid koordineeritakse just sellel tasandil. Igatahes on riikides, kus kogukondadel on võim ja tahe kohalikke norme kehtestada, just kogukond see loomulik üksus keskkonnastrateegiate elluviimiseks. Kogukonnakeskne valikuline ennetustöö toimub Põhjamaades, Belgias, Madalmaades, Poolas ja Ühendkuningriigis ning leiab üha laiemat kasutust ka riikides, kus seda siiani on vähem rakendatud (Prantsusmaa, Itaalia, Ungari, Portugal).

Kohalikud narkoennetuslikku keskkonda loovad programmid on hea ettevalmistus töhusatele narkoennetustöö programmidele, kuna nad loovad kogukondlikud normid seaduslike mõnuainete kättesaadavuse ja tarbimisviiside kohta ning parandavad kohalikke teenuseid.

### Ennetustöö kvaliteedi kontroll

Ennetustöö kvaliteedi kontrollimine muutub üha tähtsamaks, eriti seetõttu, et paljud liikmesriigid on suunanud pädevuse ja vastutuse kohalikule tasandile (Taani, Itaalia, Madalmaad, Poola, Portugal ja Sloveenia) ja/või delegeerinud vastutuse narkoennetustöö eest valitsusvälistele organisatsioonidele või poolsõltumatutele assotsiatsioonidele (Belgia, Saksamaal, Prantsusmaal, Ungaris ja Soomes). Vastavalt sellele teatavad

mõned liikmesriigid strateegia koostamisest, mis peaks pakkuma kohalikul tasandil ühtseid kvaliteedikriteeriume, standardeid ja tehnilist nõustamist, et toetada kooli ja kogukondi koolide ennetustöö põhisuundade väljatöötamisel (Belgia, Taanis, Madalmaades ja Ühendkuningriigis), rakendada sobivaid ennetusprogramme ja tagada minimaalsed kvaliteedikriteeriumid (Taani, Prantsusmaa, Leedu, Ungari, Slovakkia, Ühendkuningriik, Rumeenia ja Norra).

Kreeka ja Austria on esirinnas ennetustöö agentuuride või ennetustöö ametnike akrediteerimiskriteeriumide väljatöötamisel.

## Ravivõimalused ja kahjude vähendamine

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus kogub andmeid narkoprobleemidest tekkinud kahjude vähendamise ja ravivõimaluste kohta kahe peamise Euroopa Liidu dokumendi toel:

- Eli narkostrategia 2005–2012 ning selle esimene tegevuskava aastateks 2005–2008, mis loob raamistiku riikide poliitikale ning sisaldab ka üksikasjalikke soovitusi liikmesriikides läbiviidavaks tegevuseks, mille eesmärk on narkootiliste ainete tarvitamise ennetamine, samuti üha enam kahju vähendamine ning ravi kättesaadavus ja kvaliteet;
- nõukogu soovitus 18. juunist 2003, <sup>(31)</sup> mis sisaldab täiendavalt täpsemaid meetmeid, mida liikmesriikides tuleks rakendada, et ennetada ja vähendada narkosõltuvusega seotud tervisekahjustusi ja pakkuda kõrgetasemelist tervisekaitset. Need soovitusel on jõustunud, kuna need lülitati Euroopa Liidu tegevuskavasse 14. eesmärgina.

Et hinnata strateegia elluviimise taset, on oluline kindlaks teha teenuse osutamise tingimused ja selle kasutamise ulatus. Lõpuks on vaja siiski kindlaid hinnanguid – missuguses ulatuses on ravi ja kahjude vähendamise meetmetega sihtgrupini jõutud –, et hinnata tegevuskavas seatud eesmärgi ning luua alus strateegia mõju hindamiseks.

Strateegia rakendamise kaheksa-aastase perioodi jooksul toetab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus komisjoni hindamisprotsessis, pakudes andmeid Euroopa Liidu epidemioloogiliste indikaatorite süsteemist ning välja töötades ja rakendades sobivaid andmete kogumise mooduseid, et kindlaks teha teenuse osutamise tingimused ning tõhustada ravi ja kahjude vähendamise teenuseid. Võrreldes hea ülevaatega, mis on saadud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse eestvõttel

<sup>(31)</sup> Nõukogu soovitus 2003/488/EÜ.

välja töötatud ja rakendatud indikaatoritepõhise seire abil, on ühtlustatud aruandeid mõjude kohta veel vähe.

## Opioidide asendusravi

Metadooni asendusravi heroïnitarvitajatele võeti Euroopas esimesena kasutusele Rootsis (1967. a), Madalmaades ja Ühendkuningriigis (1968. a), samuti Taanis (1970. a), kuid meetodi kasutamine oli veel aastaid üsna piiratud.

Pärast avastamist, kui ulatuslikult on HIV epideemia levinud Lääne-Euroopa riikide narkomaanide seas, hakati paljudes riikides ravi eesmärke ja lähenemist muutma: kui seni oli peamine eesmärk veenda narkootilistest ainetest täielikult hoiduma, siis nüüd sai olulisemaks narkootikumidega seotud kahjude vähendamine. Tunnistati vajadust korduva ravi järele ning tõdeti, et asendusravist on kasu opioidikasutajate tervise stabiliseerimiseks ja parandamiseks, samuti nende sotsiaalsele seisundile ning kogu ühiskonnale.

Pärast 1980ndate aastate lõppu suurenes kiiresti nende ravijuhtude arv, kus kasutati metadooni asendusravi. 2001. aastaks võeti see kasutusele 24 Euroopa Liidu riigis ning ka Bulgaarias, Rumeenias ja Norras (joonis 1). Siiski on selle meetodi kasutamise määr ja ulatus eri riikides väga erinev (vt 6. peatükk).

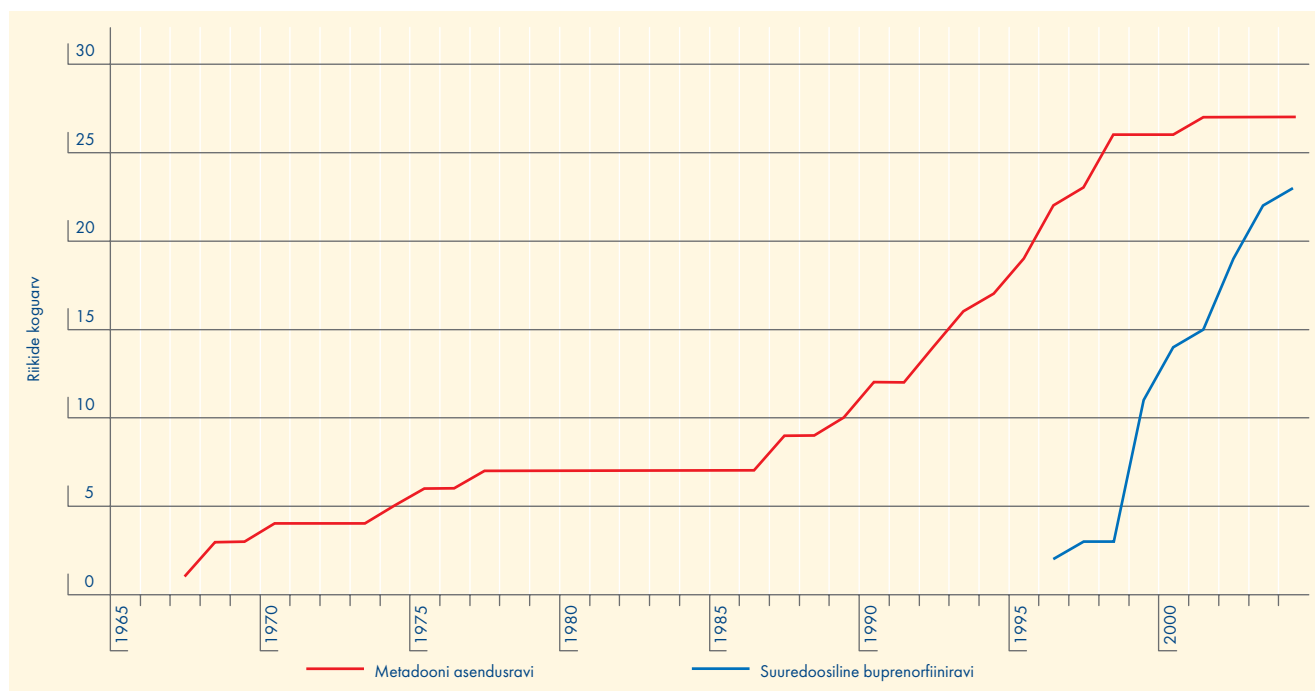
1996. aastal loodi Euroopa Liidu liikmesriigis esmakordselt juriidiline alus buprenorfiini sisaldavate ravimite kasutamiseks

heroïnitarvitajate ravis (vt valikteema buprenorfiini kohta 2005. aasta aruandes). Nüüd on see kättesaadav ja kasutusel enamikus liikmesriikides. Kuna ÜRO narkootiliste ainete konventsioonidega on buprenorfiini kasutamine vähem rangelt reguleeritud, on riikides antud suuremad võimalused selle väljakirjutamiseks. Mõnedes riikides on see ravivõimalus toonud kaasa ravi saanud patsientide arvu kiire kasvu. Lisaks asendusravile otsitakse uusi farmakoteraapia meetodeid ning uuringutes pööratakse nüüd rohkem tähelepanu raviviiside väljatöötamisele kokaiini ja crack-kokaiini tarvitajate jaoks, kellest paljud tarvitavad või on varem tarvitanud ka heroïini (vt ka 5. peatükk).

2003. a sai Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt pool miljonit opioidide tarvitajat, mis on üks kolmandik hinnanguliselt 1,5 miljonist probleemsest opioiditarvitajast (EMCDDA, 2005a). Uutes liikmesriikides ja kandidaatmaades on ainult väike osa Euroopa regioonis asendusravi saanud patsientidest; seda võib osaliselt seletada opioidide tarvitajate väiksema hulgaga nendes riikides. Kuigi üldiselt kasutatakse nendes riikides asendusravi vähe, on märke selle mõningasest kasvust Eestis, Leedus ja Bulgaarias.

Esitatud teave näitab, et mõnes riigis on metadooni asendusravi kasutamine suurenenud, aga kaheksas riigis on sellist ravi saavate inimeste arv jäänud samaks või vähenenud. <sup>(32)</sup> Neist riikidest neljas – Taanis, Hispaanias, Maltal ja Madalmaades – on heroïini tarvitamisel pikk

**Joonis 1:** metadooni asendusravi ja suuredoosiline buprenorfiiniravi Euroopa Liidu liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras



Allikad: riikide teabekesused.

<sup>(32)</sup> Vt tabel NSP-7 2006. a statistikabülletäänis.



ajalugu ja metadooni asendusravi väga hästi kättesaadav. Teistes riikides – Lätis, Ungaris, Poolas ja Rumeenias – ei ole metadooni asendusravi kogu riigis ühtlaselt kättesaadav ja mõnel pool on ravi saamiseks ootenimekiri.

Raske on kindlaks teha, kas metadooni asendusravi saavate patsientide arvu vähenemine tähendab seda, et niisugused patsiendid lähevad võimalusel üle buprenofiiniravile. Tihti puuduvad üleriigilised andmed, kui palju ravivad narkosõltuvust perearstid.

## Narkosõltuvuse ravi kättesaadavus ja ravitööbid

Riiklikes keskustes 2005. aastal läbi viidud küsitluses anti hinnang peamistele Euroopas kasutusel olevatele raviviisidele. Riikide ekspertidelt küsiti, kas enamik opioidide tarvitajatest saab ravimiteta või ravimitega ravi või on mõlemad meetodid võrdselt kasutusel.

Tulemused näitavad, et märgatavalt rohkem rakendatakse ravimite kasutamist sisaldavaid meetodeid, kusjuures peamiselt on kasutusel metadoon (välja arvatud Tšehhi Vabariigis ja Prantsusmaal; üksikasjalisemalt vt 6. peatükk). Tulemustest selgub ühtlasi, et enamikus riikides pakutakse peamiselt ambulatoorset ravi, ainult Lätis ja Türgis kasutatakse enamasti statsionaarset ravi. Traditsioonilisi psühhoteraapilisi

meetodeid (psühhodünaamika, kognitiivkäitumuslik, süsteemne/pereteraapia ja Gestalt-teraapia) kasutatakse ambulatoorses ravis kõige sagedamini Iirimaa, Lätis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias ja Türgis. Üheksa riiki teatasid, et kasutatakse peamiselt toetavaid meetodeid (sealhulgas nõustamist, sotsiaal-hariduslikku ja keskkonnateraapiat, motivatsioonivestlust või lõõgastustehnikaid ning akupunktuuri), ning 10 riiki kasutavad ambulatoorses ravis kombineeritud meetodeid.

Statsionaarses ravis kasutatakse Iirimaa, Leedus, Ungaris ja Türgis sageli 12etapilist Minnesota mudelit, kuues riigis aga kasutatakse peamiselt psühhoteraapilise ravi meetodeid, viies riigis toetavaid meetodeid ning kümnes riigis nende meetodite kombinatsiooni.

Viimase kümne aasta jooksul ja veelgi enam viimase viie aasta jooksul on paljud Euroopa riigid hakanud enam tähelepanu pöörama ravile, laiendades asendusravi võimalusi ja vähendades piiranguid ravile pääsemiseks. Kunagi varem ei ole ravisüsteem jõudnud nii paljude uimastitarvitajateni. Paljud, ehkki mitte kõik, vajavad lisaks sõltuvuse ravimisele muudki toetust ning tundub, et paljud vajavad nn madala läve programme, samuti ulatuslikku tuge ühiskonda taasintegreerumiseks.

## Vanglas viibivatele uimastitarvitajatele suunatud tegevus ja mõjutamine uutes liikmesriikides

Praegused andmed põhinevad EMCDDA-WHO/Euroopa andmekogumise ühisprojektil, mis viidi läbi 2005. aastal. (1)

Enamikust uutest liikmesriikidest teatati narkokontrollide läbiviimisest vanglates. Riikide narkokontrolli süsteemid on siiski erinevad. Tšehhi Vabariigis, Maltal ja Sloveenias kontrollitakse vange ainult vanglasse saabumisel. Malta ja Sloveenia on ka ainsad riigid, kus tehakse vangidele analüüsi enne puhkusele minekut. Pistelist narkokontrolli tehakse kõikides vanglates Tšehhi Vabariigis, Maltal, Sloveenias ja Slovakkias ning vähem kui 50% s vanglatest Ungaris.

Uute liikmesriikide vanglates domineerib ravimeetoditest täielik uimastitest loobumine, aga seda ei rakendata igal pool. Narkootilisi aineid mittekasutav ravi koos psühholoogilise abiga on kättesaadav vähem kui 50%-le vanglatest Tšehhi Vabariigis, Eestis, Leedus, Ungaris, Poolas ja Slovakkias. Narkootikumidevabad üksused on olemas enamikus riikides, aga ainult Tšehhi Vabariigist ja Sloveeniast teatatakse, et niisugused võimalused on rohkem kui 50%-l vanglatest. Laiemalt on levinud kiire detoksifikatsioon ravimitega (kõigis vanglates Lätis, Ungaris, Maltal, Sloveenias ja Slovakkias).

Uutes liikmesriikides on nende vangide hulk, kellele on kättesaadav ravi antagonistidega või asendusravi, üldiselt väike. Välja arvatud erakorralised juhtumid, tundub, et

ravi antagonistidega ei ole kasutusel ning vaid vähesed riigid annavad teada opioidide asendusravist akuutseks detoksifikatsiooniks vanglas (Ungari, Malta, Poola ja Sloveenia). Uimastialased meetmed enne vabastamist on tavaliselt nõustamine ja teabejagamine (Tšehhi Vabariigis, Lätis, Leedus, Ungaris, Poolas, Sloveenias ja Slovakkias). Asendusravi enne vabastamist on võimalik kõigis vanglates Sloveenias ja vähem kui 50% s vanglatest Poolas.

Vähesed vanglad uutes liikmesriikides annavad teada süstivate narkomaanide jaoks loodud kahjude vähendamise meetmete olemasolust. Nõelte ja süstalde vahetamise programme ei rakendata ühegi uue liikmesriigi vanglates ning ainult Eestis, Leedust ja Sloveeniast teatatakse, et pakutakse desinfitseerivaid vahendeid süstalde puhastamiseks. Siiski võideldakse vanglas uimastitega seotud nakkushaiguste levikuga. Kuues uues liikmesriigis (Tšehhi Vabariigis, Eestis, Ungaris, Maltal, Sloveenias ja Slovakkias) on kõigis vanglates võimalik vaktsineerida B-hepatiidi vastu ning viis riiki teatavad, et kõikides vanglates võimaldatakse viirusevastast ravi C-hepatiidiga vangidele (Tšehhi Vabariigis, Leedus, Poolas, Sloveenias ja Slovakkias). HIV-positiivsetele vangidele pakutakse retroviirusevastast ravi kõigis uutes liikmesriikides. (2)

(1) Andmed esitasid Tšehhi Vabariik, Eesti, Läti, Leedu, Ungari, Malta, Poola, Sloveenia ja Slovakkia. Täiendava teabe saamiseks vt EMCDDA (2005c).

(2) Küprose kohta andmed puuduvad.

## Kahjude vähendamine

Samal ajal kui eesmärgiks on saanud patsientidega kontakti saavutamine ja selle hoidmine, on kogunud üha enam tunnustust ja toetust abivajajate juurde mineku ja madala läve teenus ning nüüd on neil paljudes liikmesriikides narkoprobleemide kõikehõlmaival lahendamisel oluline roll. Nakkushaiguste leviku tõkestamisel narkomaanide seas ja uimastitega seotud surmade vähendamisel on Euroopas märgatav sarnane lähenemine (vt ka 7. peatükk).

Uimastitega seotud surmade vähendamine nimetati Euroopa narkopoliitika eesmärgiks esmakordselt kuus aastat tagasi ja see on ka Euroopa Liidu praeguse narkootikumidealase tegevuskava eesmärk. <sup>(33)</sup> Nende riikide arv, kus riikliku poliitika eesmärkide seas on otseselt nimetatud uimastitega seotud surmade vähendamist, on viimastel aastatel kasvanud, sealhulgas on kaheksa riiki sellise strateegia 2004. ja 2005. aastal heaks kiitnud (suurendades koguarvu 15ni). Lisaks riiklikule poliitikale on levinud ka täiendav tegevus linnade tasandil (sealhulgas Ateenas, Berliinis, Brüsselis, Lissabonis ja Tallinnas), samuti laiematel linnalähipiirkondades (näiteks Iirimaa idaosas, Dublini ümbruses), kus on oma strateegia uimastitega seotud surmade vähendamiseks. Tšehhi Vabariigist, Itaaliast, Madalmaadest ja Ühendkuningriigist teatatakse, et on olemas kohalik või regionaalne poliitika, ning Bulgaarias on üheksas linnas koostatud kohaliku tasandi strateegia.

Nagu varasemas Euroopa Liidu narkostrategias ja tegevuskavas, on ka praeguse strateegia tähtis eesmärk nakkushaiguste leviku tõkestamine ning see on sõnastatud 2005.–2008. aasta tegevuskavas 16. eesmärgis. Selles rõhutatakse, et Euroopa valitsused ja komisjon peavad uimastite tarvitamise mõju tervisele endiselt oluliseks. <sup>(34)</sup>

Valdav enamik Euroopa Liidu riikidest ja Norra on üksikasjaliselt paika pannud tegevuse nakkushaiguste leviku tõkestamiseks uimastitarvitajate seas ning on kas lisanud konkreetsed eesmärgid või ülesanded oma riiklikesse narkostrategiatesse või on vastu võtnud lisadokumendi, milles täpsustatakse, kuidas peaks tõkestama nakkushaiguste levikut uimastitarvitajate hulgas (Hispaania, Läti, Luksemburg, Rootsi), või on teinud mõlemat (Eesti, Prantsusmaa,

Ühendkuningriik). Malta ja Austria kavandavad selles valdkonnas konkreetse poliitika väljatöötamist.

Saksamaal ja Kreekas kuulub nakkushaiguste leviku tõkestamine riiklikku narkomaania ennetamise strateegiasse, kuid nakkushaiguste ennetamine ei ole eraldi eesmärgina välja toodud.

Nakkushaiguste leviku tõkestamise strateegiad on enamasti üsna hiljuti vastu võetud ja mitmes riigis langeb nende vastuvõtmine samasse perioodi kui eelmine ELi narkostrategia (2000–2004), milles nakkushaiguste leviku vähendamine uimastitarvitajate seas sai esmakordselt Euroopa eesmärgiks.

Riikide teabekeskuste aruannetest <sup>(35)</sup> selgub, et ka riiklike strateegiate eesmärgid ja sihtgrupid langevad Euroopa ulatuses suuresti kokku. Lisaks süstivatele narkomaanidele on sihtrühmaks seksitöötajad ja vangid. Eelkõige ELi uutes Kesk-Euroopa liikmesriikides, aga ka Norras on noored inimesed ja mittesüstijad seatud riiklikes strateegiates selgelt järgmiseks oluliseks sihtrühmaks nakkushaiguste leviku tõkestamisel. Taani ja Eesti laiendavad sihtrühma veelgi: lisanduvad inimesed, kes on narkomaanidega tihedas kontaktis.

Paljudes Euroopa Liidu maades on nakkushaiguste leviku tõkestamise strateegiad selgelt suunatud HIV/AIDSi tõkestamisele, eriti Eestis, Hispaanias, Küprosel, Lätis ja Leedus. Siiski nimetatakse kümne riigi (37%) nakkushaiguste leviku tõkestamise strateegiates selgesõnaliselt C-hepatiiti nakatumise ennetamist uimastitarvitajate seas. <sup>(36)</sup> Iirimaal käivitati 2004. aastal samalaadse strateegia väljatöötamiseks konsultatsiooniprotsess ning Saksamaal on koostatud soovitusel ennetamiseks ja raviks. Austrias käivitunud asjatundjate ja avalikkuse arutelu täienduseks korraldati 2005. aastal Viinis ka selleteemaline rahvusvaheline konverents.

Euroopa tegevuses uimastitarbimise vähendamiseks on praegu olulisel kohal kahjude vähendamise strateegiad ning Euroopa Liidu narkostrategia (2005–2012) peamine prioriteet on ennetustegevuste ja tervisekahjude vähendamise teenuste kättesaadavuse parandamine. Euroopa Liidu narkostrategias pakutav tervisekahjude vähendamise ühtne

<sup>(33)</sup> Euroopa Liidu narkootikumidealase tegevuskava (2005–2008) 17. eesmärgis kutsutakse üles seadma uimastitarbimisega seotud surmade vähendamiseks täpsed eesmärgid kõigil tasanditel ja välja töötama konkreetseid meetmeid selle eesmärgi saavutamiseks.

<sup>(34)</sup> 2005.–2008. aasta narkootikumidealase tegevuskava 16. eesmärgis viidatakse nakkushaiguste ennetamisele. 14. eesmärk kutsub rakendama 2003. aastal vastu võetud nõukogu soovitusi (2003/488/EU) uimastite tarvitamisega seotud tervisekahjude ennetamiseks ja vähendamiseks. Komisjoni aruannet nende soovitusel rakendamise kohta, samuti otsustajatelt ja Reitoxi riikide teabekeskuste kogutud infot on kavas kasutada 2007. aastal Euroopa Liidu narkostrategiale hinnangu andmiseks.

<sup>(35)</sup> Analüüs põhineb peamiselt küsimustiku (SQ 23) põhjal koostatud riikide aruannetel, mida on värskendatud riikide teabekeskuste aruannetes esitatud info abil.

<sup>(36)</sup> Kaasa arvatud Prantsusmaa ja Ühendkuningriik, kes on koostanud täieulatuslikud C-hepatiidi ennetamise strateegiad: vastavalt „Plan national hepatitis virales C et B (2002–2005)” (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) ja „Hepatitis C: action plan for England”, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>).

strateegiline platvorm kajastub paljude Euroopa Liidu maade riiklikus poliitikas ja seda toetab üha laialdasem faktidel põhinev tegutsemine selles valdkonnas.

2004. aastal paranes Euroopa ulatuses süstlavahetuse kättesaadavuse järelevalve. Siiski on enamikus riikides riiklikul tasandil ebapiisavalt infot madala läve keskuste täiendavate teenuste pakkumise, kasutamise ja nende hõlmavuse kohta. Kogu Euroopast ülevaadet saada on keeruline. Andmekogumise parandamise projekti on kirjeldatud kastis „Madala läve keskused kui olulised infoallikad“.

### Suunatud ravi ja kvaliteedijuhtimine

Praegune Eli tegevuskava kutsub üles pakkuma kõrgekvaliteedilist ravi ja kahjude vähendamise teenuseid.

Kvaliteedijuhtimise vahendite kasutamine ravi ja kahjude vähendamise kavandamises on toonud kaasa paremini sihtgruppi arvestavate teenuste loomise, näiteks arvestatakse sugupoolte erinevaid vajadusi (vt ka valikteema sugude kohta).

#### Madala läve keskused kui olulised infoallikad

Madala läve keskused mängivad olulist rolli abi saavate uimastitarvitajate arvu suurendamisel. Neile, kes on „peidus“ või kelleni on keeruline jõuda või kes on kaotanud kontakti hoolekandesüsteemiga, võivad madala läve keskused olla võimaluseks pääseda ligi meditsiini- ja sotsiaalteenustele.

Kuigi madala läve keskustes on teatud määral olemas teenuste osutamise dokumenteerimise süsteem ning seire ja aruandlus võib olla üsna ulatuslik, on peamine siiski rahastajatele esitatav aruandlus ning vähem keskendutakse rahvusvahelisele kvaliteedijuhtimisele või teenuste planeerimisele ja hindamisele. Tihti peale ei jõua kogutud informatsioon keskusest kaugemale. Vaatamata keskuste võimalustele jälgida narkootikumide tarvitamise tavadid ja suundumusi ning ka teenuste kättesaadavust, ilmneb, et madala läve keskuste potentsiaali kasutatakse liiga vähe. Üks peamisi takistusi on see, et kogutud informatsioon ei ole standardiseeritud ega võrreldav.

Oluline on parandada kahju vähendamise teenuse pakkumise ja kasutamise kohta kogutavate andmete kvaliteeti, et andmeid saaksid kasutada keskused ise ja samal ajal annaksid vajalikku materjali ka oma riigi ja üleeuroopalisele järelevalvesüsteemile. Sellesuunaliseks algatuseks on EMCDDA ühisprojekt „Correlation“, mida toetavad Prantsusmaa, Iirimaa, Ungari ja Norra riiklike teabekeskuste asjatundjad. „Correlation“i võrgustik (sotsiaalse kaasamise ja tervise Euroopa võrgustik, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) esindab 27 Euroopa riigi valitsus- ja valitsusväliseid organisatsioone ning seda rahastatakse Euroopa Komisjoni (tervishoiu ja tarbijakaitse peadirektooraat) rahvatervise programmist.

Kõikjal Euroopas on tekkinud ravikeskuseid ja programme, mis teenindavad teatud sihtrühma. Lapsi ja alla 18aastasi noori teenindatakse spetsialiseeritud keskustes 23 riigis; psühhiaatriliste hälvetega uimastitarvitajate ravi toimub spetsialiseeritud keskustes 18 riigis ning naistele suunatud teenuste olemasolust on teatanud kõik riigid, välja arvatud Küpros, Läti, Leedu, Bulgaaria ja Türgi. Immigrantidest uimastitarvitajate või erilise keelelise, usulise või kultuurilise taustaga uimastitarvitajate vajadusi silmas pidavaid teenuseid on vähem, aga Belgia, Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Leedu, Madalmaad, Soome, Rootsi ja Ühendkuningriik on nende olemasolust teada andnud.

Kanepile või kokaiinile spetsialiseerunud üksuste olemasolust on teatanud 13 riiki ja spetsiaalsed raviprogrammid nende uimastite jaoks on kaheksas riigis. Siiski on nende teenuste kättesaadavust enamikus riikides hinnatud madalaks. Samalaadne amfetamiinitarvitajatele suunatud programm on olemas Hispaanias, Slovakkias ja Ühendkuningriigis.

Edasised konkreetsed sammud ravi ja hoolduse kvaliteedi parandamiseks on individuaalne juhtumikäsitlus, spetsialiseeritud teenuste vahendamine (näiteks kaasnevate haiguste ravi) ja patsientide ravieelne hindamine, et leida igaühele sobivaim ravi ning saavutada tõhusam ja kestvam tulemus.

Vaatamata ravivõimaluste üldisele laienemisele on narkoalaste teenuste pakkujalatel veel arenguruumi teatud uimastitarvitajate rühmade kaasamisel, eriti nende puhul, kellel on pikaajalised ja kroonilised probleemid. Enamasti kasutatakse nende raskesti kättesaadavate rühmadega tegelemiseks abivajaja juurde mineku ja madala läve programme. Vastuolulisem lähenemine on mõnes riigis kasutusele võetud järelevalvega narkootikumitoad, mille sihtgrupp on peamiselt süstivad narkomaanid, aga viimasel ajal on seda laiendatud ka crack-kokaiini ja heroini suitsetajatele (vt EMCDDA, 2004c). Teine vastuoluline valdkond teenuste väljatöötamisel ja katsetamisel on mõnedes riikides heroini kasutamine asendusravis. Kuigi võrreldes muude ravivõimalustega on tegevus selles valdkonnas üldiselt väga piiratud, näitavad uuringud, et heroini väljakirjutamine võib mõnede patsientide puhul anda tulemusi, kui metadooni asendusravit pole kasu olnud. Näiteks hiljuti näitas Saksamaa pisteline kontroll heroini asendusravi üle (Naber ja Haasen, 2006) positiivseid tulemusi nii tervise osas kui ka ebaseaduslike uimastite kasutamise vähenemises. Sellegipoolest ei ole Euroopas praegu üksmeelt, missugune on selle meetodi hind ja eelis, ning sellel teemal käivad tõsised poliitilised ja teaduslikud vaidlused.

Kuna ravi muutub üha kättesaadavamaks ja kvaliteetsemaks, on mõnes Euroopa linnas hakatud rohkem tähelepanu pöörama sellele, et vähendada narkootiliste ainete mõju

kogukonnale. Kindlameelne abivajajate juurde minek ja madala läve teenuste suur valik on osutunud mõnelgi puhul kohalikus kontekstis paljulubavaks (vt 5. peatükk: „Kahjude vähendamise meetmed“) ning need võivad olla väärtuslikud ja tõhusad mudelid, mida saab kasutada ka laiemalt, et taastada kontaktid kõrvalejätetud inimrühmadega ja lõpptulemusena suunata nad ravile.

Turvalisemate asendusainete (st selliste ainete, mida tõenäoliselt vähem toimetatakse mustale turule) väljatootamine suurendab tõenäosust, et narkootiliste ainete sõltuvuse ravi nihkub veelgi enam perearsti töövaldkonda. Ka see on normaliseerumisprotsess, mis võimaldab ravida narkosõltuvust samuti nagu kroonilist haigust, näiteks diabeeti.

Mõnest riigist teatatakse, et suurtele heroïnitarvitajate rühmadele asendusravi korraldamine toob kaasa vajaduse pakkuda samas ulatuses tuge ühiskonda taasintegreerimiseks, eriti vajaduse palgaliste töökohtade järele. Praeguste majandustingimuste juures võib paljudel riikidel tekkida raskusi heroïinisõltlaste taas tööle rakendamisel, isegi kui nende sõltuvuse ravi edeneb hästi. Olukorda raskendab veelgi asjaolu, et selles rühmas on palju kaasnevaid haigusi.

## Ühiskonda taasintegreerimine

Kogu olemasolev selleteemaline kirjandus ning liikmesriikidest saadud üksikasjalikud andmed viitavad ühele: uimastitarvitajate elu on palju problemaatilisem ja etteaimamatum kui teistel inimestel. Seetõttu on Euroopa Liidu kahes viimases narkoennetuse tegevuskavas ühiskonda taasintegreerimine üks ülimald eesmärke uimastitarvitajate tervise ja sotsiaalse seisundi parandamisel.

Tegevuskava aastateks 2005–2008 kutsub liikmesriike üles parandama taastusabi ja ühiskonda taasintegreerimise programmide hõlmavust ja kättesaadavust. Kuigi sotsiaalsed meetmed on narkoprobleemide lahendamisel ikka veel vähem levinud kui ravi, on asjatundjad tunnistanud, et uimastitarvitajate taastusabis on kõige tõhusamad niisugused meetodid, kus ühendatakse ravi, tervislik ja sotsiaalne tegevus.

Ühiskonda taasintegreerimise<sup>(37)</sup> kohta on Euroopas andmeid napilt, peamiselt sellepärast, et arvandmete kogumine selles valdkonnas on takistatud. Seega põhineb suurem

osa allpool järgnevast teabest kvalitatiivsetel hinnangutel, milles on keskendutud liikmesriikide poliitikal, meetmete rakendamisele ja nende kinnitusele kvaliteedi kohta.<sup>(38)</sup>

Vastuseks Euroopa Liidu tegevuskavale teatasid 2004.–2005. aastal 28st aruandeid esitavast riigist 20<sup>(39)</sup> narkoprobleemiga isikute ühiskonda taasintegreerimise strateegia koostamisest. Veel neljas riigis on olemas strateegiad kohalikul tasandil, ehkki uimastitarvitajate ennetamise riiklikes strateegiates ega muudes narkopoliitika dokumentides seda probleemi otsesõnu ei nimetata; kolmes riigis pole kumbagi varianti.

11 riigis toimub rahastamine riigi tasandil, kaheksas riigis peamiselt regionaalsel või kohalikul tasandil. Kaheksas riigis tuleb rahastamine mõlemalt tasandilt, ilma et kumbki domineeriks, või tervisekindlustussüsteemi kaudu.

Euroopa Liidu liikmesriikides võivad probleemsed uimastitarvitajad saada sotsiaalset tuge kas spetsiaalselt uimastitarvitajatele või teistele sotsiaalselt tõrjutud rühmadele suunatud asutuste kaudu. Nende meetmete seas on üks olulisemaid öömaja pakkumine. Kodututele probleemsetele uimastitarvitajatele pakutavatest teenustest on kõige enam levinud üldised majutusteenused (21 riigis), 18 riiki aga pakuvad öömaja ainult problemaatilistele uimastitarvitajatele ning 13 riigis on kasutusel kahe süsteemi kombinatsioon. Siiski on kahtlane, kas kodutud narkomaanid nendele asutustele ka tegelikult ligi pääsevad. Vähene kättesaadavus, kohalik vastuseis uute keskuste rajamisele uimastitarvitajate jaoks, juurdepääsu piiramise kriteeriumid ja kodutute narkomaanide suutmatus reegleid täita – need probleemid on aruannetes esile toodud.

Kodututele probleemsetele uimastitarvitajatele elamispinna leidmine on esimene samm nende seisundi stabiliseerimisel ja nende rehabiliteerimisel. Arvestades probleemsete uimastitarvitajate hinnangulist arvu ja kodutute osakaalu ravil olevate patsientide seas võib arvata, et Euroopas on ligikaudu 75 600 kuni 123 300 kodutut probleemset uimastitarvitajat. Kuna praegu on enamikus riikides olemas vajalikud asutused ja mõnes riigis jätkatakse uute struktuuride loomist, sõltub vastavate meetmete tõhusus sellest, kuidas tagatakse kodututele narkomaanidele nende teenuste kättesaadavus.

<sup>(37)</sup> Ühiskonda taasintegreerimine on defineeritud kui „igasugune sotsiaalne mõjutamine, mille eesmärk on integreerida endine või praegune probleemne uimastitarvitaja ühiskonda“. Ühiskonda taasintegreerimise kolm alustala on (1) majutus, (2) haridus ja (3) tööhõive (sealhulgas kutsealane koostöö). Võib kasutada ka muid meetmeid, näiteks nõustamist ja vaba aja sisustamist.

<sup>(38)</sup> Täiendava info saamiseks vt <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Liikmesriigid pluss Bulgaaria, Rumeenia, Türgi ja Norra, kuid informatsioon puudub Eesti kohta.

**Soolised erinevused uimastitarvitamisel ja narkoprobleemide lahendamisel, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2006. aasta aruanne: valikteemad**

Üldiselt on uimastitarvitajate seas ülekaalus mehed. Euroopa Liidu liikmesriikides on ebaseaduslike uimastite tarvitamine meeste seas enam levinud ning mehed muutuvad ka suurema tõenäosusega problemaatilisteks uimastitarbijateks, otsivad sagedamini ravi ja surevad uimastite tarvitamise tõttu.

Kõnealune valikteema vaatleb uimastite tarvitamist ja sellega seotud probleeme soolisest seisukohast. Olulised teemad,

millele tähelepanu pööratakse, on järgmised. Missugused erinevused on naiste ja meeste uimastitarvitamises ning kas need erinevused vähenevad? Missuguseid soost lähtuvaid lähenemisi on liikmesriigid narkoennetuseks, raviks, sotsiaalseks taastusabiks ja kahjude vähendamiseks välja töötanud? Kas soost lähtuv lähenemine on võrdselt oluline nii meeste kui naiste puhul?

See valikteema on trükituna ja Internetis saadaval ainult inglise keeles („A gender perspective on drug use and responding to drug problems”, *EMCDDA annual report 2006: selected issues*; <http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## 3. peatükk

### Kanep

#### Pakkumine ja kättesaadavus

##### Tootmine ja kaubitsemine

Kanep on kogu maailmas endiselt kõige laialdasemalt toodetav ja kaubeldav taimne illegaalne uimasti (CND, 2006).

Kanepivaigu laiaulatuslik tootmine on koondunud mõnesse riiki, eelkõige toodetakse seda Marokos, aga ka Pakistanis ja Afganistanis. Kanepivaigu ülemaailmne kogutoodang on hinnanguliselt 7400 tonni aastas (CND, 2006). Suurem osa ELis tarbitavast kanepivaigust on pärit Marokost; see toimetatakse salaja kohale peamiselt Pürenee poolsaare kaudu, kuid Madalmaad tunduvad olevat teine jaotuskeskus ELi riikidesse edasitoimetamiseks. 2004. a viidi teist korda läbi uuring kanepikasvatuse kohta Marokos ja uuringu tulemused

##### Konfiskeerimiste hulga ja muude andmete tõlgendamine

Konfiskeeritud uimastite kogust peetakse tavaliselt nende pakkumise ja kättesaadavuse kaudseks indikaatoriks, kuigi see kajastab ka õiguskaitseorganite ressursse, prioriteete ja strateegiaid, aruandlust, samuti narkokaubitsejate tundlikkust selles suhtes, missugused on riiklikud ja rahvusvahelised jõupingutused kättesaadavuse vähendamiseks. Konfiskeeritud kogused võivad aastate lõikes väga erineda, näiteks kui ühel aastal saadakse kätte mitu väga suurt kogust. Seetõttu näitab mõnikord konfiskeerimiste arv suundumusi paremini. Kõigis riikides sisaldab konfiskeerimiste arv suurt hulka väikesi konfiskeerimisi jae(/tänavamüügis). Kui konfiskeeritud uimastite päritolu ja sihtkoht on teada, võib see anda teavet nende liikumisteede ja tootmispaikade kohta. Enamikust liikmesriikidest on teada antud ka uimastite hind ja puhtus/kangus tänavamüügis. Siiski pärinevad andmed mitmest eri allikast, mis ei ole alati võrreldavad, see teeb riikide kohta täpsete võrdluste koostamise keeruliseks.

näitasid, et võrreldes 2003. aastaga on see 10% vähenenud, peamiselt tänu valitsuse sekkumisele. 2004. a ulatus kanepikasvatuseks kasutatav maa-ala Rif'i piirkonnas kokku 120 500 hektarini, mille puhul potentsiaalne kanepivaigu toodang on 2760 tonni (UNODC ja Maroko valitsus, 2005).

2004. a mainiti ELis konfiskeeritud kanepivaigu päritolumaadena ka Albaaniat, Portugali, Senegali, Afganistani, Pakistani ning Kesk-Aasia riike (Reitoxi riikide aruanded, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

2003. aastal ulatus kanepiürdi potentsiaalne toodang kogu maailmas hinnanguliselt rohkem kui 40 000 tonnini (CND, 2005), pärinedes mitmetest riikidest üle kogu maailma. Aruannete kohaselt pärines 2004. a ELi riikides konfiskeeritud kanepiürt mitmest riigist, peamiselt Madalmaadest ja Albaaniast, aga ka Angolast, Lõuna-Aafrikast, Jamaicalt ja Taist (Reitoxi riikide aruanded, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Lisaks kasvatatakse (sise- ja välistingimustes) ja valmistatakse kanepitooteid enamikus ELi liikmesriikides.

##### Konfiskeerimised

Kogu maailmas konfiskeeriti 2004. a kokku 1471 tonni kanepivaiku ja 6189 tonni kanepiürti. Jätkuvalt konfiskeeriti kanepivaiku kõige rohkem Lääne- ja Kesk-Euroopas (74%) ning Edela-Aasias ja Lähis-Idas (19%), samal ajal kui kanepiürdi konfiskeerimised olid endiselt koondunud Põhja-Ameerikasse (54%) ja Aafrikasse (31%) (UNODC, 2006).

2004. a konfiskeeriti ELis kanepivaiku hinnanguliselt 275 000 korral, kokku 1087 tonni. Konfiskeerimiste arvu poolest oli jätkuvalt esikohal Hispaania (seal leidis neist kõigist aset umbes pool, ja see teeb umbes kolmveerand ELis konfiskeeritud kanepivaigu üldkogusest), järgnesid Prantsusmaa ja Ühendkuningriik. <sup>(40)</sup> Kuigi aastatel 1999–2003 ELis tervikuna kanepivaigu konfiskeerimiste arv kahanes, näitavad suundumused andmed esitanud riikides

<sup>(40)</sup> Seda tuleks võrrelda puuduvate 2004. a andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed kanepi konfiskeerimiste arvu ja samuti konfiskeeritud koguste kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed kanepi konfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Madalmaade kohta. Ülevaate saamiseks kasutati puuduvate 2004. a andmete asemel 2003. a omi. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saadud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.



selle suurenemist ELi ulatuses 2004. aastal. <sup>(41)</sup> Aastatel 1999–2004 on ELis tabatud kanepivaigu üldkogus pidevalt suurenenud, kuigi 2004. a teatas enamik riike (Hispaania mitte) selle vähenemisest. <sup>(42)</sup>

Kanepiürti on ELis vähem konfiskeeritud. 2004. a konfiskeeriti kanepiürti hinnanguliselt 130 000 korral, kokku 71 tonni, kusjuures enamik konfiskeerimisi leidis aset Ühendkuningriigis. <sup>(43)</sup> Alates 1999. a on kanepiürdi konfiskeerimiste arv ELis pidevalt suurenenud, <sup>(44)</sup> kuigi andmed esitanud riikides on konfiskeeritud kogused alates 2001. a vähenenud. <sup>(45)</sup> Tegemist on esialgse ülevaatega, kuna 2004. a andmed Ühendkuningriigi kohta ei ole veel kättesaadavad.

2004. a oli ELis ja kandidaatriikides hinnanguliselt 12 800 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte umbes 22 miljonit kanepitaimet ja 9,5 tonni kanepitaimi, kusjuures konfiskeeritud koguste poolest oli esikohal Türgi. <sup>(46)</sup> Kanepitaimede konfiskeerimiste arv on 1999. a alates kasvanud ning see kasv jätkus 2004. aastal.

## Hind ja kangus

2004. a oli ELis kanepivaigu keskmine jaehind alates 2,3 eurost grammi kohta Portugalis kuni rohkem kui 12 euronit grammi kohta Norras, kanepiürdi hind ulatus 2,7 eurost grammi kohta Portugalis kuni 11,6 euronit grammi kohta Maltal. Enamik vastavad andmed esitanud riikides oli kanepitoodete hind 5–10 eurot gramm. <sup>(47)</sup>

Kanepivaigu keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) <sup>(48)</sup> langesid aastatel 1999–2004 kõigis andmed esitanud riikides <sup>(49)</sup> peale Saksamaa ja Hispaania, kus hinnad püsisid stabiilsed, ja Luksemburgi, kus hinnad pisut tõusid. Ka

täpsustamata päritolu või imporditud kanepiürdi keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) <sup>(50)</sup> langesid kõnealuse perioodi vältel enamikus andmed esitanud riikides, kuid püsisid stabiilsed Hispaanias ja Madalmaades ning tõusid Saksamaal, Lätis, Luksemburgis ja Portugalis. Vaid kaks riiki, Madalmaad ja Ühendkuningriik, esitasid andmed kohapeal toodetud kanepiürdi keskmise hinna kohta ning mõlemas riigis on see hind langenud.

Kanepitoodete kanguse määrab nende põhilise toimeaine  $\Delta^9$ -tetrahydrokannabinooli (THK) sisaldus (EMCDDA, 2004b). 2004. a oli andmed esitanud riikides jaemüüki läinud kanepivaigu keskmine THK sisaldus vahemikus alla 1% (Bulgaarias) kuni 16,9%ni (Madalmaades), kanepiürdi kangus ulatus 0,6%st (Poolas) kuni 12,7%ni (Inglismaal ja Walesis). <sup>(51)</sup> Kohapeal toodetud kanepiürdi kangus oli Madalmaades 17,7%. <sup>(52)</sup>

## Kanepitarbimise levimus ja harjumused

Kanep on kõige üldisemalt kasutatav keelatud aine Euroopas. 1990. aastatel suurenes selle tarbimine peaaegu kõikides ELi riikides, eelkõige noorte hulgas, kooliõpilased kaasa arvatud.

Hinnanguliselt umbes 65 miljonit täisealist eurooplast, see tähendab umbes 20% elanikkonnast vanuses 15–64, on proovinud kanepit vähemalt ühe korra, <sup>(53)</sup> kuid tuleb meele pidada, et enamik neist praegu seda ei tarbi. Riikide näitajad on väga erinevad, ulatudes 2%st kuni 31%ni, kusjuures need on kõige madalamad Maltal, Bulgaarias ja Rumeenias ning kõige kõrgemad Taanis (31%), Hispaanias (29%), Prantsusmaal (26%) ja Ühendkuningriigis (30%). <sup>(54)</sup> 13 riigis 25st, mille kohta andmed on kättesaadavad, on elu jooksul tarbimise levimus 10–20%. <sup>(55)</sup>

<sup>(41)</sup> Vt tabel SZR-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(42)</sup> Vt tabel SZR-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(43)</sup> Vt joonealune märkus (40). Andmed kanepiürdi konfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Poola kohta.

<sup>(44)</sup> Vt tabel SZR-3 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(45)</sup> Vt tabel SZR-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(46)</sup> Vt joonealune märkus (40).

<sup>(47)</sup> Vt tabel PPP-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(48)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(49)</sup> Ajavahemikus 1999–2004 olid kanepivaigu ja -ürdi hindade andmed vähemalt kolm aastat järjest kättesaadavad Belgias, Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Küprosel, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Madalmaades, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias (ainult kanepiürdi kohta), Rumeenias, Türgis ja Norras. Kuid suundumusi Tšehhi Vabariigis ei analüüsitud esitatud andmete metoodika piiratud tõttu.

<sup>(50)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(51)</sup> Vt joonis PPP-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(52)</sup> Vt tabel PPP-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(53)</sup> Keskmine osakaal arutati siseriiklike keskmiste levimusmäärade põhjal, mis olid kaalutud iga riigi vastava vanuserühmaga. Koguarvu saamiseks korrutati levimusmäärad iga riigi vastava elanikkonna hulgas ning riikide puhul, mille kohta andmed ei olnud kättesaadavad, kasutati arvutustes keskmist levimusmäära. Siin toodud arvud on tõenäoliselt miinimum, sest esitatud andmed ei pruugi olla täielikud.

<sup>(54)</sup> Käesolevas tekstis põhinevad Ühendkuningriigi näitajad 2005. a Briti kuritegevuse uuringul (Inglismaa ja Wales), seda praktilistel põhjustel. Lisaks on olemas hinnangud Šotimaa ja Põhja-Iirimaa kohta ning kättesaadav on ka kombineeritud hinnang Ühendkuningriigi kohta (esitatud statistikabülletäänis).

<sup>(55)</sup> Vt tabel GPS-1 2006. a statistikabülletäänis.



### Hinnang uimastite tarvitamisele elanikkonna seas

Kanepi kasutamist üldiselt või koolides hinnatakse küsimustike abil, millest selgub hinnanguliselt nende inimeste osakaal, kes tunnistavad, et on kasutanud uimasteid teatud ajaperioodil: elu jooksul, viimase aasta jooksul, viimase kuu jooksul.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus on koostöös riikide asjatundjatega välja töötanud ühtsed põhiteemad (Euroopa näidisküsimustik), mida täiskasvanute küsitlustes rakendada, ning see on kasutusele võetud enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides. Näidisküsimustiku üksikasjad on ära toodud „Käsiraamatus narkootiliste ainete tarvitamise alaste uuringute kohta elanikkonnas“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Sellegipoolest on ikka veel erinevusi eri riikide meetodikas ja andmete kogumise aasta arvestamises ning väikesi erinevusi riikide vahel tuleks tõlgendada ettevaatlikult. <sup>(1)</sup>

„Tarbimine elu jooksul“ ei pruugi anda täielikku ettekujutust praegusest olukorrast täiskasvanute hulgas (kuigi see võib olla otstarbekas näitaja koolinoorte puhul), aga see võib anda pildi uimastitarvitamise suundumustest.

„Tarbimine viimase aasta jooksul“ ja „tarbimine viimase kuu jooksul“ peegeldavad hetkeolukorda palju täpsemini, kusjuures „tarbimine viimase kuu jooksul“ osutab paremini sagedasematele tarvitajatele.

Alkoholi ja teisi mõnuaineid käsitlev Euroopa koolide uurimisprojekt ESPAD on tähtis teabeallikas Euroopa koolinoorte uimasti- ja alkoholitarbimise kohta ja see on hindamatu suundumuste jälgimiseks ajas. ESPADi uuringud viidi läbi aastatel 1995, 1999 ja 2003. Järgmine küsitlus viiakse läbi aastal 2007.

ESPAD kasutab standardiseeritud meetodeid ja vahendeid, küsitledes üle riigi koolinoori vanuses 15–16 aastat, et tulemused oleksid võrreldavad. ESPADis osalemine on iga uuringuga suurenenud, kusjuures 1995. a osales 26 Euroopa riiki, 1999. a 30 ning 2005. a 35, sealhulgas 22 Euroopa Liidu liikmesriiki ja neli kandidaatriiki (Bulgaaria, Horvaatia, Rumeenia ja Türgi). Uuringu küsimused käsitlevad peamiselt alkoholi tarbimist ja ebaseaduslike narkootiliste ainete tarvitamist standardsel ajaperioodil, ning tarvitamise sagedust.

Informatsioon ESPADi kohta ja aruanded on saadaval ESPADi koduleheküljel ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

<sup>(1)</sup> Täiendava teabe saamiseks elanikkonna küsitluste meetodikast ning riiklikes uuringutes kasutatud meetodikast vt 2006. a statistikabülletääni.

Viimase aasta jooksul tarbimise määr on selgelt väiksem kui elu jooksul tarbimise kogemus. Hinnanguliselt umbes 22,5 miljonit täisealist eurooplast, umbes 7% elanikkonnast vanuses 15–64, on tarbinud kanepit viimase aasta jooksul. Riikide näitajad ulatuvad 1% kuni 11%, kusjuures kõige madalamad olid need Kreekas, Maltal ja Bulgaarias ning kõige kõrgemad Hispaanias (11,3%), Prantsusmaal (9,8%) ja Ühendkuningriigis (9,7%). <sup>(56)</sup>

Viimase kuu jooksul tarbimise määrad väljendavad kanepi regulaarset tarbimist täpsemalt. Hinnanguliselt 12 miljonit täisealist eurooplast, umbes 4% täiskasvanutest, on seda tarbinud viimase 30 päeva jooksul. Riikide andmed on 0,5% kuni 7,5%, erinevus on 15kordne. Kõige madalamad näitajad olid Leedus, Maltal, Rootsis ja Bulgaarias ning kõige kõrgemad Tšehhi Vabariigis (4,8%), Hispaanias (7,6%) ja Ühendkuningriigis (5,6%). <sup>(57)</sup>

Illegaalsete uimastite tarbimine, kanep kaasa arvatud, on levinud peamiselt noorte hulgas. 2004. a teatas 3–44% 15–34aastastest eurooplastest, et on kanepit proovinud, 3–20% oli tarbinud seda viimase aasta jooksul ning 1,5–13% oli tarbinud seda viimase kuu jooksul, kusjuures kõige kõrgemad näitajad olid taas Tšehhi Vabariigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis. Euroopa keskmine selles vanuserühmas on: 32% elu jooksul tarbinuid, 14% viimase aasta jooksul tarbinuid (võrdluseks: 35–64aastaste hulgas 2%) ja rohkem kui 7% viimase kuu jooksul tarbinuid (võrdluseks: 35–64aastaste hulgas 1%). <sup>(58)</sup>

Kanepitarbimise määrad on isegi kõrgemad 15–24aastaste hulgas, kus elu jooksul tarbinute osakaal on 3–44% (enamiku riikide andmetel 20–40%), viimase aasta jooksul tarbinute osakaal on 4–28% (enamikus riikides 10–25%) (joonis 2) ning viimase kuu jooksul tarbinute osakaal ulatub 1%st kuni 15%ni (enamikus riikides 5–12%), kusjuures meeste hulgas on need määrad kõrgemad kui naiste hulgas. Uutes liikmesriikides on kanepitarbimise määrad 15–24aastaste hulgas üldiselt samal tasemel kui EL-15 riikides, kuid vanemates vanuserühmades on tarbimise määrad oluliselt madalamad. <sup>(59)</sup>

Erinevalt ELi keskmisest – umbes 20% – teatas Ameerika Ühendriikide uimastitarbimise ja tervise 2004. a riiklikus uuringus <sup>(60)</sup> 40,2% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad), et on elu jooksul kanepit tarbinud. See on isegi rohkem kui nendes Euroopa riikides, kus elu jooksul tarbimise määr on

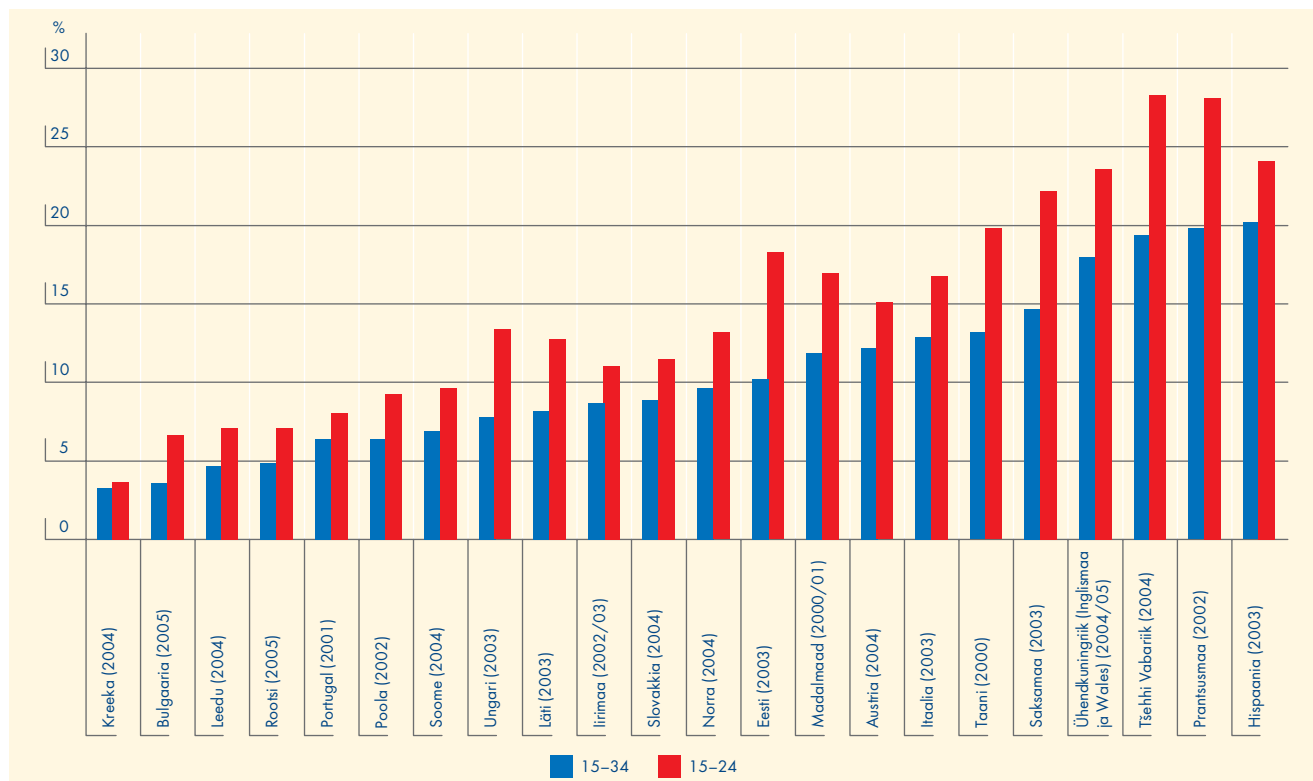
<sup>(56)</sup> Vt tabel GPS-3 2006. a statistikabülletääni.

<sup>(57)</sup> Vt tabel GPS-5 2006. a statistikabülletääni.

<sup>(58)</sup> Vt tabelid GPS-2, GPS-4 ja GPS-6 2006. a statistikabülletääni.

<sup>(59)</sup> Vt tabelid GPS-14, GPS-15 ja GPS-16 ning joonised GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 ja GPS-26 2006. a statistikabülletääni.

<sup>(60)</sup> Allikas: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 national survey on drug use and health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Pandagu tähele, et USA uuringus on vanusepiir „kõik täiskasvanud“ (12aastased ja vanemad) laiem kui standardne vanusepiir Euroopa uuringutes (15–64).

**Joonis 2:** noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 ja 15–24) kanepitarbimise levimus viimase aasta jooksul

NB: andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid GPS-8, GPS-11 ja GPS-18 2006. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

kõige kõrgem (Taani 31,3% ja Ühendkuningriik 29,7%); kuid erinevus viimase aasta jooksul tarbimises on vähem märgatav: Ameerika Ühendriikides on see 10,6%, Euroopa keskmine aga 7%, ja mitmed Euroopa riigid teatasid Ameerika Ühendriikide vastavate näitajatega sarnastest määradest.

Viis ELi liikmesriiki (Belgia, Hispaania, Itaalia, Küpros ja Ühendkuningriik) esitasid uued andmed, mis olid saadud üleriigiliste kooliuuringute käigus, ning Bulgaaria esitas uued andmed, mis olid saadud kahes suuremas linnas läbi viidud kooliuuringute käigus. Üldiselt on pilt Euroopa kooliõpilaste kanepitarbimise harjumustest jäänud samaks. Elu jooksul kanepi tarbimise levimus 15–18-aastaste kooliõpilaste hulgas on kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis ja Hispaanias (vastavalt 44% ja 41%). Riikide hulka, kus see on rohkem kui 25%, kuuluvad Saksamaa, Itaalia, Madalmaad, Sloveenia ja Slovakkia (27–28%) ning Belgia, Prantsusmaa, Iirimaa ja Ühendkuningriik, kus elu jooksul kanepi tarbimise levimus ulatub 32%st 40%ni. Kõige väiksem (vähem kui 10%) on elu jooksul kanepi tarbimise levimus Kreekas, Küprosel, Rootsis, Rumeenias, Türgis ja Norras. <sup>(61)</sup>

Levimust 15–18-aastaste kooliõpilaste hulgas ei tohiks üldistada vanematele õpilastele, sest natuke vanemate õpilaste hulgas võib see olla juba oluliselt suurem.

17–18-aastaste hulgas on elu jooksul kanepi tarbimise levimus rohkem kui 50% Tšehhi Vabariigis, Hispaanias ja Prantsusmaal. <sup>(62)</sup> Rootsis, kus levimus on paljude teiste liikmesriikidega võrreldes väike, on elu jooksul kanepi tarbimise määr 17–18-aastaste õpilaste hulgas (14%) üle poole suurem kui 15–18-aastaste kooliõpilaste hulgas (6%). <sup>(63)</sup>

### Kanepitarbimise harjumused

Kanepi tarbimine on sageli juhuslik või katkeb teatud aja pärast. Keskmiselt on 33% kunagi kanepit proovinud eurooplastest tarbinud seda ka viimase aasta jooksul, samal ajal kui vaid 16% on tarbinud seda viimase 30 päeva jooksul. Need määrad, mida nimetatakse “kestva tarbimise määraks”, on riigiti erinevad, ulatudes 20%st kuni 45%ni viimase aasta jooksul tarbimise osas ja 10%st kuni 25%ni viimase 30 päeva jooksul tarbimise osas. <sup>(64)</sup>

<sup>(61)</sup> Vt tabel EYE-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(62)</sup> ESCAPADi noorteuuring hõlmab 17–18-aastaseid noori, kes ei käi koolis.

<sup>(63)</sup> Vt tabel EYE-3 ja joonis EYE-1 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(64)</sup> Vt tabel GPS-24 2006. a statistikabülletäänis.

Kuigi kanepitarbimine on levinud peamiselt noorte hulgas, viitavad Hispaaniast ja Ühendkuningriigist saadud andmed sellele, et seda võidakse jätkata ka kolme- ja neljakümneandates eluaastates. Siin võib olla tegemist olulise pikaajalise muutusega kanepitarbimise harjumustes, millele tuleb tähelepanu pöörata.

Nagu muudegi keelatud uimastite puhul, on kanepitarbimine meeste hulgas märkimisväärselt levinum kui naiste hulgas. Viimase aasta ja viimase kuu jooksul tarbimise osas on erinevus suurem kui elu jooksul tarbimise osas, kusjuures noorte hulgas on erinevused väiksemad kui vanemate täiskasvanute hulgas (vt valikteema sugude kohta). Samuti on kanepitarbimine sagedasem linnades ja suure rahvastikutihedusega piirkondades. On väidetud, et kanepitarbimine on levimas väiksematesse linnadesse ja maapiirkondadesse, ning see suundumus leidis kinnitust Poola 2005. a riiklikus aruandes.

Hoolimata üha suurenevast murest, mida tekitab regulaarne või intensiivne kanepitarbimine, <sup>(65)</sup> on andmed Euroopa ulatuses vägagi piiratud. 2004. a aruandes (EMCDDA, 2004a) toodud umbkaudne hinnang viitab sellele, et 1%

### Kanepitarvitamise mõju tervisele

Viimasel ajal on hüppeliselt suurenenud mure kanepitarvitamise sotsiaalsete ja tervise mõjude pärast. Kuigi kättesaadavad tõendustmaterjalid ei võimalda võtta sellel teemal selget seisukohta, võib mõningaid järeldusi siiski teha. Näiteks on ilmne, et intensiivne kanepitarvitamine on seotud vaimuhaigustega, aga kaasnevate haiguste puhul kerkib küsimus, kumb on põhjus, kumb tagajärg. Nende seoste keerukust on uuritud ja nende üle arutletud peatselt ilmuvas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse monograafias.

Intensiivse kanepitarvitamisega kaasnevad tihti vaimsed probleemid, mis ei pruugi sõltuda ainult narkootilistest ainetest, ning sellel on ka praktilised mõjud. Kanepitarvitajate raviplaani koostades võib meedikutel olla raske kindlaks teha, kas alustada narkomaania või vaimse haiguse ravist. Probleemaatiliste kanepitarvitajate ravi tulemuste kohta on uuringuid ikka veel napilt ning needki vähesed, mis olemas on, keskenduvad kitsalt psühhosotsiaalsele ravile. Teisi ravimeetodeid ei ole kas üldse uuritud või on uuritud ebapiisavalt, seetõttu puuduvad andmed ravi tõhususe ja tulemuste kohta.

täisealistest eurooplastest ehk umbes 3 miljonit inimest võib tarbida kanepit iga päev või peaaegu iga päev. Mitu riiki teatas regulaarse või intensiivse kanepitarbimise kasvust, kuid ainult Hispaania esitas samalaadseid andmeid igapäevase tarbimise kohta, kusjuures tarbimise suurenemisele aastatel 1997–1999 (0,7–0,8% täiskasvanutest) ja 2001. a (1,5%) järgnes stabiliseerumine 2003. a (1,5%). Andmed teistest riikidest ja kindlate vanuserühmade kohta (nt 15–24-aastased) oleks kasulikud. Prantsusmaa 2003. a ESCAPADi uuringus selgus, et 14% 17–18-aastastest noortest (9% tüdrukutest ja 18% poistest) võib spetsiifilise skaala (CAST) alusel pidada probleemse tarbimise ohus olevaks. Ka teised riigid töötavad välja skaalad, mille alusel hinnata intensiivset kanepitarbimist (Saksamaa, Madalmaad, Poola ja Portugal), ning EMCDDA edendab koostööd selles valdkonnas.

### Kanepitarbimise suundumused täiskasvanute hulgas

Uimastitarbimise pikaajalisi suundumusi Euroopas on raske jälgida, kuna puuduvad usaldusväärsed aegriade andmed. Siiski on 1990. aastate algusest peale üha rohkem riike uuringuid alustanud ning nüüd pakuvad mõned nendest uuringutest väärtuslikku teavet pikaajalisemate suundumuste kohta.

Üldiselt arvatakse, et kanepitarbimine hakkas mõnedes Euroopa riikides levima 1960ndatel ning muutus populaarseks 1970. ja 1980. aastatel. Hiljutised üleriigilised uuringud annavad tunnistust märkimisväärsest elu jooksul tarbimise kogemusest 45–54-aastaste inimeste hulgas Taanis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades, Rootsis ja Ühendkuningriigis, viidates märkimisväärsele kanepitarbimise alustamisele 1960. aastate lõpus ja 1970. aastatel. Kanepitarbimise alustamise analüüsimine näitas, et tarbimine laienes märgatavalt Hispaanias 1970. aastatel, Lääne-Saksamaal 1980. aastatel ja Kreekas 1990. aastatel. <sup>(66)</sup> Rootsi andmed annavad tunnistust suhteliselt kõrgest eksperimenteerimise määrast 1970. aastate kutsealuste hulgas (15–20%).

Üleriigilised või kohalikud leibkonnauuringud ning kutsealuseid ja koole hõlmavad uuringud on näidanud, et kanepitarbimine suurenes märgatavalt 1990. aastatel peaaegu kõikides ELi riikides, eelkõige noorte hulgas. See kasv on kuni viimase ajani jätkunud peaaegu kõikides riikides,

<sup>(65)</sup> Veel ei ole olemas üldtunnustatud definitsiooni selle kohta, mis on "intensiivne kanepitarbimine", pigem defineeritakse seda eri uuringutes erinevalt. See on siiski lai mõiste, mis tähistab kanepitarbimist teatavast lävest suurema sagedusega. See ei pruugi tingimata viidata sõltuvusele/kuritarvitamisele või muudele probleemidele, kuid arvatakse, et see suurendab halbade tagajärgede, muuhulgas sõltuvuse ohtu. Käesolevas peatükis tähendab see tarbimist iga päev või peaaegu iga päev (20 või enamal päeval viimase 30 päeva jooksul). Seda kriteeriumi on uuringutes sageli kasutatud ning see leidub ka Euroopa näidisküsimustikus. Sõltuvusse sattumise risk on harvematel kasutajatel väiksem.

<sup>(66)</sup> Vt joonis 4 2004. a aruandes.

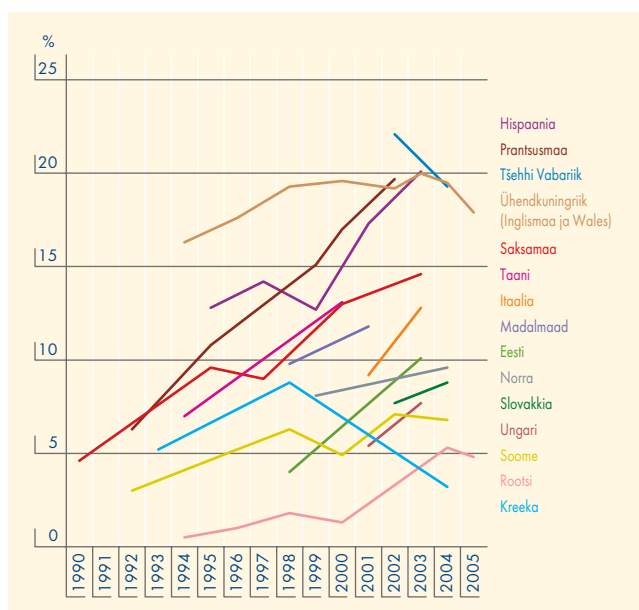
kuigi mõnedel juhtudel on märke stabiliseerumisest või isegi vähenemisest.

Ühendkuningriigis oli hiljutise kanepitarbimise määr noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) hulgas 1990. aastate algul kõige kõrgem kogu Euroopas, kuid vähenes aeglaselt ajavahemikul 1998 kuni 2004/2005. <sup>(67)</sup> Vastav määr Hispaanias ja Prantsusmaal on aga viimasel ajal (2002 või 2003) tõusnud Ühendkuningriigi tasemele (joonis 3). Sama suurest määrast teatas ka Tšehhi Vabariik.

Tarbimise määrad on madalamad Taanis, Saksamaal, Eestis, Itaalias, Madalmaades ja Slovakkias, kuid kõik need riigid on teatanud viimase aasta jooksul tarbimise kasvust noorte täiskasvanute hulgas, samuti ka Ungari, kuigi väiksemas ulatuses. Pandagu tähele, et Taani (2000) ja Madalmaade (2001) andmed on tänaseks suhteliselt vananenud ning seetõttu ei ole praegune olukord seal selge.

Soomes ja Rootsis on levimusmäärad suhteliselt madalad, kuid paistavad samuti olevat tõusuteel; meetoodika

**Joonis 3:** suundumused noorte täisealiste (15–34aastased) kanepitarbimise levimuses viimase aasta jooksul



NB: andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabel GPS-4 2006. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

muudatuste tõttu on siiski raske tõlgendada erinevust, mida täheldati Rootsis ajavahemikul 2000. aastast (1,3%) kuni 2004. aastani (5,3%). <sup>(68)</sup>

Ka viimase kuu jooksul tarbimise määr on viimase aastakümne jooksul üldiselt suurenenud, kuigi märgatav oli kasv ainult Belgias ja Hispaanias. Ühendkuningriik teatas hiljuti viimase kuu jooksul tarbimise vähenemisest, olles enne seda teatanud kõige kõrgematest määradest kogu Euroopas alates 1990. aastate algusest. Ka Slovakkia teatas vähenemisest ajavahemikul 2002–2004. Tšehhi Vabariigis ja Prantsusmaal ei olnud seda suundumust võimalik hinnata.

Kooliüringud võivad samuti anda väärtuslikku teavet uimastitarbimise suundumuste kohta elanikkonna nooremate liikmete hulgas, mis aitab prognoosida edaspidiseid suundumusi noorte täiskasvanute hulgas. 1995. aastast on enamikus riikides üldiselt suurenenud kooliõpilaste arv, kes on kunagi kanepit proovinud. Kuid suundumuste geograafiline varieerumine on märgatav. Elu jooksul kanepi tarbimise levimuse suundumused 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas võib jagada kolme geograafilisse rühma. Iirimaa ja Ühendkuningriigis, kus kanepit on tarbitud juba pikka aega, on elu jooksul tarbimise määr kõrge, kuid see on viimase aastakümne jooksul püsunud stabiilne (umbes 37–39%). Ida- ja Kesk-Euroopa liikmesriikides ning ka Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias ja Portugalis oli elu jooksul kanepi tarbimise määr 2003. a oluliselt kõrgem kui 1995. a. Kolmandas liikmesriikide rühmas (põhjas Soome ja Rootsi ning Kreeka, Küpros ja Malta lõunas) ja Norras on elu jooksul tarbimise määrad kooliõpilaste hulgas jäänud üsna madalale (umbes 10% ja alla selle). <sup>(69)</sup>

## Andmed ravinõudluse kohta <sup>(70)</sup>

Kokku ligikaudu 380 000 ravinõudluse juhtumi hulgas, millest teatati 2004. a (kättesaadavad on andmed 19 riigist), oli kanep esmane põhjus ravile suunamiseks umbes 15%-l kõikidest juhtudest, olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. <sup>(71)</sup>

Üldiselt on kanep uimastite hulgas esinemissageduselt teisel kohal ka aruannetes esmakordselt ravile pöörduvate patsientide kohta, olles ravi taotlemise põhjuseks 27% uute patsientide puhul, kellest teatati 2004. a. Kuid riigiti esineb arvestatavaid erinevusi: kanepit nimetas põhjuseks vähem kui 5% uutest patsientidest Leedus, Maltal ja Rumeenias,

<sup>(67)</sup> Alates 1994. a, esimesest aastast, mil andmed põhinevad Briti kuritegevuse uuringul Inglismaa ja Walesi kohta.

<sup>(68)</sup> Vt joonised GPS-4 ja GPS-14 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(69)</sup> Vt tabel EYE-5 (i osa) ja joonis EYE-1 (ii osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(70)</sup> Üldise jaotuse ja suundumuste analüüs põhineb andmetel kõikides ravikeskustes ravi taotlevate patsientide kohta; viimaste profiili ja uimastitarbimise harjumuste analüüs põhineb ambulatoorsetest ravikeskustest saadud andmetel. Spetsiifiline analüüs soolise jaotuse kohta on toodud koos EMCDDA 2006. a aruandega avaldatud valikteemas sugude kohta.

<sup>(71)</sup> Vt joonis TDI-2 2006. a statistikabülletäänis.

aga rohkem kui 40% uutest patsientidest Taanis, Saksamaal, Ungaris ja Soomes. <sup>(72)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 suurenes kõikide kanepi tõttu ravi taotlevate uute patsientide osakaal enamikus andmed esitanud riikides. <sup>(73)</sup>

Peaaegu kõikides riikides, mille kohta andmed on kättesaadavad, on kanepi tõttu ravi taotlevate patsientide osakaal uute patsientide hulgas suurem kui kõikide patsientide hulgas kokku; mõnes riigis on need arvud laias laastus võrdsed. <sup>(74)</sup> Kõige suurem on kanepitarbimisega seotud ravinõudlus ambulatoorsetes ravikeskustes. <sup>(75)</sup>

Kanepi tõttu ravi taotlemise suurenemine tuleneb ilmselt mitmetest teguritest ning seda valdkonda tuleb veel põhjalikult uurida. Tõusu võimalikeks põhjusteks on intensiivse kanepitarbimise hoogustumine ning sellega seotud probleemid elanikkonna hulgas, parem arusaamine kanepitarbimisega kaasnevatest ohtudest, kriminaalõigussüsteemi poolt ravile saatmise juhtude arvu suurenemine, mis on mõnedes riikides selgelt oluline, ning muudatused aruandesüsteemis ja/või selle hõlmavus. <sup>(76)</sup>

Üldiselt võib kanepit tarbivad patsiendid jagada kolme rühma: juhuslikud tarbijad (34%), üks või mitu korda nädalas tarbijad (32%) ning igapäevased tarbijad (34%). Uute patsientide kanepitarbimise sageduses on riigiti märgatavaid erinevusi. Iga päev kanepit tarbivate patsientide osakaal on kõige suurem Madalmaades ja Taanis. Patsientide osakaal, kes tarbivad kanepit juhuslikult või ei ole ravile pöördumisele eelnenud kuu jooksul kanepit tarbinud, on kõige suurem Saksamaal, Kreekas ja Ungaris. Selline varieerumine peegeldab ilmselt erinevusi ravile saatmise osas (nt rohkem juhtumeid, mil ravile saatjaks on kriminaalõigussüsteem või sotsiaaltöövõrgustik). <sup>(77)</sup>

On oluline küsimus, mil määral vastavad ravile pöördunud kanepitarbijad kas siis sõltuvuse või ohtliku uimastitarbimise diagnostilistele kriteeriumitele. Seda valdkonda tuleb veel põhjalikumalt uurida. Kuna ravile saatmise praktika on riigiti erinev, on vaja uuringuid, et selgitada välja kanepitarbimise tõttu ravi saavate patsientide erinevad kliinilised näitajad.

Mõnede patsientide puhul on ravile pöördumise põhjuseks lisaks kanepi tarbimisele ka probleemid muude uimastite

või alkoholiga, ning mõnikord on ravi taotlemine seotud üldisemate probleemidega, nagu näiteks käitumishäired noortel inimestel. Veelgi enam, mõned hiljutised uuringud näitavad, et on suurenenud kanepitarbimise tõttu ravi taotlevate noorte arv, kellel on probleeme vaimse tervisega, ning viimane võib olla oluliseks teguriks, mis mõjutab ravi taotlemist. <sup>(78)</sup>

Samuti on oluline paremini mõista kanepitarbijate vajadusi rahvastiku ulatuses. EMCDDA hinnangul on Elis umbes 3 miljonit inimest, kes tarbivad kanepit intensiivselt (see tähendab kanepi tarbimist iga päev või peaaegu iga päev). Kuigi ei ole teada, kui paljud neist vajavad abi, on kanepiga seotud ravitaotluste arv selle arvuga võrreldes väike.

Kättesaadavad andmed annavad alust arvata, et kanepi tarbimise tõttu ambulatoorsetes ravikeskustes ravi saavad patsiendid on suhteliselt noored; peaaegu kõik uued kanepi tõttu ravi taotlevad isikud on nooremad kui 30 aastat. Uimastiravi saavate teismeliste puhul mainitakse probleemide peamise põhjusena kanepit sagedamini kui muudesse vanuserühmadesse kuuluvate patsientide puhul, kanepi tõttu taotleb ravi 75% alla 15aastastest ja 63% 15–19aastastest ravialustest noortest. <sup>(79)</sup>

Enamik patsiente teatab, et tarbis kanepit esmakordselt kõige noorematesse vanuserühmadesse kuulumise ajal, kusjuures 36,8% tarbis seda esmakordselt enne 15. eluaastat. Ravi taotlejate hulgas peaaegu ei ole selliseid, kes teatavad, et tarbisid kanepit esmakordselt pärast 29. eluaastat. <sup>(80)</sup>

## Ennetamine

Hästi rakendatud üldised ennetusprogrammid võivad edasi lükata või vähendada kahjulike ainete, nagu tubakas, alkohol ja kanep, tarbimise alustamist noores eas. Selle tähtsust rõhutab asjaolu, et noores eas (lapseseast kuni noorukiea keskpaigani) uimastite tarbimist alustanud inimestel on suurem oht uimastiprobleemide, muuhulgas sõltuvuse tekkimiseks (Von Sydow *et al.*, 2002; Chen *et al.*, 2005). Lisaks tuleb püüda kanepitarbimise alustamist ennetada või edasi lükata ka seetõttu, et noorukid on tundlikumad kanepi toksilisuse suhtes.

<sup>(72)</sup> Vt tabel TDI-4 (ii osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(73)</sup> Vt joonis TDI-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(74)</sup> Vt tabelid TDI-3 (iii osa) ja TDI-4 (iii osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(75)</sup> Vt tabel TDI-25 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(76)</sup> EMCDDA monograafia kanepi kohta avaldatakse 2007. a; kõnealuse monograafia kolmes peatükis käsitletakse kanepiga seotud ravinõudluse suurenemist.

<sup>(77)</sup> Vt tabel TDI-18 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

<sup>(79)</sup> Vt tabel TDI-10 (i osa ja ii osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(80)</sup> Vt tabel TDI-11 (ii osa ja ix osa) 2006. a statistikabülletäänis.

Noorte kanepitarbijate profiil ei erine noorte alkoholi- või tubakatarbijate omast, vähemalt tarbimise varases faasis. See kinnitab mõtet, et üldine ennetustöö noorte hulgas ei peaks keskenduma ainult kanepile, vaid eesmärgiks peaks olema vältida ka alkoholi ja tubaka tarbimist.

Sugupool on kanepitarbimise ennetamises oluline (vt valikteema sugude kohta). Poiste puhul on suurem oht, et tarbimine muutub intensiivseks, võib-olla sellepärast, et tüdrukud on vastuvõtlikumad vanemate hukkamõistu suhtes ning hoolikamad kaaslaste valikul. Olukord on aga muutumas, sest tänapäeva ühiskonnas on meeste ja naiste traditsioonilised rollid muutumas. Mitmes Euroopa riigis üritatakse nii kanepi- kui ka alkoholitarbimise ennetamisele suunatud projektides („Bagmaendene“ Taanis, „Beer-Group“ Saksamaal ja „Risflecting“ Austrias) parandada poiste suhtlemisoskusi. On teada, et poiste intensiivse alkoholi- ja kanepitarbimise üheks põhjuseks on raskused tüdrukutele lähenemisel, ning seepärast õpetatakse nende projektide käigus flirtimisioskusi.

Koolides tehtava valikulise ennetustöö käigus pööratakse tähelepanu uimastitarbimisega seotud riskifaktoritele, nagu näiteks koolist väljalangemine, antisotsiaalne käitumine, halb õppeedukus, vähene seltsivus ning sagedane koolist puudumine ning uimastitarbimisest põhjustatud õppimisraskused.

Saksa projekti „Stoned at School“ („Koolis pilves“) eesmärk on anda õpetajatele väljaõpet kanepitarbimise varase tuvastamise, varase sekkumise ja ennetamise osas, ning luua kontakt koolide ja uimastialase nõustamise keskuste vahel. Nagu sarnased projektid Austrias, on ka see kümneosaline väljaõppeprogramm mõeldud õpetajate kanepitarbimise alase teadlikkuse tõstmiseks ja ohus olevate õpilaste väljaselgitamiseks.

Saksamaal, Prantsusmaal ja Madalmaades on palju uimastialase nõustamise keskuseid. Alates 2005. a jaanuarist on Prantsusmaal avatud kokku rohkem kui 250 kanepiteemalise nõustamise kliinikut. Need kanepi või muude uimastite tarbimise tõttu raskustesse sattunud teismeliste ja ka nende vanematele mõeldud keskused on anonüümsed, tasuta ja kõigile avatud. Juurdepääsetavuse huvides asuvad need Prantsusmaa suuremates linnades. Nõustajateks on asjatundjad, kes on saanud väljaõppe sõltuvuse hindamise vahendite ja lühiajaliste sekkumismeetmete kasutamise osas ning kes oskavad otsustada, milline sotsiaalne, meditsiiniline või

psühhiaatriline teenus on sobiv erihooldust vajavatele klientidele. Selle uut tüüpi projekti kohta tehakse järelkontrolli uuring. Esmaste kättesaadavate andmete alusel esimese kahe-kolme tegevuskoha kohta oli külastatavus 3500–4000 inimest kuus, kellest 2000–2500 olid kanepitarbijad (ülejäanud olid nende vanemad, sugulased ja noorsootöötajad). Alternatiivseks variandiks on pakkuda lühikesi struktureeritud kursusi, mis koosnevad umbes kümnest rühmatunnist (Saksamaal, Taanis, Madalmaades, Austrias). Madalmaade-Saksa ühisprojekti EUREGIO raames on välja antud kursust täiendav käsiraamat SKOLL (enesekontrolli treening).

Sageli on kanepiteemalised treeningkursused üles ehitatud asjaolule, et kanepi tarbimine või omamine on illegaalne ning osalejad suunatakse kursustele kriminaalõigussüsteemi kaudu. Motivatsioon osaleda tuleneb suuresti sellest, et sellistel kursustel käimine on kohtuotsusega kohustuslikuks tehtud. Siiski aitavad kõnealused meetodid luua kontakti vähemalt osaga riskirühmast.

Euroopas keskenduvad paljud valikulise ennetustöö raames läbiviidavad sekkumisprojektid teabe jagamisele kanepi kohta. Mitmed muud faktipõhised lähenemisviisid, muuhulgas normatiivne restruktureerimine (nt selgitamine, et enamik kaaslast ei kiida uimastite tarbimist heaks), enesekindluse treening, motiveerimine ja eesmärkide püstitamine ning müütide kummutamine (kanepiga seotud väärtushinnangute kohta), tuleb alles teha kanepitarbimisega seotud ennetusprogrammide tavapäraseks osaks. Hiljutise meta-analüüsi käigus, mis käsitles tundlikele noortele mõeldud ennetusprogramme (Roe ja Becker, 2005), selgus, et teabepõhised meetmed mõjutavad vähe või ei mõjuta üldse uimastitarbimisega seotud käitumisviise ja suhtumisi, olgu siis tegemist üldise või valikulise ennetustööga. Samad autorid leidsid, et ulatuslikud sotsiaalse mõjutamise programmid avaldavad tundlikele noortele suurt mõju.

Ulatuslike sotsiaalse mõjutamise meetodite efektiivsus on üks olulisi fakte, mis ilmnas vähestes kättesaadavates hinnangutes kanepitarbimisega seotud valikulise ennetustöö projektide kohta Euroopas (FRED, „Way-Out“, „Sports for Immigrants“ ja muud; vt materjalid ülalpool ja EDDRA materjalid aadressil <http://eddra.emcdda.europa.eu>). Vastavate meetoditega saavutatud positiivsed tulemused on muuhulgas tarbimise vähenemine, sagedasem probleemse tarbimise teadvustamine uimastitarbija enda poolt, peamiste riskifaktorite ja nendega seotud probleemide vähenemine ning enesekontrolli ja motiveerituse suurenemine.

### Kanepitarvitajate lühimõjutus

Lühimõjutus on niisugune lähenemine, mille eesmärk on panna inimesi oma uimastitarvitamist ise teadvustama ja anda neile oskusi, kuidas seda kontrolli all hoida. Kontseptsioon põhineb peamiselt motiveerival vestlusel, mitte hukkamõistval ega ründaval lähenemisel; vestlusel uuritakse kanepitarvitaja väärtushinnanguid, eesmärke, iseenda hinnangut uimastitarvitamisele ning antakse tagasisidet tema enesehinnangu ja tegeliku seisundi erinevuste kohta.

Lühimõjutuse sihtmärk on sageli alkoholi või uimasti tarvitamise varane staadium, et ennetada tõsisemate probleemide kujunemist. Alkoholi ja tubaka kuritarvitamise ennetamisel on lühimõjutus osutunud tõhusaks ning üha enam tuntakse huvi, kui kasulik oleks selline lähenemine teiste ainete puhul.

Lühimõjutus on osutunud väga kasulikuks valikuliseks ennetusmeetmeks niisuguste kanepitarvitajate puhul, kes muidu raviprogrammi ei satuks. Intensiivse kanepitarvitaja puhul ei pruugi kasu olla koolitusprogrammidest, mis propageerivad täielikku uimastitest hoidumist.

Lühimõjutus ei ole kulukas ning see võib eriti sobiv olla just kanepitarvitajate puhul, kuna see on osutunud tõhusaks narkootiliste ainete tarvitajate puhul, kes:

- tunnetavad mõningaid uimastitarbimisest tulenevaid probleeme;
- ei ole veel raskesti sõltuvuses;
- on uimasteid tarvitanud lühikest aega;
- on kindla tagapõhjaga (sotsiaalse, haridusliku, perekondliku);
- on ebakindlad või tunnevad vastakaid tundeid oma uimastitarbimise muutmise suhtes.

Niisugust lähenemist kasutatakse praegu mitmes riigis, sealhulgas Saksamaal, Madalmaades, Austrias ja Ühendkuningriigis, kus mõjutamine võib toimuda nõustamise vormis, „kanepikursustena“ või isegi eneseabi pakuvate Interneti-lehekülgedena. Näiteks Saksamaal on kanepitarvitajatele, kes soovivad vähendada või lõpetada kanepi tarbimist, Interneti-põhine nõustamisprogramm „Quit the Shit“ ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), millel on uuenduslik, telemaatiline lähenemine. Samalaadsed eneseabi elemente sisaldavad Interneti-leheküljed on [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html), koostanud Jellinek (Madalmaad), ja [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/), koostanud HIT (Ühendkuningriik).







## 4. peatükk

### Amfetamiinid, *ecstasy* ja muud psühhotroopsed ained

Paljudes Euroopa riikides on illegaalsete uimastite hulgas tarbimissageduselt teisel kohal mingi sünteetiline uimasti. Nende ainete tarbimine kogu elanikkonna hulgas on tavaliselt väike, kuid levimus nooremate vanuserühmade hulgas on oluliselt suurem, eriti levinud võib nende uimastite tarbimine olla teatavates sotsiaalsetes oludes või mõnesse subkultuuri kuuluvates rühmades. Amfetamiinid (amfetamiin ja metamfetamiin) ning *ecstasy* on kõige levinumad sünteetilised uimastid kogu maailmas.

Amfetamiin ja metamfetamiin on kesknärvisüsteemi stimulandid. Neist kahest on Euroopas amfetamiin palju laialdasemalt kättesaadav. Kogu maailmas põhjustab metamfetamiini tarbimise kasv suurt muret, sest seda uimastit seostatakse mitmete tõsiste terviseprobleemidega. Euroopas piirdub metamfetamiini märkimisväärne tarbimine Tšehhi Vabariigiga.

Sõnaga *ecstasy* tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid mõju poolest teatud määral erinevad. Tuntuim uimasti *ecstasy*-rühmas on 3,4-metüleendioksümetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt avastatakse *ecstasy* tablettides ka muid analooge (MDA, MDEA, jne). Mõnikord nimetatakse neid uimasteid entaktogeenideks, viidates nende väga erilisele meeleolu muutvale mõjule. Mõnikord avaldavad need toimet, mida tavaliselt seostatakse hallutsinogeensete ainetelega.

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

Selleks, et tuvastada Euroopa uimastiturule ilmuvaid uusi uimasteid, on ELis loodud varajase hoiatamise süsteem. Selle süsteemi raames jälgitakse ka potentsiaalselt ohtlikke uusi suundumusi psühhoaktiivsete ainete tarbimises.

#### Pakkumine ja kättesaadavus <sup>(81)</sup>

Amfetamiinide ja *ecstasy* toodangu suurus on raske määrata, sest "nende tootmist alustatakse kergesti kättesaadavatest kemikaalidest kergesti varjatavates laborites" (UNODC, 2003a). Kõige värskema hinnangu kohaselt on amfetamiinide ja *ecstasy* kogutoodang maailmas umbes 520 tonni aastas (UNODC, 2003b). Kõige rohkem, maailmas kokku 46 tonni, konfiskeeriti neid aineid 2000. a. Pärast langust 2001. ja 2002. a suurenes konfiskeeritud kogus 34 tonnini 2003. a ning vähenes pisut 2004. a, 29 tonnini. 2004. a langes metamfetamiini osakaal amfetamiinide ja *ecstasy* konfiskeerimiste hulgas kogu maailmas 38%-le (66%-lt 2003. a), kusjuures *ecstasy*'t oli 29% ja amfetamiini 20% (CND, 2006).

#### Amfetamiin

Ülemaailmne amfetamiinitootmine on jätkuvalt koondunud Lääne- ja Kesk-Euroopasse, eelkõige Belgiasse, Madalmaadesse ja Poolasse. Selles piirkonnas mängivad amfetamiini ebaseaduslikus tootmises olulist rolli ka Eesti, Leedu ja Bulgaaria ning vähemal määral Saksamaa, Hispaania ja Norra, nagu näitab 2004. a nendes riikides demonteeritud amfetamiinilaborite arv (UNODC, 2006). <sup>(82)</sup> Väljaspool Euroopat toodetakse amfetamiini peamiselt Põhja-Ameerikas ja Okeaanias (CND, 2006). 2004. a oli amfetamiinikaubandus peamiselt piirkondliku ulatusega. Suurem osa Euroopa keelatud ainete turul leiduvast amfetamiinist on pärit Belgiast, Madalmaadest ja Poolast, aga ka Eestist ja Leedust (Põhjamaades) (Reitoxi riikide aruanded, 2005; WCO, 2005).

Umbes 97% kogu maailmas 2004. a konfiskeeritud kuuest tonnist amfetamiinist konfiskeeriti Euroopas, peamiselt Lääne-/Kesk-Euroopas ja Kagu-Euroopas (vastavalt 67% ja 26% kogu maailmas konfiskeeritud kogusest) (CND, 2006).

2004. a konfiskeeriti ELis amfetamiini hinnanguliselt 33 000 korral, kokku 5,2 tonni ja 9,6 miljonit ühikut. Konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud amfetamiinikoguste

<sup>(81)</sup> Vt "Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine", lk 37.

<sup>(82)</sup> Eri riikidest teatatud demonteeritud laborite arv peegeldab lisaks tootmiskohtade arvule ka õiguskaitselast tegevust ja prioriteete ning aruandlustavasid.

pooldest on Ühendkuningriik olnud pidevalt kõige rohkem amfetamiini konfiskeerinud riik ELis. <sup>(83)</sup> 2004. a teatas Türgi 9,5 miljoni amfetamiiniühiku tabamisest. Mõningastest kõikumistest hoolimata on nii amfetamiini konfiskeerimiste koguarv <sup>(84)</sup> kui ka konfiskeeritud kogused <sup>(85)</sup> ELi ulatuses 1999. a alates suurenenud ning andmed esitanud riikide teabe alusel võib arvata, et see tõus jätkus 2004. aastal.

2004. a ulatus amfetamiini keskmine jaehind 4 eurost grammi kohta Sloveenias kuni 64 euroni grammi kohta Maltal. <sup>(86)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 langesid amfetamiinihinnad (inflatsiooni arvestades) <sup>(87)</sup> üldiselt Saksamaal, Hispaanias, Iirimaa, Lätis, Leedus, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias, Türgis ja Norras. <sup>(88)</sup>

2004. a ulatus amfetamiini keskmine puhtus 5–6%st Bulgaarias kuni 44%ni Norras. <sup>(89)</sup> Kätesaadavad andmed <sup>(90)</sup> amfetamiini keskmise puhtuse kohta ajavahemikul 1999–2004 näitavad üldist langustendentsi Lätis, Leedus, Luksemburgis, Soomes ja Norras ning tõusujoont Belgias, Saksamaal, Prantsusmaal, Itaalias, Ungaris ja Austrias.

## Metamfetamiin

Ülemaailmses ulatuses on metamfetamiin toodetud ja turustatud koguste poolest jätkuvalt olulisem kui amfetamiin või ecstasy, kuigi selle osakaal kogu maailmas läbi viidud konfiskeerimistes langes 2004. aastale. Seda toodetakse endiselt peamiselt Ida- ja Kagu-Aasias (Hiinas, Filipiinidel, Myanmaris, Taimaal), samuti Põhja- ja Kesk-Ameerikas (Ameerika Ühendriikides, Kanadas, Mehhikos). 2004. a konfiskeeriti kogu maailmas kokku 11 tonni metamfetamiini, millest 59% konfiskeeriti Ida- ja Kagu-Aasias ning 37% Põhja-Ameerikas (CND, 2006). Euroopas piirdub metamfetamiini tootmine peamiselt Tšehhi Vabariigiga,

kus seda on toodetud 1980ndate aastate keskpaigast peale kohaliku nime "pervitiin" all. Kuid 2004. a teatasid tootmisest ka Slovakkia ja Bulgaaria, kus laborid demonteeriti (Reitoxi riikide aruanded, 2005; UNODC, 2006). Suurem osa Tšehhis toodetud metamfetamiinist on mõeldud kohalikule turule, kuigi osa sellest toimetatakse salakaubana Saksamaale, Austriasse ja Slovakkiasse (Reitoxi riikide aruanded, 2005). 2004. a teatasid metamfetamiini konfiskeerimistest Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Eesti, Kreeka, Prantsusmaa, Läti, Leedu, Ungari, Austria, Slovakkia, Rootsi, Rumeenia ja Norra, kusjuures viimane oli esikohal nii kõige suurema konfiskeerimiste arvu kui ka kõige suuremate tabatud koguste poolest <sup>(91)</sup>.

2004. a oli metamfetamiini jaehind <sup>(92)</sup> Tšehhi Vabariigis 12–63 eurot grammi kohta ning selle keskmine puhtus <sup>(93)</sup> ulatus 43%st Slovakkias kuni 50%ni Tšehhi Vabariigis.

## Ecstasy

Euroopa on endiselt peamine ecstasy-tootmise keskus maailmas, kuigi tema suhteline tähtsus näib olevat vähenemas, sest viimastel aastatel on ecstasy-tootmine levinud ka teistesse maailmajagudesse, eelkõige Põhja-Ameerikasse (Ameerika Ühendriigid, Kanada) ning Ida- ja Kagu-Aasiasse (Hiina, Indoneesia, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Kuigi Madalmaad olid 2004. a endiselt peamine ecstasy-tootmise keskus Euroopas ja kogu maailmas, avastati ecstasy-laboreid ka Belgias, Eestis, Hispaanias ja Norras (Reitoxi riikide aruanded, 2005; UNODC, 2006). Aruannete kohaselt pärineb ELis konfiskeeritud ecstasy Madalmaadest ja Belgiast ning vähemal määral ka Poolast ja Ühendkuningriigist (Reitoxi riikide aruanded, 2005).

<sup>(83)</sup> Olukorda tuleks võrrelda 2004. a andmetega Ühendkuningriigi kohta, kui need on kätesaadavad. Andmed amfetamiinikonfiskeerimiste arvu ja ka konfiskeeritud amfetamiinikoguste kohta 2004. a ei olnud kätesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed konfiskeeritud amfetamiinikoguste kohta 2004. a ei olnud kätesaadavad Sloveenia kohta; andmed amfetamiinikonfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kätesaadavad Madalmaade kohta. Hindamise eesmärgil asendati puuduvad 2004. a andmed 2003. a omadega. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saanud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.

<sup>(84)</sup> Vt tabel SZR-11 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(85)</sup> Vt tabel SZR-12 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(86)</sup> Vt tabel PPP-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(87)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(88)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed amfetamiinihindade kohta kätesaadavad vähemalt kolm aastat järjest Belgias, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Lätis, Leedus, Poolas, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias, Türgis ja Norras.

<sup>(89)</sup> Vt tabel PPP-8 2006. a statistikabülletäänis. Pandagu tähele, et amfetamiini puhtuse teatatud keskmine tase võib varjata suuri erinevusi analüüsitud proovide puhtuses.

<sup>(90)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed amfetamiini puhtuse kohta kätesaadavad vähemalt kolm aastat järjest Belgias, Saksamaal, Eestis, Prantsusmaal, Itaalias, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Ungaris, Madalmaades, Poolas, Portugalis, Soomes, Ühendkuningriigis, Türgis ja Norras.

<sup>(91)</sup> Saksamaa, Itaalia, Luksemburgi ja Madalmaade andmed 2004. a kohta ei võimalda eristada metamfetamiini ja amfetamiini konfiskeerimisi, samas ei esitanud Iirimaa ja Ühendkuningriik 2004. a andmeid uimastite konfiskeerimise kohta, nii et pole teada, kas 2004. a konfiskeeriti nendes viies riigis metamfetamiini.

<sup>(92)</sup> Vt tabel PPP-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(93)</sup> Vt tabel PPP-8 2006. a statistikabülletäänis.

Ecstasy'ga kauplemine on ikka veel kindlalt koondunud Lääne-Euroopasse, kuigi samalaadselt tootmisega on see viimastel aastatel levinud kogu maailmas. 2004. a kogu maailmas konfiskeeritud 8,5 tonnist (samaväärne kaal) ecstasy' st 50% tabati Lääne- ja Kesk-Euroopas, 23% Põhja-Ameerikas ja 16% Okeaanias (CND, 2006).

2004. a viidi ELis läbi hinnanguliselt 24 000 konfiskeerimist, mille käigus konfiskeeriti umbes 28,3 miljonit ecstasy-tabletti. Kuni 2003. aastani oli konfiskeeritud koguste poolest esikohal Ühendkuningriik, järgnesid Saksamaa, Prantsusmaa ja Madalmaad. <sup>(94)</sup>

Pärast kiiret tõusu ajavahemikul 1999–2001 vähenes ecstasy-konfiskeerimiste arv <sup>(95)</sup> ELi ulatuses aastatel 2002–2003; kuid andmed esitanud riikidest saadud informatsioon annab alust arvata, et 2004. a toimus taas tõus. Tabatud ecstasy-kogused <sup>(96)</sup> suurenesid aastatel 1999–2002; 2004. a kohta kättesaadavate andmete põhjal võib arvata, et pärast järsku langust madalseisuni 2003. a tõusid need siis taas 2002. a tasemeni.

2004. a ulatus ecstasy-tablettide keskmine jaehind vähem kui 3 eurost tableti kohta Leedus ja Poolas kuni 15–25 euronni Kreekas ja Itaalias. <sup>(97)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 langesid ecstasy keskmised jaehinnad (inflatsiooni arvestades) <sup>(98)</sup> enamikus andmed esitanud riikides. <sup>(99)</sup>

Kogu Euroopas sisaldas suurem osa ecstasy' na müüdüd tablette tavaliselt ainsa psühhoaktiivse toimeainena MDMA-d või muud ecstasy-taolist ainet (MDEA, MDA). Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Lätis, Leedus, Ungaris, Madalmaades, Slovakkias, Soomes, Ühendkuningriigis ja Norras ulatus

selliste tablettide osakaal 2004. a analüüsitud tablettide hulgas rohkem kui 95%ni. Erandiks oli Bulgaaria, kus suur osa (61%) analüüsitud tablettidest sisaldas ainsa psühhoaktiivse toimeainena amfetamiini ja/või metamfetamiini.

Ecstasy-tablettide partiide MDMA-sisaldus on väga erinev (isegi sama logoga partiide puhul) nii riigiti kui riigisiselt. 2004. a oli ecstasy-tableti keskmine toimeaine (MDMA) sisaldus 30 kuni 82 mg <sup>(100)</sup> (Reitoxi riikide aruanded, 2005).

## LSD

LSDd toodetakse ja müüakse palju väiksemas ulatuses kui muid sünteetilisi uimasteid. 2004. a viidi ELis läbi hinnanguliselt 700 konfiskeerimist, mille käigus konfiskeeriti 220 000 ühikut LSDd. Alates 2002. a on Saksamaa olnud aastast konfiskeeritud LSD-koguste poolest esikohal, järgneb Ühendkuningriik. <sup>(101)</sup> Aastatel 1999–2002 vähenesid ELi ulatuses nii LSD-konfiskeerimiste arv <sup>(102)</sup> kui ka konfiskeeritud kogused. <sup>(103)</sup> Siiski on kättesaadavate andmete põhjal alust arvata, et nii 2003. kui ka 2004. a suurenesid esimest korda üheksa aasta jooksul nii LSD-konfiskeerimiste arv kui ka tabatud kogused, kusjuures 2004. a konfiskeeriti suhteliselt suured kogused kõnealust uimastit Saksamaal, Prantsusmaal, Leedus, Madalmaades ja Poolas.

2004. a ulatus LSD-ühiku keskmine hind tarbijale 2,5 eurost Portugalis kuni 11,6 euronni Maltal. <sup>(104)</sup> LSD keskmised hinnad (inflatsiooni arvestades) <sup>(105)</sup> üldiselt langesid <sup>(106)</sup> aastatel 1999–2004 Tšehhi Vabariigis, Iirimaa, Poolas, Sloveenias ja Rootsis, kuid tõusid Saksamaal ja Prantsusmaal.

<sup>(94)</sup> Olukorda tuleks võrrelda 2004. a andmetega Ühendkuningriigi kohta, kui need on kättesaadavad. Andmed ecstasy-konfiskeerimiste arvu ja ka konfiskeeritud ecstasy-koguste kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed ecstasy-konfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Madalmaade kohta. Hindamise eesmärgil asendati puuduvad 2004. a andmed 2003. a andmetega. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saanud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.

<sup>(95)</sup> Vt tabel SZR-13 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(96)</sup> Vt tabel SZR-14 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(97)</sup> Vt tabel PPP-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(98)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(99)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed ecstasy-hindade kohta kättesaadavad vähemalt kolm aastat järjest Belgias, Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Küprosel, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias, Türgis ja Norras.

<sup>(100)</sup> See määr põhineb vaid mõnede riikide, täpsemalt Taani, Saksamaa, Prantsusmaa ja Luksemburgi andmetel.

<sup>(101)</sup> Olukorda tuleks võrrelda 2004. a andmetega Ühendkuningriigi kohta, kui need on kättesaadavad. Andmed LSD-konfiskeerimiste arvu ja ka konfiskeeritud LSD-koguste kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed LSD-konfiskeerimiste arvu kohta ei olnud kättesaadavad Küprose, Madalmaade, Poola ja Bulgaaria kohta. Hindamise eesmärgil asendati puuduvad 2004. a andmed 2003. a andmetega. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saanud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.

<sup>(102)</sup> Vt tabel SZR-15 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(103)</sup> Vt tabel SZR-16 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(104)</sup> Vt tabel PPP-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(105)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(106)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed LSD-hindade kohta kättesaadavad vähemalt kolm aastat järjest Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Leedus, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Rumeenias ja Norras.

## Rahvusvaheline tegevus amfetamiinide ja *ecstasy* tootmise ja kaubanduse vastu

Sünteesiliste uimastite valdkonnas on Europol alates 2004. a detsembrist viinud läbi projekti „Sünergia”.<sup>(107)</sup> Seda toetavad 20 ELi liikmesriiki ja mõned kolmandad riigid ning see hõlmab analüüsifaili (AWF), mille rakenduslikke allprojekte viiakse läbi kogu ELis mitmetes riikides, ning samuti mitmeid analüütilisi ja strateegilisi vahendeid, nagu näiteks Europoli *ecstasy*-logosüsteem (EELS) (sh *ecstasy*-logokataloog) ning Europoli ebaseaduslike laborite võrdlussüsteem (EILCS). Europol toetab jätkuvalt amfetamiini iseloomustuse koostamiseks mõeldud projekti CHAIN<sup>(108)</sup> ja Euroopa lähteainete ühisüksust (EUJP). Lisaks ekspertabile, mida pakuti sünteesiliste ainete ebaseaduslike laborite demonteerimisel, keskenduti hiljutistes allprojektides ka demonteeritud laborite võrdlemisele, keemiliste jäätmete ladustamiskohtadele kui uurimise lähtekohtade avastamisele, tabletimasinatega seotud järeleuurimistele ning lähteainete salaja ELi riikidesse toimetamise uurimisele.

Projekt „Prism” on rahvusvaheline algatus, mille eesmärk on ennetada sünteesiliste ainete ebaseaduslikus tootmises kasutatavate lähteainete levikut. Selleks esitatakse rahvusvahelisele narkootikumide kontrollinõukogule (International Narcotics Control Board, INCB) seadusliku kauplemise teatised enne ekspordi toimumist ning teatatakse kahtlaste tehingute ilmnemisel peatatud partiidest ja läbiviidud konfiskeerimistest.

Efedriin ja pseudoefedriin on metamfetamiini peamised lähteained, amfetamiini valmistamiseks kasutatakse ka 1-fenüül-2-propanooni (P-2-P); 3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanooni (3,4-MDP-2-P), safrooli ja safroolirikkaid õlised kasutatakse MDMA ebaseaduslikuks tootmiseks, MDA sünteesimiseks kasutatakse ka piperonaali.<sup>(109)</sup>

2004. a olid efedriini ja pseudoefedriini seaduslikult kaubeldud kogused kokku vastavalt 526 ja 1207 tonni. Kõige rohkem konfiskeeriti kõnealuseid kemikaale Põhja-Ameerikas ja Kagu-Aasias, kuid konfiskeerimised on paraku levinud kogu maailmas. Euroopasse tuuakse efedriini ja pseudoefedriini salaja sisse peamiselt Lääne-Aasiast. 2004. a konfiskeeriti Euroopas 2,6 tonni efedriini ja 1 kg pseudoefedriini;<sup>(110)</sup> enamasti oli tegemist väikeste kogustega ja need olid pärit paljudest laboritest; enamik konfiskeerimisi

leidis aset Tšehhi Vabariigis, kuid Kreekas konfiskeeriti suur kogus Pakistanist pärit efedriini.

Projekti „Prism” tegevus Euroopas on suunatud 3,4-MDP-2-P ja P-2-P, mida kasutatakse vastavalt MDMA ja amfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks, salakaubana ELi toimetamise ennetamisele. 2004. a konfiskeeriti kogu maailmas kõigi aegade kõige suuremad 3,4-MDP-2-P ja P-2-P kogused, Euroopas konfiskeeriti kõige suuremad kogused 3,4-MDP-2-Pd ja Ameerika Ühendriikides kõige suuremad kogused P-2-Pd. 2004. a konfiskeeriti Euroopas kokku 10 161 liitrit 3,4-MDP-2-Pd (peamiselt Madalmaades ja Belgias) ning 9297 liitrit P-2-Pd (peamiselt Poolas ja Madalmaades).<sup>(111)</sup>

Piperonaalil on palju seaduslikke kasutusviise, kuid seda võidakse kasutada ka lähteainena 3,4-MDP-2-P, MDA või MDMA tootmisel (INCB, 2006b). 2004. a novembrist kuni 2005. a oktoobrini teatati INCB-le rohkem kui 150 partiist kogukaaluga 3800 tonni (2006b). 2004. a teatas kõige suurematest piperonaali konfiskeerimistest Hiina (13 tonni); 2,4 tonni konfiskeeriti Euroopas, peaaegu kõik sellest Rumeenias.<sup>(112)</sup>

Safrooli konfiskeerimistest teatatakse peaaegu kõikidest piirkondadest kogu maailmas, kuid kogused on tavaliselt väikesed, erandiks on Hiina, kus seda konfiskeeriti kokku rohkem kui 100 kg. Euroopas konfiskeeriti 2004. a 122 liitrit safrooli, peamiselt Lätis, aga ka Leedus.

## Levimus ja tarbimisharjumused

Rahvastiku-uuringud on näidanud, et amfetamiinid ja *ecstasy* on illegaalsete uimastite hulgas tarbimise sageduse poolest tavaliselt kanepi järel teisel kohal, kuid nende üldine levimus on madalam kui kanepil. *Ecstasy*-tarbimine muutus populaarseks 1990ndatel aastatel, aga amfetamiine on tarbitud palju kauem.

ELi liikmesriikidest on amfetamiinide<sup>(113)</sup> ja *ecstasy* levimus suhteliselt suur vaid mõnes riigis, täpsemalt Tšehhi Vabariigis, Eestis ja Ühendkuningriigis.

Hiljutised uuringud täisealise elanikkonna hulgas (15–64aastased) näitavad, et Euroopas ulatub elu jooksul amfetamiini tarbimise levimus 0,1%st kuni 5,9%ni, välja arvatud Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales), kus see ulatub 11,2%ni. Keskmiselt 3,1% kõikidest täisealistest eurooplastest

<sup>(107)</sup> Projekt „Sünergia” ühendas endas projektid CASE ja „Genesis”, mida alustati 2002. a.

<sup>(108)</sup> Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) on kohtuexpertiisi kirjeldustega tegelev algatus, mis järgnes pilootprojektile CASE.

<sup>(109)</sup> Need kõik on loetletud 1988. a konventsiooni tabelis I.

<sup>(110)</sup> Konfiskeerimiste andmed ei hõlma peatatud partiide koguseid.

<sup>(111)</sup> Konfiskeerimiste andmed ei hõlma peatatud partiide koguseid.

<sup>(112)</sup> Konfiskeerimiste andmed ei hõlma peatatud partiide koguseid.

<sup>(113)</sup> Rahvastiku-uuringutes hõlmab kategooria „amfetamiini tarbimine” nii amfetamiini kui ka metamfetamiini tarbimist.

on tarbinud amfetamiini vähemalt korra. Ühendkuningriigi järel on see näitaja kõige kõrgem Taanis (5,9%), Norras (3,6%) ja Saksamaal (3,4%). Viimase aasta jooksul tarbimise määr on palju madalam: keskmiselt 0,6% (üldiselt 0–1,4%). Üldiste rahvastiku-uuringute põhjal arvatakse, et peaaegu 10 miljonit eurooplast on kõnealust ainet proovinud ning rohkem kui 2 miljonit on tarbinud amfetamiini viimase 12 kuu jooksul. <sup>(114)</sup>

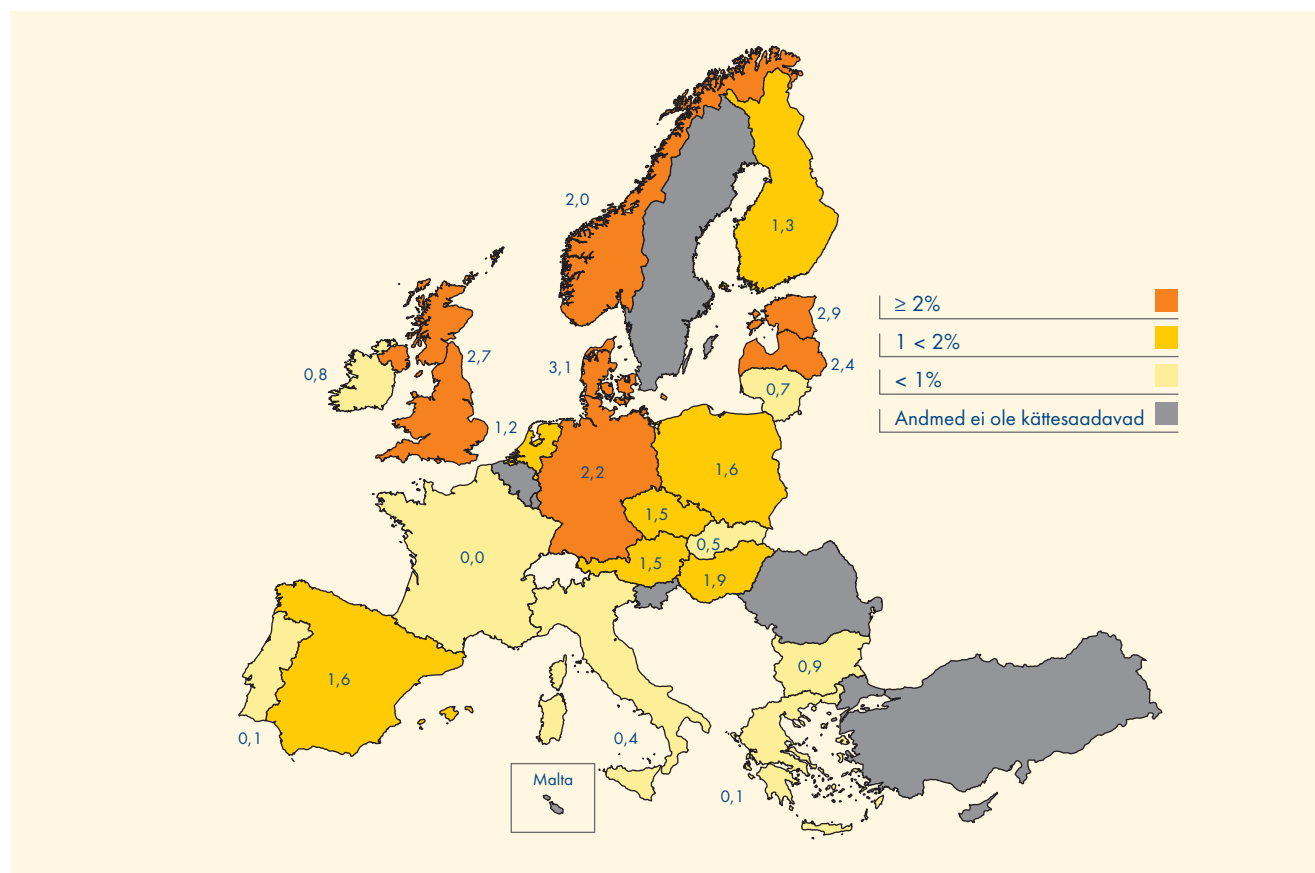
Noortest täiskasvanutest (15–34aastased) teatab amfetamiini tarbimisest 0,1–9,6%, kusjuures Ühendkuningriigis (Inglismaa ja Wales) on elu jooksul tarbimise levimus 16,5% (mis võib peegeldada üht varasemat nähtust, lähemalt vt allpool). Pooltes andmed esitanud riikides on levimuse määrad alla 4%, Ühendkuningriigi järel teatavad kõige kõrgematest määradest Taani (9,6%), Norra (5,9%) ja Saksamaa (5,4%). Amfetamiini on proovinud keskmiselt 4,8% noortest eurooplastest. Kõige kõrgematest levimuse määradest viimase aasta jooksul teatavad Taani (3,1%) ja Eesti (2,9%). <sup>(115)</sup> Hinnanguliselt on keskmiselt 1,4% noortest eurooplastest tarbinud amfetamiini viimase aasta jooksul (vt ka joonis 4).

Ecstasy't on proovinud 0,2–7,1% kõikidest täiskasvanutest (keskmiselt 2,6%). Pooltes riikides on levimus 1,8% või madalam, kusjuures kõige kõrgem on see Tšehhi Vabariigis (7,1%) ja Ühendkuningriigis (6,7%). Viimase aasta jooksul ecstasy-tarbimise määr ulatub 0,2%st kuni 3,5%ni, kuid pooltes riikides on see 0,5% või madalam. Hinnanguliselt peaaegu 8,5 miljonit eurooplast on ecstasy't proovinud ja peaaegu 3 miljonit on tarbinud seda viimase aasta jooksul.

Euroopa riikides on elu jooksul ecstasy-tarbimise levimus noorte täiskasvanute hulgas keskmiselt 5,2%, ulatudes 0,5%st kuni 14,6%ni, kuid pooltes riikides on see määr alla 3,6%. Kõige kõrgematest levimuse määradest teatavad Tšehhi Vabariik (14,6%), Ühendkuningriik (12,7%) ja Hispaania (8,3%).

Ecstasy-tarbimine on levinud peamiselt noorte hulgas. 15–24aastaste vanuserühmas ulatub elu jooksul tarbimise määr 0,4%st kuni 18,7%ni, kusjuures kõige kõrgematest näitajatest teatavad Tšehhi Vabariik (18,7%) <sup>(116)</sup> ja Ühendkuningriik (10,7%). Tarbimismäär on meestel

**Joonis 4:** noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) amfetamiinitarbimise levimus viimase aasta jooksul



NB: andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid GPS-8 ja GPS-11 2006. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

<sup>(114)</sup> Arvutusmeetodiga tutvumiseks vt joonealune märkus (53).

<sup>(115)</sup> Vt joonised GPS-15 ja GPS-16 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(116)</sup> Tšehhi Vabariigis viidi uuring läbi 18–24aastaste vanuserühmas.

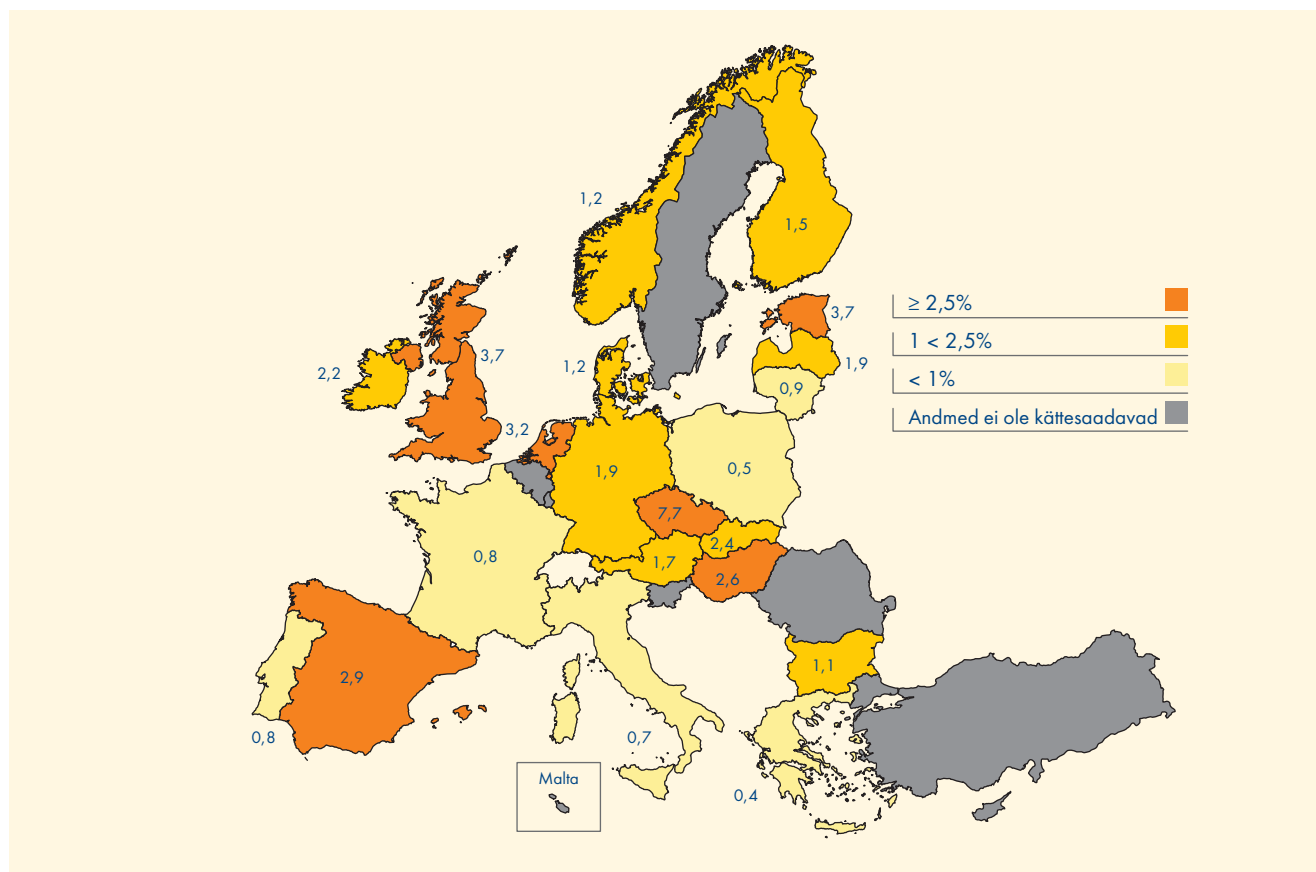
kõrgem (0,3–23,2%) kui naistel (0,4–13,9%). Viimase aasta jooksul tarbimise määr on 0,3–12%, kusjuures kõige kõrgematest näitajatest teatavad Tšehhi Vabariik (12%) ja Eesti (6,1%) (joonis 5). Seitsmes riigis oli viimase kuu jooksul tarbimise määr alla 3%. Levimus on tavaliselt suurem linnapiirkondades, eriti inimeste hulgas, kes käivad diskodel, klubides või tantsupidudel (vt valikteema uimastitarbimisest meelelahutuskohtades).

Uuringud näitavad, et ajavahemikul 1995–2003 suurenes 15–18aastaste kooliõpilaste hulgas üldine elu jooksul ecstasy-tarbimise määr, kusjuures tõus oli kõige märgatavam Tšehhi Vabariigis ja enamikus uutes ELi liikmesriikides. <sup>(117)</sup> 2003. a ESPADi kooliuringute (Hibell *et al.*, 2004) põhjal oli elu jooksul amfetamiinide tarbimise levimus 1% kuni 3% kõrgem kui elu jooksul ecstasy-tarbimise levimus kuues liikmesriigis (Saksamaa, Taani, Eesti, Leedu, Austria ja Poola). <sup>(118)</sup>

Ameerika Ühendriikide uimastitarbimise ja tervise 2004. a riiklikus uuringus teatas 4,6% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad) elu jooksul ecstasy-tarbimisest ja 0,8% teatas viimase aasta jooksul tarbimisest (vastavad näitajad ELis on 2,6% ja 0,9%). 16–34aastaste noorte täiskasvanute hulgas oli elu jooksul tarbimise määr 11,3% ning viimase aasta jooksul tarbimise määr 2,2% (Euroopas vastavalt 5,2% ja 1,9%). <sup>(119)</sup>

Elu jooksul LSD tarbimise määr täiskasvanute hulgas ulatub 0,2%st kuni 5,9%ni, kusjuures kaks kolmandikku riikidest teatas levimuse määrast 0,4–1,7%. Noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) ulatub elu jooksul LSD tarbimise määr 0,3%st kuni 9%ni ning 15–24aastaste vanuserühmas ei ole see üle 4,5%. Kõnealuse uimasti viimase aasta jooksul tarbimise levimus 15–24aastaste vanuserühmas on üle 1% ainult Tšehhi Vabariigis, Eestis, Lätis, Ungaris, Poolas ja Bulgaarias.

**Joonis 5:** noorte täiskasvanute (vanuses 15–34) ecstasy-tarbimise levimus viimase aasta jooksul



NB: andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid GPS-8 ja GPS-11 2006. a statistikabülletäänis.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

<sup>(117)</sup> Vt joonis EYE-2 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(118)</sup> Vt joonis EYE-2 (vi osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(119)</sup> Allikas: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 national survey on drug use and health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Pandagu tähele, et USA uuringus on vanusepiir (12aastased ja vanemad) laiem kui EMCDDA ELi uuringutes kasutatud vanusepiir (15–64aastased). EMCDDA arvutab ümber USA uuringu "noorte täiskasvanute" (16–34aastased) näitajad.



## Suundumused

Värskemad rahvastiku-uuringud näitavad, et viimastel aastatel suurenenud amfetamiin- ja ecstasy-tarbimine võib olla stabiliseerumas või isegi vähenemas. Ühendkuningriigis ja veel kahes liikmesriigis (Tšehhi Vabariigis ja Hispaanias), kus nende tarbimise määrad on olnud suhteliselt kõrged, on amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul noorte täiskasvanute hulgas stabiliseerumas või isegi vähenemas. <sup>(120)</sup> Ka ecstasy-tarbimine näib stabiliseeruvat või isegi vähenevat kahes suure levimusega riigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis, aga mitte Tšehhi Vabariigis. <sup>(121)</sup>

## Andmed ravinõudluse kohta: amfetamiinid ja ecstasy <sup>(122)</sup>

Kuigi amfetamiinide ja ecstasy tarbimisega seotud ravitaotluste arv on suurenenud, on need enamikus riikides üldiselt harva esmaseks põhjuseks ravile pöördumisel. <sup>(123)</sup> Oluliseks erandiks on aga asjaolu, et mõned riigid teatavad amfetamiin- või metamfetamiinitarbimisega seotud ravitaotluste suhteliselt suurest arvust. Tšehhi Vabariigis, Slovakkias, Soomes ja Rootsis on kõnealuste uimastitega seotud veerand kuni pool kõikidest ravitaotlustest kokku. <sup>(124)</sup> Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias on suure osa registreeritud ravitaotluste puhul esmaseks põhjuseks metamfetamiini-probleem (vt kast „Metamfetamiin“). Riikides, kus amfetamiinitarbijate ravitaotlused moodustavad arvestatava osa kõikidest ravitaotlustest kokku, manustab üks kolmandik kuni kaks kolmandikku patsientidest amfetamiini süstimise teel. <sup>(125)</sup>

Ecstasy-tarbimisega seotud ravitaotluste arv moodustab vähem kui 1% ravitaotluste koguarvust peaaegu kõikides riikides, eranditeks on Küpros, Ungari, Iirimaa ja Türgi, kus ecstasy-tarbijate osakaal kõikide ravitaotlejate hulgas on 4–6%.

## Uued ja esilekerkivad suundumused uimastitarbimises

Uute või esilekerkivate uimastite tarbimise levimus on palju väiksem kui juba tuntud ebaseaduslike uimastite tarbimise levimus. Uute uimastite tarbimist alustavad tõenäoliselt mõned

## Metamfetamiinitarbimine ja sellega seotud probleemid

Mitme poolt maailmas, sealhulgas USAst, Kagu-Aasiast ja Vaikse ookeani piirkonnast ning Aafrikast (UNODC, 2006) on teatatud märkimisväärsetest probleemidest seoses metamfetamiinitarbimisega. Metamfetamiinitarbimine võib kaasa tuua raskeid terviseprobleeme, sealhulgas psühhootilisi ja sõltuvust ning sellega võib kaasned riskikäitumine, muuhulgas ka niisugune käitumine, mis võib kaasa tuua HIV edasikandumise.

Aja jooksul on metamfetamiini tarvitatud peamiselt Tšehhi Vabariigis, kus on hinnanguliselt kaks korda rohkem problemaatilisi metamfetamiini (pervitiini) tarvitajaid (20 300) kui problemaatilisi opioidide tarvitajaid (9700). Slovakkias on metamfetamiinist saanud viimastel aastatel kõige sagedasem esmane narkootikum nende hulgas, kes esimest korda ravile satuvad, ning ka Ungaris on mõnede kogukondade seas avastatud, suur metamfetamiinitarbimise levik. Oma 2005. a Reitoxi aruandes teatas veel seitse riiki (Taani, Prantsusmaa, Läti, Sloveenia, Ühendkuningriik, Bulgaaria ja Norra) selle uimasti konfiskeerimiste ja/või tarvitamiste hulga suurenemisest, peamiselt nende hulgas, kes sageli klubides ja pidudel käivad. Praegu ei võimalda kättesaadav informatsioon teha kindlasõnalisi kokkuvõtteid metamfetamiinitarbimise suundumustest nendes riikides. Sellegipoolest näitab metamfetamiini levik mujalgi maailmas ning selle uimasti omadus põhjustada märkimisväärseid terviseprobleeme, et selles valdkonnas tuleb pidevalt valvsust säilitada.

inimesed, see toimub väikeste rahvastikurühmade sees või piiratud geograafilistes piirkondades. Seepärast nõuab esilekerkivate suundumuste kindlakstegemine ja jälgimine teistsugust lähenemist kui peamiste uimastirühmade puhul kasutatav.

## Hallutsinogeensed seemed: esilekerkiva suundumuse uuring

Kuni viimase ajani oli LSD kõige sagedamini tarbitav hallutsinogeenne aine. Olukord võib aga olla muutumas, sest üha rohkem teatatakse hallutsinogeensete seente tarbimisest. <sup>(126)</sup> Hallutsinogeensete seente kättesaadavus tundub olevat suurenenud alates 1990ndate aastate lõpust,

<sup>(120)</sup> Vt joonised GPS-6 ja GPS-17 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(121)</sup> Vt joonised GPS-8, GPS-18 ja GPS-30 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(122)</sup> Vt joonealune märkus (70).

<sup>(123)</sup> Vt joonis TDI-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(124)</sup> Vt tabel TDI-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(125)</sup> Vt tabel TDI-17 (iii osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(126)</sup> Käesolevas aruandes tähistab termin „hallutsinogeensed seemed“ ainult neid seemi, mis sisaldavad psühhootiliste toimeainetena psilotsübiini ja psilotsiini. Muid psühhootiliseid toimeaineid sisaldavaid seemnelike tarbitakse harvem. Lisateabe saamiseks tutvuge EMCDDA tödokumendiga hallutsinogeensete seente kohta ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)).

mil neid hakati Madalmaades ja mujal koos muude nn looduslike toodetega müüma poodides, mida nimetatakse *smart shops*.<sup>(127)</sup> Näiteks Ühendkuningriigis suurenes hallutsinogeenseid seeni müüvate poodide arv 21. sajandi esimestel aastatel ning 2005. aastaks oli neid seeni müüvate poodide ja turumüügikohtade arv kogu riigis hinnanguliselt umbes 300. Hallutsinogeenseid seeni on hakatud müüma ka Interneti kaudu, kus peamiselt Madalmaades asuvad firmad müüvad värskeid seeni, seente kasvatamise komplekte ja eoseid. Hallutsinogeensete seente müük Interneti kaudu toimub mitmes keeles, peamiselt inglise, prantsuse ja saksa keeles, mis viitab suurele rahvusvahelisele kliendibaasile.

Hiljutised täiskasvanuid ja kooliõpilasi hõlmavad rahvastiku-uuringud ELis näitavad, et 15–24-aastaste noorte hulgas ulatub elu jooksul hallutsinogeensete seente tarbimise määr vähem kui 1%st kuni 8%ni.<sup>(128)</sup> Elu jooksul hallutsinogeensete seente tarbimise määr 15–16-aastaste kooliõpilaste hulgas on võrdne elu jooksul *ecstasy*-tarbimise määraga (või sellest kõrgem) üheksas ELi liikmesriigis (Hibell *et al.*, 2004). Siiski tundub, et hallutsinogeensete seente puhul on kestva tarbimise määr madalam kui enamiku muude uimastite puhul. See on hallutsinogeensete uimastite tarbimisel tavaline ning peegeldab asjaolu, et noored inimesed enamasti eksperimenteerivad selliste uimastitega ja harva juhtub, et tarbimine muutub regulaarseks.

Hallutsinogeensete seente tarbimisega seotud akuutsetest või kroonilistest arstiabi vajavatest terviseprobleemidest teatatakse harva. Mõnedes riikides on siiski võetud vastu seadusemuudatusi seoses selliste hallutsinogeensete ainete tarbimisega noorte hulgas. Kuigi kõnealuste seente toimeainete, psilotsüüni ja psilotsiini kasutamine on juba ÜRO 1971. a psühhotroopsete ainete ühtse konventsiooniga rahvusvahelisel tasandil kontrollitav, on kuni viimase ajani sageli jäetud kohtu otsustada, kas ja millal need ained on keelatud, kui need on seene sees, et vältida maaomanike karistamist, kelle maa peal need seened looduslikult kasvavad. Viimase viie aasta jooksul on kuus riiki karmistanud kõnealuseid seeni käsitlevaid seadusi (Taani, Saksamaa, Eesti, Iirimaa, Madalmaad ja Ühendkuningriik). Nendes riikides sisseviidud seadusemuudatustega laieneb ainete tarvitamise keeld hallutsinogeensetele seentele, kuigi kontrollimeetmed ei kehti alati samade seente või seente samade töötlemisastmete kohta.

2004. a teatati hallutsinogeensete seente konfiskeerimistest Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Eestis, Kreekas, Leedus,

Ungaris, Madalmaades, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Slovakkias, Rootsis ja Norras.<sup>(129)</sup> Õiguskaitseasutuste poolt läbi viidud hallutsinogeensete seente konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused on üldiselt väikesed ning nende andmete põhjal ei saa teha konkreetseid järeldusi suundumuste kohta.

### Gamma-hüdroksübutüraat (GHB) ja ketamiin

Nii gamma-hüdroksübutüraati (GHB) kui ka ketamiini hakati kontrollima pärast seda, kui ELis tekkis 2000. a mure nende uimastite kuritarvitamise tõttu meelelahutuslikel eesmärkidel.<sup>(130)</sup> ÜRO rahvusvaheline uimastite kontrolli büroo (International Narcotics Control Board, INCB) lisas 2001. a märtsis GHB rahvusvaheliselt reguleeritavate uimastite nimekirja ning seejärel on kõik ELi liikmesriigid ajakohastanud oma vastavaid õigusakte. Hiljuti, 2006. a märtsis, soovitas ÜRO rahvusvaheline uimastite kontrolli büroo Maailma Terviseorganisatsioonil kiirendada oma revisjoni selles kohta, kas ketamiin peaks olema rahvusvahelise kontrolli all (INCB, 2006a). Siseriiklikul tasandil on ketamiin kontrollitav uimasteid käsitlevate õigusaktide ja mitte meditsiini käsitlevate määruste alusel peaaegu pooltes ELi liikmesriikides.

Väheseid kättesaadavaid andmed GHB- ja ketamiinitarbimise levimuse kohta annavad alust arvata, et enamikus riikides on kõnealuste ainete tarbimise määr stabiliseerunud ja madal. Uuringud kõrge uimastitarbimise levimusega rahvastikurühmade hulgas näitavad, et isegi regulaarselt meelelahutuslikel eesmärkidel uimasteid tarbivad inimesed tarbivad mõlemat kõnealust uimastit harvem kui muid aineid, nagu näiteks amfetamiine, *ecstasy*'t, LSDd ja hallutsinogeenseid seeni.

GHB- ja ketamiinitarbimisega seotud surmadest ja mitte surmaga lõppevatest õnnetusjuhtumitest teatatakse väga harva. Andmed selle valdkonna kohta on siiski piiratud, kuna puuduvad täpsed ja võrreldavad süsteemid kõnealuste ainete tarbimisega seotud surmade ja mitte surmaga lõppevate õnnetusjuhtumite registreerimiseks. Kaks riiki on teatanud GHBga seotud surmadest, mille puhul on tavaliselt tegemist olnud ka muude uimastitega. 2004. a suurenes Amsterdamis linna tervishoiuteenistuse teatel GHBga seotud mitte surmaga lõppevate õnnetusjuhtumite arv aastast 25 juhtumilt 2000. aastal 98 juhtumini 2004. aastal, mis ületas *ecstasy*, amfetamiini, LSD või hallutsinogeensete seente tarbimisega seotud õnnetusjuhtumite arvu. Rootsis suurenes

<sup>(127)</sup> Nendes poodides müüakse legaalseid ja peamiselt looduslikke tooteid, muuhulgas ka hallutsinogeenseid seeni.

<sup>(128)</sup> EMCDDA andmed, mis on saadud Euroopa näidisküsimustikust. 11 liikmesriiki esitavad andmed hallutsinogeensete seente kohta (Tšehhi Vabariik, Taani, Saksamaa, Prantsusmaa, Iirimaa, Leedu, Ungari, Madalmaad, Poola, Soome, Ühendkuningriik).

<sup>(129)</sup> Reitoxi riiklike teabekeskuste aruanded (Saksamaa, Eesti, Madalmaad, Norra) ja Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse varajase hoiatamise süsteemi võrgustiku küsimustik (Tšehhi Vabariik, Kreeka, Ungari, Poola, Portugal, Sloveenia, Slovakkia, Rootsi).

<sup>(130)</sup> Ühismeetme raames koostatud riskihindamise 2000. aasta aruanne.



GHB (või selle lähteainete GBL ja 1,4-BD) tuvastamiste arv kehavedelike proovides 24 juhtumilt 1997. aastal kuni 367 juhtumini 2004. aastal. Rootsis on teatatud ka GHBga seotud surmadest: 1996. a kuni 2004. a tuvastati seda 36 uimastitega seotud surmajuhtumi puhul, millest üheksa leidis aset 2004. a. Inglismaal, ja Walesis mainiti GHBd 2003. a kohtu-uurija aruandes kolme surmajuhtumi puhul, ühe juhtumi puhul oli GHB ainus mainitud uimasti (ONS, 2006). Kuid Ühendkuningriigi ühe suurt piirkonda teenindava haigla andmetest selgub, et ajavahemikus 2005. a maist detsembrini tuvastati GHBd viie surmajuhtumi puhul. <sup>(131)</sup>

Kuna GHB on vees ja alkoholis lahustuv aine ning võib tekitada tegutsemisvõimetust, millele sageli järgneb mälukaotus, on tekkinud kahtlusi, et seda ainet kasutatakse uimastitega seotud seksuaalkuritegudes (nn "kohtamistel vägistamistes"). Kuid kuna sellistest juhtumitest ei teatata alati, kohtuekspertiisi tõendeid ei ole piisavalt ja selliseid kuritegusid on raske tõestada, siis ei ole kõnealuste juhtumite ulatuse kohta konkreetseid tõendeid. Seepärast tuleb teha täiendavaid uuringuid, et selgitada selle murettekitava probleemi olemus ja ulatus.

## Uute uimastite suhtes võetavad meetmed

Kui 1997. a ühismeede asendati 2005. aastal nõukogu uue otsusega (2005/387/JSK), oli üleminek sujuv ja mingeid häireid infovahetuses ei esinenud. EMCDDA ja Europol teavitati ametlikult esimest korda kokku 14 uuest psühhootroopsest aineist. Need kõik on psühhootroopsed (sünteesilised) uimastid, samalaadsed kui ÜRO 1971. a psühhootroopsete ainete konventsiooni I ja II nimekirjas loetletud ained. Uued ained kuulusid kolme suurde keemiliste ainete rühma: fenetüülamiinid, trüptamiinid ja piperasiinid. Mitmetest nendesse rühmadesse kuuluvatest ainetest on varem teatatud, ja neid kontrollitakse endiselt varajase hoiatamise süsteemi kaudu (*early warning system*, EWS). <sup>(132)</sup>

Kõige olulisem uus areng 2005. a oli uue psühhootroopse aine 1-(3-klorofenüül)piperasiini (mCPP) turule ilmumine ja kiire levik. mCPP on arüül-asendajaga piperasiin, nagu ka bensüülpiperasiin (BZP), aine, mida kontrollitakse varajase hoiatamise süsteemi kaudu alates 1999. aastast. Esimesed ametlikud teated mCPP tuvastamise kohta said EMCDDA ja Europol 2005. a veebruaris-märtsis ning need puudutasid Prantsusmaal ja Rootsis kogutud proove. 2005. a lõpuks olid õiguskaitseasutused konfiskeerinud mCPPd sisaldavaid tablette või oli neid avastatud mitmesuguste meelelahutusürituste käigus (vabaõhu tantsu- ja

muusikafestivalidel, tantsuklubides jne) peaaegu kõikides liikmesriikides. Need tabletid näevad peaaegu alati välja nagu ecstasy ja arvatavasti neid selle nime all müüaksegi. Kõnealune uimasti on saadaval peamiselt tablettidena, ning mCPP ja MDMA subjektiivne toime on osaliselt sarnane (Bossong *et al.*, 2005). Samuti leitakse mCPPd sageli kombineerituna MDMAga. Kuna on ebatõenäoline, et tegemist on juhusliku segunemisega, võib arvata, et mCPP lisamise eesmärgiks võib olla MDMA toime võimendamine või muutmine. Tundub, et puhtal kujul mCPP järele ei ole ELis selget nõudmist ega ole sel ka turgu.

Sellest peale, kui 1997. a hakati EWSi kaudu uusi (sünteesilisi) uimasteid kontrollima, on mCPPd liikmesriikides

### Nõukogu otsus uute psühhootroopsete ainete kohta

Nõukogu 10. mai 2005. aasta otsus 2005/387/JSK uusi psühhootroopseid aineid käsitleva teabe vahetamise, riski hindamise ja kontrolli kohta <sup>(1)</sup> loob mehhanismi kiireks infovahetuseks uute psühhootroopsete ainete kohta, mis võivad ohustada rahvatervist või kujutavad endast sotsiaalset ohtu, seega võimaldab see Euroopa Liidu institutsioonidel ja liikmesriikidel tegelda nii uute narkootikumide kui ka psühhootroopsete ainete, mis Euroopa narkoturule ilmuvad. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ja Europol on koos oma võrgustikega – Reitoxi riikide teabekeskuste ja Europol riikide asutustega – määratud täitma kesket rolli uute psühhootroopsete ainete avastamisel ja nendest teatamisel. Otsus võimaldab hinnata ka nende uute ainete kaasnevaid riske, nii et liikmesriikides narkootiliste ja psühhootroopsete ainete <sup>(2)</sup> kontrolliks rakendatavaid meetmeid saaks rakendada võimalusel ka uute psühhootroopsete ainete puhul. Otsusega laiendatakse ja asendatakse 1997. a ühismeedet, <sup>(3)</sup> mis oli pühendatud ainult sünteesilistele narkootikumidele. Otsusega säilib siiski ühismeetmega käivitatud kolmeastmeline lähenemine: teabe vahetamine ja varajane hoiatamine, riskihindamine ning otsustamine.

<sup>(1)</sup> Nõukogu otsus 2005/387/JSK uusi psühhootroopseid aineid käsitleva teabe vahetuse, riski hindamise ja kontrolli kohta avaldati Euroopa Liidu Teatajas 20. mail 2005 (L 127, lk 32–37) ja see jõustus 21. mail 2005. Otsus kehtib nende ainete kohta, mis praegu ei ole üheski ÜRO 1961. ja 1971. aasta narkootiliste ainete konventsiooni nimekirjas.

<sup>(2)</sup> Kooskõlas ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtse konventsiooni ja ÜRO 1971. aasta psühhootroopsete ainete konventsiooni sätetega.

<sup>(3)</sup> Ühismeede 16. juunist 1997 uusi sünteesilisi uimasteid puudutava teabe vahetuse, riskianalüüsi ja kontrolli kohta (EÜT L 167, 25.6.1997).

<sup>(131)</sup> EWSi kaudu saadud andmed. GHBga seotud surmade suhteliselt suur arv käesolevas aruandes peegeldab tõenäoliselt haigla labori teaduslikku huvi GHB suhtes.

<sup>(132)</sup> Üheksast uuest sünteesilisest uimastist, mille kohta ühismeetme raames aastatel 1997–2004 riskianalüüs teostati, olid kõik kuus ainet, mida hiljem ELi tasandil kontrolliti, fenetüülamiinid.

tuvastatud rohkem kui ühtki teist uut psühhoaktiivset ainet. Aasta jooksul tuvastati seda 20 liikmesriigis ning samuti Rumeenias ja Norras.

Kooskõlas nõukogu otsuse sätetega soovitasid EMCDDA ja Europol oma ühisaruandes ametlikku riskihindamist

mitte teostada, kuna on tõendeid, et mCPPd kasutatakse vähemalt ühe ravimpreparaadi tootmisel. Siiski märgiti, et kuigi praeguseks on vähe tõendeid mCPPst tuleneva märkimisväärse rahvatervise ohu või sotsiaalsete riskide kohta, peab see teema põhjaliku teadusliku riskianalüüsi puudumisel lahtiseks jääma.

### **Arengud uimastitarbimises meelelahutusasutustes, Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2006. aasta aruanne: valikteemad**

Noorte meelelahutus on sageli seotud uimastitarbimisega. Muusika- ja tantsuüritusi külastavate noorte seas läbiviidud uuringutest selgub nimelt järjekindlalt palju suurem uimastitarvitamise levimus kui üldistes elanikkonna uuringutes, kusjuures eriti suur on stimulantide tarbimise sagedus. Kas eri riikide puhul ilmnenu erinevused tulenevad erinevatest ööelu võimalustest, muusikakultuurist, uimastite kättesaadavusest ja noorte käsutuses olevast rahast? Nendele küsimustele otsitakse selles valikteemas vastuseid.

Uued arengud meelelahutuslike uimastite Interneti-kaudses reklaamis ja meelelahutuslikus uimastitarbimises seavad uusi ülesandeid narkopoliitikale, ennetustööle ja riskide vähendamisele. Neid kõiki uuritakse käesolevas valikteemas, mis annab ühtlasi ülevaate uuenduslikest narkoennetuse ja riskide vähendamise algatustest, mida on viimase kümne aasta jooksul Euroopa Liidus rakendatud, et lahendada keerukat probleemi, mille on tekitanud noorte vaba aja veetmise ja uimastitarbimise omavaheline põimumine.

See valikteema on trükituna ja Internetis saadaval ainult inglise keeles („Developments in drug use within recreational settings“, *EMCDDA annual report 2006: selected issues*; <http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## 5. peatükk

### Kokaiin ja crack-kokaiin

#### Kokaiini pakkumine ja kättesaadavus <sup>(133)</sup>

##### Tootmine ja kaubandus

Kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel kõige laialdasemalt kaubitsetav uimasti kogu maailmas. Konfiskeeritud koguseid arvesse võttes – 2004. a konfiskeeriti maailmas kokku 578 tonni kokaiini – oli kaubitsemine endiselt koondunud peamiselt Lõuna-Ameerikasse (44%) ja Põhja-Ameerikasse (34%), järgnesid Lääne- ja Kesk-Euroopa (15%) (CND, 2006).

Colombia on ülekaalukalt suurim ebaseadusliku kokapõõsa päritoluriik maailmas, järgnevad Peru ja Boliivia. 2004. a suurenes ülemaailmne kokaiinitoodang hinnanguliselt 687 tonnini, millest Colombias toodeti 56%, Peruus 28% ja Boliivias 16% (UNODC, 2005). Suurem osa Euroopas konfiskeeritud kokaiinist tuuakse sisse otse Lõuna-Ameerikast (peamiselt Colombiast) või Kesk-Ameerika ja Kariibi mere riikide kaudu. 2004. aastal nimetati ELi imporditud kokaiini transiitriikidena Surinamet, Brasiiliat, Argentinat, Venezuelat, Ecuadori, Curaçaod, Jamaicat, Mehhikot, Guyanat ja Panamat (Reitoxi riikide aruanded, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Osa toodi sisse Aafrika kaudu, üha sagedamini Lääne-Aafrika ja Guinea lahe riikide (peamiselt Nigeeria) kaudu, aga ka Ida-Aafrika (Kenya) ja Loode-Aafrika kaudu, üle Mauritaania ja Senegali rannikul asuvate saarte (CND, 2006; INCB, 2006a). Peamisteks piiriületuskohtadeks ELi sisenemisel on endiselt Hispaania, Madalmaad ja Portugal, samuti Belgia, Prantsusmaa ja Ühendkuningriik (Reitoxi riikide aruanded, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Kuigi Hispaania

ja Madalmaad on ikka veel olulisteks jaotuskeskusteks kokaiini ELi toomisel, on intensiivistatud kontrollreidid Hispaania põhjarannikul (Galicias) ja 100% kontrolli poliitika teatavatest riikidest saabuvate lendude puhul <sup>(134)</sup> Schipoli lennujaamas (Amsterdamis) mänginud mõningat rolli alternatiivsete marsruutide tekkes, üha sagedamini toimub transport näiteks Aafrika kaudu, aga ka Ida- ja Kesk-Euroopa kaudu, kus toimub teistkordne jaotus edasitoimetamiseks Lääne-Euroopasse (Reitoxi riikide aruanded, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Konfiskeerimised

2004. a viidi ELis läbi hinnanguliselt 60 000 konfiskeerimist, mille käigus konfiskeeriti 74 tonni kokaiini. Enamik kokaiinikonfiskeerimisi leidis aset Lääne-Euroopa riikides, eelkõige Hispaanias, mille arvel on umbes pool viimase viie aasta jooksul ELis läbi viidud konfiskeerimiste üldarvust ja konfiskeeritud kogustest. <sup>(135)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 suurenes kokaiinikonfiskeerimiste üldarv <sup>(136)</sup> ELi ulatuses ning konfiskeeritud kogused <sup>(137)</sup> üldiselt suurenesid. Kuid andmed esitanud riikide teabe põhjal tundub, et 2004. aastal kogused vähenesid – võib-olla tundub see nii võrdluses eelmisel aastal Hispaanias tabatud erandlikult suure kogusega.

##### Hind ja puhtus

2004. a kõikus kokaiini keskmine jaehind ELis märgatavalt, ulatudes 41 eurost grammi kohta Belgias kuni rohkem kui 100 euroni grammi kohta Küprosel, Rumeenias ja Norras. <sup>(138)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 iseloomustas kokaiini keskmist jaehinda (inflatsiooni arvestades) <sup>(139)</sup>

<sup>(133)</sup> Vt "Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine", lk 37.

<sup>(134)</sup> Kõiki lende, mis saavad Hollandi Antillidelt, Arubalt, Surinamest, Perust, Venezuelast ja Ecuadorist, kontrollitakse 100%; 2004. a vahistati selliste kontrollide tagajärjel 3466 uimastikullerit ning tavapärase kontrollide tagajärjel 620 narkokullerit (Madalmaade riiklik aruanne).

<sup>(135)</sup> Seda tuleks võrrelda puuduvate 2004. a andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed kokaiinikonfiskeerimiste arvu ja ka konfiskeeritud kokaiinikoguste kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed kokaiinikonfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Madalmaade kohta. Hindamise eesmärgil asendati puuduvad 2004. a andmed 2003. a andmetega. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saadud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.

<sup>(136)</sup> Vt tabel SZR-9 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(137)</sup> Vt tabel SZR-10 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(138)</sup> Vt tabel PPP-3 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(139)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

üldine langustendents kõikides andmed esitanud riikides<sup>(140)</sup> peale Luksemburgi, kus see langes kuni 2002. aastani ja siis tõusis, ning Norra, kus hinnad tõusid järsult 2001. a ja siis stabiliseerusid.

Tarbija tasandil on kokaiini keskmine puhtus heroiiniga võrreldes kõrge, 2004. a ulatus see 24%st Taanis kuni 80%ni Poolas, enamikus riikides oli kokaiini puhtus 40–65%.<sup>(141)</sup> Aastate 1999–2004 kohta kättesaadavad andmed viitavad üldisele langusele kokaiini keskmises puhtuse tasemes enamikus andmed esitanud riikides,<sup>(142)</sup> kuid see tõusis Eestis (alates 2003. a), Prantsusmaal ja Leedus ning oli stabiilne Luksemburgis ja Austrias.

### Rahvusvaheline tegevus kokaiini tootmise ja kaubanduse vastu

Europoli juhitava projekti COLA eesmärk on välja selgitada ja sihikule võtta Ladina-Ameerika kuritegelikud rühmitused ja nendega seotud rühmitused, kelle tegevus on suunatud ELile või kes tegutsevad ELis ning kes tegelevad peamiselt kokaiinikaubandusega. Eelkõige pakub see projekt rakenduslikku tuge projektis osalevates liikmesriikides läbiviidavateks uurimisteks ning aitab edendada strateegilist luuret. Seda täiendab Europoli kokaiini-logosüsteem, mille raames kogutakse igal aastal ajakohastatavasse kataloogi kokku andmed kokaiinikonfiskeerimistel kasutatud tegevuskavade kohta, asjaomased fotomaterjalid ja muud andmed ning andmed uimastite ja nende pakendite logode või tähistuste kohta, et selgitada välja eri kordadel konfiskeeritud uimastite sarnasused ning edendada rahvusvahelist õiguskaitsealast koostööd ja infovahetust (Europol, 2006).

1999. a alustatud operatsiooni „Purple” eesmärk on ennetada kaaliumpermanganaadi<sup>(143)</sup> kõrvalejuhtimist seaduslikust kaubandussüsteemist, et kasutada seda ebaseaduslikuks kokaiinitootmiseks, eelkõige Põhja- ja Lõuna-Ameerikas. Kaaliumpermanganaadi seaduslik turg on lai: alates 1999. a on 30 eksportivat riiki või piirkonda esitanud INCB-le 4380 ekspordieelset teatist kokku rohkem kui 136 560 tonni kaaliumpermanganaadi kohta. 1999. a alates on peatatud või konfiskeeritud 233 partiid kõnealust ainet, kokku rohkem kui 14 316 tonni, kuna esines kahtlusi tellimuste seaduslikkuse või lõpptarbivate suhtes, ning tuvastatud on kõrvalejuhtimiskatseid. 2004. a konfiskeeriti

Euroopas 1,4 tonni kaaliumpermanganaati, peamiselt Venemaa Föderatsioonis, aga ka Rumeenias ja Ukrainas<sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Tundub, et kaubitsejad on leidnud teid operatsiooni „Purple” raames kasutusele võetud kontrolli- ja järelevalvemehhanismide vältimiseks. Kuigi kokaiini ebaseaduslikku tootmist ei seostata Aasiaga, on tekkinud üha suuremaid kahtlusi, et kaubitsejad on võtnud selle piirkonna sihikule kui koha, kus kaaliumpermanganaati seaduslikult turult kõrvale juhtida. Samuti on tekkinud kahtlusi, et kaubitsejad toimetavad kaaliumpermanganaati Andide piirkonda Kariibi mere saarte kaudu. Seepärast tunnistades küll teatava edu saavutamist kahtlaste tehingute väljaselgitamisel ja partiide peatamisel, kutsub INCB (2006b) valitsusi üles arendama jooksivaid menetlusi, et uurida kokaiinilaboritest konfiskeerimiste käigus saadud andmeid eesmärgiga tuvastada kemikaalide päritolu, selgitada välja transiitriigid ning uurida kaubandusfirmasid, et kaubitsejatel oleks raskem oma tegevust mujal sisse seada.

### Kokaiinitarbimise levimus ja harjumused

Hiljutiste siseriiklike rahvastiku-uuringute põhjal on vähemalt üks kord elus proovinud kokaiini (elu jooksul tarbimine) hinnanguliselt umbes 10 miljonit eurooplast,<sup>(145)</sup> see on üle 3% kõikidest täiskasvanutest.<sup>(146)</sup> Riikide tarbimisnäitajad on 0,5–6%, kusjuures tabeli tipus on Itaalia (4,6%), Hispaania (5,9%) ja Ühendkuningriik (6,1%). Viimase aasta jooksul on kokaiini tarbinud hinnanguliselt umbes 3,5 miljonit täiskasvanut, seega 1% kõikidest täiskasvanutest. Enamikus riikides on siseriiklikud näitajad 0,3–1%, kuid levimuse tase on kõrgem Hispaanias (2,7%) ja Ühendkuningriigis (2%).

Samalaadselt muude ebaseaduslike uimastitega on ka kokaiinitarbimine levinud peamiselt noorte täiskasvanute hulgas. Elu jooksul tarbimise määr on kõige kõrgem 15–34aastaste noorte täiskasvanute hulgas, viimase aasta tarbimise määr on aga pisut kõrgem 15–24aastaste hulgas. Kokaiini tarbivad peamiselt kahekümnendates eluaastates inimesed, kuid kanepitarbimisega võrreldes on kokaiinitarbimine nooremate inimeste hulgas vähem levinud. Elu jooksul tarbimise kogemus on 15–34aastaste hulgas 1–10%, kusjuures see määr on kõrgeim taas Hispaanias (8,9%) ja Ühendkuningriigis (10,5%). Viimase aasta tarbimise määr

<sup>(140)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed kokaiinihindade kohta vähemalt kolm aastat järjest kättesaadavad Belgias, Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Küprosel, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias, Türgis ja Norras.

<sup>(141)</sup> Vt tabel PPP-7 2006. a statistikaülelises.

<sup>(142)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed kokaiini puhtuse kohta vähemalt kolm aastat järjest kättesaadavad Belgias, Tšehhi Vabariigis, Taanis, Saksamaal, Eestis, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Itaalias, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Ungaris, Madalmaades, Austrias, Portugalis, Slovakkias, Ühendkuningriigis ja Norras.

<sup>(143)</sup> Kokaiinitootmisel kasutatav lähteaine, mis on loetletud 1988. aasta konventsiooni tabelis I.

<sup>(144)</sup> Need andmed ei hõlma peatatud partiide koguseid.

<sup>(145)</sup> Aluseks siseriiklike näitajate kaalutud keskmine; täpsem info saamiseks vt joonealune märkus (53).

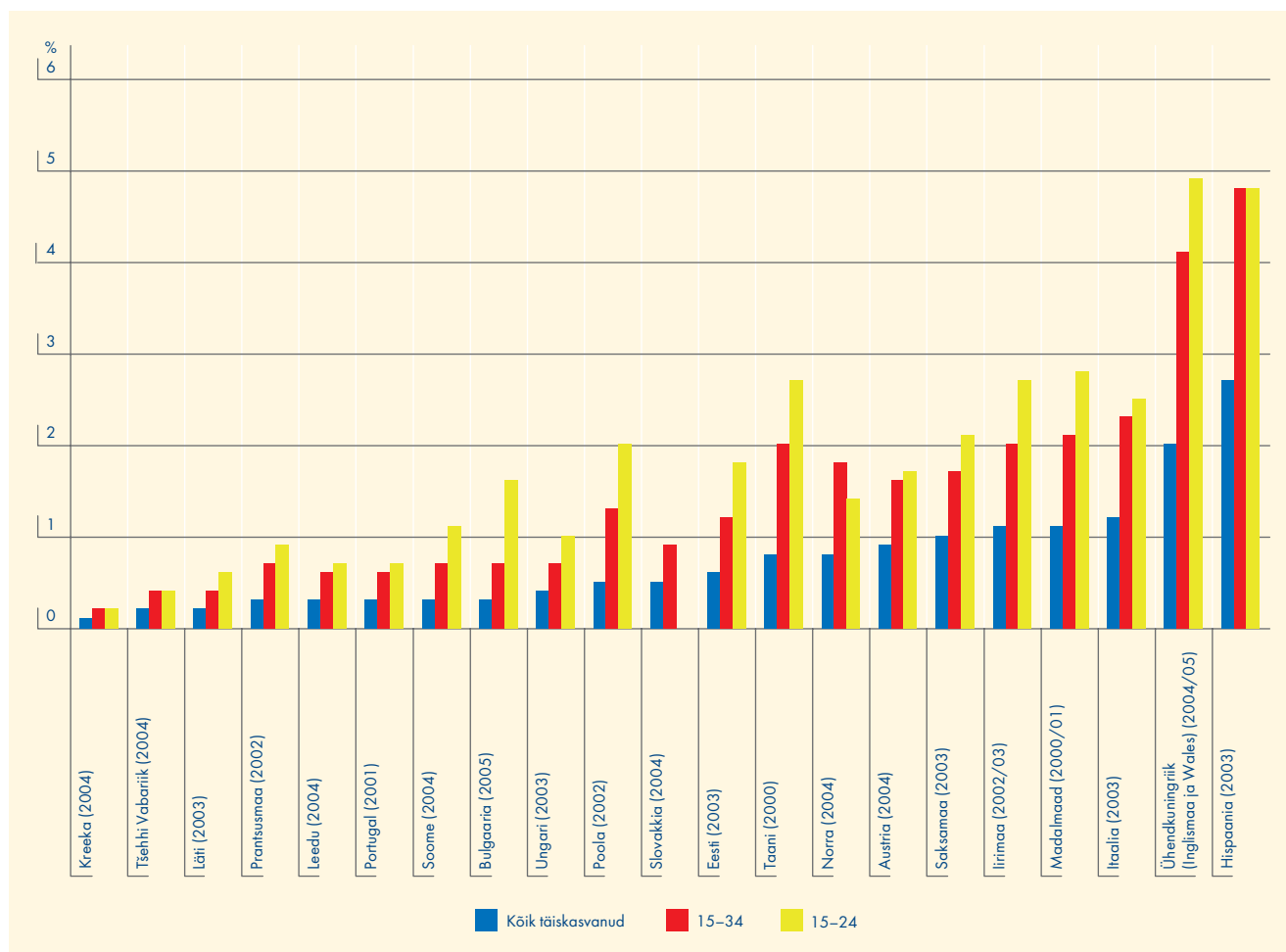
<sup>(146)</sup> Täpsed näitajad iga riigi kohta on toodud tabelis teema all „Üldised rahvastiku-uuringud uimastitarbimise kohta” 2006. a statistikaülelises.

on 0,2–4,8%; Taanis, Iirimaa, Itaalias ja Madalmaades on see näitaja umbes 2% ning Hispaanias ja Ühendkuningriigis üle 4% (joonis 6). Kooliuringute andmete põhjal on elu jooksul kokaiinitarbimise levimus väga madal, ulatudes 0%st Küprosel, Soomes ja Rootsis kuni 6%ni Hispaanias, ning elu jooksul crack-kokaiini tarbimise levimus on veelgi madalam, olles 0–3% (Hibell *et al.*, 2004).

Kokaiinitarbimise määrad on kõrgemad noorte meeste hulgas. Näiteks selgus Taani, Saksamaa, Hispaania, Itaalia, Madalmaade, Ühendkuningriigi ja Norra uuringutest, et 15–34aastastel meestel oli elu jooksul tarbimise määr 5–14%. Viimase aasta jooksul tarbimise määr oli madalam, kuid neljas riigis oli see üle 3% ning Hispaanias ja Ühendkuningriigis oli see näitaja umbes 6–7%,<sup>(147)</sup> mis tähendab, et nendes riikides on üks noor mees 15st hiljuti kokaiini tarbinud. Linnapiirkondades on see määr oluliselt kõrgem.

Elanikkonna hulgas üldiselt tundub kokaiinitarbimine olevat juhuslik, see toimub peamiselt nädalavahetustel ja meelelahutuskohtades (baarides ja diskodel), kus kokaiinitarbimise määr võib tõusta kõrgele. Eri riikides tantsu- ja muusikaüritustel noorte hulgas läbi viidud uuringutes ilmnes palju kõrgem kokaiinitarbimise määr kui elanikkonna hulgas üldiselt, kusjuures elu jooksul kokaiinitarbimise levimus ulatus 10%st kuni 75%ni (vt valikteema uimastitarbimisest meelelahutuskohtades). Näiteks 2004/2005. a Briti kuritegevuse uuring näitas, et A-klassi uimastite tarbimise levimus diskodel või ööklubides käivate inimeste hulgas on vähemalt kaks korda kõrgem kui nende hulgas, kes sellistes meelelahutuskohtades ei käi (Chivite-Matthews *et al.*, 2005) (vt ka valikteema uimastitarbimisest meelelahutuskohtades). Keskmiselt üks kolmandik kõikidest täisealistest eurooplastest, kes on kunagi kokaiini tarbinud, on tarbinud seda viimase 12 kuu jooksul; võrdluseks olgu öeldud, et vaid 13% teatavad

**Joonis 6:** kõigi täiskasvanute (vanuses 15–64) ja noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 ja 15–24) kokaiinitarbimise levimus viimase aasta jooksul



NB: andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskemast olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid GPS-8, GPS-11 ja GPS-18 2006. a statistikabülletäänis.  
Allikad: Reitoxi riikide arvanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

<sup>(147)</sup> Vt joonis GPS-9 2006. a statistikabülletäänis.

kokaiinitarbimisest viimase 30 päeva jooksul. Näiteks 2–4% 15–24aastastest meestest Hispaanias, Itaalias, Ühendkuningriigis ja Bulgaarias <sup>(148)</sup> teatab kokaiinitarbimisest viimase 30 päeva jooksul. Euroopas on kokaiinitarbimise määr umbkaudse hinnangu järgi praegu umbes 1,5 miljonit 15–64aastast täiskasvanut (80% 15–34aastaste vanuserühmas). Võttes arvesse tõenäolist alakajastatust aruannetes, võib seda pidada minimaalseks määraks.

Kokaiinitarbimise harjumused on eri tarbijarühmades väga erinevad. Mitmeid Euroopa linnu hõlmanud uuring näitas, et suurem osa sotsiaalselt integreeritud tarbijatest tõmbas kõnealust ainet ninna (95%), vaid väike osa tarbijatest oli seda kunagi suitsetanud või süstinud; kuid kokaiini tarbimine koos kanepi ja alkoholiga oli väga levinud (Prinzleve *et al.*, 2004). Sõltuvusravi saavate tarbijate ja sotsiaalselt marginaalsete elanikkonnarühmade hulgas oli süstimine sagedane ning crack'i-tarbimine oli tavaline Hamburgis, Londonis ja Pariisis, vähemal määral ka Barcelonas ja Dublinis. Euroopa elanikkonna hulgas üldiselt on crack'i-tarbimise levimus madal. Näiteks elu jooksul crack'i-tarbimise levimus oli 0,5% Hispaanias (2003) ja 0,8% Ühendkuningriigis (Chivite-Matthews *et al.*, 2005). Kolmes riigis uuriti elu jooksul crack'i-tarbimise levimust ööklubides ning selgus, et see on isegi madalam kui heroini-tarbimise levimus (Tšehhi Vabariigis 2%, Ühendkuningriigis 13% ja Prantsusmaal 21%). Kuid mõnedes linnades tekitab muret crack'i-tarbimine marginaalsete elanikkonnarühmade ja opioidide tarbijate hulgas. Näiteks ühes uuringurühmas, mis koosnes 94 Amsterdami tänavail töötavaist naisseksitöötajaist, oli elu jooksul crack-kokaiini tarbimise levimus äärmiselt kõrge, 91% (Korf, 2005, tsiteeritud Madalmaade riiklikus aruandes).

Võrdluseks olgu lisatud, et Ameerika Ühendriikide uimastitarbimise ja tervise 2004. a riikliku uuringu põhjal teatas 14,2% täiskasvanutest (12aastased ja vanemad) elu jooksul kokaiini tarbimisest, samas kui Euroopa keskmine on 3%. Viimase aasta jooksul tarbimise levimus oli 2,4%, Euroopa keskmine aga 1%; kuigi mõned ELi riigid, näiteks Hispaania (2,7%) ja Ühendkuningriik (2%), teatasid sama kõrgetest määradest kui Ameerika Ühendriikides. <sup>(149)</sup> Suhteliselt kõrged elu jooksul tarbimise määrad Ameerika Ühendriikides võivad olla osaliselt seotud kokaiini varasema levikuga selles riigis.

Noorte täiskasvanute hulgas (16–34aastased) olid USA näitajad 14,6% (elu jooksul tarbimine), 5,1% (viimase aasta jooksul tarbimine) ja 1,7% (viimase kuu jooksul tarbimine), ELi vastavad keskmised näitajad 15–34aastaste hulgas olid umbes 5% (elu jooksul tarbimine), 2% (viimase aasta jooksul tarbimine) ja 1% (viimase kuu jooksul tarbimine).

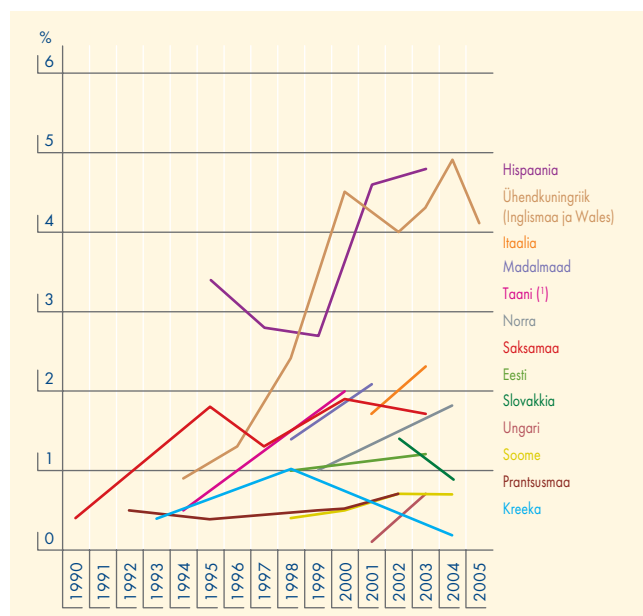
## Kokaiinitarbimise suundumused

Eri allikatest saadud andmete põhjal (näiteks turuindikaatorid, ravinõudlus, surmajuhtumid) on juba mitu aastat olnud põhjust karta kokaiinitarbimise võimalikku kasvu Euroopas. Kuigi kättesaadavad andmed kokaiinitarbimise suundumuste kohta elanikkonna hulgas on muutunud põhjalikumaks, sest üha rohkem riike viib läbi korduvaid uuringuid, on andmed siiski piiratud. Kokaiini puhul raskendavad hindamist ka madalamad levimusmäärad ning asjaolu, et tõenäoliselt ei hõlma aruandlus kõiki andmeid.

Hiljutine kokaiinitarbimine (viimase aasta jooksul) suurenes oluliselt noorte täiskasvanute hulgas Ühendkuningriigis ja Hispaanias alates 1990ndate aastate teisest poolest, esimeses kestis tõus kuni 2000. aastani ning teises kuni 2001. aastani, kuid viimastel aastatel on toimunud märgatav stabiliseerumine. Saksamaal täheldati 1990ndatel aastatel mõõdukat tõusu, kuid viimastel aastatel on näitajad olnud stabiilsed ning tarbimine selgelt väiksem kui Hispaanias ja Ühendkuningriigis (joonis 7).

Mõõdukat tõusu viimase aasta jooksul tarbimises täheldati Taanis (kuni 2000. aastani), Itaalias, Ungaris, Madalmaades

**Joonis 7:** suundumused noorte täisealiste (15–34aastased) kokaiinitarbimise levimuses viimase aasta jooksul



(\*) Taanis käsitlevad 1994. a andmed „tugevaid narkootikume“. andmed pärinevad aruandehetkel kõige värskest olemasolevast riiklikust uuringust. Täiendava teabe saamiseks vt tabel GPS-4 2006. a statistikaüleülevaade.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2005), koostatud elanikkonna uuringute, aruannete ja teadusartiklite põhjal.

<sup>(148)</sup> 2001. a uuring. 2003. a uuringus ei esitatud andmeid sugudevahelise jaotuse kohta 10aastaste vanuserühmade kaupa.

<sup>(149)</sup> Allikas: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 national survey on drug use and health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Pandagu tähele, et USA uuringus on vanusepiir „kõik täiskasvanud“ (12aastased ja vanemad) laiem kui standardne vanusepiir Euroopa uuringutes (15–64). EMCDDA arvutas ümber Ameerika Ühendriikide 16–34aastaste vanuserühma näitajad.



(kuni 2001. aastani) ja Norras. Seda suundumust tuleb tõlgendada ettevaatusega, sest see põhineb vaid kahel uuringul, mis neis riikides läbi viidi.

Kokaiini ja muude uimastite puhul (näiteks *ecstasy*, amfetamiinid, hallutsinogeensed seened) saab suundumusi paremini määratleda keskendudes analüüsimisel rühmadele, kus uimastitarbimine on kõige rohkem levinud, eelkõige linnapiirkondades elavatele noortele. Sellistest elanikkonnarühmadest antakse põhjalikum ülevaade valikteemas uimastitarbimisest meelelahutuskohtades. Lisaks tuleks uuringutes saadud andmeid täiendada sihtuuringutega noorte inimeste hulgas teatud rühmade kaupa (ööklubides).

## Andmed ravinõudluse kohta <sup>(150)</sup>

Opioidide ja kanepi järel on kokaiin kõige sagedamini ravile pöördumise põhjusena nimetatud uimasti ning selle arvele langes 8% kõikidest ravitaotlustest kogu ELis 2004. a. <sup>(151)</sup> Pandagu tähele, et Hispaania, riik, kus kokaiiniga seotud ravinõudlus on tavaliselt kõrge, ei ole veel andmeid esitanud. Selles üldnäitajas kajastuvad suured erinevused riikide vahel: enamikus riikides on kokaiinitarbimisega seotud ravinõudlus üsna madal, kuid Madalmaades (37%) ja varasematel aastatel Hispaanias (26% 2002. a) oli kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlevate patsientide osakaal kõikide patsientide hulgas palju kõrgem. Kõige viimaste kättesaadavate andmete põhjal ulatus kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlejate osakaal kõikide patsientide hulgas ühes riikide rühmas (Taani, Saksamaa, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Küpros, Malta, Ühendkuningriik ja Türgi) 5–10%ni, samas oli kõnealune näitaja ülejäänud riikides väga madal. <sup>(152)</sup> Mitmes riigis oli kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlejate osakaal kõikide uute patsientide hulgas kõrge <sup>(153)</sup> ning kokku umbes 12% kõigist uutest ravitaotlustest oli seotud kokaiiniga. Kokaiini nimetas ravile pöördumise teise põhjusena umbes 12% uutest patsientidest. <sup>(154)</sup>

Kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlejate arvu suurenemine, millest teatati varasematel aastatel, üha jätkub; analüüsi põhjal, milles interpoleeriti esitamata andmed, suurenes aastatel 1999–2004 kokaiinitarbimise tõttu ravi taotlevate uute patsientide osakaal 10–20% (17 ELi riigi ning Bulgaaria ja Rumeenia andmete põhjal). <sup>(155)</sup>

Üldiselt ei ole enamik kokaiinitarbimisega seotud ravitaotlustest Euroopas seotud *crack*-kokaiiniga: umbes

80% uutest ambulatoorsetes ravikeskustes ravi saavatest patsientidest tarbib kokaiinhüdrokloriidi (kokaiinipulbrit), *crack*-kokaiini tarbib vähem kui 20%. *Crack*-kokaiini tarbijad võivad siiski raviasutustele keerulisteks patsientideks osutada, kuna nad on oma sotsiaalselt profiililt marginaalsemad kui kokaiinipulbri tarbijad. Ühes Euroopa uuringus kokaiini (kokaiinipulbri ja *crack*-kokaiini) tarbimise kohta ilmnes seos *crack*'-i tarbimise ning sotsiaalsete ja vaimsete probleemide vahel, kuid uuringus selgus ka, et sotsiaalseid ja vaimseid probleeme ei saa selgitada ainuüksi *crack*-kokaiini tarbimisega (Haasen *et al.*, 2005). Hiljutine uuring 585 kokaiini- ja *crack*'-i tarbija hulgas Šotimaal näitas, et *crack*'-i tarbijate puhul on pikaajalise probleemse uimastitarbimise ning kuritegevuses osalemise tõenäosus suurem (Neale ja Robertson, 2004, tsiteeritud Ühendkuningriigi riiklikus aruandes).

Kokaiinitarbimise tõttu ambulatoorsetes ravikeskustes ravi saavate patsientide profiili uurides ilmneb, et esmase uimastina kokaiini nimetanud uued patsiendid on tavaliselt vanemad kui muude uimastite tarbijad: 70% kuulub 20–34aastaste vanuserühma ning väiksema rühma (13%) moodustavad 35–39aastased. <sup>(156)</sup>

Kokaiini tarbitakse sageli koos mõne muu illegaalse või legaalse täiendava uimastiga, sageli koos kanepi (31,6%), opioidide (28,6%) või alkoholiga (17,4%) <sup>(157)</sup>. Kohalikud uuringud uimastisüstijate hulgas näitavad, et mõnes piirkonnas on levimas heroini ja kokaiini manustamine ühe süstina (mõnikord kasutavad uimastisüstijad selle kohta nimetust *speedballing*). Käesoleval ajal ilmneb andmetes ravinõudluse kohta sagedamini opioidide ja kokaiini kombineeritud tarbimine. Esmase uimastina opioide nimetanud klientide hulgas teatab kokaiini tarbimisest teisese uimastina 31% Itaalias, 42% Madalmaades ja 44% Ühendkuningriigis. Esmase uimastina kokaiini tarbijate hulgas teatab opioidide tarbimisest teisese uimastina 28% Itaalias ja 38% Ühendkuningriigis.

## Kokaiinisõltuvuse ravi

Kokaiini- või muude psühhostimulantide sõltuvuse farmakoloogiliselt ravimise toetuseks ei ole veel küllaldaselt tõendeid. Kuid oma põhjalikus ülevaates farmakoteraapia kasutamisest psühhostimulantide tarbijatel jõuavad Shearer ja Gowing (2004) järeldusele, et stimulantide tarbijate puhul

<sup>(150)</sup> Vt joonealune märkus (70).

<sup>(151)</sup> Vt joonis TDI-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(152)</sup> Vt tabel TDI-5 2006. a statistikabülletäänis; Hispaania osas vt 2002. a andmed.

<sup>(153)</sup> Vt tabel TDI-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(154)</sup> Vt tabel TDI-23 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(155)</sup> Vt joonis TDI-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(156)</sup> Vt tabel TDI-10 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(157)</sup> Vt tabel TDI-24 2006. a statistikabülletäänis.



ei ole veel küllaldaselt uuritud asendusravi, mis on edukas opioidi- ja nikotiinisõltuvuse korral ning mille puhul on suur tõenäosus, et uimastitarbijad alustavad ning jätkavad ravi. EMCDDA<sup>(158)</sup> avaldas hiljuti kokaiinisõltuvuse ravi ja selle tõhususe, samuti crack-kokaiini tarbijate vaimsete häirete ravi kohta kirjanduse ülevaate.

Mõnedes riikides, sealhulgas Ameerika Ühendriikides ja Ühendkuningriigis, investeeritakse praegu suuri summasid immunoteraapia võimaluste loomisesse, töötades välja antikehasid, mis suudavad peatada kokaiini liikumise vereringes, enne kui kokaiin jõuab kesknärvisüsteemi (vt kast kokaiinisõltlaste immunoteraapia kohta).

### Kokaiinisõltlaste immunoteraapia

Vastupidiselt heroiniisõltuvusele, mida saab ravida agonistidega, nagu näiteks metadoon, või antagonistidega, nagu näiteks naltreksoon, ei ole kokaiinisõltuvusele olemas meditsiinilist ravi. Põhjus on mehhanismis, mille kaudu kokaiin mõjutab aju neurotransmittereid dopamiini ja serotoniini. Heroiin seob aju opioidireseptoreid, nagu näiteks m $\mu$ -retseptorid, ning seetõttu jäljendab aju enda toodetud endorfiine, kokaiin aga tõkestab dopamiini (ja muidugi ka serotoniini) taasimendumise neuronite ühendustelt ehk sünaptsilt, tuues kaasa transmitterite sünteesi, ning seega mõju pikeneb ja tugevneb.

See ei tähenda tingimata, et kokaiinisõltuvuse jaoks ei ole võimalik meditsiinilist ravi välja töötada, kuid see võib olla keerulisem ja vajab ilmselt teistsuguseid meetodeid kui need, mida kasutatakse heroiniisõltuvuse ravi väljatöötamisel.

Üks praegune uurimissuund on immunoteraapia, st püütakse luua vaktsiini, mis neutraliseeriks tõhusalt kokaiini toime, ennetades selle jõudmise aiju. Esialgne vaktsiin on juba teatud määral katsetused läbinud. Ühendkuningriigis välja töötatud vaktsiini katsetati väikese hulga kokaiinisõltlaste peal, kokku 18 inimesel 14 nädala jooksul. Leiti, et kaks kolmandikku vaktsineeritud kokaiinisõltlaste rühmast olid võimelised kolme kuu jooksul elama narkootikumivabalt ilma ebaseeldivate kõrvalnähtudeta. Lisaks kinnitasid kuue kuu möödudes nii need, kes uuesti tarvitama hakkasid, kui ka need, kes ei hakanud, et eufooriatunne ei olnud enam nii võimas kui enne vaktsineerimist. Nende järeluste tulemusena läbib vaktsiin, tuntud kui konjugeeritav ravim-proteiin TA-CD, kliiniliste katsetuste teist etappi. Alternatiivne immunoteraapiline lähenemine tähendab kokaiinile monoklonaalsete antikehade väljatöötamist, aga seda on üksnes prekliiniliselt katsetatud.

Kokaiini TA-CD vaktsiini tõenäoline tulemuslikkus on tekitanud vaktsiini kasutamise osas eetilise probleemi: kellele seda antakse, kes seda otsustab ja missuguste kriteeriumide põhjal jne.

Mitme spetsiifilise psühhosotsiaalse ravimeetodi kombineeritud kasutamist peetakse praegu kokaiini ja muude psühhostimulantide tarbijate kõige paljutootavamaks ravivõimaluseks. On selgunud, et kogukonna toetusel põhineva lähenemise (*community reinforcement approach*, CRA) kasutamine koos edusammude tunnustamisega aitab vähendada kokaiinitarbimist lühiajalises plaanis (Higgins *et al.*, 2003; Roozen *et al.*, 2004).

Kogukonna toetusel põhinev lähenemine (CRA) on intensiivne ravikava, millesse on kogu raviperioodi vältel kaasatud patsiendi perekond, sõbrad ja tema sotsiaalse võrgustiku teised liikmed ning mille käigus teda õpetatakse looma sotsiaalseid kontakte, parandama oma enesehinnangut ning leidma tööd ja rahuldust pakkuvaid meelelahutustegevusi, et kinnistada teistsugune elustiil (Roozen *et al.*, 2004). Kombineerituna edusammude tunnustamisega – meetodiga, mille eesmärk on mõjutada patsiendi käitumist, pakkudes talle kokaiinivabade uriiniproovide korral tähenduslikke preemiaid, näiteks kingitusi, kinkekaarte või privileege – on selle ravikava puhul ambulatoorset ravi saavatel kokaiinisõltlastel täheldatud positiivseid tulemusi uimastitarbimise ja psühhosotsiaalse käitumise osas nii ravifaasis kui ka järelkontrolli ajal, kuigi mõju kokaiini tarbimisele paistis piirnevat raviperioodiga (Higgins *et al.*, 2003).

Uutes lähenemistes kokaiini ja crack'i tarbijate heroiniitarbijate vägagi problemaatilistele rühmadele keskendutakse kahjude vähendamisele kui esmasele ravieesmärgile ning rakendatakse biheivioristlikke ravimeetodeid, eelkõige edusammude tunnustamist, lisaks metadooni asendusravi programmidele või heroiniiga ravile (Schottenfeld *et al.*, 2005; van den Brink, 2005; Poling *et al.*, 2006).

### Kahjude vähendamise meetmed

Euroopas on kokaiinitarbimise vastu suunatud kahjude vähendamise meetmete väljatöötamine olnud piiratud. Olukord võib aga hakata muutuma, sest suurenenud teadlikkus nii kokaiinitarbimise ulatusest kui ka sellega seotud probleemidest stimuleerib huvi kokaiinitarbijate vajadustele vastavate ravimeetmete väljatöötamise vastu. Ennetamise ja kahjude vähendamise meetmete tõhusust kokaiinitarbimisega seotud ohtude vähendamisel ei ole kuigi palju uuritud, kuid kõnealuste meetmete väljatöötamisel on võimalik hõlmata mitmeid valdkondi. Näiteks on võimalik, et kokaiinitarbijad võivad saada kasu sekkumismeetmetest, mis tegelevad selliste teemadega nagu suurenenud toksilisus kokaiini

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

tarbimisel koos alkoholiga, võimalik seos kokaiinitarbimise ja südame-veresoonkonna probleemide vahel või käitumuslikud seosed, mis võivad seada uimastitarbijad suuremasse ohtu nakatuda HIVga või sattuda õnnetuse või vägivalda ohvriks. Kuna kokaiinitarbimine võib kiiresti hoogustuda, tasub uurida ka lühiajalisi sekkumismeetmeid, mille eesmärk on teavitada uimastitarbijaid asjaolust, et neile võivad osaks saada uimastitarbimise negatiivsed tagajärjed.

Kuna crack-kokaiini tarbimisega on seotud tõsised tervisehäired ja sotsiaalsed probleemid, on selle tarbijatele mõeldud teenuste väljatöötamisega tegeletud rohkem, samas aga on see tegevus koondunud vaid nendesse suhteliselt vähestesse linnadesse Euroopas, kus on esinenud märkimisväärsed probleeme seoses crack-kokaiiniga. Mitmes linnas on läbi viidud crack-kokaiini tarbijatele suunatud süstalde levitamise programme, mille käigus üritatakse saada kontakti uimastitarbijate rühmaga, kellega töötamist sageli keeruliseks peetakse. Mõned uuringud annavad alust arvata, et neist programmidest on kasu, kuigi üldiselt on sellekohaseid tõendeid suhteliselt vähe. Näiteks ühe Rotterdamis läbi viidud uuendusliku süstalde levitamise programmi kohta tehtud uuringuga (Henskens, 2004, tsiteeritud Madalmaade riiklikus aruandes) selgitati

välja olulised tegurid sellise kliendirühma ravimiseks, keda tavaliste uimastiravi teenustega on sageli raske hõlmata.

Crack'i- ja kokaiinisõltuvusega võib seostada suurenenud ohte seksuaaltervisele ning mõned madala läve programmid on otseselt suunatud crack'i tarbijatele seksuaalteenuste osutajatele, et propageerida ohutumat seksi ja uimastitarbimist ning jagada laiali kondoomi ja lubrikante (vt valikteema sugude kohta).

Mõnes Euroopa linnas on rakendatud vastuolulisemat lähenemist, mille raames on tavaliselt süstivatele uimastitarbijatele mõeldud ohutu tarbimise ruumid avatud ka narkootikumide sissehingajatele. Mitmes linnas Madalmaades, Saksamaal ja Šveitsis on avatud ruume järelevalve all sissehingamiseks (EMCDDA, 2004c). Selliste teenuste pakkumise peamine eesmärk on küll tarbimishügieeni kontrollimine, kuid on tõendeid, et need teenused võivad juhtida muude hooldusvõimalusteni; näiteks selgus ühe Saksamaal Frankfurdis tegutseva kõnealust teenust pakkuva asutuse kontrolli käigus, et kuuekuulise hindamisperioodi jooksul 2004. a tarbiti järelevalve all uimasteid rohkem kui 1400 korda, samas registreeriti 332 kontaktvestlust, 40 nõustamisseansi ning 99 suunamist teistesse uimastiravi asutustesse.



## 6. peatükk

### Opioidide tarbimine ja uimastite süstimine

#### Heroiini pakkumine ja kättesaadavus <sup>(159)</sup>

Euroopas leidub heroini kahel kujul: üldiselt kättesaadav pruun heroini (selle keemiline baasvorm) ning vähem levinud ja tavaliselt kallim valge heroini (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast. Lisaks toodetakse ELis mõnesid opioidideks liigitatavaid uimasteid, kuid tootmine on väiksemahuline ja piirdub peamiselt kodusel teel valmistatud unimagunatoodetega (näiteks unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kupardest valmistatud kontsentraat), mida toodetakse mitmes ELi idapoolses riigis, näiteks Leedus, kus unimagunavarte ja kontsentraadi turg tundub olevat stabiliseerunud, ning Poolas, kus nn Poola heroini tootmine võib olla vähenemas (CND, 2006).

#### Tootmine ja kaubitsemine

Suur osa Euroopas tarbitavast heroinist on valmistatud Afganistanis, mis on ebaseadusliku oopiumi tootmises maailmas endiselt esikohal ning 2005. a tootis 89% ülemaailmsest ebaseadusliku oopiumi kogutoodangust, järgnes Myanmar (7%). Aastatel 1999–2004 oli ülemaailmne ebaseadusliku oopiumi kogutoodang suhteliselt stabiilne, erandiks oli vaid 2001. a, mil Talibani režiimi kehtestatud unimaguna kasvatamise keeld Afganistanis tõi kaasa järsu, kuid lühiajalise languse; 2005. a toodeti hinnanguliselt umbes 4670 tonni, 2004. aastaga võrreldes oli tegemist 4% langusega (CND, 2006). Ülemaailmne potentsiaalne heroinitoodang oli 2005. a hinnanguliselt 472 tonni (495 tonni 2004. aastal) (UNODC, 2006).

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

teine jaotuskeskus edasitoimetamiseks teistesse Lääne-Euroopa riikidesse. Heroinikonfiskeerimised 2004. a näitavad, et salakaubana edasitoimetatavate koguste osas on lõunaharu praeguseks sama oluliseks muutunud kui põhjaharu (WCO, 2005; INCB, 2006a). 1990ndate aastate keskpaigast peale tuakse heroini salakaubana Euroopasse üha sagedamini (aga väiksemas ulatuses kui Balkani marsruute pidi) mööda Siiditeed läbi Kesk-Aasia (eelkõige läbi Türkmenistani, Tadžikistani, Kõrgõzstani ja Usbekistani), Kaspia mere ja Venemaa Föderatsiooni kaudu, läbi Valgevene ja Ukraina Eestisse, Lätisse, mõnesse Põhjamaasse ja Saksamaale (Reitoxi riikide aruanded, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Kuigi need marsruudid on kõige olulisemad, on mõned Araabia poolsaare riigid (Omaan, Araabia Ühendemiraadid) saanud läbi Lõuna- ja Edela-Aasia Euroopasse toimetatavate heroinipartiide transiitriikideks (INCB, 2006a). Lisaks konfiskeeriti Euroopasse (ja Põhja-Ameerikasse) transporditavat heroini 2004. a Ida- ja Lääne-Aafrikas, Kariibi mere riikides ning Kesk- ja Lõuna-Ameerikas (CND, 2006).

#### Konfiskeerimised

2004. a konfiskeeriti kogu maailmas kokku 210 tonni oopiumi (või 21 tonni heroini ekvivalenti), 39,3 tonni morfiini ja 59,2 tonni heroini. Konfiskeeritud heroinikoguste poolest olid maailmas endiselt esikohal Aasia (50%) ja Euroopa (40%). Euroopa osakaal on suurenenud, peamiselt üha sagedasemate konfiskeerimiste tulemusena Kagu-Euroopa riikides (Türgis), mis esmakordselt edestasid tabatud koguste poolest Lääne- ja Kesk-Euroopa riike (CND, 2006).

Andmed esitanud riikides viidi 2004. a läbi hinnanguliselt 46 000 konfiskeerimist, mille käigus tabati umbes 19 tonni heroini. Ühendkuningriik oli konfiskeerimiste arvu poolest jätkuvalt esikohal, järgnesid Saksamaa ja Itaalia; tabatud kogused olid kõige suuremad Türgis, kus konfiskeeriti peaaegu pool 2004. a tabatud üldkogusest (järgnesid Itaalia ja Ühendkuningriik). <sup>(160)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 oli heroinikonfiskeerimine kõikumine ja andmed esitanud riikidest

<sup>(159)</sup> Vt "Konfiskeerimiste ja muu turuinfo tõlgendamine", lk 37.

<sup>(160)</sup> Seda tuleks võrrelda puuduvate 2004. a andmetega, kui need on kättesaadavad. Andmed heroinikonfiskeerimiste arvu ja ka konfiskeeritud heroinikoguste kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Iirimaa ja Ühendkuningriigi kohta; andmed heroinikonfiskeerimiste arvu kohta 2004. a ei olnud kättesaadavad Madalmaade kohta. Hindamise eesmärgil asendati puuduvad 2004. a andmed 2003. a andmetega. Madalmaad esitasid 2004. a konfiskeeritud koguste kohta üksnes hinnangulised andmed, mida ei saanud 2004. a suundumuste analüüsimisel arvestada.

saadud teabe põhjal tundub, et aastatel 2002–2003 täheldatud langusele järgnes tõus 2004. a. <sup>(161)</sup> Viie aasta jooksul, 1999–2004, suurenesid konfiskeeritud üldkogused püsivalt, jõudes rekordtasemele 2004. a, peamiselt seetõttu, et 2004. a Türgis konfiskeeritud heroini kogus oli eelmise aastaga võrreldes peaaegu kahekordne. <sup>(162)</sup>

## Hind ja puhtus

2004. a oli pruuni heroini keskmine jaehind Euroopas väga varieeruv, ulatudes 12 eurost grammi kohta Türgis kuni 141 euroni grammi kohta Rootsis, samas kui valge heroini hind ulatus 31 eurost grammi kohta Belgias kuni 202 euroni grammi kohta Rootsis ning täpsustamata tüüpi heroini hind ulatus 35 eurost grammi kohta Sloveenias kuni 82 euroni grammi kohta Ühendkuningriigis. <sup>(163)</sup> Ajavahemiku 1999–2004 kohta kättesaadavad andmed annavad tunnistust heroini keskmise hinna langusest (inflatsiooni arvestades) <sup>(164)</sup> enamikus andmed esitanud riikides. <sup>(165)</sup>

Tarbija tasandil varieerus pruuni heroini keskmine puhtus 2004. a 10%st Bulgaarias kuni 48%ni Türgis, samas kui valge heroini puhtus varieerus 20%st Saksamaal kuni 63%ni Taanis, ning täpsustamata tüüpi heroini puhtus ulatus 16%st Ungaris kuni 42–50%ni <sup>(166)</sup> Madalmaades. <sup>(167)</sup> 1999. a alates on heroini toodete keskmine puhtus olnud kõikuv enamikus andmed esitanud riikides, <sup>(168)</sup> nii et üldist suundumust on raske välja selgitada.

## Rahvusvaheline tegevus heroini tootmise ja kaubanduse vastu

Äädikhappeanhüürid <sup>(169)</sup> on oluline lähteaine, mida kasutatakse heroini ebaseaduslikul tootmisel. Operatsioon „Topaz” on rahvusvaheline algatus, mille raames jälgitakse seaduslikku kauplemist äädikhappeanhüüridiga ning uuritakse selle kõrvalejuhtimise meetodeid ja marsruute (INCB, 2006b). Seaduslik kauplemine äädikhappeanhüüridiga on üsna ulatuslik, mistõttu seda on raske kontrollida. Seda illustreerib tõsiasi, et alates

2001. a on 22 eksportivat riiki/territooriumi esitanud INCBle 7684 ekspordieelset teatist kokku rohkem kui 1 350 000 tonni äädikhappeanhüüri kohta. Türgis on konfiskeerimised (1600 liitrit 2004. aastal) viimastel aastatel märgatavalt vähenenud, mis võib tähendada seda, et kaubitsejad on töötanud välja uued marsruudid ja meetodid selle aine kõrvaletoometamiseks. 2004. a selgitati esimest korda välja, et Euroopas (Bulgaarias) konfiskeeritud kogused olid pärit Edela-Aasiast (INCB, 2006b).

Kuigi operatsiooni „Topaz” rahvusvahelise kaubanduse jälgimisega seotud aspektid osutusid edukaks, on saavutatud vähe edu Afganistanis ja selle naaberriikides äädikhappeanhüüriidid salakaubana edasitoometamiseks kasutatavate marsruutide väljaselgitamisel ja kahjutuks tegemisel (INCB, 2006b).

Europoli juhitava projekti „Mustard” eesmärk on välja selgitada ja sihikule võtta Türgi kuritegelikud rühmitused ja nendega seotud rühmitused, kelle tegevus on suunatud ELile või kes tegutsevad ELis ning tegelevad uimastikaubandusega, eelkõige heroinikaubandusega. See pakub rakenduslikku tuge projektis osalevates liikmesriikides läbiviidavateks uurimisteks ning aitab edendada strateegilist luuret, jagades teavet Türgi kuritegelike rühmituste ja nendega seotud rühmituste tegevuse kohta (Europol, 2006).

## Probleemse opioidide tarbimise levimus

Selle osa andmed on tuletatud EMCDDA probleemse uimastitarbimise (*problem drug use*, PDU) indikaatorist, mis hõlmab „uimastite süstimist või pikaajalist/regulaarset heroini, kokaiini ja/või amfetamiinide tarbimist”. Üldiselt peegeldavad probleemse uimastitarbimise määrad peamiselt heroinitarbimist, kuid nagu käesolevas aruandes näha, on amfetamiinitarbijad mõnes riigis oluline osis.

Probleemse opioidide tarbimise määrade tõlgendamisel tuleb meeles pidada, et tarbimisharjumused on muutumas üha mitmekesisemaks. Näiteks on enamikus riikides muutunud

<sup>(161)</sup> Vt tabel SZR-7 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(162)</sup> Vt tabel SZR-8 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(163)</sup> Vt tabel PPP-2 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(164)</sup> 1999. aastat kasutatakse raha väärtuse hindamisel baasaastana kõikides riikides.

<sup>(165)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed heroinihindadest vähemalt kolm aastat järjest kättesaadavad: pruuni heroini hindade kohta Belgias, Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa, Luksemburgis, Poolas, Portugalis, Sloveenias, Rootsis, Ühendkuningriigis, Bulgaarias, Rumeenias, Türgis ja Norras; valge heroini hindade kohta Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Prantsusmaal, Lätis ja Rootsis; ning täpsustamata tüüpi heroini hindade kohta Leedus ja Ühendkuningriigis.

<sup>(166)</sup> Need kaks näitajat on vastavuses kahe erineva seiresüsteemi kaudu saadud andmetega (vt tabel PPP-6 (iii osa) 2006. a statistikabülletäänis); andmetesse tuleb suhtuda ettevaatusega, kuna näitaja 50% põhineb vaid ühel proovil.

<sup>(167)</sup> Vt tabel PPP-6 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(168)</sup> Ajavahemikul 1999–2004 olid andmed heroini puhtusest vähemalt kolm aastat järjest kättesaadavad: pruuni heroini puhtuse kohta Tšehhi Vabariigis, Taanis, Hispaanias, Iirimaa, Itaalias, Luksemburgis, Austrias, Portugalis, Slovakkias, Ühendkuningriigis, Türgis ja Norras; valge heroini puhtuse kohta Taanis, Saksamaal, Eestis, Soomes ja Norras; ning täpsustamata tüüpi heroini puhtuse kohta Belgias, Leedus, Ungaris ja Madalmaades.

<sup>(169)</sup> Loetletud 1988. a konventsiooni tabelis I.

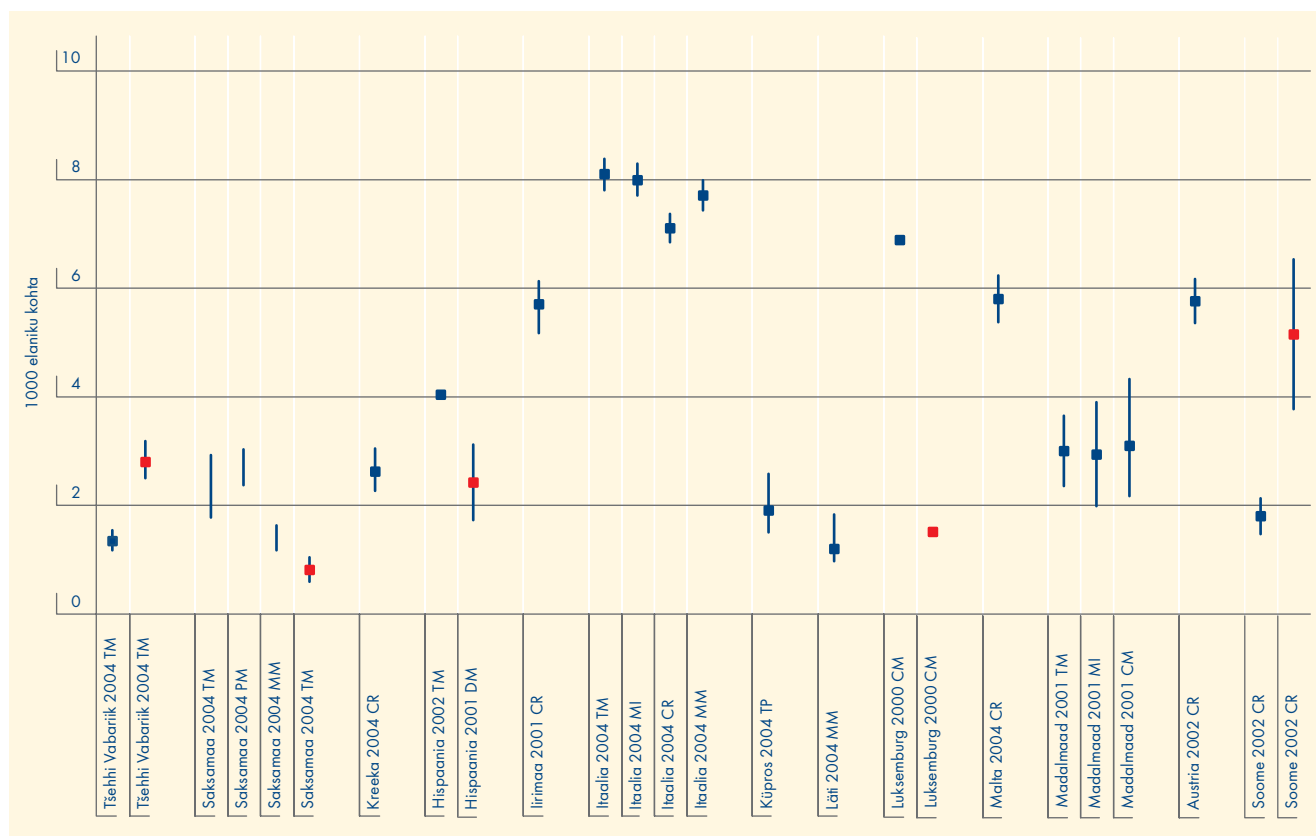
üha sagedasemaks mitme uimasti tarbimise probleemid, samas kui mõned riigid, kus on tavaliselt olnud ülekaalus opioidide tarbimise probleemid, teatavad nüüd muutustest muude uimastite tarbimise suunas. Praegu arvatakse, et enamik herooinitarbijaid tarbib lisaks opioididele ka stimulantide ja muid uimasteid, kuid ELi ulatuses on väga raske saada usaldusväärseid andmeid mitme uimasti tarbimise kohta (vt 8. peatükk).

Hoolimata üldisest suundumusest probleemse opioidide tarbimise mitmekesistumise suunas, põhinevad probleemse uimastitarbimise määrad paljudes riikides ainult andmetel heroini või muude opioidide probleemse tarbimise kohta peamise uimastina. Seda on näha probleemse opioidide tarbimise hinnangulistest määradest (vt joonis 8), mis on suures osas väga sarnased probleemse uimastitarbimise määradega <sup>(170)</sup>. Ei ole selge, kas teistes riikides on opioidide hulka mittekuuluvate uimastite probleemse tarbimise levimus peaaegu olematu või, mis on samuti võimalik, see on märkimisväärne, kuid seda on liiga raske hinnata.

Opioidide probleemsete tarbijate arvu on raske hinnata ning levimuse näitajate väljaselgitamine kättesaadavate andmete põhjal nõuab keerulist analüüsimist. Veelgi enam, need määrad on sageli geograafiliselt lokaliseeritud ning ekstrapoleerimine üleriigiliste määrade saamiseks ei pruugi olla usaldusväärne meetod.

Probleemse opioidide tarbimise levimus ühe riigi ulatuses ajavahemikul 2000–2004 ulatub ühest kuni kaheksa juhtumini 1000 inimese kohta 15–64aastaste vanuserühmas (näitajate keskmiste järgi). Probleemse opioidide tarbimise levimuse hinnangulised määrad on riigiti väga erinevad, kuid erinevate meetodite kasutamisel ühes riigis on tulemused suures osas kokkulangevad. Kõrgematest probleemse opioidide tarbimise määradest teatavad Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Malta ja Austria (5–8 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), ning madalamatest määradest teatavad Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Kreeka, Küpros, Läti ja Madalmaad (alla nelja juhtumi 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas) (joonis 8).

**Joonis 8:** hinnanguline probleemne opioidide ja stimulantide levimus ajavahemikus 2000–2004 (1000 elaniku kohta vanuses 15–64 aastat)



NB: punased ruudud viitavad stimulantide kasutamisele, muud hinnangud on opioidide kasutamise kohta. MM, suremuse kordisti; CR, püüdmine-tabamine; TM, ravikordisti; PM, politseikordisti; MI, mitmemõõtmeline indikaator; TP, Poissoni jaotuse järgi kärbitud; CM, kombineeritud meetodid. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2006. a statistikabülletäänis. Sümbol näitab punkthinnangut ja kriips määramatusvahemikku, mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil. Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad veidi erineda; seetõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik riikide teabekeskused.

<sup>(170)</sup> Vt joonis PDU-1 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.

ELi uute riikide määrad on praegu kättesaadavate hästi dokumenteeritud määrade hulgas ühed madalamad, kuid Maltal teatati kõrgemast levimusest (5,4–6,2 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas). Piiratud andmetest saab tuletada probleemse opioidide tarbimise üldise levimuse ELis, mis ulatub kahest juhtumist kaheksa juhtumini 1000 inimese kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Need määrad pole siiski kindlad ja neid tuleb täpsustada, kui kättesaadavaks saab rohkem andmeid.

Spetsiifilised probleemse opioidide tarbimise kohalikud ja piirkondlikud määrad ei ole kättesaadavad; siiski annavad kättesaadavad andmed probleemse uimastitarbimise kohta (kaasa arvatud stimulantide ja muude uimastite tarbimine) alust arvata, et levimus on eri linnades ja piirkondades väga erinev. Ajavahemikul 2000–2004 olid kohalikud levimusmäärad kõige kõrgemad Iirimaa, Portugalis, Slovakkias ja Ühendkuningriigis, ulatudes 15st kuni 25ni 1000 inimese kohta. <sup>(171)</sup> Nagu arvata võib, on geograafilised erinevused märkimisväärsed ka kohalikul tasandil; näiteks Londoni eri linnaajagudes kõigub levimus kuuest kuni 25 juhtumini

1000 inimese kohta. Suurte erinevuste tõttu kohalikes levimusmäärades on üldistusi teha raske.

### Probleemse opioidide tarbimise suundumused ajalises plaanis

Usaldusväärsete ja järjepidevate andmete puudumine pikema aja kohta raskendab probleemse opioidide tarbimise suundumuste hindamist ajalises plaanis. Kogutud tõendid annavad alust arvata, et probleemse opioidide tarbimise levimus on riigiti väga erinev ning et suundumused ei ole kõikjal ELis kokkulangevad. Mõnede riikide aruanded, mida toetavad ka muud näitajad, annavad alust arvata, et probleemne opioidide tarbimine suurenes jätkuvalt ajavahemikul 1990ndate aastate keskpaigast kuni 1990ndate aastate lõpuni (joonis 9), kuid viimastel aastatel tundub olevat stabiliseerunud või mõnevõrra vähenenud. Korduvad hinnangud probleemse opioidide tarbimise kohta ajavahemikul 2000–2004 on kättesaadavad seitsme riigi kohta (Tšehhi Vabariik, Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Austria): neli riiki (Tšehhi Vabariik, Saksamaa,

#### Uimastitarvitajad vanglates

Informatsioon uimastite tarbimisest vangide seas on lünklik. Enamik Euroopas kättesaadavast teabest on kogutud sihtuuringutega, mis vahel on läbi viidud kohalikul tasandil, asutustes, mis ei ole iseloomulikud riigi vanglasüsteemile, ning väga erineva suurusega näidisrühmade põhjal. Seetõttu seavad erinevused rühmade tüüpunnustes piirid uuringute andmete võrdlemisele – nii riigisiselt kui teiste riikidega –, samuti tulemuste üldistamisele ja suundumuste analüüsile.

Enamik Euroopa riikidest <sup>(1)</sup> esitas andmed uimastitarbimisest vangide seas viimase viie aasta jooksul (1999–2004). Neist selgub, et võrreldes üldise elanikkonnaga on vanglas uimastitarvitajaid rohkem. Nende vangide osakaal, kes tunnustavad, et on kunagi tarvitanud ebaseaduslikke uimasteid, erineb vanglate ja kinnipidamisasutuste lõikes, aga keskmised näitajad on ühest kolmandikust või pisut rohkemast Ungaris ja Bulgaarias kuni kahe kolmandiku või enamani Madalmaades, Ühendkuningriigis ja Norras, kusjuures enamik riike teatavad, et elu jooksul tarbimist on tunnistanud ligikaudu 50% (Belgia, Kreeka, Läti, Portugal, Soome). Kanep on endiselt kõige sagedamini tarvitatav ebaseaduslik uimasti, mille tarvitamist elu jooksul tunnustab 4–86%, kusjuures kokaiini puhul on see määr 3–57%, amfetamiini puhul 2–59% ning heroini puhul 4–60%. <sup>(2)</sup>

Korrapärast uimastitarbimist või -sõltuvust enne vanglat tunnustab 8–73% kinnipeetavatest; elu jooksul uimastisüstimise levimus vanglates on 7–38%. <sup>(3)</sup>

Kuigi enamik uimastitarvitajatest vähendab uimastite tarbimist pärast vangistamist või lõpetab selle hoopis, mõned kinnipeetavad siiski jätkavad ja mõned alustavad vangis olles narkootiliste ainete tarvitamist (ja/või süstimist). Vastavalt olemasolevatele uuringutele on 8–51% kinnipeetavatest vanglas olles narkootilisi aineid tarvitanud, 10–42% tarvitavad regulaarselt ja 1–15% on vanglas olles narkootilisi aineid süstinud. <sup>(4)</sup> See tõestab nakkushaiguste võimaliku levimise probleemi, eriti arvestades steriilse süstimisvarustuse vähest kättesaadavust ja ühiste süstalde kasutamise harjumust vanglates.

Korduvalt läbiviidud uuringud Tšehhi Vabariigis (1996–2002), Taanis (1995–2002), Leedus (2003–2004), Ungaris (1997–2004), Sloveenias (2003–2004) ja Rootsis (1997–2004) näitavad, et eri tüüpi uimastitarbimise esinemissagedus vangide seas on suurenenud, Prantsusmaa aga (1997–2003) teatab süstivate narkomaanide osakaalu märkimisväärselt vähenemisest vangide seas. <sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> Riigid, kes teatasid viimase viie aasta jooksul (1999–2004) läbiviidud uuringutest ja esitasid andmed uimastitarbimise suundumustest vanglates, olid Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Saksamaa, Kreeka, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Leedu, Ungari, Malta, Madalmaad, Austria, Portugal, Sloveenia, Slovakkia, Soome, Rootsi, Ühendkuningriik, Bulgaaria ja Norra.

<sup>(2)</sup> Vt tabel DUP-1 ja joonis DUP-1 2006. a statistikabülletäänis.

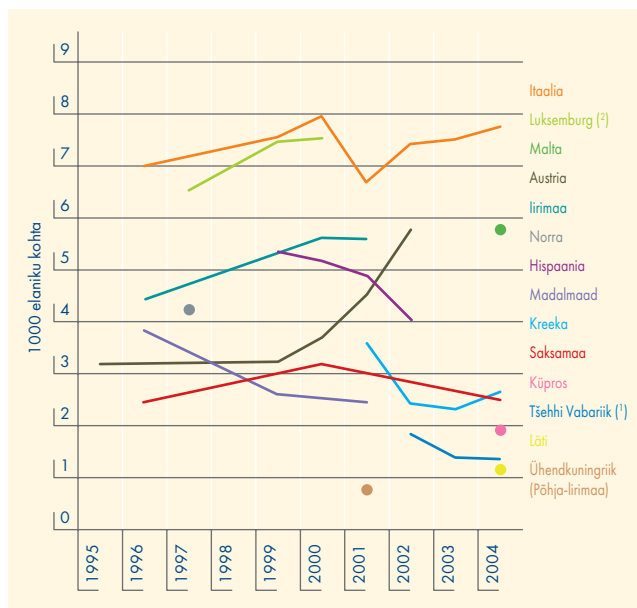
<sup>(3)</sup> Vt tabelid DUP-2 ja DUP-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(4)</sup> Vt tabelid DUP-3 ja DUP-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(5)</sup> Vt tabel DUP-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(171)</sup> Vt joonis PDU-6 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.

**Joonis 9:** probleemse opioiditarbimise levimuse suundumused 1995–2004 (esinemissagedus 1000 15–64aastase elaniku kohta)



(<sup>1</sup>) Hinnangud 18–64aastaste vanuserühma kohta.  
 (<sup>2</sup>) Ümberarvutatud andmetest 15–54aastaste vanuserühma kohta.  
 NB: ajajadad on ühendatud, juhul kui ajavahemiku jooksul on kasutatud sarnast meetodikat. Täiendava teabe saamiseks vt tabelid PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 2006. a statistikabülletäänis.

Allikad: riikide teabekeskused.

Kreeka, Hispaania) teatavad probleemse opioidide tarbimise vähenemisest, üks riik teatas selle suurenemisest (Austria – kuid seda on raske tõlgendada, sest andmete kogumise süsteem muutus selle ajavahemiku jooksul). Esimest korda ravile pöördunud inimestelt saadud andmed annavad alust arvata, et probleemse opioidide tarbimise sagedus võib üldiselt olla aeglaselt vähenemas, mistõttu lähitulevikus on oodata levimuse määrade langust.

## Uimastite süstimine

Süstivatel uimastitarbijatel on ebasoodsate tagajärgede, näiteks raskete nakkushaiguste või üleannustamise oht väga suur. Seepärast on oluline käsitleda uimastite süstimist eraldi.

Vähesed riigid esitavad üleriigilisi või kohalikke näitajaid uimastite süstimise kohta, (<sup>172</sup>) kuigi need on rahvatervise seisukohast väga olulised. Andmete vähesuse tõttu ei kategoriseerita käesolevas osas süstivaid uimastitarbijaid esmase uimasti alusel, kuid süstivate uimastitarbijate osakaalu suundumused ravi saanud heroïnitarbijate hulgas (täpsemalt allpool) on muidugi iseloomulikud heroïni süstimisele.

Enamik kättesaadavaid näitajaid uimastite süstimise kohta tuletatakse kas surmaga lõppenud üleannustamise määradest või andmetest nakkushaiguste (nagu näiteks HIV) kohta. Kättesaadavad näitajad on riigiti märkimisväärselt erinevad: alates 2000. a ulatuvad need ühe riigi ulatuses enamasti ühest kuni kuue juhtumini 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas, kusjuures enne 2000. a esines ka kõrgemaid näitajaid. Alates 2000. a on riikide hulgas, kus kõnealused näitajad on kättesaadavad, uimastite süstimise levimus riigis olnud kõige kõrgem Luksemburgis ja Austrias, umbes kuus juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Kõige madalam on see määr Küprosel ja Kreekas, ainult pisut üle ühe juhtumi 1000 elaniku kohta.

Teadadaolevad suundumused ajalisel plaanis ei ole ühtlased, mõnedes riikides ja piirkondades (näiteks Šotimaal, Ühendkuningriigis) on tegemist languse, teistes tõusuga. Kuid andmete vähesus selles valdkonnas tähendab, et selget pilti ei ole võimalik saada.

Süstijate osakaalu jälgimine ravi alustavate heroïnitariijate hulgas on oluline täiendus uimastite süstimise levimuse jälgimisele elanikkonna hulgas. Siiski on oluline meeles pidada, et täheldatud osakaal ei pruugi peegeldada kõikide uimastite süstimise levimuse suundumusi. Näiteks suure stimulantide tarbijate osakaaluga riikides (Tšehhi Vabariigis, Slovakkias, Soomes, Rootsis) ei pruugi süstimise määr heroïnitariijate hulgas iseloomustada üldist olukorda.

Süstivate uimastitarbijate osakaal ravi alustavate uimastitarbijate hulgas, kes tarbivad esmase uimastina heroïni, viitab samuti märkimisväärselt erinevustele uimastite süstimise määrades eri riikides ning ka suundumuste varieerumisele ajalisel plaanis. (<sup>173</sup>) Mõnes riigis (Hispaanias, Madalmaades ja Portugalis) on süstijate osakaal ravi saanud heroïnitariijate hulgas suhteliselt väike, teistes riikides aga tundub süstimine olevat ikka veel peamine heroïni tarbimise viis. Mõnes EL-15 riigis, mille kohta andmed on kättesaadavad (Taani, Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Ühendkuningriik), on süstimise määrad ravi saavate heroïnitariijate hulgas vähenenud. Kuid enamikus uutes liikmesriikides, vähemalt nendes, mille kohta andmed on olemas, on uimastisüstijate osakaal ravi alustavate heroïnitariijate hulgas suur.

## Andmed ravinõudluse kohta (<sup>174</sup>)

Paljudes riikides on opioidid (peamiselt heroïin) jätkuvalt peamine uimasti, mille tõttu kliendid ravi taotlevad. 2004. a ravinõudluse indikaatori raames teatatud ravitaotluste

(<sup>172</sup>) Vt joonis PDU-7 2006. a statistikabülletäänis.

(<sup>173</sup>) Vt joonis PDU-3 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.

(<sup>174</sup>) Vt joonealune märkus (70).



üldarvust umbes 60% ravitaotluste puhul nimetati peamise uimastina opioide – ning vaid pisut rohkem kui pooled (53%) nendest klientidest teatasid, et süstivad kõnealust uimastit. <sup>(175)</sup> Pandagu tähele, et ravinõudluse indikaator ei hõlma kõiki opioidide tarbimise tõttu ravi saavaid inimesi, keda on palju rohkem, vaid ainult neid patsiente, kes taotlesid ravi vastaval aruandeaastal.

Heroiinitarbimise tõttu ravi taotlevate patsientide osakaal on riigiti erinev. Kõige hiljutisemate kättesaadavate andmete alusel võib riigid jaotada kolme rühma vastavalt probleemsest heroiinitarbimisest teatavate uimastitarbijate osakaalule ravi taotlevate uimastitarbijate hulgas, ja seda alljärgnevalt:

- vähem kui 50%: Tšehhi Vabariik, Taani, Ungari, Madalmaad, Poola, Slovakkia, Soome, Rootsi;
- 50–70%: Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Küpros, Läti, Portugal, Ühendkuningriik, Rumeenia;
- rohkem kui 70%: Kreeka, Itaalia, Leedu, Luksemburg, Malta, Sloveenia, Bulgaaria. <sup>(176)</sup>

Riikide hulka, kus suur osa opioidide tarbijatest tarbib muid uimasteid peale heroini, kuuluvad Ungari, kus on laialt levinud kodusel teel valmistatud unimagunatoode tarbimine, ja Soome, kus enamik opioidide tarbijatest kuritarvitab buprenorfiini. <sup>(177)</sup>

Sarnaselt muude uimastite tarbijatega pöörduv enamik opioidide tarbijaid ravile ambulatoorse ravi keskustesse; kuid kokaiini ja kanepi tarbijatega võrreldes on statsionaarse ravi saajate osakaal opioidide tarbijate hulgas suurem.

Enamik riike, kus heroiinitarbimise tõttu ravile pöörduvate uute patsientide arv aastas on suur (välja arvatud Saksamaa, kus aruandluse baasi on laiendatud), teatab langusest viimase 4–5 aasta jooksul, kuigi mitte nende patsientide hulgas, kes on varem ravil viibinud. Korduvate ravitaotluste arv ei ole üldiselt vähenenud ning enamikus riikides on heroiinitarbimisega seotud ravitaotluste üldarv püsunud laias laastus stabiilsena. Märkimisväärseteks eranditeks on Saksamaa ja Ühendkuningriik, kus ravitaotluste üldarv on suurenenud. Kuid üldiselt on heroiinitarbimisega seotud ravitaotluste (kõikide ja uute taotluste) osakaal langenud; ajavahemikul 1999–2004 langes uute taotluste osakaal umbes kahelt kolmandikult

umbes 40%-le, kusjuures kanepi- ja kokaiinitarbimisega seotud ravitaotluste arv suurenes. <sup>(178)</sup>

Varasematel andmetel oli opioidide tarbimise tõttu ravi taotlevate patsientide rühm vananev ning see suundumus jätkus ka 2004. a. Peaaegu kõik ravi taotlevad opioidide tarbijad on üle 20 aasta vanad ning peaaegu pooled neist on üle 30 aasta vanad. Euroopa ulatuses kättesaadavad andmed näitavad, et vaid väike rühm opioidide tarbijaid (vähem kui 7%) on esimest korda abi otsides alla 20aastased. <sup>(179)</sup> Mõnikord harva teatatakse väga noortest inimestest (alla 15aastased), kes taotlevad ravi heroiinitarbimise tõttu, <sup>(180)</sup> näiteks 11–12aastased lapsed Sofias, Bulgaarias, kuid üldiselt esineb heroiinitarbimise tõttu ravi taotlemist noorte inimeste hulgas harva.

Opioide tarbivad patsiendid on ühiskonnas marginaliseeritud, nende haridustase on madal, tööpuuduse määr on nende hulgas kõrge ning sageli elavad nad ebamugavates elutingimustes; Hispaania andmetel on 17–18% opioide tarbivatest patsientidest kodutud.

Enamik opioide tarbivatest patsientidest teatab, et tarbis kõnealuseid uimasteid esmakordselt 15. ja 24. eluaasta vahel, kusjuures 50% klientidest tarbis kõnealuseid uimasteid esmakordselt enne 20. eluaastat. <sup>(181)</sup> Kuna ajaline vahe esmakordse tarbimise ja esmakordse ravi taotlemise vahel on tavaliselt 5–10 aastat ning ajavahemik tarbimise alustamisest regulaarse uimastitarbimiseni on hinnanguliselt 1,5–2,5 aastat (Soome riiklik aruanne), siis võib teha järelduse, et opioide tarbivad patsiendid tarbivad uimasteid regulaarselt tavaliselt 3–7 aastat, enne kui esmakordselt uimastiravile pöörduvad.

Kogu Euroopas süstivad opioide pisut rohkem kui pooled uutest ambulatoorsetesse ravikeskustesse ravile pöördunud opioide tarbivatest patsientidest ja nendest, kelle kohta on teada, mil viisil nad uimasteid manustavad. Üldiselt on uutes liikmesriikides ravi taotlevate opioiditarbijate hulgas süstimise sagedus kõrgem (üle 60%) kui EL-15 riikides (alla 60%), erandiks on Itaalia ja Soome, kus opioide süstimise teel manustavate uimastitarbijate osakaal patsientide hulgas on vastavalt 74% ja 79,3%. Uimastisüstijate osakaal opioiditarbijate hulgas on kõige madalam Madalmaades (13%) ja kõige kõrgem Lätis (86%). <sup>(182)</sup>

<sup>(175)</sup> Vt joonis TDI-2 ja tabel TDI-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(176)</sup> Vt tabel TDI-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(177)</sup> Vt tabel TDI-26 2006. a statistikabülletäänis; Reitoxi riikide aruanded.

<sup>(178)</sup> Vt joonis TDI-1 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(179)</sup> Vt tabel TDI-10 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(180)</sup> www.communitycare.co.uk

<sup>(181)</sup> Vt tabel TDI-11 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(182)</sup> Vt tabel TDI-17 2006. a statistikabülletäänis.

## Opioidisõltuvuse ravi

Eli narkostrategias 2005–2012 seatakse olulisele kohale ravi kättesaadavuse ja juurdepääsetavuse parandamine ning kutsutakse liikmesriike üles tagama laia valiku tõhusate raviteenuste pakkumine. Ambulatoorne ravi on läbi aegade olnud olulisel kohal opioidide probleemsete tarbijate ravis. Kuid ravivõimaluste pidev mitmekesistumine ning eelkõige asendusravi võimaluste märkimisväärne suurenemine on toonud kaasa ambulatoorse ravi suhtelise tähtsuse vähenemise.

Andmed opioiditarbijatele mõeldud eri tüüpi ravivõimaluste suhtelise kättesaadavuse kohta Euroopas on praegu piiratud. Vastuseks EMCDDA küsimustikule teatasid enamiku liikmesriikide (16) eksperdid, et peamine kättesaadav ravivõimalus on asendusravi. Kuid neljas riigis (Tšehhi Vabariigis, Ungaris, Poolas ja Slovakkias) on tavalisem ravimivaba ravi, ning kahes riigis, Hispaanias ja Rootsis, on tasakaalus ravimitega ravi ja ravimivaba ravi.

Opioidisõltuvuse asendusravi (peamiselt ravi metadooni või buprenorfiiniga) on kasutusel kõikides ELi liikmesriikides<sup>(183)</sup> ning ka Bulgaarias, Rumeenias ja Norras, ning Euroopas on nüüd suures osas üksmeelele jõutud, et tegemist on tõhusa meetodiga opioidide probleemsete tarbijate ravis, kuigi mõnes riigis on see jätkuvalt tundlik teema (vt 2. peatükk). Asendusravi osatähtsus tekitab üha vähem vaidlusi rahvusvahelisel tasandil; 2004. a võttis ÜRO vastu ühise seisukoha asendusravi kohta (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004) ning 2006. a juunis lisas Maailma Terviseorganisatsioon nii metadooni kui ka buprenorfiini oma hädavajalike ravimite näidismekirja.

Nüüdseks on olemas kindlad tõendid asendusravi programmide tõhususe kohta, milles kasutatakse selliseid aineid nagu metadoon või buprenorfiin. Uuringud on näidanud, et asendusraviga kaasneb ebaseaduslike uimastite tarbimise vähenemine, süstimismäärade vähenemine, käitumismallide taandumine, mis on seotud kõrge HIV või muude nakkushaiguste leviku ohuga, nagu näiteks tarbimisvahendite jagamine, ning nii sotsiaalse käitumise kui ka üldise tervise paranemine. Samuti on uuringud näidanud, et kuritegevuse tase võib väheneda ning et küllaldane asendusravi teenuste pakkumine võib vähendada uimastitega seotud surmade arvu. Optimaalse tulemuse saamiseks tuleb programmi õigeaegselt alustada, asendusravi peab olema piisavalt pikaajaline ja järjepidev ning ravimit tuleb annustada adekvaatselt.

Kõige sagedamini kirjutatakse Euroopas asendusraviks välja küll jätkuvalt metadooni, kuid ravivõimalused laienevad ning

buprenorfiin on nüüd kättesaadav 19 ELi riigis, Bulgaarias ja Norras, kuigi pole selge, kas see on ametlikult heaks kiidetud kasutamiseks asendusravis kõikides riikides, kus seda kasutatakse. Arvestades, et ravi kõrgetes annustes buprenorfiiniga võeti Euroopas kasutusele alles 10 aastat tagasi, on selle aine populaarsus ravivõimalusena kasvanud märkimisväärselt kiiresti (vt joonis 1).<sup>(184)</sup>

Pikaajaline asendusravi ei ole opioidisõltuvuse farmakoteraapia ainus eesmärk. Metadooni ja buprenorfiini kasutatakse ka opioidide võõrutusnähtude ravis, kus ravieesmärk on aidata inimesel jõuda karskuseni, manustades teatava ajavahemiku jooksul väiksemaid annuseid, et võõrutusnähte leevendada. Mõnikord kasutatakse tagasilanguse ennetamiseks ka opioidide antagonistid naltreksooni, vastumeelsust tekitavat farmakoteraapilist vahendit opioidisõltuvuse korral, sest see blokeerib heroini mõju, kuid selle aine tõhususe kohta ei ole veel kindlat tõestust saadud.

Mõnes riigis (Saksamaal, Hispaanias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis) on kasutusel ka väljakirjutatud heroini raviga ravigrammid, kuid sellist ravi saavate patsientide arv on muude asendusravi vormidega võrreldes väga väike (tõenäoliselt vähem kui 1% koguarvust). See ravivorm tekitab jätkuvalt vaidlusi ning tavaliselt määratakse seda teadusuuringu raames kauaaegsetele uimastitarbijatele, kelle puhul muud ravivõimalused pole tulemust andnud.

Hiljutine ülevaade uimastisõltuvuse ravi mõjust HIV leviku ennetamisele näitas, et käitumuslikud sekkumismeetmed võivad suurendada asendusravi positiivset mõju HIV leviku ennetamisele, samas aga on ainuüksi psühholoogilisel ravil vahelduv edu. Karskuse põhineva ravi tulemused olid HIV leviku ennetamise osas head nendel, kes said ravi 3 kuud või kauem (Farrell *et al.*, 2005).

### Metadoonitarbimise kontrollimine

Vastavalt ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtse konventsiooni I nimekirjale on metadoon kontrollitav uimasti ning INCB kontrollib igal aastal siseriiklike tarbimismäärasid.

EMCDDA andmetel oli aasta jooksul ELi liikmesriikides, Bulgaarias, Rumeenias ja Norras asendusravi saanud patsientide arv miinimumhinnangul rohkem kui 500 000 (vaata tabel 4 2005. a aruandes). Peale Tšehhi Vabariigi ja Prantsusmaa, kus ravi suurtes annustes buprenorfiiniga on kõige tavalisem ravivõimalus, kasutati kõikides teistes riikides rohkem kui 90% juhtudest metadooniravi.

<sup>(183)</sup> Küprosel kasutatakse metadooni detoksifitseerimisravis alates 2004. a ning teatatud on metadooni asendusravi pilootprojekti alustamisest, kuid ravijuhtudest ei ole teatatud. Türgis on metadoon ametlikult registreeritud kasutamiseks opioidisõltuvuse ravis, kuid ravijuhtudest ei ole teatatud.

<sup>(184)</sup> Vt valikeema buprenorfiini kohta 2005. a aruandes.

ELis ja USAs tarbitakse kokku 85% kogu maailmas tarbitavast metadoonikogusest ning nendes riikides on metadoonitarbimine viimase aastakümne jooksul pidevalt suurenenud. Mõlemas piirkonnas stabiliseerusid tarbitavad kogused ajavahemikul 1997–2000, kuid seejärel leidis Ameerika Ühendriikides aset järsk tõus. Praegu on metadoonitarbimise määrad ELis umbes poole väiksemad kui USAs. <sup>(185)</sup>

Tavaliselt kaasneb märkimisväärne tarbimismäärade tõus kõnealuse ravivõimaluse kasutuselevõtmisega riiklikul

tasandil. Näiteks Prantsusmaal järgnes metadooniravi laiaulatuslikule kasutuselevõtmisele 1995. aastal järsk tarbimismäärade tõus, 31 kilogrammilt 1995. aastal 446 kilogrammile 2004. aastal.

Viimasel ajal võib märke metadoonitarbimise määrade stabiliseerumisest täheldada Taani, Hispaania, Malta, Madalmaade ja võibolla ka Saksamaa statistikas. See on kooskõlas suundumustega ravi saavate klientide arvu osas (vt 2. peatükk).

---

<sup>(185)</sup> Vt joonis NSP-2 2006. a statistikabülletäänis.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## 7. peatükk

# Uimastitega seotud nakkushaigused ja uimastitega seotud surmad

## Uimastitega seotud nakkushaigused

Üks tõsisemaid tagajärgi tervisele, mida toob kaasa ebaseaduslike uimastite tarbimine, eelkõige süstimine, on nakatumine HIVsse ning muudesse nakkushaigustesse, peamiselt C- ja B-hepatiiti. Seos uimastisüstimise ja nakatumise vahel on kindel. Seepärast on uimastisüstimise ja süstimistarvete omavahel jagamise vähendamine tervishoiualaste sekkumiste peamine eesmärk selles valdkonnas. Uuringud viitavad ka seosele uimastitarbimise ning kõrge riskiga seksuaalkäitumise vahel; see näitab, et üha olulisem on ühendada uimastitarbimise vastased sekkumised seksuaaltervishoidu käsitlevate strateegiatega. Järelevalve Euroopa tasandil hõlmab tavalistest allikatest andmete kogumist nakkushaiguste kohta, mille puhul võib riskiteguriks pidada uimastisüstimist, ning uimastitarbijate hulgas erinevates keskkondades tehtavate eriuuringute kaudu.

## HIV ja AIDS

### Hiljutised suundumused uute HIV juhtude osas

Käesoleval ajal on uimastisüstimisega seostatavate uute diagnoositud HIV nakkuse juhtude arv enamikus riikides väike. Riigid, kus HIV nakkuse määrad uimastisüstimise hulgas on püsivalt madalad, pakuvad head võimalust uurida, millised tegurid seda mõjutavad; see on küsimus, mis tõstatati kehtivas ELi uimastitevastases tegevuskavas, ning see on ka EMCDDA koostööuuringu keskne teema. Rahuloluks pole aga põhjust; ei Hispaania ega ka Itaalia, kus on esinenud HIV epideemiaid uimastisüstimise seas, ei esitanud üleriigilisi andmeid HIV nakkuse juhtude kohta ning see vähendab olulisel määral olemasolevate andmete väärtust ELi üldise olukorra kirjeldamisel. Veelgi enam, mõnest riigist saadud andmed põhjustavad muret, et HIV nakkuse levik võib olla laienemas, eelkõige mõnedes uimastisüstimise rühmades.

Prantsusmaal, kus HIV nakkusjuhte on registreeritud alles alates 2003. aastast, on suurenenud HIV sagedus uimastisüstimise hulgas (ehkki küll madalalt tasemelt); 2003. a oli see miljoni inimese kohta hinnanguliselt 2,3 juhtu ning 2004. a 2,9 juhtu. Kuigi üldiselt on see vastavuses kättesaadavate

uuringuandmetega (täpsemalt allpool), tuleb meeles pidada, et uued aruandlussüsteemid on alguses sageli ebastabiilsed. Portugalis seavad varem registreeritud näiva languse uute HIV juhtude arvus kahtluse alla 2004. a andmed, mille kohaselt HIV nakkuse esinemissagedus oli 98,5 juhtu miljoni inimese kohta, kõige kõrgem ELis. <sup>(186)</sup> Ühendkuningriigis on HIV esinemissagedus uimastisüstimise hulgas aeglaselt suurenenud, kuid on praegu stabiilne, ulatudes pisut vähem kui 2,5 juhuni miljoni inimese kohta aastas. Iirimaa suurenes esinemissagedus 1990ndate aastate lõpus, tõusu haripunktiks oli 18,3 juhtu miljoni inimese kohta 2000. a, 2001. a langes see 9,8 juhuni miljoni inimese kohta ning seejärel suurenes 17,8 juhuni miljoni inimese kohta 2004. a.

Uimastisüstimisega seotud HIV epideemiaid esines hiljuti 2001. a Eestis ja Lätis ning 2002. a Leedus. Pärast seda on kõnealused määrad märgatavalt langenud; uute diagnoositud juhtude arvu vähenemine on ootuspärane pärast esimest epideemiafaasi, kui nakkus saavutab endemilisel püsiva taseme (täpsemalt allpool).

### HIV-seropositiivsus testitud uimastisüstimise hulgas

Uimastisüstimise seropositiivsuse andmed (nakatunute protsent uimastisüstimise proovide hulgas) on oluline täiendus andmetele HIV juhtude kohta. Seropositiivsuse kordusuuringute ja diagnostiliste analüüside andmete pideva kontrollimise abil on võimalik kinnitada aruandluse andmete põhjal tehtud järeldusi ning esitada üksikasjalikum teavet eri piirkondade ja keskkondade kohta. Kuid levimusandmete allikad on erinevad ja neid on kohati raske võrrelda; seepärast tuleks neid tõlgendada ettevaatlikult.

Kättesaadavad seropositiivsuse andmed kinnitavad suures osas aruandluse andmetes registreeritud HIV juhtude arvu hiljutist suurenemist mõnes riigis, kuid seropositiivsuse andmed annavad alust arvata, et kõrgendatud valvsus on vajalik ka teistes riikides peale kõnealuste.

Balti riikides annavad kättesaadavad seropositiivsuse andmed alust arvata, et HIV nakkuse levikut uimastisüstimise hulgas ei ole veel kontrolli alla saadud (joonis 10). Hiljutine uuring Eestis näitab, et levimus uimastisüstimise hulgas

<sup>(186)</sup> Vt joonised INF-2 (i osa) ja INF-5 (iv osa) 2006. a statistikabülletäänis.



noorte uimastisüstijate hulgas on kõrge (15% 2002. a ühes piirkonnas, 4–11% 2004. a kahes teises piirkonnas). 2002. a uuringus teatati neljast HIV nakkuse juhust 45 uuest uimastisüstijast koosnevas valimis (9%); kuid 2004. a uuringus ei leitud 20 uimastisüstijast koosnevas valimis ühtegi HIV nakkuse juhtu.

Lõpuks võib märkida, et mõnes riigis, kus uimastisüstijate hulgas pole ulatuslikke epideemiaid esinenud, annavad hiljutised levimusandmed alust arvata, et on põhjust valvel olla. See kehtib Luksemburgi, Austria ja Ühendkuningriigi kohta, kuigi kõnealuste määrade suurenemine on piiratud ning aruandluse andmed seda ei kinnita.

### Madala HIV nakkuse levimusega riigid

HIV levimus kontrollitud uimastisüstijate hulgas on ELis riigiti endiselt väga erinev (joonis 10). Paljudes riikides on HIV levimus uimastisüstijate hulgas viimasel ajal suurenenud või olnud kõrge juba palju aastaid. Kontrastina aga oli HIV levimus uimastisüstijate hulgas mitmes riigis väga madal aastatel 2003–2004: HIV levimus oli alla ühe protsendi või umbes üks protsent Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Ungaris, Maltal, Sloveenias (üleriigiliste valimite põhjal) ning Slovakkias, Bulgaarias, Rumeenias, Türgis ja Norras (piirkondlike valimite põhjal). Mõnes neist riikidest (näiteks Ungaris) on nii HIV levimus kui ka C-hepatiidi viiruse levimus madalam kui mujal Euroopas, mis viitab madalatele uimastisüstimise määradele (vt „B- ja C-hepatiit“, vt allsool), kuid samas on mõnes riigis (nt Rumeenias) ilmnenud tõendeid C-hepatiidi levimuse kasvust.

### Soolised erinevused HIV levimuses analüüsitud uimastisüstijate hulgas

Kättesaadavates seropositiivsuse andmetes 2003.–2004. a kohta kajastuvad kontrollitud uimastisüstijate hulgas<sup>(188)</sup> erinevused meeste ja naiste vahel. Kombineeritud andmed Belgiast, Eestist (2005), Hispaaniast (2002), Prantsusmaalt, Itaaliast, Luksemburgist, Austriast, Poolast ja Portugalist andsid kokku 124 337 meest ja 20 640 naisest koosneva valimi, kellelt võeti analüüsid peamiselt uimastiravi keskustes või muudes uimastiravi pakkuvates asutustes. Üldine levimus oli 13,6% meeste hulgas ja 21,5% naiste hulgas. Riigiti esineb märgatavaid erinevusi, kusjuures naiste osakaal võrreldes meestega on kõige kõrgem Eestis, Hispaanias, Itaalias, Luksemburgis ja Portugalis, samas kui Belgias on suundumus vastupidine levimus on kõrgem meeste hulgas.

### AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus

Kuna 1996. a kasutusele võetud aktiivne retroviirusevastane ravi hoiab tõhusalt ära AIDSi tekkimise HIVga nakatunud inimestel, on AIDSi haigestumuse andmete väärtus HIV leviku indikaatorina kahanenud. Kuid need andmed näitavad siiski sümptomaatilise haiguse üldist määra ning lisaks on oluliseks indikaatoriks aktiivse retroviirusevastase ravi kasutuselevõtmise ja katvuse kohta uimastisüstijate hulgas.

Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul oli 2003. a aktiivse retroviirusevastase ravi katvus ravi vajavate patsientide hulgas kõrge Lääne-Euroopa riikides (rohkem kui 70%), kuid piiratud enamikus Ida-Euroopa riikides, teiste hulgas ka Eestis, Leedus ja Lätis.<sup>(189)</sup> Värskeimad andmed aktiivse retroviirusevastase ravi katvuse kohta näitavad, et olukord on märgatavalt paranenud ning kõik ELi riigid ja kandidaatriigid on nüüdseks saavutanud vähemalt 75% katvuse. Siiski ei ole kättesaadavad spetsiifilised andmed aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavuse kohta uimastisüstijate hulgas ning see, kas ravi katvuse suurenemine kajastub AIDSi haigestumuse vähenemises uimastisüstijate hulgas Eestis ja Lätis, selgub alles hiljem.

Kõigis neljas Lääne-Euroopa riigis, kus AIDSi esineb kõige rohkem, see tähendab Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias ja Portugalis, on haigestumus vähenenud, kolmes esimeses riigis alates umbes 1996. a, kuid Portugalis alles 1999. a. Portugalis on AIDSi haigestumus uimastisüstijate hulgas ikka veel kõige kõrgem, 2004. a oli see 31 juhtu miljoni inimese kohta. Kuid Lätis on haigestumus peaaegu sama kõrge, 30 juhtu miljoni inimese kohta.

AIDSi Epidemioloogilise Järelevalve Euroopa Keskuse (EuroHIV) andmed 2004. aastani (võttes arvesse aruandlusega seotud viivitusi) näitavad, et AIDSi haigestumus uimastisüstijate hulgas on suurenenud nii Eestis kui ka Lätis.<sup>(190)</sup>

### B- ja C-hepatiit

#### C-hepatiit

C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade levimus uimastisüstijate hulgas on üldiselt väga suur, kuid esineb suuri erinevusi nii piirkonniti kui riigiti. Rohkem kui 60% levimusest aastatel 2003–2004 analüüsitud uimastisüstijate valimites teatasid Belgia, Taani, Saksamaa, Kreeka, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Poola, Portugal, Ühendkuningriik, Rumeenia ja Norra ning levimus oli alla 40% Belgia, Tšehhi Vabariigi, Kreeka,

<sup>(188)</sup> Vt joonis INF-3 (v osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(189)</sup> Vt joonis INF-14 (iii osa ja iv osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(190)</sup> Vt joonis INF-1 (i osa) 2006. a statistikabülletäänis.



Küprose, Ungari, Malta, Austria, Sloveenia, Soome ja Ühendkuningriigi valimites. <sup>(191)</sup>

Andmed C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade levimuse kohta noorte (alla 25aastaste) uimastisüstitajate hulgas on kättesaadavad 14 riigi kohta, kuid mõnel juhul on valimid väikesed. Tulemused on väga erinevad, riigid teatavad nii kõrgetest kui ka madalatest näitajatest, mis on saadud eri valimitest. Aastatel 2003–2004 oli levimus noorte uimastisüstitajate hulgas kõige kõrgem (üle 40%) Belgia, Kreeka, Austria, Poola, Portugali, Slovakkia ja Ühendkuningriigi valimites ning kõige madalam oli levimus (alla 20%) Belgia, Kreeka, Küprose, Ungari, Malta, Austria, Sloveenia, Soome, Ühendkuningriigi ja Türgi valimites. Võttes arvesse ainult noori uimastisüstitajaid käsitlevaid riikliku ulatusega uuringuid, on levimus kõige suurem (üle 60%) Portugalis ja kõige väiksem (alla 40%) Küprosel, Ungaris, Maltal, Austrias ja Sloveenias. Kuigi valimite moodustamiseks kasutatud meetoditest võib tuleneda erapoolikus kroonilise viiruse kandjate rühma suhtes, on C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade kõrge levimus Portugali riiklikus valimis (67% 108st alla 25aastasest uimastisüstitajast) siiski murettekitav ning võib viidata jätkuvale kõrge riskiga käitumisele noorte uimastisüstitajate hulgas (vt ka „Hiljutised suundumused uute HIV juhtude osas”, lk 75).

Andmeid C-hepatiidi viiruse (HCV) antikehade esinemissageduse kohta uute uimastisüstitajate hulgas (süstinud vähem kui 2 aastat) on vähe ning kõnealused valimid on väikesed, kuid need võivad pakkuda paremaid asendusnäitajaid hiljutiste haigestumuse määrade kohta kui andmed noorte uimastisüstitajate kohta. Aastate 2003–2004 kohta kättesaadavad andmed näitavad, et kõige kõrgem oli levimus uute uimastisüstitajate hulgas (üle 40%) Kreeka, Poola, Ühendkuningriigi ja Türgi valimites ning levimus oli kõige madalam (alla 20%) Belgia, Tšehhi Vabariigi, Kreeka, Küprose ja Sloveenia valimites. Levimus oli madal väikestes, kuid riikliku katvusega uute süstitajate valimites Küprosel (ainult kahel 23 uimastisüstitajast oli C-hepatiidi viiruse antikehade analüüs positiivne, 9%) ja Sloveenias (kahel 32st ehk 6%-l oli analüüs positiivne).

### B-hepatiit

B-hepatiidi viiruse (HBV) levimus on samuti väga erinev nii piirkonniti kui riigiti. Kõige täielikumad andmed on olemas anti-HBc kohta, mis viitab varasemale infektsioonile. Ajavahemikul 2003–2004 teatasid rohkem kui 60% levimusest uimastisüstitajate valimites Itaalia ja Poola ning vähem kui 20% levimusega valimeid leidis Belgias, Iirimaa, Küprosel, Austrias, Portugalis, Sloveenias, Slovakkias

ja Ühendkuningriigis. B-hepatiidist teatamise andmed ajavahemiku 1992–2004 kohta näitavad, et andmed esitanud riikides on olukord väga erinev. <sup>(192)</sup> Põhjamaades esineb suur osa teatatud ägeda B-hepatiidi juhtudest uimastisüstitajatel ning mitmes riigis on B-hepatiidi epideemiad langenud kokku uimastisüstitamise tõusuga. Näiteks andmed Norra kohta viitavad B-hepatiiti haigestumise suurele tõusule uimastisüstitajate hulgas ajavahemikul 1992–1998, millele järgnes langus. Soomes on teateid uimastisüstitajate B-hepatiidist viimastel aastatel palju vähem, mis võib olla vaksineerimisprogrammide ning ulatusliku nõela- ja süstlavahetuse süsteemi kasutuselevõtmise tulemus.

## Nakkushaiguste ennetamine

### Tõhusad meetmed

Mitmed tervishoiu meetmed on toonud kasu nakkushaiguste leviku vähendamisel uimastitarbijate hulgas ning ollakse üha rohkem ühel meelel, et kõikehõlmav lähenemine teenuste pakkumisele selles valdkonnas on väga tõenäoliselt edukas. Varem on arutelude teemaks olnud peamiselt HIV nakkuse ennetamine uimastisüstitajate hulgas, kuid üha rohkem leiavad vastukaja vajadus tõhusate meetmete järele hepatiidi leviku tõkestamiseks ning vajadus ennetada nakkushaiguste levikut mitesüstitavate uimastitarbijate hulgas.

Pandagu tähele, et kõige paremini on tõestatud meetmete tõhusus HIV nakkuse ennetamisel uimastisüstitajate hulgas. Hulk kindlaid kättesaadavaid tõendeid näitab, et seksimeetmeid võib pidada tõhusaks ning kõikide ravivormide kättesaadavus pakub kaitset (Farrell *et al.*, 2005; WHO, 2005). 1990ndate aastate keskpaigast peale on Euroopa meetmetele olnud iseloomulik üha ulatuslikum uimastisõltuvuse ravi pakkumine (vt 2. peatükk) ning üldiselt tundub see olevat üks peamisi elemente, tänu millele on HIV epideemilise leviku olukord Euroopa uimastisüstitajate hulgas praegu suhteliselt lootusrikas.

Ravi on vaid üks osa kõikehõlmavast lähenemisest HIV ennetamisele. Muude elementide hulka kuuluvad mitmed erisugused info-, haridus- ja suhtlemisprogrammid, vabatahtlik nakkushaigustealane nõustamine ja analüüsid, vaksineerimine ja steriilsete süstitamisvahendite jagamine ning muud profülaktilised meetodid. Need meetmed, nagu ka raviteenuste pakkumine madala läve keskustes või mõnikord isegi tänaval võivad aidata luua või parandada kontakti aktiivsete uimastitarbijate ja nende seksuaalpartneritega, et teavitada neid uimastitarbimisega seotud tervisekahjustuste ohust ja ennetamisest.

<sup>(191)</sup> Vt joonis INF-6 (i osa) 2006. a statistikaülevaatus.

<sup>(192)</sup> Vt joonis INF-12 (i osa) 2006. a statistikaülevaatus.



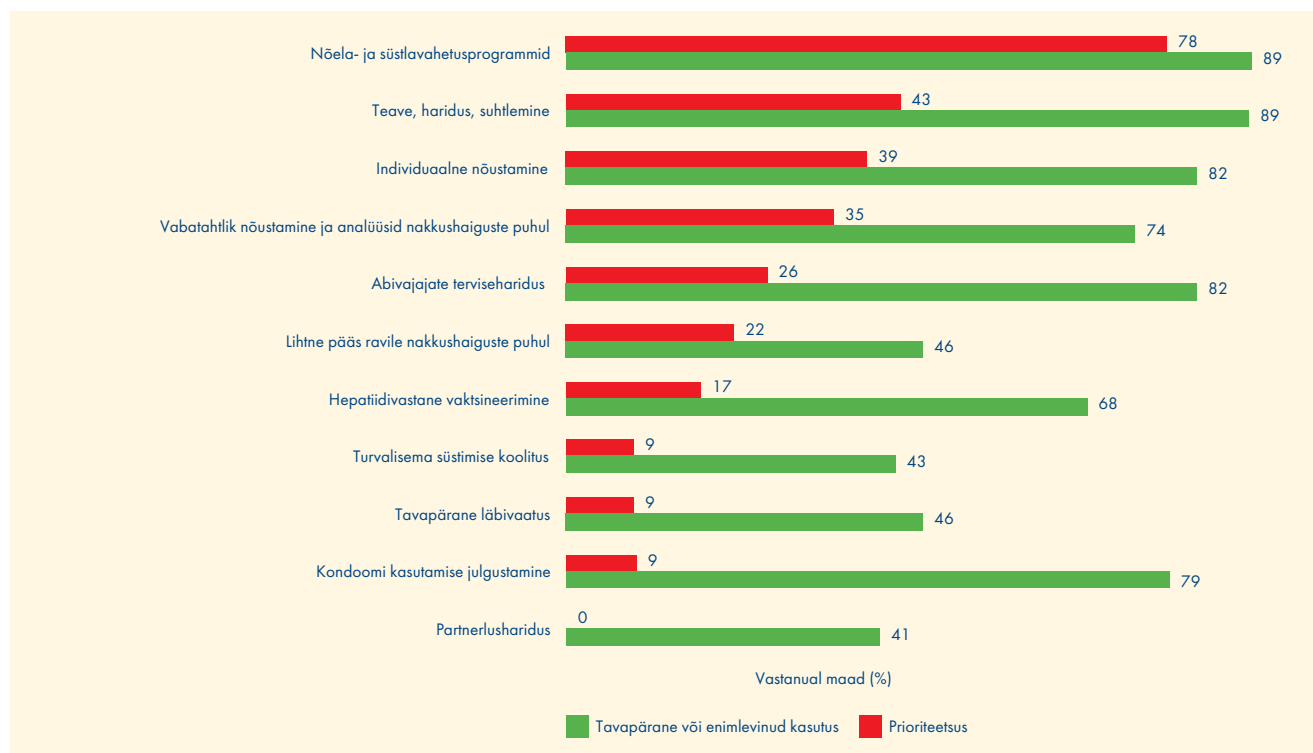
Üldine osalus kõikehõlmavas lähenemises ei tähenda, et kõiki kõnealuseid teenuseid arendatakse välja või toetatakse võrdsel määral riiklikul tasandil. Siiski tundub, et jõutud on teatavale üksmeelele. Riikide teabekeskustes läbi viidud uuringus pidas kolm neljast küsitatud uimastisüstijast nakkushaiguste leviku tõkestamise siseriikliku strateegia prioriteediks nõela- ja süstlavahetusprogramme ühendatuna nõustamisega (joonis 11). Asjaolu, et nii paljud riigid nimetavad puhaste süstimisvahendite kättesaadavaks tegemist osana oma HIV ennetamise strateegiast, näitab, et selle teenuse pakkumine on Euroopas üldiselt tavapäraseks muutunud ning enamikus riikides ei peeta seda enam vaidlusi tekitavaks teemaks. See ei tähenda aga, et vastava teenuse kasulikkuses ollakse kõikjal ühel meelel. Näiteks Kreeka ja Rootsi ei pidanud seda oma strateegia prioriteediks, kuid üldiselt on pilt selles valdkonnas rakendatavate sekkumismeetmete osas kogu Euroopas suhteliselt ühtlane <sup>(193)</sup> ning kõik riigid peale Küprose teatavad steriilsete nõelte ja süstalde vahetamise või jagamise programmidest. <sup>(194)</sup>

### Nõela- ja süstlavahetusprogrammid Euroopa riikides

Kuigi praegu jagatakse enamikus Euroopa riikides steriilseid süstimisvahendeid, on jagamise laad ja ulatus riigiti erinev. Kõige sagedasem on teenuse pakkumine kindlas kohas, tavaliselt uimastiteenistuses, kuid sageli lisandub sellele mobiilne teenusepakkumine, mille eesmärk on jõuda uimastitarbijateni kogukondades. Kaheksas riigis on lisaks nõela- ja süstlavahetusprogrammidele olemas ka süstlavahetuse või -müügi automaadid, <sup>(195)</sup> kuid neid leidub vaid vähestes kohtades, ainult Saksamaa ja Prantsusmaa teatavad ulatuslikumast tegevusest selles vallas (vastavalt umbes 200 ja 250 automaati). Hispaania on ainus ELi riik, kus vanglates on pidevalt võimalik nõelu ja süstlaid vahetada, 2003. a pakuti seda teenust 27 vanglas. ELi riikidest teatab sellealast tegevusest veel ainult Saksamaa, kus kõnealust teenust pakutakse ühes vanglas.

Apteekides teostatav vahetus aitab laiendada teenuse pakkumise geograafilist ulatust, ning lisaks võib puhaste

**Joonis 11:** süstivatel narkomaanidel nakkushaiguste ennetamiseks mõeldud valikmeetmete prioriteetsus ja kasutusulatus vastavalt riiklike ekspertide arvamusele – kokkuvõte vastanud maade osas



**NB:** prioriteetsuse hinnangud ELi 23 liikmesriigist, samuti Bulgaariast ja Norrast. Hinnanguid ei saanud Iirimaa, Küpros, Leedu ja Madalmaad. Kasutusulatuse hinnangud saadi ELi kõigi 25 liikmesriigi ekspertidelt, samuti Bulgaariast ja Norrast. Belgia prantsuse ja flaami kogukond saatsid eraldi hinnangud, mistõttu vastuste koguarv on 28.

**Allikad:** riikide teabekeskuste ekspertide ülevaated, SQ 23 (2004), küsimus 5.

<sup>(193)</sup> Vt joonis NSP-3 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(194)</sup> Tutvu lühikokkuvõttega tõenditest nõela- ja süstlavahetusprogrammide efektiivsuse kohta 2005. a aruandes (lk 68).

<sup>(195)</sup> Vt joonis NSP-2 2006. a statistikabülletäänis.

süstalde müük apteekides suurendada nende kättesaadavust. Süstalde müümine ilma retseptita on lubatud kõikides ELi riikides peale Rootsi, kuid mõned apteekrid ei soovi seda teha ning mõned püüavad uimastitarbijatest ostjaid lausa eemale peletada. Apteekides süstalde vahetamise või jagamise ametlikud võrgustikud on olemas üheksas Euroopa riigis (Belgias, Taanis, Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades, Portugalis, Sloveenias ja Ühendkuningriigis), kuid nendes osalemine on väga varieeruv, Portugalis osalevad peaaegu pooled apteegid (45%), Belgias aga vähem kui 1%. Põhja-lirimaal toimub nõelte ja süstalde vahetus praegu ainult apteekides.

Apteegist süstalde ostmine võib mõne uimastisüstija jaoks olla peamine kokkupuude tervishoiuteenustega ning võimalus, et see kokkupuude viib muude teenuste kasutamiseni, on selgelt olemas. Apteekrite motiveerimine ja toetamine uimastitarbijatele pakutavate teenuste väljaarendamisel võiks apteekide rolli laiendamise mõttes väga oluline olla, kuid praegu tehakse suuremaid sellisuunalisi investeeringuid vaid Prantsusmaal, Portugalis ja Ühendkuningriigis.

## Suremus ja uimastitega seotud surmad

### Probleemsete uimastitarbijate suremus

Enamik andmeid probleemsete uimastitarbijate suremuse kohta Euroopas puudutab opioidide tarbijaid. Muude uimastite tarbimisega seotud suremuse kohta on andmeid vähem, kuid see teema on rahvatervise seisukohast endiselt oluline.

Ühe EMCDDA projekti raames alustatud koostööuuringu käigus uuriti suremust opioidide tarbijate hulgas, kes olid uuringusse värvatud ravikeskustes kaheksas Euroopa punktis. <sup>(16)</sup> Uuringus selgus, et opioidide tarbijate suremus on eakaaslastega võrreldes väga kõrge: meestel 6–20 korda kõrgem ja naistel 10–50 korda kõrgem. Kuues punktis (Amsterdamis, Barcelonas, Dublinis, Londonis, Roomas ja Viinis) võis hinnanguliselt 10–23% 15–49aastaste täiskasvanute üldisest suremusest kanda opioidide tarbimise, peamiselt üleannustamise, AIDSi ja välistest teguritest tingitud surmapõhjuste (õnnetused, enesetapud) arvele. Laias laastus kolmandik kõnealustest uimastitega seotud surmadest oli põhjustatud üleannustamisest, kuid nende osakaal oli suurem linnades, kus HIV nakkuse levimus uimastisüstijate hulgas oli madalam, ning on tõenäoline, et see suureneb, kui aktiivne retroviirusevastane ravi muutub kättesaadavamaks.

Tšehhi Vabariigis uimastitarbijate kogukondades läbi viidud suremuse uuring näitas, et stimulantide tarbijate suremus oli

### Süstlavahetuse võimalus Euroopas: on see piisav?

Kuigi peaaegu kõik liikmesriigid teatavad teatud ulatuses nõela- ja süstlavahetusprogrammide olemasolust, sõltub selle meetodi mõju sellest, kuivõrd see vastab süstivate narkomaanide vajadustele.

Üheksast Euroopa riigist on olemas värsked hinnangud süstivate narkomaanide arvu ning süstlavahetusprogrammide kaudu väljajagatud süstalde arvu kohta. Nende andmete põhjal võib ligikaudselt hinnata aastas ühe süstija kohta eraldatavate süstalde arvu. <sup>(1)</sup> Värskeimad olemasolevad andmed näitavad, et süstlavahetusprogrammide hõlmavus erineb väga palju, näiteks Kreekas on ühe süstiva narkomaani kohta aastas eraldatud süstalde arv 2–3, Tšehhi Vabariigis, Lätis, Austrias ja Portugalis 60–90, Soomes umbes 110, Maltal 210 ning üle 250 Luksemburgis ja Norras. Lisaks on süstlad saadaval ka apteekides ning Tšehhi Vabariigis ja Soomest saadud andmed võimaldavad hinnata süstalde üldist kättesaadavust. Süstalde jagamise ja müügi ühendatud andmed näitavad, et Tšehhi Vabariigis muretseb süstiv narkomaan endale aastas 125 ja Soomes 140 süstalt.

Teadu on mitmeid tegureid, mis mõjutavad süstimise sagedust uimastitarvitajate seas, seejuures tarvitamise struktuuri, sõltuvuse taset ja kasutatavate uimastite tüüpi. Hiljutisest uuringust, milles uuriti HIV esinemissageduse ja süstlavahetusprogrammi hõlmavuse seoseid, selgus, et käitumuslikud tegurid, näiteks süstimise sagedus ja isiku tava kasutada süstlaid korduvalt, mõjutavad oluliselt seda, kui ulatuslikku süstlavahetust on vaja, et oluliselt vähendada HIV esinemissagedust (Vickerman *et al.*, 2006).

Süstlavahetusprogrammide hõlmavuse mõõtmine on oluline, et mõista süstlavahetuse tõenäolist mõju haiguste ennetamisele ning välja selgitada rahuldamata vajadusi. Siiski on oluline andmete tõlgendamisel arvesse võtta süstalde kättesaadavust apteekides (hinnad, apteegivõrgu tihedus), samuti süstivate narkomaanide käitumismudeleid ja keskkonnategureid. Seda teemat arutatakse põhjalikumalt 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(1)</sup> Tehniliste märkuste asjus vt 2006. a statistikabülletään.

4–6 korda kõrgem (standardiseeritud suremuse suhtarv) ning opioidide tarbijate suremus 9–12 korda kõrgem kui elanikkonna üldine suremus. Prantsusmaal uimastitarbijate kogukondades läbi viidud uuring, mille käigus jälgiti heroïini, kokaiini või crack'i tarbimise tõttu vahistatud inimesi, näitas, et meestel oli suremus viis korda kõrgem ja naistel 9,5 korda kõrgem kui elanikkonna üldine suremus, kuid suundumus oli langemas.

<sup>(16)</sup> Amsterdamis, Barcelonas, Dublinis, Taanis, Lissabonis, Londonis, Roomas ja Viinis. Elanikkonna suremuse näitajad ei sisaldanud Lissaboni ja Taani andmeid. Vt EMCDDA (2002b).

Opioidide tarbijate vananedes lisandub suurem krooniliste haiguste tagajärjel (tsirroos, vähk, hingamisteede haigused, endokardiit, AIDS) surmapõhjustele, mis on tingitud muudest välistest teguritest peale üleannustamise, nagu näiteks enesetapud ja vägivald (Madalmaade 2004. ja 2005. a riiklik aruanne, Amsterdami linna tervishoiuteenistus). Uimastitarbijate eluolulised tegurid (näiteks kodutus, vaimuhaigused, vägivald, kehv toitumus) suurendavad samuti märgatavalt kõrget suremust selles elanikkonna rühmas.

Lisaks oli veeniselise uimastitarbimisega seotud AIDS surmapõhjuseks 1528 surmajuhtumit puhul 2002. a, <sup>(197)</sup> kuid siinkohal on tõenäoliselt tegemist alahindamisega. Uimastitega seotud surmade muid põhjuseid, nagu haigused (näiteks hepatiit), vägivald ja õnnetused, on raskem hinnata, kuid on tõenäoline, et nende arvele langeb suur hulk surmajuhtumeid. Hinnanguliselt 10–20% surmajuhtumitest noorte täiskasvanute hulgas Euroopa linnades saab kanda opioidide tarbimise arvele (lähemalt vt ülal). Sellele tuleks veel liita muude uimastiite tarbimisega seotud suurem, kuid seda on väga raske kvantifitseerida.

## Uimastitega seotud surmad

Uimastitega seotud surmad on mitmetahuline mõiste. Mõnes aruandes tähistab see ainult otseselt psühhoaktiivsete ainete toimest põhjustatud surmajuhtumeid, samas kui mujal hõlmab see ka surmajuhtumeid, milles uimastil oli kaudne või juhuslik roll (liiklusõnnetused, vägivald, nakkushaigused). Hiljutises aruandes, milles analüüsiti Ühendkuningriigis illegaalsete uimastiite tarbimisest põhjustatud kahjude liike, jõuti järeldusele, et peamine uimastitarbimisega seotud kahju on uimastitega seotud surmajuhtumid (MacDonald *et al.*, 2005).

Käesolevas osas, ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse protokollis, tähistab väljend „uimastitega seotud surmad“ neid surmajuhtumeid, mis on otseselt põhjustatud ühe või mitme uimasti tarbimisest ning mis tavaliselt leiavad aset lühikese ajavahemiku jooksul pärast kõnealus(t)e aine(te) tarbimist. Selliste surmajuhtumite kohta kasutatakse ka väljendeid „üleannustamised“, „mürgistused“, „uimastitest põhjustatud surmad“ või „uimastitest põhjustatud äkksurmad“. <sup>(198)</sup>

Aastatel 1990–2003 teatasid ELi riigid 6500 kuni rohkem kui 9000 surmajuhtumit aastas, kokku üle 113 000 surmajuhtumit selle ajavahemiku jooksul. Neid näitajaid võib pidada miinimumhinnanguks, sest tõenäoliselt esitasid paljud riigid ebatäielikud andmed. <sup>(199)</sup>

Uimastitega seotud surmadest tuleneva suuremuse määr elanikkonna hulgas oli Euroopas riigiti väga erinev, ulatudes 0,2st kuni rohkem kui 50 surmajuhtumini miljoni elaniku kohta (keskmine 13). Enamikus riikides jääb see näitaja vahemikku 7–30 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta, rohkem kui 25 on suuremuse määr Taanis, Eestis, Luksemburgis, Soomes, Ühendkuningriigis ja Norras. 15–39aastaste meeste hulgas on suuremuse määr tavaliselt kolm korda kõrgem (keskmiselt 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), seitsmes riigis on see rohkem kui 80 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Aastatel 2003–2004 langes uimastitega seotud surmade arvele 3% kõikidest 15–39aastaste täiskasvanute surmajuhtumitest kogu Euroopas, rohkem kui 7% oli see määr Taanis, Kreekas, Luksemburgis, Maltal, Austrias, Ühendkuningriigis ja Norras. Neid näitajaid tuleks pidada miinimumhinnanguks ning tuleks arvestada, et edusammudest hoolimata on andmete esitamise tase eri riikides oluliselt erinev, nii et otsesesse võrdlustesse tuleks suhtuda ettevaatusega. <sup>(200)</sup>

## Opioididega seotud surmad

Opioide esineb enamiku ELis registreeritud „uimastitega seotud äkksurmade“ puhul, kus tegemist on illegaalsete ainete, kuid paljudel juhtudel tuvastatakse toksikoloogilisel uurimisel ka muid aineid, eelkõige alkoholi, bensodiasepiini ning mõnes riigis kokaiini. Euroopas on enamiku opioididega seotud surmajuhtumite puhul tegemist heroiiniga, kuid esineb ka teisi opioide (täpsemalt allpool). <sup>(201)</sup>

Euroopas on opioidide üleannustamine üks peamisi noorte inimeste surmapõhjuseid, eelkõige linnapiirkondades elavate meeste hulgas. Samuti on üleannustamine praegu peamine opioidide tarbijate surmapõhjus kogu ELis, eelkõige riikides, kus HIV levimus uimastisüstitajate hulgas on madal (vt „Probleemsete uimastitarbijate suurem“, lk 80).

<sup>(197)</sup> Vt EuroHIV (2005). See näitaja hõlmab Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni lääne- ja keskosa, kuhu kuuluvad ka mõned ELi mittekuuluvad riigid, ning surmajuhtumite üldarvu Eestis, Lätis ja Leedus (jdaosa).

<sup>(198)</sup> See on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) siseriiklike ekspertide rühma kokkulepitud ülddefinitsioon. Praegu on enamik siseriiklike uimastitega seotud surmade definitsioone EMCDDA definitsiooniga kattuvad või sellega väga sarnased, kuid mõnes riigis liigitatakse selle mõiste alla ikka veel ka psühhoaktiivsetest ravimitest või mitte üleannustamisest põhjustatud surmad, tavaliselt eraldiseisva osana (vt meetodika märkus „Kokkuvõtte uimastitega seotud surmadest: definitsioonid ja meetodilised küsimused“. Lõik 1: EMCDDA definitsioon, ja lõik 2: siseriiklikud definitsioonid, ning „Uimastitega seotud surmade standardne protokoll, versioon 3.0“ 2006. a statistikabülletäänis).

<sup>(199)</sup> Vt tabelid DRD-2 (i osa), DRD-3, DRD-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(200)</sup> Vt tabel DRD-1 (iii osa ja iv osa) 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(201)</sup> Vt joonis DRD-1 2006. a statistikabülletäänis.

Enamik üleannustavatest uimastitarbijatest on mehed, <sup>(202)</sup> kokku 65–100% juhtudest, enamikus riikides on meeste osakaal 75–90%, kusjuures naiste osakaal on kõige suurem Tšehhi Vabariigis, Poolas ja Soomes ning kõige väiksem Kreekas, Itaalias ja Küprosel. Kõnealuseid näitajaid tuleb tõlgendada opioidide tarbimise ja süstimise määrade kontekstis, mis on meestel ja naistel erinevad.

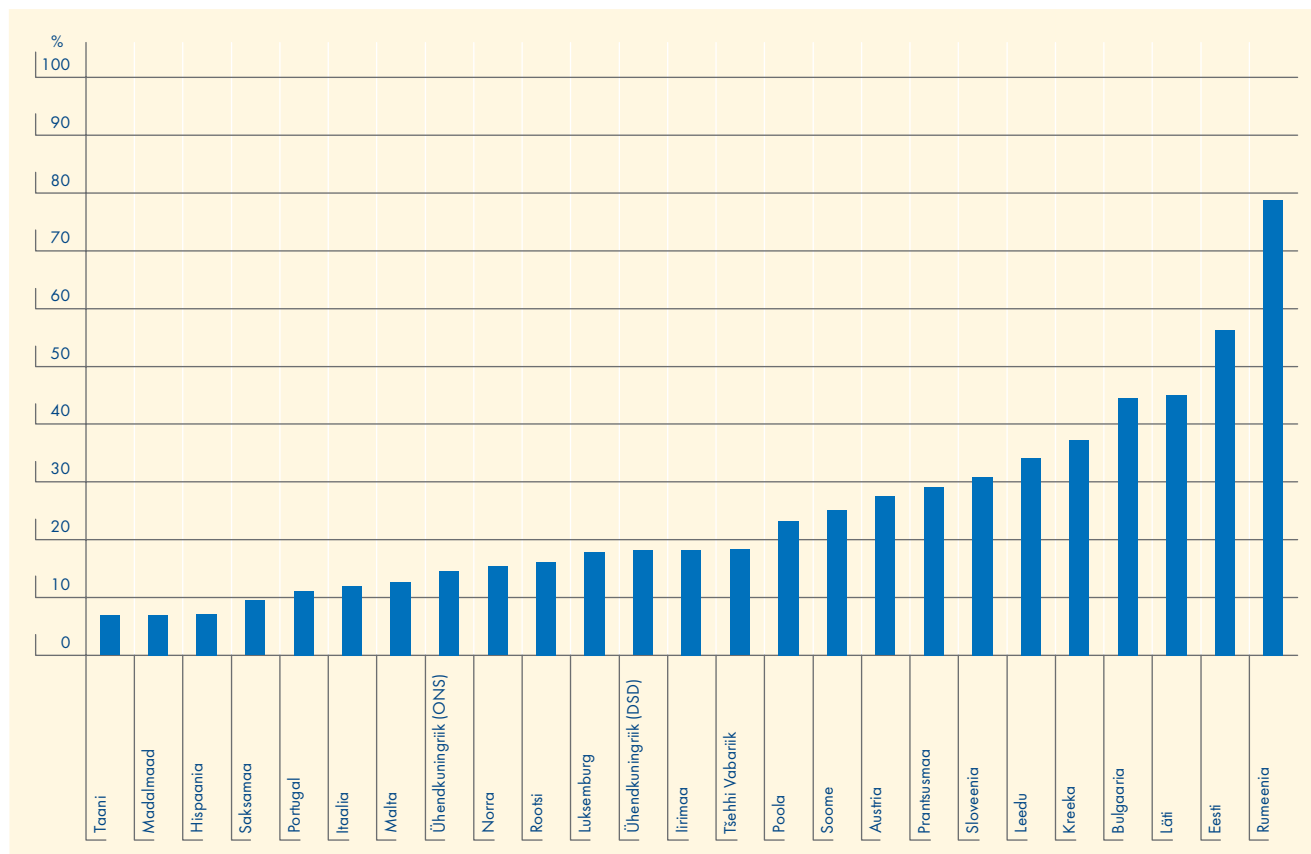
Enamik üleannustamise ohvreid on 20–40aastased, kusjuures enamikus riikides on nad keskmiselt 30ndate eluaastate keskel (üldiselt ulatub keskmine vanus aga 20–44 aastani). Üleannustamise ohvrите keskmine vanus on kõige madalam Eestis, Sloveenias, Bulgaarias ja Rumeenias ning kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis, Madalmaades, Poolas ja Soomes. Alla 15aastaste hulgas on üleannustamisest tingitud surmajuhtumitest teatatud väga vähe (kõige värskemate kõikide riikide kohta kättesaadavate andmete põhjal on neid 17 kokku 7516 surmajuhtumi hulgas), kuid on võimalik, et

selle vanuserühma puhul on esitatud mittetäielikud andmed. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse andmetes on kirjas mõned surmajuhtumid üle 65aastaste hulgas, kuid ainult seitsmes riigis langeb rohkem kui 5% surmajuhtumitest sellesse vanuserühma. <sup>(203)</sup>

Paljudes uutes liikmesriikides ja kandidaatriikides on keskmine vanus surmajuhtumite puhul suhteliselt madal (Eestis, Küprosel, Lätis, Slovakkias, Bulgaarias ja Rumeenias) ning alla 25aastaste osakaal üleannustamise juhtumites on suur, mis võib tähendada, et nendes riikides on heroiniitarbijad nooremad kui 25. Kõrge keskmine vanus Tšehhi Vabariigis tuleneb paljude psühhoaktiivsetest ravimite põhjustatud surmajuhtumite kaasaarvamistest (joonis 12).

Paljudes liikmesriikides on üleannustamise ohvrите vanus tõusmas, mis viitab heroiniitarbimise alustamise vähenemisele noorte inimeste hulgas. EL-15 riikides on see suundumus üldine ning seda on täheldatud juba 1990ndate aastate

**Joonis 12:** uimastitega seotud äkksurmade osakaal alla 25aastaste seas 2002. aastal



NB: ONS = riigi statistikaamet, DSD = narkostrategia definitsioon.

2002. aasta võeti võrdluseks seetõttu, et selle aasta kohta on enamiku riikide kohta andmed olemas.

Allikad: Reitoxi riikide arvanded (2005), andmed saadud riiklikest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest. Lähitud riikide definitsioonidest, nagu on esitatud 2006. a statistikabülletääni metoodilistes märkustes.

<sup>(202)</sup> Kuna enamik surmajuhtumeid, millest Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusele teatatakse, on põhjustatud opioidide üleannustamisest, siis kirjeldatakse opioidide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumeid uimastitest põhjustatud äkksurmade tavapärase tunnuste abil.

<sup>(203)</sup> Vt tabel DRD-1 2006. a statistikabülletäänis.

algusest peale, kuigi Rootsis ja Ühendkuningriigis on see vähem märgatav. Uutes liikmesriikides ei ole kõnealune suundumus nii selgelt märgatav ning mitmel juhul on täheldatud isegi keskmise vanuse kahanemist. <sup>(204)</sup>

### Metadooniga seotud surmad

Reitoxi riikide teabekeskuste 2005. a aruannetes teatavad paljud riigid metadooni esinemisest arvestatava osa uimastitega seotud surmajuhtumite puhul. Kasutatud terminoloogia on riigiti erinev ning mõnikord on raske kindlaks teha, milline oli metadooni osa kõnealuses surmajuhtumis.

Taani teatas, et metadoon oli mürgistuse põhjustajaks (üksi või kombineerituna muude ainetega) 44% surmajuhtumite puhul (95 juhul 214st 2004. a), 2003. a oli selle osakaal samaväärne, kuid 1997. aastaga võrreldes oli tegemist selge tõusuga; Saksamaa teatas, et 345 surmajuhtumit olid põhjustatud asendusainetest (2004. a esinesid need 46 juhtumi puhul üksi ja 299 juhtumi puhul koos muude uimastitega), 2002. aastaga võrreldes oli tegemist selge langusega; ning Ühendkuningriik teatas 216 surmajuhtumist, mille puhul mainiti metadooni (2003. a Inglismaal ja Walesis), ka siin oli 2002. aastaga võrreldes tegemist selge langusega. Hispaania teatas, et mõne üleannustamise juhtumi puhul esines metadoon üksi (2%), kuid sageli esines seda kombineerituna opioididest põhjustatud surmade (42%) ja kokaiinist põhjustatud surmade (20%) puhul. Teised riigid metadooniga seotud surmajuhtumitest ei teatanud või siis olid esitatud näitajad väga madalad. Ei ole teada, millised tegurid selliseid erinevusi põhjustavad või kas mõnede riikide puhul võib olla tegemist ebatäielike andmete esitamisega. <sup>(205)</sup>

Kuigi uuringud näitavad, et asendusravi vähendab surmaga lõppeva üleannustamise ohtu, on oluline jälgida metadooniga seotud surmade arvu ning uurida surmajuhtumiga seotud asjaolusid (aine päritolu, kas seda tarbiti kombineerituna muude ainetega, millises ravifaasis mürgistus aset leidis) asendusraviprogrammide kvaliteedi kontrollimise raames.

### Buprenorfiini ja fentanüüluga seotud surmad

Buprenorfiinimürgistusest põhjustatud surmajuhtumeid esineb harva, mis tuleneb ilmselt selle aine kui agonisti-antagonisti farmakoloogilistest omadustest. Siiski on Euroopa riigid teatanud mõnedest surmajuhtumitest.

2005. a riiklikes aruannetes teatasid ainult Prantsusmaa ja Soome selle ainega seotud surmajuhtumitest. Soomes tuvastati 2004. a buprenorfiini 73 uimastitega seotud surmajuhtumi puhul, sama palju kui 2003. a, ning üldiselt esines see kombineerituna bensodiasepiiniide, rahustite

või alkoholiga. Need kõrged näitajad on paralleelsed buprenorfiiniravi tõusuga Soomes, kuid seal on ravi saajate arv oluliselt väiksem kui Prantsusmaal, kus saab buprenorfiini hinnanguliselt 70 000 kuni 85 000 inimest. Seetõttu on huvitav, et Prantsusmaal teatati 2004. a ainult neljast buprenorfiini üleannustamise juhtumist (võrreldes kaheksa juhtumiga 2003. a). Isegi juhul, kui Prantsusmaa andmed mürgistuste kohta pole täielikud, on erinevus äärmiselt suur. Lisaks Prantsusmaale ja Soomele teatasid veel kolm riiki buprenorfiiniga seotud surmajuhtumitest (igas riigis ainult kaks või kolm surmajuhtumit), kuid puudusid tõendid, et kõnealune aine oli peamine surma põhjustaja.

Varasematel aastatel on Läänemere-äärsed riigid teatanud fentanüülist põhjustatud surmajuhtumitest, kuid 2005. a riiklikes aruannetes selliseid andmeid ei esitatud.

### Uimastitega seotud äkksurmade suundumused

Üleriigilised suundumused uimastitega seotud surmade osas võivad heita valgust probleemse uimastitarbimise harjumuste kujunemisele eri riikides, mis hõlmab näiteks herooinipideemiaid ja kõrge riskiga käitumist (nagu näiteks süstimine), ning samuti raviteenuste pakkumist ja isegi erinevusi herooini kättesaadavuses. Loomulikult kajastavad need ka seda, kui tõhusalt on korraldatud kiirabiteenuste osutamine surmaga lõppeva üleannustamise vältimiseks. <sup>(206)</sup>

Eli kohta kättesaadavad andmed annavad ülevaate mõnedest üldistest suundumustest uimastitega seotud surmade osas. EL-15 riikides ilmnis 1980ndatel aastatel ja 1990ndate aastate alguses järsk tõus, on võimalik, et see oli paralleelne herooini tarbimise ja süstimise ulatusliku levikuga. Uimastitega seotud surmade arv suurenes endiselt 1990. aastast kuni 2000. aastani, kuid siiski vähem järsult (joonis 13). Andmed esitanud liikmesriikides (enamikus liikmesriikides, nii vanades kui ka uutes) suurenes uimastitega seotud surmade koguarv aastas kokku 14%, 8054-lt 1995. aastal 9392-le 2000. aastal.

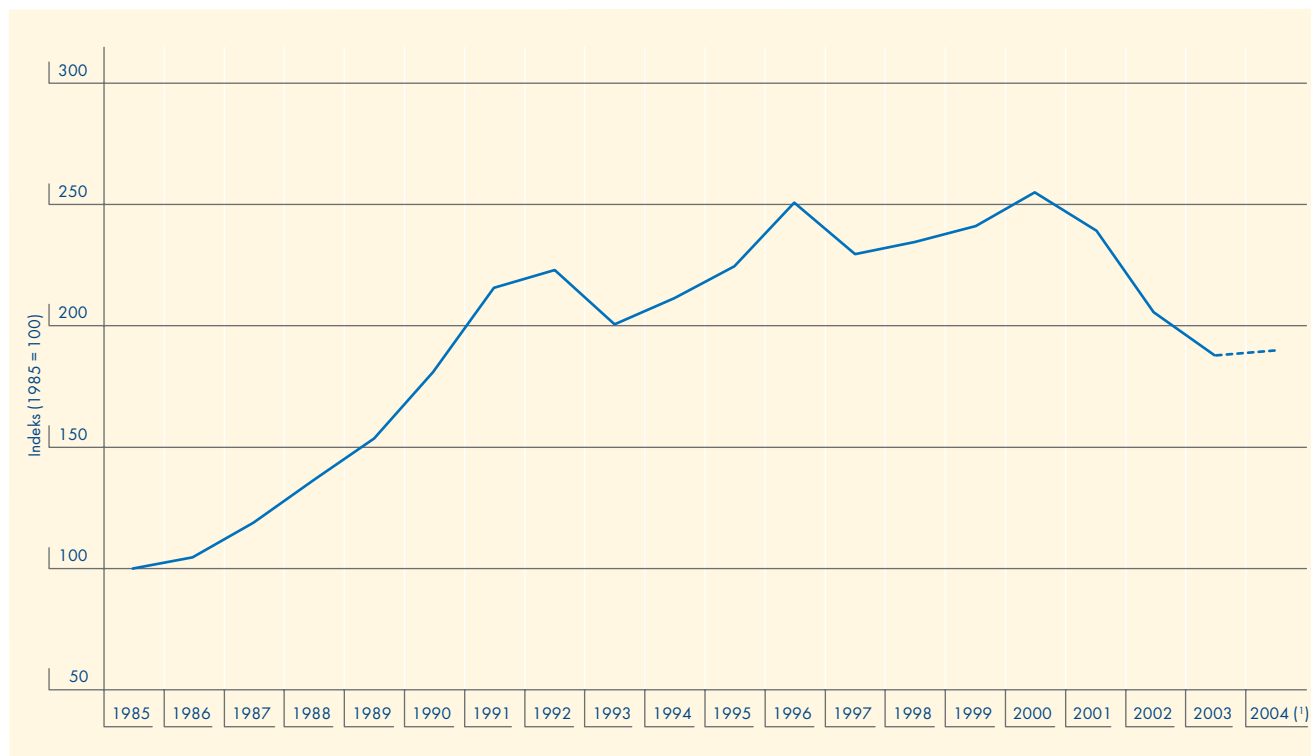
Alates 2000. a on paljud ELi riigid teatanud uimastitega seotud surmajuhtumite arvu vähenemisest, mis võib olla seotud ravi kättesaadavuse paranemise ja kahjude vähendamise algatuste arvu suurenemisega, kuid oluline võib olla ka uimastitarbimise levimuse vähenemine. Euroopa ulatuses vähenes uimastitega seotud surmade arv 6% 2001. a, 13% 2002. a ja 7% 2003. a. Nendele edusammudele vaatamata teatati 2003. a siiski peaaegu 7000 uimastitega seotud surmajuhtumist (Belgia, Hispaania ja Lirimaa andmed puuduvad). Kuid 2004. a leidis andmed esitanud riikides (19)

<sup>(204)</sup> Vt joonised DRD-3 ja DRD-4 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(205)</sup> EMCDDA käimasoleva väliuuringu eesmärk on parandada andmete kvaliteeti, mida esitatakse uimastitega seotud surmajuhtumite puhul tuvastatud ainete kohta, asendusained kaasa arvatud.

<sup>(206)</sup> Vt joonis DRD-7 2006. a statistikabülletäänis.

**Joonis 13:** pikaajalised suundumused uimastitega seotud äkksurmade esinemises, 1985–2004



(¹) Kümme riiki esitasid 2004. a kohta andmed, kuus ei esitanud. Seega on 2004. a arvud ligikaudsed, põhinedes 2003. ja 2004. aasta andmete võrdlusel ainult nende riikide kohta, kes esitasid andmed mõlema aasta osas.  
 NB: uued liikmesriigid ja kandidaatriigid sellel joonisel ei kajastu, kuna enamasti puuduvad tagasiulatuvad andmed.  
 Lga riigi surmade arvu kohta andmete saamiseks vt tabel DRD-2 2006. a statistikabülletäänis ja meetoodilistes märkustes.  
 Allikad: Reitoxi riikide arvanded (2005), andmed saadud riiklikest surmaregistritest või (kohtu või politsei) eriregistritest.

siiski aset väike (3%) tõus. 2004. aasta kohta järeldotsi tehes tuleks küll ettevaatlik olla, kuid 19st andmed esitanud riigist 13s registreeriti teatav tõus.

Suundumused surmajuhtumite arvu osas alla 25aastaste inimeste hulgas on vanades ja uutes liikmesriikides märkimisväärselt erinevad. EL-15 riikides on alates 1996. a ilmnenud pidev langus, mis viitab opioidide süstijate arvu vähenemisele noorte hulgas, samas kui uutes liikmesriikides täheldati kuni aastateni 2000–2002 suurt tõusu, märgatav langus algas alles 2003. a. <sup>(207)</sup>

Sugupoolte vahel on samuti selgeid erinevusi. Meeste hulgas suurenes surmajuhtumite arv pidevalt 1990. kuni 2000. aastani, järgnes selge vähenemine (2003. aastaks oli see 30% langunud), kuid naiste hulgas oli teatatud surmajuhtumite arv ajavahemikul 1990–2000 üldiselt stabiilne, 1700–2000 aastas, ning on sellest peale ainult 15% vähenenud. See võib olla tingitud mitmest tegurist, muuhulgas ka erinevustest sekkumismeetmete tõhususes või sellest, et riskifaktorid sugupoolte puhul erinevad. <sup>(208)</sup>

Pikema aja jooksul andmeid esitanud riikide puhul võib uimastitega seotud surmade osas täheldada erinevaid tendentse. Mõnes riigis jõudis uimastitega seotud surmade arv haripunkti 1990ndate aastate algul ning seejärel vähenes, nii oli näiteks Saksamaal, kus uimastitega seotud surmade arv jõudis haripunkti aastatel 1991–1992, Hispaanias (1991), Prantsusmaal (1994) ja Itaalias (1991). Teistes riikides, näiteks Kreekas, Iirimaa, Portugalis, Soomes, Rootsis ja Norras jõudis uimastitega seotud surmade arv haripunkti hiljem, aastatel 1998–2001, ning seejärel vähenes. Ülejäänud riikides ei olnud tendentsid nii selgepiirilised või siis olid näitajad stabiilsed. Neid andmeid tuleks küll tõlgendada ettevaatusega, sest mõnedes riikides on uimastitega seotud surmade arv suhteliselt väike, aga kõnealused tendentsid võivad olla seotud suundumustega heroini süstimise osas. <sup>(209)</sup>

### Ecstasy ja amfetamiinidega seotud surmad

Euroopas hakati ecstasy'ga seotud surmadest teatama 1990ndatel aastatel, mil see uimasti populaarseks muutus. Ecstasy'ga seotud surmajuhtumid tekitavad tõsist muret, sest

<sup>(207)</sup> Vt joonis DRD-5 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(208)</sup> Vt joonis DRD-6 2006. a statistikabülletäänis.

<sup>(209)</sup> Vt joonis DRD-7 2006. a statistikabülletäänis.

neid esineb sotsiaalselt integreeritud noorte inimeste hulgas sageli ootamatult.

Andmed *ecstasy*'ga seotud surmade kohta on piiratud, kuid Reitoxi riikide teabekeskuste 2005. a aruannetes esitatud andmetest ilmneb, et *ecstasy*'ga seotud surmajuhtumeid esineb suhteliselt harva, võrreldes opioididega seotud surmajuhtumitega, mõnedes riikides aga on nende arv märkimisväärne. Kogu Euroopas teatati kokku 77 surmajuhtumist, aga seda tuleks pidada miinimumhinnanguks. <sup>(210)</sup> Surmajuhtumitest teatasid Taani (2), Saksamaa (20), Prantsusmaa (4), Ungari (3) ja Ühendkuningriik (48 surmajuhtumit, mille puhul mainiti *ecstasy*'t – 33 Inglismaal ja Walesis), kus aruandlus on tõenäoliselt parem kui teistes riikides. Hispaanias esines *ecstasy*'t 2,5% uimastitest tingitud mürgistuste puhul.

*Ecstasy*'ga seotud ohtude teemat on sageli tõstatatud. Võttes arvesse vea ülemmäära uuringutel põhinevate levimuse määrade puhul ja raskusi andmete esitamisel uimastitega seotud surmade kohta, annab registreeritud surmajuhtumite arvu jagamine aasta jooksul tarbijate arvuga <sup>(211)</sup> (ohus olevad inimesed) tulemuseks vastavalt 5–8 surmajuhtumit ja 2–5 surmajuhtumit 100 000 tarbija kohta kahes riigis, mille kohta sellist arvutust on võimalik teha.

Amfetamiinidega seotud surmadest teatatakse samuti harva, kuid Tšehhi Vabariigis langes 2004. a pervitiini (metamfetamiini) arvele 16 surmajuhtumit, peaaegu kaks korda nii palju kui 2003. a, korrelatsioonis pervitiini probleemsete tarbijate ja ravitaoluste hinnangulise arvu suurenemisega. GHBga seotud surmadest on juttu 4. peatükis.

## Kokaiiniga seotud surmad

Kokaiinitarbimisega kaasnevad terviseriskid põhjustavad üha suurenevat muret, sest mõnedes riikides on täheldatud selle meelelahutusliku tarbimise tõusu noorte inimeste hulgas, sõltuvusravi saavate inimeste hulgas ja elanikkonna marginaliseeritud rühmade hulgas.

Kokaiinitarbimine on sagedane opioidide tarbijate hulgas ning kokaiini tuvastatakse sageli toksikoloogilistes analüüsides opioidide üleannustamise korral, lisaks muudele ainetele, nagu näiteks alkohol ja bensodiasepiinid. Kokaiini tarbitakse sageli koos alkoholiga, selle tulemuseks võib aga olla suurenenud toksilisus.

Kättesaadavad statistilised andmed Euroopas on piiratud ning erinevuste tõttu kokaiiniga seotud surmajuhtumite määratlamise kriteeriumites ei ole võimalik näitajaid võrrelda; lisaks võivad mõned kokaiiniga seotud surmajuhtumid jääda

tuvastamata või registreerimata, seetõttu ei pruugi esitatud andmed olla täielikud. Olemasolevad andmed annavad alust arvata, et paljude kokaiiniga seotud surmajuhtumite puhul on tegemist ka opioidide tarbimisega.

2005. a riiklikes aruannetes teatasid andmed esitanud riigid rohkem kui 400 kokaiiniga seotud surmajuhtumist; tegemist on miinimumhinnanguga. Enamikul juhtudel oli surma põhjustajaks tõenäoliselt kokaiin, kuid see ei tule aruannetest alati selgelt välja. Üheksa riiki ei maininud selgesõnaliselt ei kokaiiniga seotud surmajuhtumite esinemist ega ka puudumist. Kokaiini arvele langes 0–20% teatatud uimastitega seotud äkksurmadest ja 10–20% sellistest surmajuhtumitest Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades ja Ühendkuningriigis. Surmajuhtumitest, mille puhul kokaiin oli peamiseks surma põhjustajaks (üksi või kombineerituna muude ainetega), teatasid Saksamaa (166), Hispaania (53), Prantsusmaa (14), Madalmaad (20) ja Ühendkuningriik (142 surmajuhtumit puhul mainiti kokaiini 113 korral Inglismaal ja Walesis). Üheksa riiki teatasid surmajuhtumite arvuks null kuni kaks. Mõnedes riikides tuvastatakse kokaiini sageli toksikoloogilistes analüüsides opioidide üleannustamise korral. Kättesaadavate andmete piiratud tõttu on raske suundumusi kindlalt määratleda, kuid tundub, et kõikides suure surmajuhtumite arvuga riikides, see tähendab Saksamaal, Prantsusmaal, Hispaanias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis, on tegemist tõusva suundumusega kokaiiniga seotud surmade osas, kuigi Madalmaades on tõus kahel viimasel aastal peatunud.

Lisaks võib kokaiin olla soodustavaks teguriks südame-veresoonkonna probleemidest (arütmia, südamelihase infarkt või ajuverevalumid) tingitud surmade puhul, eelkõige eelsoodumuse või riskifaktorite olemasolu korral (tubakatarvitamine, kõrge vererõhk, angioomid) või eakatel inimestel. Paljud sellistest surmajuhtumitest võivad praegu teadmatuse tõttu registreerimata jääda. Selles valdkonnas on vaja edasisi uuringuid.

## Uimastitega seotud surmade vähendamine

### Tõhusad meetmed

Jõudmine ravi mittesaavate uimastitarbijateni ja nendega suhtlemine on eeltingimus riskidest teavitamiseks ja riskide vähendamiseks ning vajalike teenuste, raviteenused kaasa arvatud, vahendamiseks uimastitarbijatele.

Üleannustamise asjaolude uurimine aitab kaasa sekkumismeetmete väljatöötamisele, mis on mõeldud

<sup>(210)</sup> 2003. a või 2004. a näitajad, olenevalt riigist, *ecstasy* ja kokaiini kohta.

<sup>(211)</sup> Tarbimine 12 kuu jooksul, elanikkonna hulgas läbi viidud uuringute põhjal.



kõrge riskiga olukordade puhuks või kõrge riskiga inimeste abistamiseks. Selliste meetmete abil võib olla võimalik oluliselt vähendada uimastite tarbimise vahetu mõjuga seotud surmajuhtumite arvu. Euroopa Narkootikumide ja Narkoomania Seirekeskuse hiljutises uimastipoliitika juhendis tehti kokkuvõtte erinevate sekkumismeetmete rollist uimastite üleannustamise tagajärjel aset leidnud äkksurmade arvu vähendamisel (EMCDDA, 2004d).

Kuna enamiku üleannustamisest tingitud surmajuhtumite puhul Euroopas on tegemist heroiiniga, võib ravi saavate heroiniitarbijate osakaalu suurendamist vaadelda kui meetet üleannustamise ennetamiseks. Üleannustamisest tingitud surmajuhtumite hiljutine tagasihoidlik vähenemine, mida on mõnedes liikmesriikides täheldatud, võib tuleneda mitmetest teguritest. Nende tegurite hulka kuuluvad levimuse ja süstimise määrade vähenemine, paremad ennetusmeetmed, raviteenuste parem kättesaadavus ning nende suurenenud ja püsiv kasutamine, ja võib-olla ka riskikäitumise vähenemine.

### Meetmete profiil

Enamikus riikides peavad eksperdid uimastite üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arvu vähendamise kõige tõhusamaks sekkumisstrateegiaks opioidide asendusravi. <sup>(212)</sup> Kuid Ungaris ja Rootsis, kus kõnealune ravi on küll kättesaadav, ei peeta seda uimastitega seotud surmade arvu vähendamise meetmeks. Ka Eestis ja Poolas, kus asendusravi teenuste pakkumise tase on madal, ei peeta asendusravi metadooniga praegu oluliseks üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arvu vähendamise meetmeks.

Enamikus Euroopa riikides peetakse teabe-, haridus- ja suhtlemispõhiseid abinõusid olulisteks meetmeteks. 19 riigis on tavaline või laialt levinud riskiteadlikkuse tõstmise ja üleannustamist puudutavate juhtnööride jagamine eriotstarbeliste trükiste või muude kanalite kaudu (flaierid, veebileheküljed, massimeedia kampaaniad). Kuid seitsmes riigis (Eestis, Prantsusmaal, Iirimaa, Lätis, Ungaris, Maltal, Soomes) kasutatakse selliseid meetmeid harva, ühes riigis (Rootsis) ei kasutata neid üldse.

Riiklike teabekeskuste andmetel ei ole individuaalse riskihindamise süstemaatiline integreerimine nõustamisse ja raviprogrammidesse ning uimastitarbijatele mõeldud riskiteadlikkust ja lahendusi käsitlevate infotundide korraldamine kuigi levinud.

Väljend „vanglast vabanemise eelsed sekkumismeetmed“ tähistab laia kategooriat tegevusi. Siia kuuluvad lihtne infojagamine, üleannustamist ja riskiennetamist käsitlev nõustamine, aga ka asendusravi alustamine või jätkamine vanglas. Kuid selle kategooria meetmeid kasutati 13 riigis harva, viies riigis (Lätis, Ungaris, Poolas, Rumeenias ja Rootsis) ei kasutatud neid üldse. Hispaanias, Itaalias ja Ühendkuningriigis on sekkumised vanglates üks peamisi abinõusid uimastitega seotud äkksurmade vähendamiseks.

Riskidega seotud või avaliku süstimise vähendamiseks on neljas ELi riigis ja Norras avatud ruumid uimastite tarbimiseks, kus see toimub vastava väljaõppe saanud töötajate järelevalve all. <sup>(213)</sup> Sihtrühmaks on kõrgelt marginaliseeritud ja riskikäitumisele kalduvad uimastitarbijad, kes süstivad tänaval (EMCDDA, 2004c).

<sup>(212)</sup> Tulemused põhinevad 2004. a 27 riigi teabekeskuse kaudu läbiviidud uuringul. Kõnealuse dokumendi saab alla laadida aadressilt <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5777>.

<sup>(213)</sup> Need ELi riigid on Saksamaa, Hispaania, Luksemburg ja Madalmaad.





## 8. peatükk

### Probleemse uimastitarbimise ja mitme uimasti tarbimise kontrollimise parandamine

Narkomaania, uimastisõltuvus, uimastite kuritarvitamine, kahjulik tarbimine, probleemne tarbimine – Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse probleemse uimastitarbimise indikaatoriga on seotud palju eri mõisteid, mille erinevused on meditsiinilises või sotsiaalses kontekstis küll väikesed, kuid olulised. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse probleemse uimastitarbimise indikaator kajastab „uimastite süstimist või pikaajalist/korrapärast heroini, kokaiini ja/või amfetamiinide tarbimist“. Üldise kokkuleppe kohaselt hõlmab see definitsioon ka muude opioidide, näiteks metadooni tarbimist.

Kõnealune probleemse uimastitarbimise määratlus on puhtalt käitumuslik definitsioon, mille aluseks on uimastitarbimise harjumused, ja see ei sisalda mingeid näitajaid probleemide mõõtmiseks. Kuid see definitsioon on siiski seotud mitmete narkomaania mõistetega arusaamise kaudu, et tõenäoliselt satub inimene, kes nii käitub, edaspidi üldisemas „probleemse uimastitarbija“ kategooriasse. Selles kontekstis on oluline tähele panna, et probleemse uimastitarbimise indikaator hõlmab vaid üht olulist elanikkonna rühma, kuhu kuuluvate inimeste kohta võib öelda, et neil on ühel või teisel kujul uimastiprobleem. Kõnealune meede on aga siiski kasulik: käitumuslikul alusel määratletud kontseptsioonina on selle eelised alljärgnevad:

- see võimaldab teostada kontrolli, ilma et takerdutaks definitsioonidesse, mis on siis täpselt narkomaania, sõltuvus, kahju ja probleem;
- seda on uuringutes suhteliselt lihtne kasutada;
- see hõlmab korraga eri liiki uimasteid ja nende manustamisviise, neid täpsemalt eristamata.

Tagasivaates võib öelda, et Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kontrolli indikaator oli oma aja laps – 1980ndatel ja enamjaolt ka 1990ndatel aastatel peeti heroiniitarbimist ja uimastite süstimist hindamist vajava uimastiprobleemi põhikomponentideks. Veelgi enam, kõnealuseid uimastitarbimise vorme ei olnud võimalik uuringumeetodite abil usaldusväärselt mõõta. Tänu amfetamiinide lisamisele definitsiooni muutus see sobivaks ka mõnede Põhjamaadele, kus amfetamiini süstimine oli oluline probleem; ja kuigi kokaiin oli definitsiooni sisse arvatud, oli see tegelikult väga harva märkimisväärne komponent mis tahes hinnangutes. Probleemse uimastitarbimise indikaator annab küll

endiselt kasulikku teavet uimastiprobleemi ühe olulise elemendi kohta, kuid on üha ilmsem, et seda tuleb edasi arendada, et viia see kooskõlla tänapäeva Euroopa paljutahulise uimastiolukorra kontrollimise vajadustega. Euroopas lähevad kroonilised uimastiprobleemid üha keerulisemaks. Selleks, et illegaalsete uimastite pidevalt muutuv maailmas ajast mitte maha jääda, tuleb kontrollimise meetodeid edendada, püüda hõlmata laiemat hulka uimasteid ja käsitleda nende tarbimist põhjalikumalt kui seni.

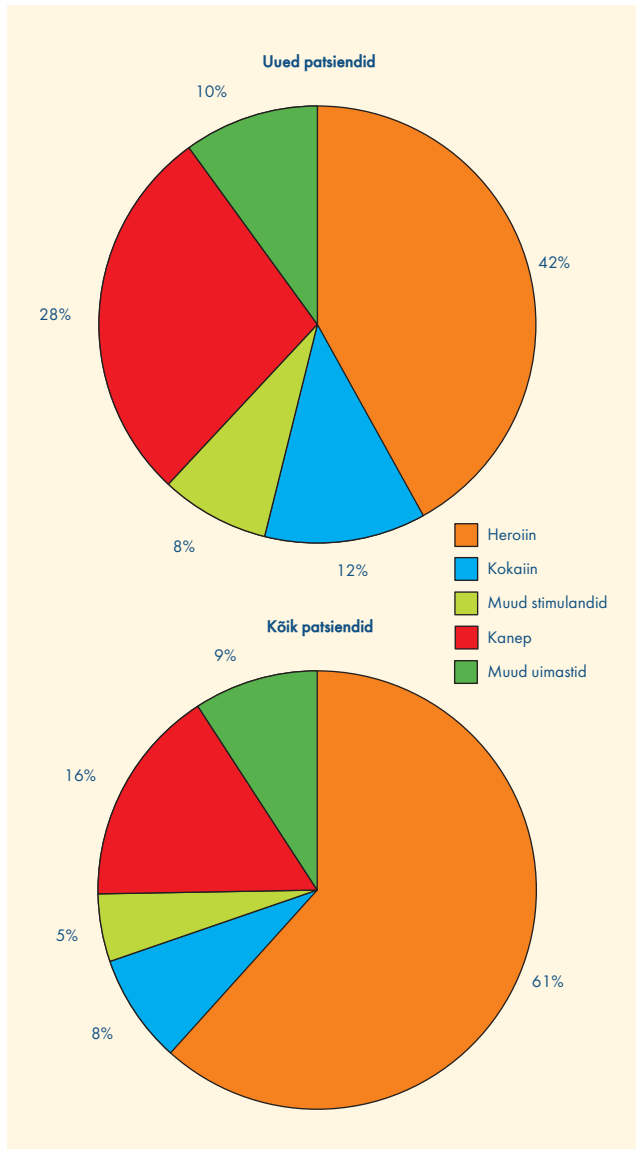
Laienenud ELis on sotsiaalse käitumise vormid mitmekesisemad, muuhulgas ka ebaseadusliku uimastitarbimise osas. Uimastikultuuri sisemised arengud, sünteetiliste uimastite levik ja ravimite ebaseaduslik tarbimine, kokaiinitarbimise kasv ja kanepitarbimise üldine suur levimus – kõike seda tuleb arvesse võtta, et mõista, millised on uimastitarbimisega seotud probleemide all kannatavate inimeste vajadused. Käesoleva aruande eelmistes peatükkides on näha, et kuigi heroiniitarbijad on endiselt uimastiravi taotlejate hulgas ülekaalus, on esimest korda ravile pöörduvate klientide profiil muutumas ning kanepi ja stimulantide tarbimisega seotud probleeme esineb üha sagedamini (joonis 14).

Muutuvat olukorda tuleb vaadelda opioidide tarbimisega seotud probleemidega inimestele raviteenuste pakkumise märgatava laienemise ja raviteenuseid puudutava aruandluse katvuse suurenemise taustal. Eelkõige just opioidide asendusravi, inimeste allutamine pikaajalisele kestvale ravile (pandagu tähele, et seda ei ole näha diagrammides, mis sisaldavad andmeid ainult jooksva aasta ravile pöördujate kohta), rõhutab opioidide rolli jooksvas ravikoormuses, võrreldes uute ravile pöördujatega. Siiski on paljude riikide puhul ilmne, et tõenäoliselt on tänapäeval Euroopas uimastiprobleemidesse sattuvad inimesed vähemalt tarbitavate uimastite osas heterogeensemad kui varem.

#### Probleemse uimastitarbimise indikaator ja uimastitarbijate varjatud populatsiooni suuruse hindamine

Praeu kasutatav probleemse uimastitarbimise meede on osutunud äärmiselt kasulikuks uimastitarbijate selle olulise rühma paremaks hindamiseks, kes moodustavad Euroopa uimastiravi teenuste klientide enamiku. See meede on

**Joonis 14:** ravi vajavate uute patsientide ja kõigi patsientide jaotus põhilisel tarbitava uimasti põhjal



NB: põhineb Tšehhi Vabariigi, Taani, Saksamaa, Kreeka, Itaalia, Küprose, Ungari, Malta, Madalmaade, Sloveenia, Slovakkia, Soome, Rootsi, Ühendkuningriigi, Bulgaaria, Rumeenia ja Türgi andmetel.  
Allikad: Reitoxi riikide teabekeskused.

aidanud kaasa mitmete meetodite ja statistiliste protseduuride väljatöötamisele, mis on mõeldud kõnealuse suuresti varjatud inimhulga suuruse hindamiseks. Kõikide taoliste meetmete puhul põhineb hindamine arvamusel, et üks osa probleemseid uimastitarbijaid on „administratiivselt nähtavad”, sest neil on olemas kokkupuude ravi-, õigus-, kiirabi- ja sotsiaalteenistustega, ning kui selle nähtava vähemuse protsent probleemsetest uimastitarbijatest on teada, siis on võimalik selle järgi välja arvutada nende koguhulk. Sellised kaudsed statistilised meetodid on täienduseks uuringutele, mis mitmetel metodoloogilistel ja praktilistel põhjustel on vähem sobiv madala levimusega, ühiskonnas põlu all oleva ja enamjaolt varjatud uimastitarbimise levimuse hindamiseks.

Probleemse uimastitarbimise indikaatori kasutusele võtmisel ELis on riigid kohandanud kõnealust definitsiooni kohalike vajaduste järgi ning seega on olukord heterogeenne. Üheksas riigis järgitakse Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse definitsiooni selle täies ulatuses, 11 riigis hinnatakse ainult opioidide (või heroini) tarbijate arvu ja neljas riigis hõlmab see definitsioon ka probleemseid kanepitarbijaid, kuigi probleemsed kanepitarbijad moodustavad üldiselt ainult väga väikese osa nende arvestuses (kanepitarbijate kaasaarvamise kriteeriumid on üsna ranged, nii et arvesse lähevad ainult kanepisõltlased või need, kes tarbivad kanepit väga intensiivselt).

Kokaiini, crack-kokaiini ja stimulantide tarbimise üldine laiem levik ning samuti uimastiprobleemide kattumine alkoholi ja retseptiravimitega seotud probleemidega tähendab, et isegi kui indikaatorit on kasutatud järjekindlalt, hõlmab arvestus nüüd palju rohkem uimastitarbimise viise kui varem, ning ka tagajärjed ja probleemid võivad rohkem erineda. Seepärast on lisaks probleemse uimastitarbimise üldise ulatuse kontrollimisele vaja kontrollida eraldi ka erinevaid tarbimisviise, mis kuuluvad probleemse uimastitarbimise indikaatori alla, see tähendab süstimist ja kõiki uimasteid, mida probleemse uimastitarbimise definitsioon hõlmab. See võib olla eriti oluline mõnedest riikidest saadud andmete valgusel, mis käsitlevad kokaiinitarbimise tõusu ja amfetamiinitarbimise harjumusi, ning samas võimaldab see põhjalikult uurida suundumusi opioidide tarbimise osas. Kui kõikide nimetatud tarbimisviiside kohta esitatakse andmed vaid üldarvestusena, siis võib kergesti juhtuda, et olulised arengud jäävad märkamata ning võimalus kõnealuseid suundumusi paremini mõista jääb kasutamata.

Käesolevas aruandes on esmakordselt esitatud eraldi hinnang heroini tarbimise ja süstimise kohta Euroopas. Lisaks võib tähele panna opioididega seotud probleemidega inimestele mõeldud ravi kättesaadavuse paranemist, Euroopas saab vastavat asendusravi rohkem kui pool miljonit inimest. See tähendab, et heroini tarbijate ja süstijate osakaal, kellel on praegu või on varem olnud kontakt raviteenistustega, võib paljudes riikides üsna suur olla. Praegu püüab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus koostöös riiklike ekspertrühmadega välja selgitada, millist kasu võiks saada ravinõudlust, ravi kättesaadavust ning heroini tarbimise ja uimastite süstimise näitajaid puudutavate andmete ühte kohta koondamisest.

### Probleemse uimastitarbimise indikaatori piirest väljapoole jäävad valdkonnad

Järgmine samm, mis aitaks meil paremini mõista Euroopa uimastiprobleeme, on uurida, mil määral oleks võimalik hõlmata kontrollimeetmega ka intensiivne uimastitarbimine, mis jääb probleemse uimastitarbimise kontrolli alt välja. Kuid

seada, kui suures ulatuses on intensiivne uimastitarbimine, ükskõik kuidas seda siis defineeritakse, seotud sõltuvuse ning probleemide eri tasandite ja tüüpidega, tuleb põhjalikumalt uurida, näiteks on Kandel ja Davis (1992) seisukohal, et Ameerika Ühendriikides võib umbes kolmandikku inimestest, kes tarbivad kanepit iga päev, pidada sõltlasteks. Selles valdkonnas edasiliikumiseks tuleb kanepi ja muude ebaseaduslike uimastite sagedane, intensiivne tarbimine kui selline ametlikult kontrollitavaks tunnistada. Sagedast või intensiivset tarbimist on võimalik mõõta uuringuandmete järgi, lisaks hindamisele kaudsete statistiliste meetodite abil. Praegu pakuvad uuringuandmed kasulikku teavet kanepitarbimise harjumuste kohta, kuid need näitajad puudutavad enamjaolt ainult tarbimisviise ja -sagedust. Uuringuandmed on olulised selleks, et saada usaldusvärsed hinnangud uimastite, näiteks kanepi tarbijate arvu kohta, kelle puhul võib rääkida sõltuvusest või kahjulikust tarbimisest, vähemalt nende endi esitatud andmete alusel.

Sagedase, intensiivse tarbimise mõiste selgesõnalisem defineerimine mitmete uimastite osas aitaks kaasa uurimismeetmete väljatöötamisele, mille abil hinnata kanepitarbimise ning harjumustega seotud probleemide ja sõltuvuse eri tasandeid. Mitmed Euroopa riigid tegelevad meetodika väljatöötamisega, mille abil mõõta nii intensiivset tarbimist kui ka sõltuvuse ja probleemide tasandeid, ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus edendab koostööd selles valdkonnas.

Intensiivse tarbimise kasutamine indikaatorina inimeste väljaselgitamisel, kelle puhul esineb kõige suurem oht sõltuvusse sattuda, või selleks, et neil tekib probleeme, on raskendatud seetõttu, et intensiivne tarbimine on teataval määral uimastispetsiifiline. Probleemset opioidide tarbimist iseloomustab küll selgelt igapäevane tarbimisharjumus, kuid stimulantide puhul see sageli nii ei ole. Nende uimastite puhul on tavalisem pummeldamise-laadne tarbimine: hoogne tarbimine lühikese aja vältel, mis seejärel väheneb ning tarbijad lähevad üle muudele uimastitele või alkoholile, et leevendada tarbimise lõpetamisel tekkivaid kõrvalnähtusid. Intensiivse uimastitarbimise harjumuste muutmise seisukohast võivad olla olulised nii farmakoloogilised kui ka taustategurid, kuid on selge, et intensiivse tarbimise käitumuslikul mõõtmisel tuleb arvesse võtta eri tüüpi uimastitega seotud erinevaid uimastite tarbimise harjumusi.

### Andmete esitamine mitme uimasti tarbimise probleemide kohta

Mitmetel praktilistel ja metodoloogistel põhjustel käsitletakse uimastitarbimise kohta andmete esitamisel enamasti iga uimasti eraldi. Nii on tagatud kättesaadavatel käitumuslikel näitajatel põhinevate andmete esitamiseks vajalik kontseptuaalne selgus, kuid tähelepanuta jäetakse asjaolu, et

uimastitarbijad on sageli tarbinud või tarbivad edaspidi mitut nii illegaalset kui ka legaalset ainet ning nendel tarbijatel võib esineda rohkem kui ühe uimastiga seotud probleeme. Nad võivad asendada üht tüüpi uimasti teist tüüpi uimastiga või muuta oma uimastivalikut aja jooksul või tarbida mitut uimasti koos. Sellise kompleksse mustri jälgimine kontrollisüsteemi abil on äärmiselt raske ülesanne, isegi kui analüüsimine piirdub lihtsate käitumuslike näitajatega uimastitarbimise kohta aja jooksul. Kui lisatakse ka probleemse tarbimise ja sõltuvuse valdkonnad, siis läheb ülesanne veelgi keerukamaks; Euroopa ulatuses on olemas vähe usaldusväärseid andmeid, mis võimaldavad informeeritud analüüsimist. Siiski on tõenäoline, et mõnedes riikides on olemas suur krooniliste probleemsete tarbijate hulk, keda on raske klassifitseerida peamise uimasti järgi ja kel võib esineda nii legaalsetest kui ka illegaalsetest ainetest tingitud probleeme. Selle probleemi lahendamiseks on vaja koguda rohkem teadmisi mitme uimasti tarbimise harjumuste kohta ning rakendada neid teadmisi aruandluse parandamiseks riiklikul ja üleeuroopalisel tasandil.

### Uimastite asendamine mitme uimasti tarbimise korral

Mitme uimasti tarbimise juures tuleb tähele panna selle mõiste mitmeid spetsiifilisi tähendusi. Üheks äärmuseks on mitme uimasti tarbimine intensiivsel ja kaootilisel moel, korraga või üksteise järel; paljudel juhtudel asendatakse üks uimasti teisega olenevalt kättesaadavusest. Nii on see näiteks probleemsete tarbijate puhul, kes tarbivad eri opioidide ning samuti ravimeid, kokaiini, amfetamiini ja alkoholi.

Sellist tarbimisharjumust esineb mõnedel kroonilistel tarbijatel, tõenäoliselt marginaliseeritud rühmades, tõenäoliselt psühhiaatriliste probleemidega inimestel. Mitmetes aruandluse süsteemides Euroopas registreeritakse sellised tarbimise juhtumid opioidide tarbimisena.

Nii satuvad kõnealused inimesed probleemsete uimastitarbijate kategooriasse ja vastava kontrolli alla. Kuid siiski tekib küsimus, kas selline kaootiline mitme uimasti tarbimine pole mitte täiesti omaette valdkond, mitte-uimastispetsiifiline narkomaania, mis sellisena nõuab spetsiaalseid epidemioloogilisi mõõtmisi ja ravi, toetus- ja kahjude vähendamise meetmeid, mida tuleb rakendada eriti keerulises olukorras. Seda silmas pidades peaks probleemse uimastitarbimise komponentide kontrollimine hõlmama eraldi komponendina ka mitme uimasti tarbimist.

### Uimastite kombineerimine

On veel üks rühm uimastitarbijaid, kes tarbivad mitut ainet süstemaatilisel viisil samaaegselt, eesmärgiga kogeda vastava farmakoloogilise kombinatsiooni mõjusid; üheks näiteks on *speedballing* – heroïini ja kokaiini manustamine ühe süstina.

Teise uimasti manustamine funktsionaalsel või farmakoloogilisel põhjusel ei pruugi olla esimesega samaaegne, seda võidakse teha ka esimese järel, asendava või täiendava uimastina. Näiteks võib bensodiasepiini tarbida võõrutusnähtude leevendamiseks, kui opioidid ei ole kättesaadavad. Muudel juhtudel võidakse teist uimastit tarbida selle kompenseeriva farmakoloogilise mõju tõttu: näiteks opioidide narkootilist toimet modifitseeritakse kokaiiniga, kokaiini või amfetamiinide tarbimise tagajärjel tekkinud ärevust leevendatakse opioidide või muude depressantidega.

### Riskide suurenemine mitme uimasti tarbimise korral

Üks uimasti võib teise toimet märkimisväärselt võimendada ning siinkohal tuleb lisaks kontrollitavatele psühhoaktiivsetele ainetele arvesse võtta ka legaalseid uimasteid ja ravimeid, nagu näiteks alkohol, tubakas ja antidepressandid. Riski tase sõltub mõlema aine annusest. Muret tekitavad mitmed farmakoloogilised kombinatsioonid: alkohol ja kokaiin suurendavad kardiovaskulaarset toksilisust; koos opioididega tarbimisel suurendavad alkohol või depressandid üleannustamise ohtu; ning opioidid või

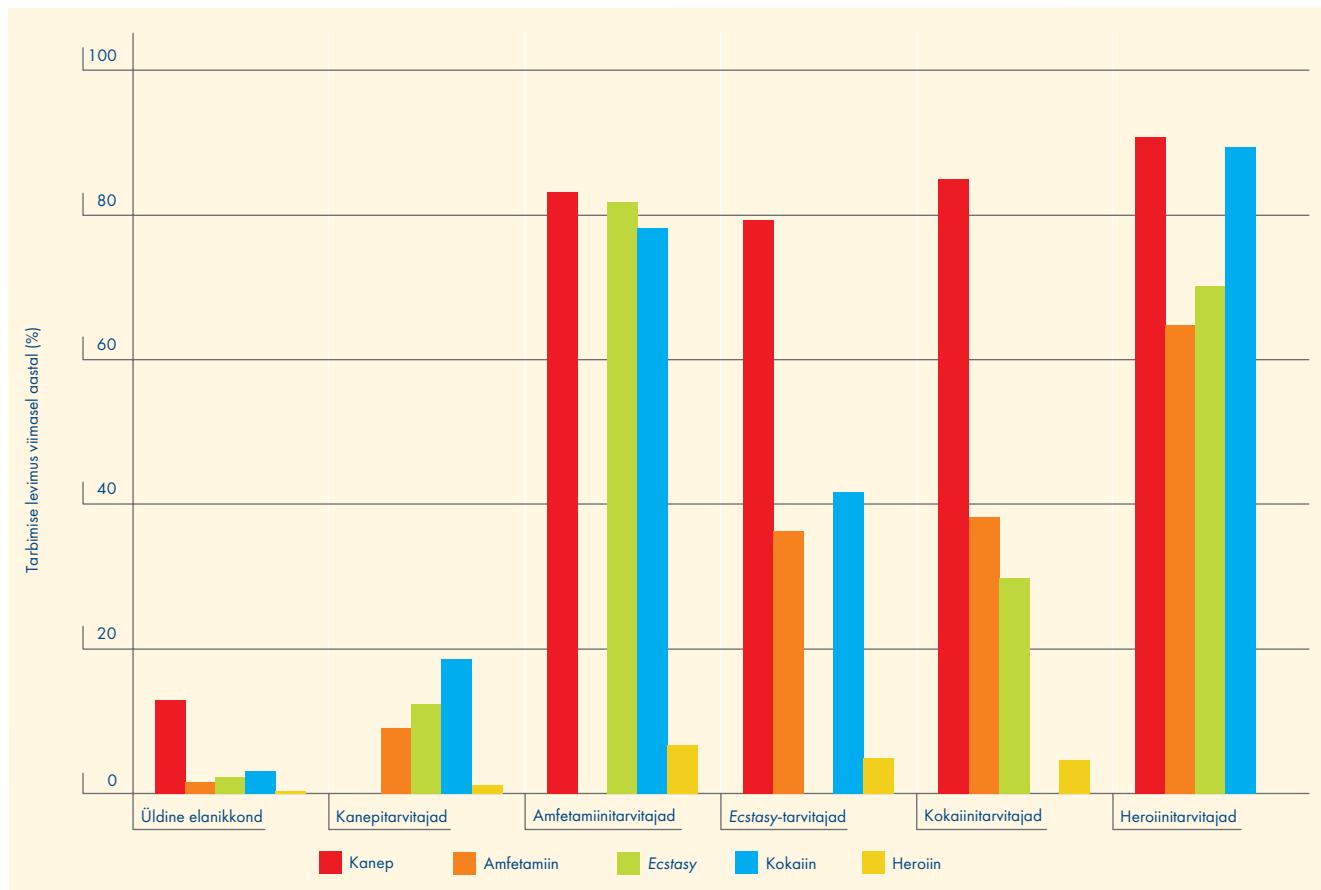
kokaiin suurendavad koos ecstasy või amfetamiinidega tarbimisel akuutset toksilisust.

### Mitme uimasti tarbimise kohta kättesaadavate andmete piiratus

Kättesaadavate andmete puudumine raskendab aruandlust paljude mitme uimasti tarbimise aspektide kohta. Andmeid saadakse uimastite üleannustamiste toksikoloogilistest aruannetest ning ravil olevatelt uimastitarbijatelt endilt. Need allikad heidavad küll pisut valgust mitme uimasti tarbimisele, kuid kättesaadav informatsioon on sageli piiratud ja tuleb arvestada seda, et andmed ei ole täielikud.

Uuringutulemused annavad tunnistust rohkem kui kahe uimasti samaaegse tarbimise märkimisväärselt laialt levikust. Kuid uuringuandmed kirjeldavad mõnesid uimastitarbimise viise sageli ebapiisavalt ning isegi kui andmed on olemas, tuleb välja töötada võrdlemiseks sobivad andmete esitamise standardid. Näide elanikkonna hulgas läbiviidud uuringute käigus saadud andmetest mitme uimasti tarbimise leviku ulatuse kohta on olemas Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (2005b) hiljutises tehnilises aruandes. Joonisel 15 on Hispaania andmetel näha, et ühe

Joonis 15: uimastitarbimine viimase aasta jooksul üldise elanikkonna eri rühmades vanuses 15–34



NB: Hispaania 1999. a andmed. Täiendava teabe saamiseks vt joonis GPS-34 2006. a statistikabülletäänis. Allikas: EMCDDA (2005b).

uimasti tarbimine suurendab tõenäosust, võrreldes üldise elanikkonnaga, et tarbitud on ka teist uimastit, ning et see oleneb samuti kõnealusest uimastist. Näiteks heroiinitarbijate hulgas on kokaiinitarbimine suhteliselt tavaline, kuid kokaiinitarbijate puhul esineb muude uimastite tarbimist harvem.

### **Mitme uimasti tarbimise rakendusliku definitsiooni väljatöötamine: ajavahemike küsimus?**

Tuleb kaaluda, milliseid ajavahemikke peaks mitme uimasti tarbimise hindamine ja aruandlus hõlmama. Elu jooksul tarbimise määrad ei ole üldiselt rahvatervise seisukohast kuigi kasulikud ega asjakohased, võrreldes hiljutisema tarbimise määradega.

Oleks hea, kui mitme uimasti tarbimise rakenduslik definitsioon hõlmaks rohkem kui ühe aine sagedast tarbimist minimaalse kindlaks määratud ajavahemiku, näiteks ühe kuu jooksul. Selline definitsioon ei võimalda eristada ülalkirjeldatud erinevaid tarbimisviise, kuid annab üldise ülevaate kõrge riskiga uimastitarbijate rühmast. Elu jooksul tarbimise kõrvalejätmisses mitme uimasti tarbimise kirjeldamisel võib teha erandi väga noorte inimeste (õpilaste või üliõpilaste) puhul, sest nendel võib elu jooksul mitme uimasti tarbimine praegust tarbimist selgemalt kajastada. Näiteks ESPADi uuringute käigus saadud andmed annavad alust arvata, et normist kõrvale kalduvaid või madala levimusega uimastite tarbimise harjumusi (*ecstasy*, amfetamiin, hallutsinogeenid, kokaiin, heroiin) esineb õpilaste hulgas vaid väikestes rühmades.

## **Euroopa uimastiprobleemide kontrollimise parandamine ja mitme uimasti tarbimise täpsem uurimine**

Euroopa uimastiprobleemide olemuse ja ulatuse parem mõistmine on üks Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse peamisi ülesandeid. Uimastitarbimine on keeruline teema ja see hõlmab paljusid erinevaid käitumisviise, mis on mitmel eri moel seotud paljude oluliste tervishoiu- ja sotsiaalprobleemidega. Uimastitarbijatel võivad olla juba tekkinud probleemid või siis on oht, et need tekivad.

Uimastitarbimise harjumused varieeruvad ühekordsest, episoodilisest ja juhuslikust tarbimisest regulaarse, intensiivse ja kontrollimatu tarbimiseni. Uimastitarbijaid võib kliiniliste definitsioonide järgi klassifitseerida kas siis uimastiprobleemi all kannatajateks või uimastisõltlasteks, ning terminoloogilises mõttes võib mõlemat kategooriat pidevalt edasi arendada. Olukorra teeb veel keerulisemaks see, et uimastitarbijad tarbivad sageli mitut ainet ning muudavad oma tarbimisharjumusi aja jooksul. Ükski eraldiseisev aruandluse instrument ei suuda seda mitmetahulist teemat hõlmata. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse poolt kasutusele võetud liitindikaatori eesmärk on heita valgust nendele uimastitarbimise erinevatele aspektidele.

Keskendudes teatavatele tarbimisviisidele annab probleemse uimastitarbimise indikaator olulist teavet mõnede kõige kahjulikumate ja kulukamate uimastitarbimise viiside kohta. Sellisena on see indikaator oluline komponent Euroopa uimastiprobleemide mõistmisel tervikuna. Siiski on praegu tekkinud selge vajadus täiendada probleemse uimastitarbimise indikaatori üldnäitajaid ainespetsiifiliste näitajatega, et püüda lahendada Euroopa üha heterogeensemaks muutuvaid uimastiprobleeme.

Arvestades seda, et paljude kättesaadavate andmeallikate aluseks on käitumuslikud andmed uimastitarbimise kohta, tuleb sagedase või intensiivse tarbimise mõiste välja töötada samal alusel. Nii on võimalik kontrollida uimastiprobleeme laiemas ulatuses kui probleemse uimastitarbimise indikaator praegu võimaldab. Probleemse uimastitarbimise indikaatori andmete paigutamine kõnealuse laiemas andmetekogu kõrvale tähendab edasiminekut ka Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse pingutustes parandada oma üldist arusaamist Euroopa uimastiprobleemide olemusest ja ulatusest. Sellega paralleelselt tuleb jätkata andmete esitamise standardite väljatöötamist, mis võimaldavad paremini kirjeldada mitme uimasti tarbimise harjumusi Euroopa ulatuses. Esimesed sammud selles suunas hõlmavad põhjalikuma kontseptuaalse raamistiku loomist mitme uimasti tarbimise eri viiside kirjeldamiseks – asjakohaste ajaliste raamistike kasutusele võtmine kaasa arvatud – ning asjakohaste andmeallikate kindlaksmääramist.







## Kirjandus

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M. G., Van Dijk, J. P., Niesink, R. J. M. (2005), "Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?", *Addiction biology* 10 (4), lk 321–323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M. S. ja Anthony, J. C. (2005), "Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001", *Drug and alcohol dependence* 79, lk 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Viin.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Viin.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2002b), "Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs", Project CT.00.EP.13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2004d), "Overdose: a major cause of avoidable death among young people", *Drugs in Focus* No. 13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2005b), "Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use", final report, project CT.03.P1.200, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EMCDDA (2005c), "Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU", final report, project CT.04.P2.329, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), "Drugs 2006" (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file No. 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), "Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention", *International journal of drug policy* 16S, lk S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), "Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users", *World psychiatry* 4(3), lk 173–176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J. et al. (2003), "Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients", *Archives of general psychiatry* 60, lk 1043–1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- Kandel, D. ja Davis, M. (1992), "Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use", in: Glantz, M. and Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse*, lk 211–253. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. ja Spoth, R. (1996), "The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations", in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and*

- delinquency: prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. ja Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), "Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population", *Archives of general psychiatry* 63, lk 219–228.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), "Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European addiction research* 10, lk 147–155.
- Reitoxi riikide aruanded (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. ja Becker, J. (2005), "Drug prevention with vulnerable young people: a review", *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), lk 85–99.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W. et al. (2004), "A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction," *Drug and alcohol dependence* 74, lk 1–13.
- Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R. et al. (2005), "Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence", *American journal of psychiatry* 162, lk 340–349.
- Schäfer, C. ja Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Shearer, J. ja Gowing, L. R. (2004), "Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research", *Drug and alcohol review* 23, lk 203–211.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC ja Maroko valitsus (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- Van den Brink, W. (2005), "Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment", *Sucht* 51 (4), lk 196–198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. ja Watts, C. (2006), "Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (ilmumas).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), "What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults", *Drug and alcohol dependence* 68 (1), lk 49–64.
- WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, World Customs Organization, Brüssel.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, World Health Organization, Genf.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention", seisukohavõtt, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).





Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

**2006. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas**

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2006 – 96 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 92-9168-255-1



## MÜÜK JA TELLIMINE

Väljaannete talituse tasulised väljaanded on saadaval meie müügiesindustes üle maailma.

***Kuidas väljaannet hankida?***

Võtke ühendust müügiesinduste nimekirjast valitud esindusega ja esitage oma tellimus.

***Kust saada müügiesinduste nimekirja?***

Väljaannete talituse veebileheküljelt <http://publications.europa.eu/>

või küsige paberväljaannet faksi teel: (352) 2929-42758

## Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse kohta

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

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

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

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