



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

2011. AASTA ARUANNE

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

2011.
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 mis tahes institutsioonide või asutuste ametlikku seisukohta.

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

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

Tasuta infotelefon: (*)

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Kataloogimisandmed on esitatud käesoleva väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2011

ISBN 978-92-9168-472-4

doi:10.2810/44829

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2011

Reprodutseerimine on lubatud, kui viidatakse algallikale.

Printed in Luxembourg

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PABERILE



**Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus**

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal

Tel +351 211210200 • Faks +351 218131711

info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Sisukord

Eessõna	5
Tänuavaldus	7
Sissejuhatav märkus	9
Ülevaade. Suures plaanis – uimastitarbimine tänapäeva Euroopas	13
1. peatükk. Poliitika ja õigusnormid	
Arengud ELi ja rahvusvahelises poliitikas • Riiklikud narkostrategiad • Riiklikud kulutused • Riiklikud õigusaktid • Uimastialased teadusuuringud	19
2. peatükk. Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas	
Ennetamine • Ravi • Sotsiaalne reintegratsioon • Kahjude vähendamine • Kvaliteedi tagamine • Narkootikumidega seotud õiguskaitse ja narkoseaduste rikkumised • Uimastitarbijatele suunatud tervisekaitse- ja sotsiaalmeetmed vanglas	28
3. peatükk. Kanep	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Ravi	42
4. peatükk. Amfetamiinid, ecstasy, hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Sekkumised meelelahutusasutustes • Ravi	52
5. peatükk. Kokaiin ja crack-kokaiin	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Kokaiinitarbimise mõju tervisele • Probleemne kokaiinitarbimine ja ravinõudlus • Ravi ja kahjude vähendamine	64
6. peatükk. Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine	
Pakkumine ja kättesaadavus • Probleemne narkootikumide tarbimine • Narkootikumide süstimine • Probleemse opioiditarbimise ravi	74
7. peatükk. Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad	
Uimastitega seotud nakkushaigused • Nakkushaiguste ennetamine ja nendega toimetulek • Uimastitega seotud surmad ja suremus • Uimastitega seotud surmade vähendamine	84
8. peatükk. Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused	
Uute uimastite suhtes võetavad meetmed • Mefedrooni järelkontroll • Muude ainete järelkontroll • Nn seaduslikud uimastid • Uute uimastite avaliku müügi kontrollimine ja politsei tegevus	96
Kasutatud kirjandus	103



Eessõna

Käesoleval aastal tähistatakse 50 aasta möödumist päevast, mil kirjutati alla ÜRO narkootiliste ainete ühtsele konventsioonile, mida loetakse rahvusvahelise uimastikontrolli süsteemi nurgakiviks. Tutvustades oma aastaaruannet uimastiprobleemide olukorra kohta Euroopas, ei saa me kuidagi mööda minna asjaolust, et kõnealune nähtus on viimase poole sajandi jooksul läbi teinud märkimisväärsed muutused. Keerulised uimastiprobleemid, millega meil tuleb tänapäeval Euroopas tegeleda, on põhjustatud paljudest teguritest ega ole tekkinud ei sotsiaalses ega geograafilises isolatsioonis. Käesolevas aruandes tunnistatakse seda tõsiasi, samuti võetakse arvesse kultuurilisi arenguid ja globaalseid suundumusi laiemalt, sest neil võib olla märkimisväärne mõju uimastite kasutamise tavadele ja nendega kaasnevale kahjule. Paljude Euroopa riikide praegused majandusraskused avalduvad ka meie aruandluses: seda on juba tunda, sest üha keerulisem on leida vahendeid vajalike teenuste pakkumiseks. Infotehnoloogilised edusammud on muutnud peaaegu kõiki moodsa eluviisi aspekte ning seetõttu ei ole üllatav ka nende mõju uimastitarbimisele. Need edusammud ei mõjuta üksnes uimastite turustamise ja müümise viise, vaid loovad ka uusi võimalusi ennetustööks ja narkomaaniaraviks. Mida lihtsamaks muutub suhtlemine, seda enam kasutab organiseeritud kuritegevus seda ära, nähes uimastites vaid veel üht võimalust ebaseaduslikuks äriks. Ka siin on oluline läheneda probleemile globaalsest vaatenurgast, sest uimastitarbimisel Euroopas on riigipiire ületav mõju. Ühe näitena võib tuua, kuidas uimastikaubitsemise marsruutide muutmine ohustab sotsiaalse arengu toetamiseks naaberriikides tehtud Euroopa Liidu jõupingutuste tulemusi, õõnestades habraste demokraatlike institutsioonide arengut ning soodustades korruptiivseid tavasid.

On oluline rõhutada, et käesolev aruanne on koostatud kollektiivse töö tulemusena ning siinkohal soovime tunnustada kõiki, kes aitasid kaasa selle valmimisele. Käesolev aruanne sai võimalikuks eelkõige tänu Reitoxi võrgustiku riiklikes teabekeskustes tegutsevate partnerite rasketele tööle ja pühendumusele, samuti ekspertidele kõikjal Euroopas, kes aitasid koostada aruandes sisalduvaid

analüüse. Ühtlasi oleme tänu võlgu ka muudele Euroopa ja rahvusvahelistele asutustele nende koostatud analüüside eest. Meie töö ei seisne siiski vaid teiste esitatud teabe võrdlevas kõrvutamises. Meie ülesanne on anda teaduslikult põhjendatud ja sõltumatu hinnang uimastiprobleemile Euroopas. Selleks tuleb meil tõlgendada sageli mitte just kõige täiuslikumaid andmeid. EMCDDA koostab oma uuringuid paljusid näitajaid arvesse võttes, kuid jättes samas ettevaatlikuks. Ühe andmekogumi põhjal tehtud järeldusi tuleb kinnitada muude teabeallikatega ning oleme teadlikult konservatiivsed puudulike andmete tõlgendamisel. Hoolimata eespool öeldust peab siiski tunnistama, et uimasite olukorda Euroopas käsitleva teabe kvaliteet, hulk ja võrreldavus muutub üha paremaks. See on iseenesest juba tõsine saavutus, mis kinnitab, kui suur väärtus on koostööl ja kooskõlastatud tegevusel Euroopa Liidus.

Käesolevat aastaaruannet ei tohiks lugeda eraldiseisvana, vaid osana meie terviklikust aruandluspaketist. Aruande täiendamiseks koostatud statistikabülletäänist leiab meie hinnangu aluseks olevad andmed koos põhjalike meetodiliste märkustega. Käesoleva aasta aruande teemasid üksikasjalikumalt tutvustavates väljaannetes vaadeldakse lähemalt järgmisi teemasid: narkomaaniaravi maksumus ja rahastamine, hoolduse pakkumise juhendid, kanepiturg ja uimastitarbimisest tulenev üldine suremus. Konkreetset teavet iga riigi kohta leiab üksikasjalikest riiklikest aruannetest ja veebipõhistest ülevaadetest riikide kohta. Meie aruandlus on koostatud nii, et see oleks arusaadav laiemale lugejaskonnale, strateegilise suunitlusega meie poliitilisele lugejaskonnale ning piisavalt üksikasjalik, et rahuldada uurijate, üliõpilaste ja teadlaste vajadusi. Milline iganes on teie vaatepunkt, loodame, et käesolev aruanne aitab paremini mõista uimastitega seotud olukorda Euroopas. See on meie eesmärk, kuid lisaks usume, et teema mõistmine on oluline eeltingimus tõhusa narkopoliitika väljatöötamisel ja uimastiprobleemidega tegelemisel.

João Goulão

EMCDDA haldusnõukogu esimees

Wolfgang Götz

EMCDDA direktor



Tänuavaldus

EMCDDA tänab käesoleva aruande koostamisel osutatud abi eest:

- Reitoxi riiklike teabekeskuste juhte ja töötajaid;
- käesoleva aruande jaoks lähtematerjali kogunud teenistusi ja eksperte kõikides 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), Euroopa Ravimiametit (EMA) ja Europolit;
- Euroopa Nõukogu Pompidou gruppi, ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise bürood (UNODC), Rahvusvahelist Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB), Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbürood, Interpoli, Maailma Tolliorganisatsiooni, Kanada Tervishoiuministeeriumi kontrollitud ainete ja tubaka direktoraati, USA ainete kuritarvitamise ja vaimse tervise ametit, kooliealiste laste tervisekäitumise uuringut, projekti ESPAD, alkoholi ja muude sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN);
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Liidu Ametlike Väljaannete Talitust.

Reitoxi riiklikud teabekeskused

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

Riikide teabekeskuste kontaktandmed on esitatud EMCDDA veebisaidil.



Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mille on EMCDDA-le esitanud Euroopa Liidu liikmesriigid, kandidaatriigid Horvaatia ja Türgi ning Norra. Aastaaruandes on kasutatud 2009. 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 olid andmed uuritavast ajavahemikust olemas või on valiku korral lähtunud eesmärgist tuua esile teatud suundumused.

Suundumuste analüüs põhineb ainult nendel riikidel, kes esitasid piisavalt andmeid kõnealuse perioodi jooksul toimunud muutuste kirjeldamiseks. Uimastituru suundumuste analüüsis võivad 2008. aasta näitajad asendada puuduvaid 2009. aasta väärtusi, muude suundumuste analüüsis võivad puuduvad andmed olla interpoleeritud.

Allpool esitatud taustteavet ja hoiatusi tuleb aastaaruande lugemisel meeles pidada.

Andmed uimastite pakkumise ja kättesaadavuse kohta

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

Ebaseaduslike uimastite konfiskeerimisi peetakse sageli nende pakkumise, salakaubamarsruutide ja kättesaadavuse kaudseks näitajaks. Kuid samal ajal on need ka õiguskaitsealaste meetmete (nt prioriteedid, vahendid, strateegiad) otsesemad näitajad, peegeldades nii kaubitsejate tundlikkust kui ka teabe esitamise tavasid. Ebaseaduslike uimastite puhtuse, tugevuse ja jaehindade analüüs võib samuti aidata mõista narkootikumide jaemüügiturgudel toimuvat. EMCDDA-le teatatud narkootikumide jaehinnad kajastavad uimastitarbijatel küsitud hindu. Hinnasuundumusi on kohandatud vastavalt riigi inflatsioonitasemele. Enamiku riikide aruanded ebaseaduslike uimastite puhtuse ja kanguse kohta põhinevad kõikide konfiskeeritud narkootikumide valimil ning üldiselt ei

Aastaaruande ja selle andmeallikate kättesaadavus Internetis

Aastaaruanne 22 keeles allalaadimiseks on kättesaadav EMCDDA veebisaidil. Elektrooniline versioon sisaldab linke kõikidele aastaaruandes tsiteeritud veebipõhistele andmeallikatele.

Järgmised dokumendid on kättesaadavad üksnes Internetis.

2011. aasta statistikabülletään sisaldab statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabeleid. Büllätäänis on esitatud ka kasutatud meetodika üksikasjad ja üle saja statistikagraafiku.

Reitoxi teabekeskuste riiklikes aruannetes on kirjeldatud ja üksikasjalikult analüüsitud iga riigi uimastiprobleemi.

Riikide ülevaadetes on esitatud tipptasemel graafiline kokkuvõte igas riigis uimastitega seotud olukorra põhiaspektide kohta.

ole võimalik esitatud andmeid seostada uimastituru kindla tasandiga. Kõik puhtuse või kanguse ja jaehindade analüüsid põhinevad teatatud keskmistel või modaalsel väärtustel või nende puudumisel mediaanväärtustel. Mõne riigi andmed ebaseaduslike uimastite puhtuse ja kättesaadavuse kohta võivad olla piiratud ning andmete usaldusväärsus ja võrreldavus küsitav.

EMCDDA kogub riikide andmeid ebaseaduslike uimastite konfiskeerimise, puhtuse ja jaehindade kohta Euroopas. Muid andmeid ebaseaduslike uimastite pakkumise kohta saadakse enamasti UNODC teabesüsteemide ja analüüside kaudu, mida täiendab Europolilt saadud teave. Ebaseaduslike uimastite lähteainete kohta saadakse teavet Euroopa Komisjonilt, kes kogub andmeid nende konfiskeerimiste kohta Elis, ning Rahvusvaheliselt Narkootikumide Kontrollinõukogult (INCB), kes on kaasatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvaesuunamise vastastesse rahvusvahelistesse algatustesse.

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

Uimastitarbimise levimuse mõõtmine üldiste rahvastiku-uuringute raames

Ebaseaduslike uimastite üldist tarbimist elanikkonna hulgas või koolides saab mõõta representatiivsete küsitluste abil,

mis aitavad välja selgitada nende inimeste hinnangulise osakaalu, kes tunnistavad, et on tarbinud uimasteid teatava ajavahemiku jooksul. Küsitlused annavad kasulikku taustteavet ka uimastitarbimise harjumuste, uimastitarbijate sotsiodemograafiliste tunnuste ja nende ettekujutuste kohta ebaseaduslike uimastitega seotud ohtudest ning uimastite kättesaadavusest.

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

Kuna uuringute läbiviimine on kulukas, koguvad vähesed Euroopa riigid teavet igal aastal, paljud teevad seda kahe- kuni nelja-aastaste vahedega. Käesoleva aruande koostamisel on kasutatud iga riigi kõige viimase kättesaadava uuringu andmeid, mis enamikul juhtudel pärinevad ajavahemikust 2006–2009. Andmed ebaseaduslike uimastite levimuse kohta Ühendkuningriigis käivad Inglismaa ja Walesi kohta, kui ei ole märgitud teisiti, olgugi et eraldi andmed Šotimaa ja Põhja-Iirimaa kohta on samuti kättesaadavad.

Tarbimine elu jooksul (uimasti tarbimine mis tahes ajahetkel indiviidi kogu elu jooksul) on kõige laiaulatuslikum kolmest ajalisest tüüpnäitajast, mida küsitlusandmete esitamisel kasutatakse. See näitaja ei kajasta täiskasvanute uimastitarbimise hetkeolukorda, kuid aitab mõista tarbimisharjumusi ja haigestumust. Täiskasvanute tüüpvanuserühmad EMCDDA uuringutes on 15–64 aastat (kõik täiskasvanud) ja 15–34 aastat (noored täiskasvanud). Muid ülemisi või alumisi vanusepiire kasutavad riigid on järgmised: Taani (16), Saksamaa (18), Ungari (18), Malta (18), Rootsi (16), ja Ühendkuningriik (16–59). Põhitähelepanu on pööratud eelmise aasta ja eelmise kuu andmetele (uimastitarbimine küsitlusele eelnenud 12 kuu

või 30 päeva jooksul) (lisateave on EMCDDA veebisaidil). Õpilaste korral on tarbimine elu jooksul ja tarbimine eelmise aasta jooksul sageli sarnased, sest enne 15. eluaastat tarbitakse ebaseaduslikke uimasteid harva.

Euroopa kooliuuringu alkoholi ja muude uimastite projekti (ESPAD) raames kasutatakse standardiseeritud meetodeid ja vahendeid kalendriaasta jooksul 16-aastaseks saavate kooliõpilaste representatiivsete valimite uimasti- ja alkoholitarbimise mõõtmiseks. 2007. aastal koguti teavet 35 riigis, sh 25 ELi liikmesriigis, Horvaatias ja Norras. 2011. aastal korraldatud viienda uuringu tulemused, mis hõlmavad 27-st liikmesriigist 23 ning Horvaatiat ja Norrat, avaldatakse 2012. aastal.

Kooliealiste laste tervisekäitumise (HBSC) uuring on Maailma Terviseorganisatsiooni osalusel uurimus, milles keskendutakse laste tervisele ja nende tervisekäitumisele, ning see sisaldab küsimusi kanepi kasutamise kohta 15-aastaste õpilaste seas alates 2001. aastast. Kõnealuse uuringu kolmas etapp, mis sisaldas küsimusi kanepi kohta, toimus aastatel 2009–2010 ning selles osalesid 27-st ELi liikmesriigist 23 ning Horvaatia ja Norra.

Ravinõudlus

Aruannetes ravinõudluse kohta tähendab termin „uued kliendid/patsiendid“ vaatlusaluse kalendriaasta jooksul esmakordselt elus ravile pöördujaid ja „kõik kliendid/patsiendid“ kõiki kõnealuse kalendriaasta jooksul ravile pöördujaid. Kõnealuse aasta alguses juba ravil olevaid kliente/patsiente andmed ei kajasta. Kui esitatakse ravinõudluse osakaal esmase uimasti kohta, on nimetajaks juhtumite arv, mille korral on peamine uimasti teada.

Sekkumised

Teave erinevate sekkumiste kättesaadavuse ja pakkumise kohta Euroopas põhineb üldiselt riiklike ekspertide kaalutletud otsustel, mille kogumiseks kasutatakse struktureeritud küsimustikke. Teatavate näitajate kohta on olemas ka kvantitatiivsed seireandmed.





Ülevaade

Suures plaanis – uimastitarbimine tänapäeva Euroopas

Ülevaade uimastitarbimise olukorrast

Käesoleva aasta aruanne on mitmes mõttes vastuoluline. Ühelt poolt tundub uimastitarbimine Euroopas püsivat suhteliselt muutumatuna. Levimuse tasemed on ajaloolises plaanis üldiselt kõrged, kuid mitte enam tõusmas. Mõnes olulises valdkonnas, näiteks noorte kanepitarbimise puhul, on märgata ka positiivseid märke. Teiselt poolt tekitavad muret nii arengud sünteetiliste uimastite turul kui ka üldisem probleem, et uimastitarbijad kasutavad nüüd suuremat hulka aineid. Praegu iseloomustab uimastitarbimist Euroopas valdavalt mitme uimasti koostarvitamine, sealhulgas ebaseaduslike narkootikumide kasutamine koos alkoholi ning mõnikord koos ravimite ja mittekontrollitavate ainetega. Selline reaalsus on probleem nii Euroopa uimastipoliitika kui ka uimastitarbimisele reageerimise seisukohalt. Enamikus liikmesriikides puudub seni terviklik poliitiline raamistik psühhoaktiivsete ainete kasutamisele reageerimiseks, samuti vajavad kohandamist raviteenused, et vastata mitut ainet tarvitavate patsientide vajadustele. Ühtlasi tuleb uimastipakkumise vähendamise meetmete suunamisel ja nende mõju hindamisel võtta arvesse kogu psühhoaktiivsete ainete turgu. Ilma sellise laiema vaatenurgata võidakse ühe uimasti suhtes tehtavate edusammude tulemusel lülituda ümber muude toodete kasutamisele. Käesolev aruanne sisaldab arvukaid näiteid Euroopa ebaseadusliku uimastituru dünaamilisuse, innovaatsuse ning kiire kohanemise kohta nii võimaluste kui ka kontrollimeetmetega.

Euroopa mudeli läbivaatamine

Maailma standardite järgi on Euroopa lähenemine ebaseaduslikule uimastitarbimisele reageerimisel hästi välja töötatud ja arendatud ning väidetavalt suhteliselt tõhus. Euroopa Liidu tasandil on see sõnastatud kehtivas ELi narkostrategias ja selle tegevuskavas, mis on ainulaadne näide pikaajalisest rahvusvahelisest koostööst ja teadmiste vahetamisest. Praegu on käimas ELi viimase narkostrategia tulemuste läbivaatamine. Enamikul liikmesriikidel on nüüdseks olemas suhteliselt ühetaolised ja põhjalikult ettevalmistatud narkostrategiad, mis kajastavad suurel määral ühist mudelit. Hoolimata sellistest positiivsetest arengutest ja uimastiprobleemidega isikutele osutatavate teenuste pakkumise üldisest laienemisest on riikide vahel veel suuri erinevusi, eeskätt nõudluse vähendamise alastes sekkumistesse tehtud investeeringute osas. Selliste lahknemiste lahendamiseks saab edaspidi ELi poliitika tõsine proovikivi kõnealuses valdkonnas.

Euroopa mudelit iseloomustab uimastipakkumise ja -nõudlusega seotud eesmärkide pragmaatiline tasakaalustamine, samuti nii inimõiguste kui ka kogukonna turvalisuse tähtsustamine. Selline lähenemine võimaldab õiguskaitseasutustel ja piirivalvel tegutseda kooskõlastatult ning teha koostööd uimastipakkumise piiramisel – selle heaks näiteks on praegused programmid, mis on suunatud Afganistanist pärit heroini importimise marsruutidele, üle Atlandi ja Lääne-Aafrika kaudu toimuvale kokaiiniveole ning sünteetiliste uimastite tootmisele. Ühtlasi võimaldab see tugineda uuenduslikele arengutele ravi ja kahjude vähendamise valdkonnas; üks näide selle kohta on heroiniiravi, mis pakub üha suuremat huvi mitmele Euroopa riigile ning mida käsitletakse EMCDDA uues ülevaates.

Süstivate narkomaanide hulgas võib kasvada lokaalse HIV-epideemia esinemise oht

Pärast HIVi üldise leviku vähenemist Euroopa Liidus ei ole HIVi vältimisele kui uimastipoliitika ühele peamisele rahvatervisealasele eesmärgile keskendumine enam nii silmanähtav. Käesoleva aasta analüüsist ilmneb aga murettekitav võimalus, et uute lokaalsete HIV-epideemiate oht võib olla suurenenud. Paljusid Euroopa riike mõjutanud majanduslangus võib muuta kogukonnad haavatavamaks ning samas piirata liikmesriikide suutlikkust piisavalt tõhusalt reageerida. Ajaloolised tõendid on ühesed: teatud tingimuste olemasolu korral võib uimastitega seotud HIV-nakkus haavatavates kogukondades kiiresti levida. Lisaks sellele ei ole paljudes meie naaberriikides saavutatud uimastitest tingitud HIVi leviku vähendamisel sarnast edu kui Euroopa Liidus ja nii uimastite süstimisest kui ka kaitsmata vahekordadest tulenev nakatumine nimetatud viirusesse on seal jätkuvalt tõsine rahvaterviseprobleem. Poliitilised ja majanduslikud arengud on hiljuti suurendanud sisseerännet sellistest mõjutatud piirkondadest ELi liikmesriikidesse ning see võib tekitada lisapingeid juba niigi surve all olevatele teenustele.

Seetõttu tekitab erilist muret, et selline olukord on tekkinud nüüd mitmes ELi liikmesriigis, sealhulgas sellistes riikides, kus varem ei ole märkimisväärseid uimastitega seotud HIV-epideemiaid esinenud, muutes need nüüd tulevaste probleemide suhtes potentsiaalselt haavatavaks. Varasema väikese levimusega Kreeka teatas 2011. aastal lokaalsest HIV-puhangust süstivate narkomaanide seas, ning nagu näitab nakatumise määra kasv Bulgaarias, on asjaolud muresemapanevad ka mitmes Ida-Euroopa riigis. Ühtlasi

näib olukord vähem positiivne ka mõnes riigis, kus on varem oldud edukad uimastitega seotud HIVi/AIDSi epideemiatega toimetulekul – näiteks Eestis ja Leedus viimastel aastatel uute nakkuspuhangute vastu võitlemisel saavutatud edu tundub praegu üha hapram, sest mõlemad riigid on teatanud nakkuse leviku hiljutisest kasvust.

Suundumused seoses opioididega: vajadus mõista turudünaamikat

Rahvusvahelisel tasandil ja eeskätt Põhja-Ameerikas tekitab üha enam muret retseptiravimitena väljakirjutatavate opioidide, peamiselt valuvaigistite kättesaadavus ja kuritarvitamine. Praegu kättesaadavate andmete põhjal on raske hinnata selle ilmingu ulatust Euroopas. Peale selle on keeruline Euroopa Liitu ja muid maailma piirkondi otseselt võrrelda, seda peamiselt märkimisväärsete erinevuste tõttu retseptide väljastamise tavades ja eeskirjades. Ebaseaduslike sünteetiliste opioidide kasutamine Euroopas paistab praegu hõlmavat peamiselt uimastiravist kõrvaesunatud asendusravimite tarbimist. Lisaks on mõned Põhja- ja Kesk-Euroopa riigid hakanud teatama fentanüüli kasutamisest, mida toodetakse tõenäoliselt ebaseaduslikult väljaspool Euroopa Liitu. Nimetatud uimasti esilekerkimine teeb eriti murelikuks ning mujal valitsevat olukorda arvestades on piisavalt põhjust parandada meie suutlikkust jälgida üksnes raviks ettenähtud psühhoaktiivsete toodete kuritarvitamisega seotud suundumusi.

Et sünteetilisi opioide kasutatakse ebaseaduslikult peamiselt heroini asendajatena, võib teave nende tarbimise kohta anda ülevaate heroiniurust tervikuna. Praegu on selles valdkonnas oluline küsimus, mil määral mõjutavad pakkumise vähendamise meetmed heroini kättesaadavust Euroopa tänavatel. Märgid selle kohta, et mõnes ELi riigis, kuigi mitte kõikides, valitses 2010. aasta lõpul heroini põud, mis võis mõjutada ka mõnda ELi-välist riiki, näiteks Venemaad ja Šveitsi, kinnitavad võimalust, et heroini kättesaadavus Euroopas on kahanenud tänu pakkumise vähendamise meetmetele. Teise võimalusena selgitati nimetatud ilmset heroini puudust hiljutise unimaguna närbumistõve puhanguga Afganistani teatavates osades. Lähemal uurimisel tundub siiski, et selline seos on tõenäoliselt ebaselge, kuigi oma osa võis olla muudel Afganistanis toimunud sündmustel ning teatavatel Türgi ja ELi politseijõudude vahelisest koostööst tulenevatel märkimisväärsel edusammudel. Mis tahes lühiajalisi probleeme uimastite pakkumise valdkonnas tuleb siiski käsitleda Euroopa pikaajalise ja suhteliselt stabiilse heroiniuruse kontekstis.

Kuigi teave heroini kättesaadavuse kohta on Euroopa ebaseadusliku uimastiturü dünaamika mõistmiseks oluline,

tuleb märkida, et hetkel on väga raske seda küsimust asjatundlikult kommenteerida. Praegu tehakse selleks põhjalikumaid jõupingutusi, võttes aluseks nii tootmist kui ka tarbimist käsitlevate andmete analüüsi. Mitmel tehnilisel põhjusel tuleb selle tundliku teema kohta järelduste tegemisel olla endiselt väga ettevaatlik. Näiteks puuduvad Euroopas peaaegu täielikult kvaliteetsed näitajad uimastite kättesaadavuse kohta turul. Hinnanguid oopiumitootmise kohta Afganistanis käsitletakse sageli üksüheselt, kuigi mitmes mõttes kaasnevad selliste arvutustega metoodilised probleemid. Ühtlasi võetakse harva arvesse võimalikku oopiumitootmist muudes Aasia riikides. Pealegi arvestatakse heroini liikumise mudelites sageli ladustatud oopiumi- või heroini varude olemasolu, kuigi empiirilised tõendid selle eelduse toetamiseks on piiratud. Oopiumitootmise ja heroini kättesaadavuse vaheliste seoste selgitamist raskendab veelgi asjaolu, et Euroopa Liitu kulgeb mitu salakaubaveomarsruuti ja seal on erinevaid alamturge, samuti arvatakse märkimisväärne ajavahe Afganistanis oopiumisaagi koristamise ja selle heroiniina Euroopa tänavatele ilmumise vahel.

Kas üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumid on vaid jäämäe tipp?

Euroopas on tüüpiline surmaga lõppenud üleannustamise ohver pikaajaliste opioditarbimise probleemidega kolmekümnendate eluaastate keskel või lõpus olev meesterahvas. Teadaolevalt vähendab üleannustamise riski uimastiravi, eelkõige asendusravi saamine. Ent hoolimata sellest, et aastate jooksul on ravi kättesaadavus muljetavaldavalt paranenud, on üleannustamise tagajärjel surnud uimastitarbijate arv püsinud Euroopas ühtlasel tasemel. Seetõttu on üleannustamisest tingitud surmajuhtumite vähendamine Euroopa uimastialaste teenuste jaoks suur probleem. Selles valdkonnas hinnatakse praegu ja töötatakse välja teatavaid uuenduslikke programme, mis on sageli suunatud opioditarbijate jaoks teatavasti eriti ohtlikele olukordadele, nagu vanglast vabanemine või ravi katkestamine. Kuigi ka see töö on oluline, puudutab see vaid probleemi ühte tahku. Uuringute kohaselt võivad üleannustamisest tingitud surmajuhtumid moodustada ühe kuni kaks kolmandikku kõikidest probleemsete uimastitarbijate surmadest. Uimastitarbijate puhul on muud levinud surmapõhjused AIDS, enesetapud ja traumad. Nimetatud järeldusi arutatakse üksikasjalikult käesolevale aruandele lisatud väljaandes, milles osutatakse kindlalt liigsuremuse kõrgele tasemele selle elanikkonnarühma hulgas ja rõhutatakse rolli, mida pakutavad teenused võivad mängida pikaajalise uimastitarbimisega kaasnevate inimkahjude vähendamisel.

Kas kokaiinimull on lõhkenud?

Viimasel kümnendil on kokaiinist saanud enimkasutatud stimuleeriv uimasti Euroopas, kuigi tarbimise tase on kõrge vaid piiratud arvus riikides. Vaatlejad on täheldanud, et huvi nimetatud aine vastu on osaliselt seotud selle imagoga: sageli kujutatakse kokaiini osana külluslikust ja moodsast elustiilist. Korrapärase kokaiinitarbimise puhul on tegelikkus aga teistsugune. Üha sagedamini satub kokaiini positiivne kuvand kahtluse alla seoses sellega seotud probleemide ulatusliku tunnistamisega – need probleemid ilmutavad end nimetatud uimasti tõttu erakorralise haiglaravi vajamise, surmajuhtumite arvu ja ravinõudluse kasvus. Korrapärase kokaiinitarbimisega kaasnevad kulud võivad vähendada selle uimasti paeluvust riikides, kus praegu valitseb kasinuspoliitika. Uute andmete põhjal tõstatub küsimus, kas selle uimasti populaarsus on saavutanud oma tipu. Värskeimad uuringud näitavad teatavat kokaiinitarbimise vähenemist kõige kõrgema levimustasemega riikides, kuigi mujal ei ole olukord nii selge. Ka pakkumist käsitlevad andmed on ebamäärase. Konfiskeeritud kokaiini kogused on alates 2006. aastast märkimisväärselt kahanenud ja üldiselt on langenud nii uimasti hind kui ka puhtus. Vastupidiselt konfiskeeritud kogustele on aga kasvanud konfiskeerimiste arv ning ilmnenud tõendeid selle kohta, et kaubitsejad kohandavad jätkuvalt oma käitumist vastavalt keelumetmetele ning seetõttu on oht, et tarbimisharjumused levivad uutesse piirkondadesse.

MDMA langustendentsis

Viimastel aastatel oli Euroopa ecstasy-turul periood, mil MDMAd sisaldavad tabletid muutusid üha harvemini kättesaadavaks. Tavaliselt sisaldasid ebaseaduslikul turul müüdavad nn ecstasy-tabletid teisi uimasteid, sageli piperasiini, mille tulemusel mõned isikud, kes uskusid end ostvat ebaseaduslikku narkootikumi, ostsid tegelikult mittekontrollitavat ainet. MDMA puudus ecstasy-tablettides oli ilmselt seotud selle peamise lähteaine PMK nappusega, mis võib kajastada selle keelamiseks tehtud töö edukust. Värskeimad andmed osutavad aga MDMA kättesaadavuse paranemisele ning mõnikord on teatatud väga suuri annuseid sisaldavatest tablettidest ja suure puhtusetasemega pulbriest.

Praegused MDMA tootmise meetodid paistavad põhinevat kas safroolil või üha enam ka sellistel imporditud kemikaalidel nagu PMK-glütsidaat ja alfa-fenüülsetonitriil, mis on seni kasutatud kontrollitavate lähteainetega struktuuriliselt sarnased, ent mitte identsed. Siinkohal võib tõmmata paralleeli nn seaduslike uimastite valdkonnas toimuvate arengutega, mille puhul mittekontrollitavad tooted asendavad kontrollitavaid. Kõnealuste kemikaalide valimisel

Lühiülevaade – hinnangud uimastitarbimise kohta Euroopas

Siinkohal esitatud hinnangud on seotud täiskasvanud elanikkonnaga (15–64aastased) ja põhinevad kõige värskeimatel kättesaadavatel andmetel (ajavahemikul 2001 kuni 2009/2010, peamiselt aastatel 2004–2008 korraldatud uuringud). Terviklik andmekogum ja teave meetodika kohta on esitatud lisatud statistikabülletäänis.

Kanep

Tarbimine elu jooksul: ligikaudu 78 miljonit (23,2% täiskasvanud eurooplastest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 22,5 miljonit täiskasvanud eurooplast (6,7%) ehk iga kolmas elu jooksul kanepit tarbinud isik

Tarbimine viimase kuu jooksul: ligikaudu 12 miljonit (3,6%)

Riikidevahelised erinevused viimase aasta jooksul tarbimises: jäävad üldiselt vahemikku 0,4–14,3%

Kokaiin

Tarbimine elu jooksul: ligikaudu 14,5 miljonit (4,3% täiskasvanud eurooplastest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 4 miljonit täiskasvanud eurooplast (1,2%) ehk iga kolmas elu jooksul kokaiini tarbinud isik

Tarbimine viimase kuu jooksul: ligikaudu 1,5 miljonit (0,5%)

Riikidevahelised erinevused viimase aasta jooksul tarbimises: jäävad üldiselt vahemikku 0–2,7%

Ecstasy

Tarbimine elu jooksul: ligikaudu 11 miljonit (3,2% täiskasvanud eurooplastest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: ligikaudu 2,5 miljonit (0,7%) ehk viiendik elu jooksul ecstasy't tarbinud isikutest

Riikidevahelised erinevused viimase aasta jooksul tarbimises: jäävad üldiselt vahemikku 0,1–1,6%

Amfetamiinid

Tarbimine elu jooksul: ligikaudu 12,5 miljonit (3,8% täiskasvanud eurooplastest)

Tarbimine viimase aasta jooksul: 1,5–2 miljonit (0,5%) ehk kuni kuuendik elu jooksul amfetamiini tarbinud isikutest

Riikidevahelised erinevused viimase aasta jooksul tarbimises: jäävad üldiselt vahemikku 0–1,1%

Opioidid

Probleemsed opioiditarbijad: hinnanguliselt 1,3–1,4 miljonit eurooplast

2009. aastal sai asendusravi ligikaudu 700 000 opioiditarbijat

Peamine uimasti enam kui 50% kõikide uimastiravi soovijate puhul

Narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmad: ligikaudu 7600, millest kolmveerandi puhul leiti opioide

lähtutakse kahest eesmärgist: uus aine ei tohi hetkel olla kontrollitav ning seda peab olema võimalik lihtsalt muuta MDMA sünteetiseks vajalikuks lähteaineks. See näitab taaskord sünteetiliste uimastite tootjate märkimisväärset paindlikkust. Ka amfetamiiniturul on täheldatud sarnast ilmingut: lähteainete keemilist maskeerimist kehtivate piiri- ja müügikontrolli mehhanismide vältimiseks. Kuna tootjate tehniline suutlikkus areneb ning nad otsivad pidevalt mooduseid keelustamismeetmetest ja eeskirjadest kõrvalehoidmiseks, siis tekitab ainete muutmise ja ümberkujundamise võimalus praegu kasutuses olevate uimastikontrolliga seotud lähenemisviiside jaoks veel ühe lisaprobleemi.

Uued psühhoaktiivsed ained: õige reaktsiooni tagamine

Praeguste uimastikontrolli mudelite jaoks on üha suuremaks probleemiks mitme uue mittekontrollitava psühhoaktiivse aine kiire turuleilmumine.

2010. aastal teatati Euroopa varajase hoiatamise süsteemile rekordilisest arvust ehk 41 uuest aineist ning 2011. aasta esialgsed andmed ei näita selles osas vähenemismärke. See kajastab nii uute ainete ja toodete jätkuvat turuletulekut kui ka uute ainete kindlakstegemiseks rakendatavate ennetusmeetmete laialdasemat kasutamist. Selliste ainete üks peamisi turge on Internet ning EMCDDA viimase veebiuuringu (juuli 2011) esialgsed tulemused näitavad psühhoaktiivseid tooteid müüvate veebipoodide arvu jätkuvat kasvu. Selle valdkonna müügipraktika paistab olevat samuti arenenud ning üha enam on tõendeid selle kohta, et juurdepääsu piiratakse ning samas võetakse meetmeid ostjate ja müüjate isiku kaitsmiseks. Peale selle on teatatud piiratud juurdepääsuga veebilehtede kaudu toimunud ebaseaduslikust uimastimüügist. Ei ole selge, mil määral võib sellise arengu näol olla tulevikus tegemist tõsise ohuga, kuid arvestades muudatuste toimumise kiirust kõnealuses valdkonnas, tuleb valvsust säilitada.

Uute uimastite avastamise suutlikkuse parandamine

Praegu on käimas Euroopa varajase hoiatamise süsteemi toetava õigusliku mehhanismi läbivaatamine. Euroopa Komisjoni korraldatud hindamise käigus märgiti ära nii olemasoleva süsteemi tugevused kui ka vajadus tõsta Euroopa suutlikkust selles valdkonnas toimuvate arengute kiirusega kaasaskäimiseks. Kuigi Euroopa on uute psühhoaktiivsete ainete avastamisel esirinnas, tehti 2011. aastal EMCDDA korraldatud tehnilise sümposiumi käigus peetud aruteludel selgeks selle probleemi üleilmne mõõde. Rahvusvaheliste ekspertide kinnitusel on uusi psühhoaktiivseid aineid sisaldavad tooted praegu

kättesaadavad mitmel pool maailmas, sealhulgas Ameerikas, Lähis-Idas, Okeaanias ja Aasia teatavates osades, ning üha mitmekesisemate ainete kindlakstegemine kiiresti muutuv turul on üldlevinud probleem. Kõnealusel koosolekul leidsid eksperdid üksmeelselt, et uutest uimastitest tingitud probleemide puhul on vaja nii ennetavat turu jälgimist ja kohtuekspertiisi andmete jagamist kui ka asjaomaste ainete tarbimisest tulenevate terviseprobleemide tõhusamat kindlakstegemist.

Tuleviku ettenägemine: uued tooted ja turgude vastastikune mõju

Enamik varajase hoiatamise süsteemile teatatud uusi aineid on olnud stimulandid või sünteetilised kannabinoidid, mis kajastab suurel määral Euroopa ebaseaduslike uimastite turgu. Tõenäoliselt jätkub seda liiki uute ainete turuletoomine. Lisaks sellele paistab, et tootjad uurivad ka muid psühhoaktiivse toimega aineid, mis võiksid tarbijatele huvi pakkuda. Sel teemal on kättesaadav hulgaliselt teaduskirjandust ning kardetakse, et tulevikus võidakse farmaatsiaalase teadustöö tulemusi kasutada uute psühhoaktiivsete ainete väljatöötamiseks.

Selle valdkonna poliitikas pööratakse eelkõige tähelepanu uute ainete õiguslikule seisundile, samas on oluline vaadelda neid ka üldise uimastituru kontekstis. Kasutajate teatel müüakse näiteks mefedrooni (vt 8. peatükk) lisaks Internetile ka samade ebaseaduslike tarnevõrgustike kaudu, mida kasutatakse selliste uimastite nagu ecstasy ja kokaiini müümiseks. Nagu eespool märgiti, võidakse lisaks sellele valmistada mittekontrollitavatest psühhoaktiivsetest ainetest ecstasy-tablette ja müüa neid ebaseaduslikul turul. Teiselt poolt on teatavates nn seaduslike uimastitena reklaamitavates toodetes leitud hiljuti kontrollitavat uimastit PMMA. Kokkuvõttes on selles valdkonnas toimuvad arengud murettekitavad, viidates nn seaduslike uimastite ja ebaseaduslike uimastite turgude üha suuremale vastastikusele mõjule.

Kanep: poliitilised dilemmad

Kanep on Euroopas jätkuvalt kõige populaarsem ebaseaduslik narkootikum, kuid samas on ka avalikkuse seisukohad selle suhtes kõige lahknevamad. See kajastub hiljutises Eurobaromeetri uuringus, milles käsitleti noorte suhtumist uimastitarbimisse ning leiti, et arvamused kanepi keelustamise kohta on mitmekesisemad kui muude uimastite puhul. Üleilmselt puuduvad tõendid kindlate suundade kohta kanepit käsitlevate poliitikate väljatöötamises. Poliitika väljatöötamise huvitavateks näideteks on siinkohal Ameerika Ühendriigid ja Madalmaad. Ameerika Ühendriikide mõnes osariigis on liigutud meditsiinilistel

põhjustel kasutatava kanepiürdi kättesaadavuse liberaliseerimise suunas. Madalmaade poliitikakujundajad paistavad võtvat üha jõulisemat hoiakut seoses kodumaise kanepitootmise ja selle uimasti *coffee-shop*'ides müümise suhtes kohaldatavate eeskirjadega.

Väga laialdaselt on arutatud selle üle, mil määral mõjutab poliitika muutmine kanepi tarbimist. Käesolevas aruandes esitatud andmete kohaselt ei ole täheldatud otsest seost kõnealuse uimasti hiljutise tarbimise osas võetud meetmete ning tarbimise eest määratavate karistuste suurendamise või vähendamise vahel, mis osutab keerulisemate protsesside toimimisele. Üldiselt võib täheldada, et viimasel kümnendil on kanepit käsitlevad Euroopa poliitikad suunanud õiguskaitsealased jõupingutused kauplemise ja pakkumise, mitte nimetatud uimasti tarbimise vastu võitlemiseks. Üks põhjus on püüd vältida võimalikke negatiivseid tagajärgi, mis tuleneksid suure arvu noorte kokkupuutest kriminaalõigussüsteemiga, eriti kui nad tarbivad kanepit üksnes proovimise eesmärgil. Arvanded näitavad aga kanepitarbimisega seotud rikkumiste arvu jätkuvat kasvu Euroopas, samas kui selle uimasti levimuse tase on ühtlane või isegi alanemas. See viitab tõsiasjale, et poliitikaeesmärgid ja tegelikkus ei pruugi olla otseselt seotud. Nimetatud tähelepanekut on raske selgitada, kuid ühe võimalusena võivad andmed kajastada nn võrgustiku laienemist, mille puhul tarbimise eest täiendavate halduskaristuste kehtestamise tulemusel kasvab tõenäosus, et neid ka tegelikult kohaldatakse.

Kodumaine kanepitootmine on suurenev probleem

Üleilmsel tasandil on Euroopa jätkuvalt kanepivaigu suurim turg. Varem oli peamine Euroopas tarbitava kanepivaigu tootjariik Maroko. Värsked aruanded osutavad aga sellele, et kanepivaiku imporditakse üha enam teistest riikidest, sealhulgas Afganistanist ja Liibanonist. Seda toetavad ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (UNODC) hiljutised väliuuringud, mille kohaselt toimub Afganistanis suuremahuline kanepivaigu tootmine.

Kanepiürti imporditakse Euroopa Liitu peamiselt Balkani piirkonnas asuvatest naaberriikidest ning vähemal määral mõnest Aafrika ja Aasia riigist. Enamik ELi liikmesriike on nüüd teatanud ka kanepi kodumaisest tootmisest ja see suundumus paistab olevat tõusuteel. Seda näitab kanepikasvatamise varustusele spetsialiseerunud poodide (*grow shops*) olemasolu. Kodumaine kanepikasvatamine leiab tavaliselt aset ruumides ja võib olla väikesemahuline, ent võib hõlmata ka organiseeritud kuritegelike jõukude juhitavaid suuri tootmiskohti. Selle tulemusel teatab mõni riik nüüd vägivalla ja muude kuritegude kasvust seoses suurte tootmiskohtadega. Euroopa kanepituru arenguid on üksikasjalikult käsitletud peagi avaldatavas EMCDDA kokkuvõttes „Insight”.

Suunised, standardid ja toimivate tavade jagamine

Kaasaegse uimastiprobleemi keerulist ja kiiresti muutuvat iseloomu arvestades on oluline tagada teadusuuringute tulemuste ja teenuste edukast väljatöötamisest saadud teadmiste võimalikult ulatuslik levitamine. Hea tava kindlakstegemiseks ja selle jagamise edendamiseks on käivitatud mitu Euroopa algatust. 2011. aastal korraldas Euroopa Komisjon koostöös EMCDDAga konverentsi, millel käsitleti nõudluse vähendamise programmide suhtes kohaldatavate minimaalsete kvaliteedistandardite ja võrdlusnäitajate kindlakstegemist. Ühtlasi on EMCDDA laiendanud oma veebiallikaid tõendipõhiste tavade levitamiseks. Tuleb aga märkida, et tõendite kättesaadavus ei taga automaatselt nende rakendamist praktikas. Selle kohta leiab näite uimastitarbimise ennetamise valdkonnast, kus hoolimata üha põhjalikumatest tõenditest valikuliste ja keskkonnaga seotud strateegiate tõhususe kohta kuuluvad nimetatud strateegiad kõige harvemini kasutatavate sekkumiste hulka. Hea tava vastuvõtmine põhineb siiski mõistmisel, millistest lähenemisviisidest on tõesti kasu olnud. Poliitilisi valikuid suunava teabe kogunedes ja kättesaadavamaks muutudes on üha raskem põhjendada investeringuid lähenemisviisidesse, mida ei toeta korralik tõendusmaterjal.

1. peatükk

Poliitika ja õigusnormid

Sissejuhatus

Seoses ELi praeguse narkostrategia lõppemisega 2012. aastal käsitletakse käesolevas peatükis ELi uimastipoliitika viimase 20 aasta jooksul toimunud arenguid. Uuritakse mõnes ELi-välises riigis hiljuti vastuvõetud strateegiaid, et teha kindlaks nii nende ühisosa Euroopa lähenemisviisiga kui ka lahknevused sellest. Lühidalt tutvustatakse ka viimaseid Euroopas vastuvõetud riiklikke narkostrategiaid.

Käesolevas peatükis esitatud ELi liikmesriikide riiklike kulutuste ülevaates tuuakse esile erinevad lähenemised kõnealusele küsimusele ning vajadus parandada ja ühtlustada andmete kogumist selles valdkonnas. Siin tutvustatakse ka Euroopa riikides viimase kümne aasta jooksul aset toimunud muudatusi narkootikumide omamise eest kohaldatavates karistustes ja viimaseid arenguid uimastialastes teadusuuringutes.

Arengud ELi ja rahvusvahelises poliitikas

Teel ELi uimastipoliitika uute algatuste suunas

Uimastipoliitika uuest raamistikust, mida Euroopa Komisjon praegu välja töötab, saab üks esimesi Lissaboni lepingu alusel vastuvõetavaid uimastipoliitika dokumente (vt EMCDDA, 2010a). Ettevalmistustöö raames koostatakse lõplik välis hinnang ELi narkostrategiale 2005–2012. Kõnealuse hinnangu aluseks on vestlused liikmesriikide, kolmandate riikide ja rahvusvaheliste organisatsioonide sidusrühmadega ning poliitikadokumentide ja suundumusi käsitlevate

aruannete analüüs. Euroopa Komisjoni kodanikuühiskonna uimastifoorum koostab selleks ka oma seisukohti kajastava dokumendi. Lisaks sellele on Euroopa Parlamendi mitmesugused poliitilised rühmad korraldanud koosolekuid ja ärakuulamisi ELi praeguse ja tulevase uimastipoliitika arutamiseks. Need arvukad arutelud ja dokumendid koos nimetatud hinnanguga aitavad välja töötada ELi tervikliku uimastipoliitika 2012. aastale järgneva perioodiks.

Kaks aastakümnet ELi uimastipoliitikat

Alates 1990. aastate algusest on Euroopa Liit vastu võtnud kaheksa narkostrategiat või tegevuskava (vt joonis 1) ning muudatused järjestikuste dokumentide sisus kajastavad arenguid Euroopa lähenemisviisis uimastitesse. Kaks esimest ELi uimastitevastase võitluse tegevuskava sisaldasid nii uimastite pakkumise kui ka nõudluse vähendamisele suunatud meetmeid. Mõlemat elementi ühendavat integreeritud lähenemist kasutati esmakordselt 1995.–1999. aasta tegevuskavas. 2000. aastal vastuvõetud strateegias määratletud ELi lähenemisviis oli nii integreeritud kui ka tasakaalustatud, omistades samaväärse poliitilise kaalu nii nõudluse vähendamise kui ka pakkumise vähendamisega seotud sekkumistele. Sellist lähenemisviisi muutumist kajastavad ka asjaomaste ELi poliitikadokumentide pealkirjad, mida algselt kutsuti „uimastitevastase võitluse kavadeks” ning seejärel neutraalsemalt „narkostrategiateks” ja „tegevuskavadeks”. Sisu puhul on üks viimase kümneni jooksul toimunud ilmsemaid muudatusi olnud kahjude vähendamisega seotud eesmärkide lisamine ELi uimastipoliitika dokumentide nõudluse vähendamist käsitlevasse osasse.

Joonis 1. Euroopa uimastipoliitikat käsitlevate dokumentide ajatelg

Euroopa uimastitevastase võitluse kava					Euroopa uimastitevastase võitluse kava					Eli narkostrategia					Eli narkostrategia												
										2000–2004					2005–2012												
1990					1992					Eli uimastitevastase võitluse tegevuskava					Eli uimastitevastase võitluse tegevuskava					Eli narkootikumidealane tegevuskava				Eli narkootikumidealane tegevuskava			
															2000–2004					2005–2008				2009–2012			
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012					

Kahes esimeses Euroopa kavas ei mainitud poliitika hindamist, sest 1990. aastate alguses oli esmatähtis luua usaldusväärne uimastialane Euroopa teabesüsteem. Rakendamise hindamine võeti kasutusele 1995. aasta kavaga, ent alles aastate 2000–2004 narkostrategias muudeti hindamine lahtutamatuks osaks ELi uimastialasest lähenemisviisist. Sellest ajast alates on hinnatud kõiki ELi narkostrategiaid ning järgnevates poliitikadokumentides on lähtutud hindamise tulemustest. Seda põhimõtet järgitakse ka ELi uimastipoliitika uue raamistiku puhul, mille aluseks on esmakordselt eelmise strateegia kohta koostatud välishinnang.

Rahvusvaheline perspektiiv

Väljaspool Euroopa Liitu on hiljuti avaldatud mitu riigisest või piirkondlikku strateegiat. Seda on teinud nimelt Austraalia, Venemaa, Ameerika Ühendriigid ja Ameerika Riikide Organisatsioon (¹). Kõnealuste poliitikadokumentide sisu analüüs näitab, mil määral jagavad teised riigid ELi lähenemisele iseloomulikke tõekspidamisi.

Ameerika Ühendriikide 2010. aasta uimastikontrolli strateegiat tutvustatakse uimastipoliitika uue suunana, mille puhul uimastite tarbimist käsitatakse põhiliselt rahvatervise küsimusena ning riigi uimastiprobleemi peamise põhjuseks nähakse nõudlust uimastite järele. Strateegias rõhutatakse ennetamist, ravi ja sõltuvusest vabanemist ning kutsutakse üles muutma sõltuvusravi sarnaselt muude krooniliste haiguste ravile osaks tavameditsiinist. Ameerika Ühendriikide strateegia kajastub ka Ameerika Riikide

Organisatsiooni poolkeras hõlmavas narkostrategias, milles on uimastisõltuvust kirjeldatud kroonilise tagasilangustega haigusena, mida tuleks sellisena ka ravida. Venemaa esimese narkostrategia (2010–2020) lähtepunktiks on tunnistada uimastiprobleemi ulatust, mida iseloomustab ebaseaduslike narkootikumide tarbimise kasv ja selle mõju nakkushaiguste levikule. Ameerika Riikide Organisatsiooni, Venemaa ja Ameerika Ühendriikide strateegiates rõhutatakse tasakaalustatud lähenemise olulisust. Neljast nimetatud dokumendist kõige laiema käsitlusala on Austraalia narkostrategia (2010–2015), mis hõlmab kõiki sõltuvust ja terviseprobleeme tekitada võivaid psühhoaktiivseid aineid: alkoholi, tubakat, ebaseaduslikke narkootikume ja muid uimasteid. Kõnealuse strateegia läbivaks jooneks on kahjude minimeerimine.

Ameerika Riikide Organisatsiooni, Austraalia ja Ameerika Ühendriikide strateegiaid iseloomustab tõenditel põhinev lähenemine nõudluse vähendamisele ning tulemuste hindamine. Poolkeras narkostrategia vastuvõtnud riigid kohustuvad oma riiklikku poliitikat ja sekkumisi korrapäraselt ja sõltumatult hindama ning juhutama vahendite eraldamisel hindamise tulemustest. Ameerika Ühendriikide strateegia 106 punkti vaadatakse läbi ja neid ajakohastatakse igal aastal, et täita strateegia eesmärged, milleks on muu hulgas uimastitarbimise 15% vähenemine 12–17aastaste vanuserühmas ja 10% vähenemine täiskasvanute hulgas aastaks 2015. Austraalia strateegia tulemuslikkust hinnatakse kolme kriteeriumi põhjal:

Tabel 1. Hiljuti vastu võetud riiklikud uimastipoliitikaalased dokumendid

Riik	Poliitikadokumendi nimi	Ajavahemik	Põhiteema	Märkused
Tšehhi Vabariik	Strateegia	2010–2018	Ebaseaduslikud uimastid	Täiendatud 2010.–2012. aasta tegevuskavaga
Taani	Tegevuskava	Alates 2010	Ebaseaduslikud uimastid	
Itaalia	Tegevuskava	2010–2013	Ebaseaduslikud uimastid	Täiendatud 2010. aasta projektide kavaga
Läti	Programm	2011–2017	Ebaseaduslikud uimastid	
Leedu	Programm	2010–2016	Ebaseaduslikud uimastid	Täiendatud iga-aastaste tegevuskavadega
Luksemburg	Strateegia ja tegevuskava	2010–2014	Ebaseaduslikud uimastid	Strateegia hõlmab ka alkoholi, tubakatooteid, ravimeid ja sõltuvuskäitumist
Poola	Programm	2011–2016	Ebaseaduslikud uimastid	
Portugal	Tegevuskava	2009–2012	Ebaseaduslikud uimastid	Teine tegevuskava 2005.–2012. aasta strateegiakava raames
Rumeenia	Tegevuskava	2010–2012	Ebaseaduslikud uimastid	Teine tegevuskava 2005.–2012. aasta strateegiakava raames
Ühendkuningriik	Strateegia	Alates 2010	Ebaseaduslikud uimastid	Asendab 2008.–2018. aasta strateegiat, mille võitis vastu eelmine valitsus
Türgi	Tegevuskava	2010–2012	Ebaseaduslikud uimastid, alkohol, tubakas	Teine tegevuskava 2006.–2012. aasta riikliku strateegia raames

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

(¹) Ameerika Riikide Organisatsioon on piirkondlik organisatsioon, mis ühendab 35 sõltumatut Ameerika riiki, moodustades sealse peamise valitsustevahelise koostöö foorumi.

ebaseaduslike narkootikumide pakkumise takistamine, uimastitarbimise vältimine ning sellega kaasnevate kahjude ärahoidmine. Venemaa strateegias rõhutatakse paremat järelevalvet ja andmete kogumise vahendeid, kuid sellest on sõnaselgelt kõrvale jäetud opioidide asendusravi, samas kui ELi strateegias peetakse nimetatud sekkumist peamiseks tõenditel põhinevaks lähenemiseks. Märkida tuleb ka seda, et nii Venemaa kui ka Ameerika Ühendriikide strateegia hõlmab massimeediakampaaniaid, kuigi on vähe tõendeid nende tõhususe kohta.

Üldiselt tunduvad narkostrategiad rahvusvahelisel tasandil üksteisele teatud määral lähenevat. Kui Venemaa esimeses strateegias, milles küll tunnistatakse probleemi ja rõhutatakse järelevalve vajadust, on võetud teistes strateegiates puuduv ideoloogiline hoiak, siis nii Ameerika Ühendriikide kui ka Ameerika Riikide Organisatsiooni strateegiad tunduvad rohkem sarnanevat ELi mudelile. Austraalia lähenemisviis hõlmab paljusid ELi poliitika elemente, kuid erineb selles käsitletud ainete laia ulatuse poolest.

Riiklikud narkostrategiad

Euroopa uimastipoliitika mudeli keskne element on riiklike narkostrategiate ja tegevuskavade vastuvõtmine ning need on nüüdseks olemas peaaegu kõigis 30 riigis, mida EMCDDA jälgib. Enamikus neist riikidest võeti viimane uimastipoliitikaalane dokument vastu vähem kui kolm aastat tagasi. Kõnealustes dokumentides on kirjeldatud uimastitarbimise olukorda ning valitsuse eesmärgid selles valdkonnas ning tutvustatud asjaomaseid meetmeid ja nende rakendamise eest vastutavaid osapooli. Sageli on esitatud ka kriteeriumid iga meetme edukuse mõõtmiseks ja üha enam on strateegiale või tegevuskavale antud ka lõplik hinnang.

Uued arengud

Üheteistkümnnes riigis on hiljuti vastu võetud uus riiklik narkostrategia või tegevuskava (vt tabel 1), mille ajaline kestus ulatub kolmest kuni üheksa aastani. Neist kolmes (Portugal, Rumeenia, Türgi) on uimastipoliitika dokumendid kooskõlas ELi praeguse narkostrategiaga (2005–2012). Kuigi mõnikord on nimetatud ka alkoholi ja tubakat, keskendutakse enamikus uimastipoliitika dokumentides peamiselt ebaseaduslikele narkootikumidele ning mitmes riigis on eraldi riiklikud tegevuskavad alkoholi- ja tubakaprobleemidega tegelemiseks. Üks vähestest eranditest on Iirimaa kombineeritud narko- ja alkoholistrateegia, mille vastuvõtmine lükati aga 2011. aasta alguses toimuvate parlamendivalimiste tõttu edasi.

Pärast valitsuse vahetumist teatasid ka Madalmaad uue uimastipoliitika dokumendi vastuvõtmise edasilükkamisest ⁽²⁾,

Arengud uimastipoliitikas

Ühendkuningriigis on hiljutise arenguna viidud uimastipoliitika eesmärgid uuesti tasakaalu paranemise edendamisele ning mitmes järjestikus uimastipoliitika dokumendis on keskendutud ravitulemustele ja uimastitarbijate sotsiaalsele reintegratsioonile ⁽¹⁾ ning sellele, et muuta taastumine uimastipoliitika põhielemendiks ⁽²⁾. Varasem poliitika oli suunatud peamiselt narkomaaniravi, täpsemalt opioidide asendusravi kasutamise isikute arvu suurendamisele, samas kui mõnes uuemas on pööratud suuremat tähelepanu teenuste kvaliteedile. See, kuidas sellised uued poliitikasuunad kajastuvad narkomaaniravi ja sotsiaalse reintegratsiooni teenuste muutumises, selgub edaspidi. Samuti kerkib küsimus, kas sellised suundumused võivad osutada uimastipoliitika edasisele põhjalikumale muutumisele. Taastumist käsitleva tõendusmaterjali läbivaatamisel selgus, et uimastivaba elu saavutamisel ja aktiivseks ühiskonnaliikmeks saamisega on mitu olulist väljapoole uimastipoliitikat jäävat tegurit, mis on seotud isikute eriomadustega ja laiemaga sotsiaalpoliitikaga (Best *et al.*, 2010). Riiklike kulutuste kärpimise perioodil võib valitsustel olla raske neid tegureid muuta, eriti kui see nõuab täiendavaid rahalisi vahendeid.

Portugali praegune uimastipoliitika on kehtinud rohkem kui kümnendi, ent viimastel aastatel on hakanud sellele suuremat tähelepanu pöörama esmalt uimastipoliitika analüütikud ja toetusrühmad, aga nüüd ka Euroopa ja muude riikide valitsused. Portugali poliitika keskmes on uimastitarbimise dekrimaliseerimine ja tervishoiuministeriumi juhitavate nn uimastite kuritarvitamise vältimise komiteede roll (EMCDDA, 2011b). Nimetatud organid hindavad uimastitarbijate olukorda ning neil on õigus pakkuda toetust või kehtestada sanktsioone. Kuigi ükski teine riik ei ole sellist mudelit veel üle võtnud, tegi Norra valitsuse moodustatud komitee hiljuti ettepaneku luua ka selles riigis sarnased valdkondadeüleised kohtuinstantsid.

⁽¹⁾ Ühendkuningriigi 2008. aasta strateegia.

⁽²⁾ Sotimaa 2008. aasta ja Ühendkuningriigi 2010. aasta strateegia.

samas kui Ungari hiljuti valitud valitsus kavatseb asendada aasta varem oma eelkäija poolt vastu võetud narkostrategia. Veel neli riiki (Saksamaa, Eesti, Sloveenia, Rootsi) teatasid, et 2011. aastal kavatsetakse koostada ja vastu võtta uus uimastipoliitika dokument, ning Norra pikendas oma tegevuskava (2007–2010) aastani 2012.

Riiklikud kulutused

Viimasel kümnendil on Euroopas põhjalikult uuritud uimastivaldkonna kõikide aspektidega seotud riiklike kulutusi (EMCDDA, 2008c). Käesolevas jaos vaadeldakse uimastitega seotud olemasolevaid üldisi hinnanguid riiklike kulutuste kohta Euroopas. Selgust üritatakse saada kahes olulises riiklike kulutusi käsitlevas küsimuses: esiteks, millise osa oma sisemajanduse koguproduktist (SKP) kulutavad riigid uimastiprobleemile, ja teiseks, kuidas jagunevad need

⁽²⁾ 2011. aastal esitati parlamendile uus strateegia uimasteid käsitleva pöördumise vormis.

vahendid eri tegevusvaldkondade, eelkõige pakkumise vähendamisel põhineva sekkumise ja nõudluse vähendamisel põhineva sekkumise vahel.

Uimastivaldkonna riiklike kulutuste kohta kättesaadava teabe kogus ja kvaliteet on riigiti väga erinev. Olemasolevates uuringutes on käsitletud erinevaid aastaid, kasutatud mitmesuguseid meetodikaid ja osutatud erinevate avaliku sektori struktuuridega riikidele. Uimastitega seotud kulutuste arvestamise meetodite erinevused seavad suuri piiranguid võimalusele riike omavahel võrrelda. Teatavad valitsuste eraldatud vahendid uimastitega seotud ülesannetest tulenevate kulude katmiseks on riigi eelarves selliselt ka kajastatud (nn märgitud kulud). Sageli ei ole suurem osa uimastitega seotud kulutustest aga tuvastatud (nn märkimata kulud) ning neid tuleb hinnata modelleerimise abil.

Viimasel kümnendil on vähemalt 12 riiki püüdnud koostada üldise hinnangu uimastitega seotud kulutuste kohta (tabel 2). Kõnealuste riikide teatel moodustasid riiklikud kulutused uimastiprobleemile 0,04–0,48% SKPst.

Nagu ka muude sotsiaalpoliitika valdkondade puhul, kasvab riigi jõukamaks muutudes uimastitega seotud tegevuseks kulutatavate vahendite osakaal SKPs (OECD, 2006; Prieto, 2010). Belgias, Tšehhi Vabariigis, Saksamaal, Luksemburgis, Madalmaades, Rootsis ja Ühendkuningriigis kulutati uimastiprobleemidele hinnanguliselt vähemalt 0,1% SKPst; Prantsusmaal, Lätis (üksnes märgitud kulud), Ungaris ja Slovakkias moodustasid need kulutused 0,1–0,04% SKPst. Võttes arvesse, et kasutati eri meetodeid ning andmete terviklikkuse määr on erinev, ei erine nimetatud summad oluliselt Ameerika Ühendriikide (0,42%) (Reuter, 2006) ja Austraalia (0,41% SKPst) (Moore, 2008) kohta esitatud hinnangutest.

Riiklike kulutusi käsitlevates uuringutes on püütud hinnata ka vahendite eraldamist uimastitega seotud eri valdkondadele. Riikide võrdlemisel peab aga olema ettevaatlik, sest riigid ei pruugi kulutusi ühtemoodi liigitada. Üldise hinnangu esitanud 12 riigi hulgas moodustas pakkumise vähendamisele suunatud tegevus – „õiguskaitse“ või „avalik kord ja julgeolek“ – kogusummast 48–92%. Kõige sagedamini nimetati kulutusi õigusemõistmisele, politseile, tollile ja vanglatele.

Nõudluse vähendamisega seotud kulutuste liigitamine on Euroopa riikides äärmiselt erinev. Belgia, Prantsusmaa ja Luksemburgi puhul moodustasid ravile või tervishoiule tehtud kulutused kogukuludest ligikaudu 40% või enam. Viis riiki nimetas kahjude vähendamist, mis moodustas 0,1–28,8% uimastitega seotud prognoositud kulutustest. Seitse riiki esitasid andmeid ka ennetamisega seotud kulude kohta, mis hinnangute kohaselt jäid vahemikku 1–12% uimastivaldkonna kogukuludest.

Majanduslanguse mõju sekkumistele uimastivaldkonnas

Euroopat 2008. aastal tabanud majanduslangus mõjutas Eli liikmesriike tugevalt. Sellel võib olla pikaajaline mõju riiklikele kulutustele ning enamikus riikides tõi see kaasa vajaduse valitsussektori eelarve puudujärgi ja võla vähendamisele suunatud poliitika järele. Euroopa Komisjoni (2011) prognoosi kohaselt toimus 2011. aastal esimest korda kümnendi jooksul riiklike kulutuste reaalne vähenemine (välja arvatud intressimaksed) Euroopa Liidus.

Reitoxi riiklikud teabekeskused kogusid andmeid uimastivaldkonna sekkumiseks ette nähtud eelarveassigneeringute kohta, et saada esmane ülevaade kasinusmeetmete mõjust uimastipoliitikale. 19st teavet esitanud riigist teatasid 15, et alates 2008. aastast on mõnes uimastipoliitika valdkonnas kasutatavad vahendid vähenenud. Kärped olid aga väga erinevad, ulatudes riigist ja poliitikavaldkonnast sõltuvalt 2–44%-ni.

Range eelarvepoliitika avaldas uimastipoliitika eri sektoritele ilmselt erinevat mõju. Märgitud kulude osas oli mõju rängim teadusuuringute, ennetamise, sotsiaalse reintegratsiooni ja korraldusliku tegevuse valdkonnas. Enamik riike paistis vältivat ravieelarvete kärpimist, kuigi mõni riik teatas teenuste ümberkorraldamisest või nende pakkumise vähendamisest. Samuti teatati vanglates läbiviidavate uimastialaste programmide või õiguskaitsega seotud tegevuse rahastamise vähenemisest. Enamiku riikide puhul ei ole võimalik saada teavet märkimata kulude kohta, mis moodustavad lõviosa riiklikest uimastialastest kulutustest. Sellest tulenevalt ei pruugi olla täielikku teavet kasinusmeetmete kohta, mis mõjutavad selliseid sektoreid nagu õiguskaitse, õigusemõistmine või mõned ravi osutamise valdkonnad.

Mitu Euroopa riiki kasutab juba praegu riiklike kulutusi käsitlevaid andmeid uimastipoliitika kavandamise ja selle rakendamise hindamise vahendina ning teised, näiteks Portugal ja Slovakkia, on teatanud oma kavast teha sama. Euroopas uimastitega seotud riiklikest kulutustest selge ja tervikliku ülevaate saamine on aga jätkuvalt probleemne. Praegu puudub üksmeel selle kohta, kuidas prognoosida uimastitega seotud kulutuste konkreetseid liike. Täpsuse ja riikide võrreldavuse parandamiseks on vaja põhjalikult kaardistada uimastipoliitikat rahastavad avalikud asutused ning samuti ühtlustada mõisted ja määratlused.

Riiklikud õigusaktid

Narkootikumide omamine isiklikuks tarbeks: kümme aastat karistuste muutmist Euroopas

Viimase kümne aasta jooksul on 15 Euroopa riiki muutnud karistusi väikese koguse narkootikumide omamise eest. 1998. aasta narkootiliste ainete ebaseadusliku ringluse

Tabel 2. Uimastitega seotud hinnangulised riiklikud kulutused

Riik	Aasta	Uimastitega seotud riiklike kulutuste jaotus (%)		Osakaal SKP-st (%) ⁽¹⁾	Valitsustasand
		Nõudluse vähendamine	Pakkumise vähendamine		
Belgia	2004	43,4	56,2	0,10	Föderalsed, piirkondlikud, provintsi ja munitsipalaasutused
Tšehhi Vabariik ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Kesk-, piirkondlik ja kohalik valitsus ning sotsiaalkindlustus
Prantsusmaa	2005	51,6	48,4	0,07	Keskvalitsus
Saksamaa	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Föderalsed, riiklikud ja kohalikud asutused ning sotsiaalkindlustus
Ungari	2007	25,0	75,0	0,04	Keskvalitsus
Läti ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Keskvalitsus ja üks kohalik programm
Luksemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Keskvalitsus ja sotsiaalkindlustus
Madalmaad	2003	25,0	75,0	0,46	Keskvalitsus ja kohalik omavalitsus
Slovakkia	2006	30,0	70,0	0,05	Keskvalitsus ja sotsiaalkindlustus
Soome	2008	45,0	55,0	0,07	Keskvalitsus ja kohalik omavalitsus
Rootsi	2002	25,0	75,0	0,28	Riigisektori identifitseerimata asutused (ainult asjaomased asutused)
Ühendkuningriik	2005–2006	41,3	58,7	0,48	Kesk- ja piirkondlik valitsus

⁽¹⁾ Seoses sellega, et riigid on kasutanud erinevaid metoodikaid ning kuna esitatud andmete kvaliteet ja terviklikkus on ebaühtlane, on uimastitega seotud riiklike kulutuste osakaalul sisemajanduse koguproduktis (SKP) üksnes teavitav väärtus ning esitatud näitajaid ei tohiks tõlgendada nii, nagu kajastaksid need täielikult riiklike kulutusi uimastiprobleemiga tegelemisele.

⁽²⁾ Üksnes märgitud kulud.

NB! Allikate täielik loetelu on esitatud 2011. aasta statistikabülletääni tabelis PPP-10.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded, Eurostat.

vastase ÜRO konventsiooni artikli 3 lõikes 2 on nõutud, et kõik riigid kuulutavad isiklikuks tarbeks uimastite omamise kriminaalkuriteoks, lähtudes oma põhiseadusest tulenevatest põhimõtetest ja õigussüsteemi alustest. Euroopas on seda rakendatud mitmel viisil. Mis tahes ebaseadusliku narkootikumi omamist isiklikuks tarbeks võidakse käsitada kriminaalkuriteona, väärteona või kohaldada mittekriminaalkaristusi kanepi puhul, samas kui muude narkootikumide omamine on kriminaalkuritegu.

Karistuste osas viimase kümne aasta jooksul tehtud muudatused võib üldiselt jagada kolmeks: need, millega muudetakse rikkumise õiguslikku staatust (kriminaalne või mittekriminaalne); need, millega muudetakse uimasti kategooriat, kui karistus sõltub kategooriast; ja need, millega muudetakse maksimaalset võimalikku karistust. Enamik omamise eest kohaldatavaid karistusi muutnud riike on teinud seda nimetatud muudatuste liike kombineerides, mis raskendab nende kokkuvõtlikku analüüsimist.

Seadusandjate jaoks on ehk kõige olulisem rikkumise õigusliku staatuse muutmine, mis on toimunud Portugalis, Luksemburgis ja Belgias. Portugalis dekrimaliseeriti 2001. aasta seadusega narkootikumide omamine isiklikuks tarbeks. Sellega vähendati maksimumkaristust väikese koguse narkootikumide omamise eest kolmekuuliselt vangistuselt haldustrahvini, mille määravad uued narkootikumide kuritarvitamise vältimise komiteed, eelistades karistustele tervishoiust lähtuvaid lahendusi ⁽³⁾. Luksemburgis muudeti 2001. mais kanepi isiklikuks

tarbeks omamine eraldi rikkumiseks, mille eest määratav karistus on väiksem, koosnedes esmakordse rikkumise puhul ilma raskendavate asjaoludeta üksnes trahvist. Samal ajal vähendati kõikide muude narkootikumide, välja arvatud kanepi, isiklikuks tarbeks omamise eest määratavat maksimumkaristust kolmeaastaselt vangistuselt kuuekuulisele. Samasugune muudatus toimus 2003. aastal Belgias. Varem oli ilma raskendavate asjaoludeta kuni viieaastane vangistus karistuseks väikese koguse kanepi isiklikuks tarbeks omamise eest, samas kui nüüd ei ole selline rikkumine süüdistuse esitamisel prioriteetne ja toob kaasa politsei määratava trahvi.

Dekriminaliseerimise suunas on liikunud ka Eesti ja Sloveenia. Enne 2002. aasta septembrit loeti Eestis teistkordset haldusrikkumist narkootikumide omamise eest 12 kuu jooksul alates esimesest rikkumisest kriminaalkuriteoks, mille eest võis karistada kuni kolmeaastase vangistusega. Uue karistusseadustikuga see säte tühistati ning nüüd käsitletakse teistkordset rikkumist sarnaselt esimesega väärteona, mille eest võib karistada trahvi või kuni 30-päevase haldusarestiga. Sloveenias kaotati 2005. aasta jaanuari väärtegu seadusega vanglakaristus kõikide väärtegu eest, milleks on ka narkootikumide omamine isiklikuks tarbeks. Sellega vähendati maksimumkaristust 30-päevaselt – või väiksemate koguste eest viiepäevaselt – vangistuselt trahvini.

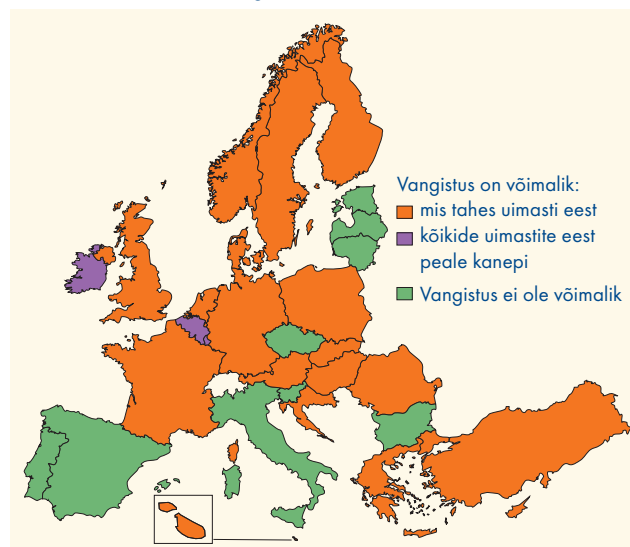
Ilma rikkumise staatust muutmata tegi kuus riiki muudatusi seoses erinevate narkootikumide liigitamisega, kui karistus

⁽³⁾ Hiljuti avaldati üksikasjalik analüüs dekrimaliseerimise mõjust Portugalis (Hughes ja Stevens, 2010).

sõltub narkootikumikategooriast. Rumeenias jaotati ained 2004. aasta seadusega kõrge riski kategooriasse ja riskikategooriasse kuuluvateks. Kõrge riskitasemega ainete puhul on karistus jätkuvalt kahe- kuni viieaastane vangistus, samas kui riskikategooriasse kuuluvate ainete puhul kohaldatakse nüüd väiksemat karistust, milleks on kuuekuuline kuni kaheaastane vangistus. Bulgaarias kehtestati 2006. aasta kriminaalkodeksiga konkreetsed karistused rikkumiste eest, mis ei ole seotud levitamisega, nimelt ühe- kuni kuueaastane vanglakaristus kõrge riskitasemega narkootikumide puhul (vähendades seda 10–15aastaselt vanglakaristusest) ja kuni viieaastane vangistus riskikategooriasse kuuluvate ainete puhul (vähendades seda kolme- kuni kuueaastaselt vanglakaristusest), ning täpsustati, et väiksemate rikkumiste korral võib karistuseks määrata trahvi. Tšehhi Vabariigis kohaldatakse alates 2010. aasta jaanuarist uue kriminaalkodeksi kohaselt kanepi isiklikuks tarbeks omamise puhul väiksemat maksimumkaristust (üks aasta vangistust) kui muude uimastite puhul (milleks on endiselt kaheaastane vangistus), kui tegemist on kogusega, mis on „suurem kui väike“. Itaalias, vastupidi, kaotati 2006. aastal karistuse määramisel ebaseaduslike narkootikumide eristamine, pikendades samaaegselt mis tahes ebaseadusliku narkootikumi eest määratavate halduskaristuste, näiteks juhiloa kehtetuks tunnistamise maksimaalset kestust ühe aastani. Ühendkuningriigis liigitati kanep 2004. aastal B-klassist ümber C-klassi, vähendades selle isiklikuks tarbeks omamise eest määratava karistuse maksimummäära viieaastaselt vangistuselt kaheaastasele, ning politseile anti riiklikud suunised raskendavate asjaolude puudumisel isikuid selle eest mitte vahi alla võtta, vaid teha mitteametlik hoiatus. 2009. aasta jaanuaris liigitati kanep C-klassist taas ümber B-klassi, tõstes selle eest määratava maksimumkaristuse uuesti viieaastase vangistuseni. Läbivaadatud riiklikes suunistes soovitatakse endiselt teha esmakordse rikkumise korral mitteametlik hoiatus.

Kolmas rühm riike muutis uimastite isiklikuks tarbeks omamise eest määratavaid karistusi, käsitlemata õiguslikku staatust ega suhtelisi kahjusid. Karistusi mis tahes uimastite isiklikuks tarbeks omamise eest muudeti neljas riigis ning sisuliselt ka Slovakkias, kus määratleti ümber rikkumise mõiste. Soome karistusseadustiku 2001. aasta muudatusega vähendati maksimumkaristust narkootikumidega seotud vähemtähtsate rikkumiste eest kaheaastaselt vangistuselt kuuekuulise vangistuseni, võimaldades süüdistajal määrata enamikul juhtudel trahvi. Kreekas vähendati 2003. aastal maksimumkaristust väikeste uimastikoguste kasutamise või isiklikuks tarbeks omamise eest mittesõltlasest kasutaja poolt viieaastaselt vanglakaristusest üheaastasele vanglakaristusele. Sellist rikkumist ei kanta karistusregistrisse, kui viie aasta jooksul ei toimu uut rikkumist. Taanis sätestati

Joonis 2. Seadusega ettenähtud karistused: vangistusega karistamise võimalus isiklikuks tarbimiseks mõeldud uimastite omamise eest (väiksem õigusrikkumine)



NB! Täiendava teabe saamiseks vt Euroopa narkootikumide andmebaasi (ELDD). Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused ja ELDD.

süüdistajatele mõeldud 2004. aasta mai suunistes, et väikeste uimastikoguste omamise eest peaks tavakaristuseks olema trahv, mitte hoiatus. 2007. aastal kehtestati see põhimõte seaduses. Prantsusmaal laiendati 2007. aasta seadusega kohtu võimalusi karistuse määramiseks, lülitades nende hulka juhutarbijatele ja alaealistele suunatud kursused teadlikkuse tõstmiseks uimastitest. Kursuste eest tasub rikkuja. Slovakkia kriminaalkodeksi 2005. aasta muudatusega laiendati uimastite isiklikuks tarbeks omamise määratlust mis tahes uimasti ühelt doosilt kolmele doosile, muutmata seejuures maksimumkaristust. Kõnealustele rikkujatele on võimalik määrata ka kaks uut karistust: kuni üheaastane kodune vangistus järelevalve all või 40–300 tundi üldkasulikkusse tööd. Muudatusega viidi sisse ka uus rikkumine: suurema koguse uimastite omamine isiklikuks tarbeks, mis on määratletud kuni kümne doosina ning karistatav kaks kuni kaheksa aastat kestva vangistusega.

Muudatuste tegemise eesmärgid on keerulised ja erinevad riigiti. Seadust on muudetud näiteks selleks, et tagada juurdepääs sõltlastele (Portugal), lihtsustada karistusi (Belgia, Soome, Ühendkuningriik 2004. aastal), ühtlustada karistusi väärtegade eest (Eesti, Sloveenia) ja lähtuda kahju tasemest (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa, Itaalia, Luksemburg, Rumeenia, Ühendkuningriik 2009. aastal).

Seoses uimastite isiklikuks tarbeks omamise eest määratavate karistuste üldiste suundumustega Euroopas võib täheldada, et kümnendi esimeses pooles karistusi vähendati, ent teises pooles suurendati. Tähelepanuväärsem on aga see, et kuigi enamikus riikides on säilinud võimalus

määrata vanglakaristus (joonis 2), ei ole ükski riik viimase kümne aasta jooksul kehtestanud kriminaalkaristusi ega pikendanud vanglakaristust. Selles küsimuses on Euroopas märgata ühtlustumist ja uimastite isiklikuks tarbeks omamise eest määratavate karistuste leevenemist.

Uimastialased teadusuuringud

Teadusuuringute läbiviimise suutlikkuse tugevdamine ELis

Viimastel aastatel on Euroopas olnud päevakorras narkovaldkonna teadusuuringute läbiviimise suutlikkuse tugevdamine. 2010. aastal toimus nõukogus esimene arutelu uimastialaste teadusuuringute teemal, kus Euroopa Komisjon tutvustas komisjoni rahastatavaid teadusprojekte ning rõhutas selliste algatuste lisandväärtust. EMCDDA andis ülevaate liikmesriikide uimastialaste teadusuuringute mehhanismidest ja teemadest ning oma teaduskomitee soovist edasiste uuringuprioriteetide kohta ⁽⁴⁾.

Teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse seitsmes raamprogramm, mis kestab aastani 2013, on Euroopa põhivahend teadusuuringute rahastamiseks. Seitsmenda raamprogrammi koostööprogrammi raames korraldatakse uimastialaste teadusuuringute seisukohast eriti olulisi projektikonkursse ⁽⁵⁾. Need hõlmavad konkursse „Sõltuvus ja/või sundkäitumine lastel ja noorukitel“, „Ebaseaduslike narkootikumide üleilmsete kontrollimeetmete soovimatute tagajärgede mõistmine“ ja ALICE-RAP ⁽⁶⁾.

Euroopa Komisjon rahastab ka muid uimastialaseid teadusuuringuid programmide „Narkomaania ennetus- ja teavitustegevus“ ja „Kuritegevuse ennetamine ja kuritegevuse vastu võitlemine“, kriminaalõiguse programmi ning rahvatervise programmi kaudu. Sellised projektid nagu „Uuring narkootikumide nõudluse vähendamise minimaalseid kvaliteedinõudeid ja sihttasemeid käsitleva ELi raamistiku väljatöötamise kohta“, „Poliitika ja programmide hindamise uued meetodilised vahendid“ ja „Eli ebaseaduslike narkootikumide turu ja sellele reageerimise täiendav analüüs“ annavad vajaliku ülevaate erinevatest probleemidest, millega liikmesriigid selles valdkonnas kokku puutuvad, ning aitavad kaasa ELi praeguse narkostrategia ja tegevuskava rakendamisele.

Vastavalt nõukogu 2009. aasta järeldustes nõutule levitab EMCDDA tihedas koostöös Euroopa Komisjoniga teavet ja nimetatud projektide peamisi järeldusi oma teadusuuringute temaatilises veebivõrgus.

Edasiste teadusuuringute prioriteetid: EMCDDA teaduskomitee soovitused

Oma panusena käimasolevasse arutellusse Euroopa uimastivaldkonna uuringuprioriteetide kohta koostas teaduskomitee soovitused, milles käsitletakse viit olulist valdkonda.

Sekkumine: keskenduda tuleks ravi tõhususele, varajase sekkumise mõjule ja pereliikmetele avalduvale mõjule.

Poliitika analüüs: põhjalikumalt tuleb uurida seda, kuidas riikide ja Euroopa poliitikat kujundatakse, otsuseid vastu võetakse ja rakendatakse, aga ka nimetatud poliitika hindamist, sealhulgas võrrelda eri riikide tulemusi.

Ebaseaduslike narkootikumide pakkumine: suuremat tähelepanu tuleb pöörata turu dünaamika uurimiseks kasutatavate näitajate parandamisele.

Epidemioloogilised uuringud: uimastitarbimise eri mudelite pikaajalise kujunemise paremaks mõistmiseks soovitatakse korraldada rida pikaajalisi kohortuuringuid ning jätkuvalt on vaja tõhusamaid meetodeid uimasteid kasutava rahvastiku suurus hindamiseks.

Uimastitarbimise etioloogia ja kulgemise alusuuringud: teadusuuringud selles valdkonnas võivad parandada nii diagnostika- kui ka ravitulemusi.

ALICE-RAP

Euroopa Komisjoni seitsmenda raamprogrammi koostööprogrammist rahastatakse sõltuvust käsitlevat laiaulatuslikku teadusalgatust. Uimastitest ja muudest sõltuvustest tingitud probleeme, millega Euroopa praegune ühiskond seisab silmitsi, analüüsitakse algatuse „Sõltuvus ja elustiil tänapäeva Euroopas – sõltuvuse ümberkujundamise projekt“ (ALICE-RAP) raames, milles osalevad 25 riigi teadlased. Projekti 10 miljoni euro suurusest eelarvest rahastatakse sõltuvuse kõikide tahkude uurimist järgmiste teemade kaupa: sõltuvuse tunnistamine, arvestuse pidamine sõltuvuste üle, sõltuvust tingivad tegurid, sõltuvustega seotud äritegevus, sõltuvuse juhtimine ning sõltuvuse tekitamine noortes.

Täpsem teave on esitatud ALICE-RAPi veebisaidil.

Liikmesriikide teave teadustegevuse kohta

Euroopas ei peeta praegu arvestust riikide tasandil tehtavate uimastialaste teadusuuringute kohta. Kõik ELi liikmesriigid uurivad uimastiprobleemi ning osa neist uuringutest kajastatakse ja kasutatakse Reitoxi riikide aruannetes. Kuigi kõnealustes aruannetes nimetatakse vaid teatavat valikut nimetatud uuringutest ja need ei hõlma kõiki vastavas

⁽⁴⁾ Vt kast „Edasiste teadusuuringute prioriteetid: EMCDDA teaduskomitee soovitused“.

⁽⁵⁾ Konkursikutsed avaldatakse Euroopa Liidu Teatajas ning neis kutsutakse teadlasi esitama projektiettepanekuid raamprogrammi konkreetsetes valdkondades.

⁽⁶⁾ Vt kast „ALICE-RAP“.

riigis avaldatud asjakohaseid väljaandeid, saab nende põhjal teha kindlaks teatavad suundumused kasutatud teadusuuringute arvus ja uuringuteemades. Ajavahemikus 2008–2010 kasvas Reitoxi riikide aruannetes igal aastal nimetatud teadusuuringute arv 350-lt 750-le. Kõige ulatuslikuma kategooria moodustasid uuringud, mis käsitlesid

uimastitarbimisele reageerimist (34% kõikidest ajavahemikus 2008–2010 riikide aruannetes nimetatud uuringutest), neile järgnesid uimastite levimuse, esinemise ja tarbimisharjumuste uuringud (29%) ning uimastitarbimise tagajärgi käsitlevad uuringud (23%). Harva nimetati meetodikat ja mehhanisme ning uimastite mõju käsitlevaid uuringuid.



2. peatükk

Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas

Sissejuhatus

Käesolevas peatükis esitatakse ülevaade narkoprobleemidega tegelemisest Euroopas, tuues esile suundumused, arengud ja kvaliteediprobleemid. Tutvustatakse ennetusmeetmeid ning seejärel sekkumist ravi, sotsiaalse reintegratsiooni ja kahjude vähendamise valdkonnas. Kõik need meetmed moodustavad osa nõudluse vähendamise terviklikust süsteemist ning neid on hakatud üha enam kooskõlastama ja integreerima.

Uimastialast õiguskaitset käsitlev jagu sisaldab värskemaid andmeid narkoseaduste rikkumise kohta ja selles uuritakse varjatud operatsioonide osa ebaseaduslike narkootikumide pakkumise tõkestamises. Peatükk lõpeb ülevaatega kättesaadavatest andmetest vanglates viibivate uimastitarbijate kohta ja selles keskkonnas praegu kasutusel olevatest lahendustest.

Ennetamine

Narkoennetustöö võib jagada erinevateks tasanditeks või strateegiateks, alustades ühiskonna kui terviku käsitlemisest (keskkonnaalne ennetus) kuni ohustatud üksikisikutele keskendumiseni (näidustatud ennetus). Ennetuspoliitika kõige keerulisem ülesanne on sobitada ennetuse erinevad tasemed kokku sihtrühmade haavatavuse astmega (Derzon, 2007) ning tagada sekkumiste tõendipõhisus ja piisav käsitlusala. Enamiku ennetusmeetmete puhul keskendutakse ainete tarbimisele üldiselt ja ainult piiratud arv programme on suunatud konkreetsele ainele nagu alkohol, tubakas või kanep.

Keskkonnaalased strateegiad

Keskkonnaalaste ennetusstrateegiade eesmärk on muuta kultuurilist, sotsiaalset, füüsilist ja majanduslikku keskkonda, kus inimesed teevad oma otsuseid uimastitarbimise kohta. Tavaliselt hõlmavad need strateegiad selliseid meetmeid nagu suitsetamise keelamine, alkoholi hinnapoliitika või

tervist edendavad koolid. Tõendid viitavad sellele, et keskkonnaalaste ennetusmeetmete võtmine ühiskonna tasandil ning keskendumine koolide ja kogukondade sotsiaalsele kliimale võib tõhusalt muuta üldlevinud uskumusi ja seega ka ainete tarbimise harjumusi (Fletcher *et al.*, 2008).

Täieliku suitsetamiskeelu hiljutise kehtestamisega Hispaanias on nüüd pea kõikides Euroopa riikides tubakas teataval kujul keelustatud. Alkoholile suunatud keskkonnaalased strateegiad on Euroopas harvemad, kuigi enamik Põhjamaid teatas, et kasvanud on vastutustundliku serveerimise strateegiate rakendamine ⁽⁷⁾, mille tõhusust on kinnitanud kohalikud uuringud (Gripenberg *et al.*, 2007).

Enamikus Euroopa riikides on ulatuslikumalt rakendatud koolide uimastipoliitikat ⁽⁸⁾ ning üle kolmandiku liikmesriikidest teatas, et narkoennetus on lisatud koolide õppekavasse näiteks tervishoiu- või ühiskonnaõpetuse programmide raames. Neli riiki (Luksemburg, Madalmaad, Austria ja Ühendkuningriik) teatasid nn tervet kooli hõlmavate ennetusprogrammide rakendamisest ⁽⁹⁾, mis on saanud ainete tarbimise vähendamise suhtes positiivse hinnangu (Fletcher *et al.*, 2008) ning mille lisaeelised on kooli õhkkonna parandamine ja sotsiaalse kaasatuse suurendamine.

Üldine ennetamine

Üldine ennetamine on suunatud kogu elanikkonnale ja toimub eelkõige kooli ja kogukonna tasandil. Selle eesmärk on uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide tekke ärahoidmine või aeglustamine, andes noortele inimestele vajalikud teadmised uimastitarbimise alustamise vältimiseks. Üldiste ennetusviiside rakendamise puhul näitavad tõendid, et programmide omaksvõtmise ja edukuse tõenäosust suurendab tähelepanu pööramine kultuurilisele, normatiivsele ja sotsiaalsele taustale (Allen *et al.*, 2007).

Üleeuroopalised eksperdi hinnangud osutavad teatavale nihkele koolipõhises ennetuses – lähenemisviisidelt, mille tõhusus ei ole tõestust leidnud, näiteks üksnes teabe jagamine, teabepäevad ja uimastitarbimise kontroll

⁽⁷⁾ Vastutustundliku serveerimise strateegiade eesmärk on takistada alkoholi müümist joobnud ja alaealistele isikutele, ühendades selleks teenindajate koolitamise ja poliitilised sekkumised.

⁽⁸⁾ Kooli uimastipoliitika kehtestatakse normid ja eeskirjad uimastite kasutamise kohta kooli territooriumil ning antakse juhtnööre selle kohta, kuidas toimida eeskirjade rikkumise korral.

⁽⁹⁾ Tervet kooli hõlmava lähenemise eesmärk on tagada koolis kaitsev ja positiivne keskkond.

koolides, on hakatud üle minema paljutöötavamatele lähenemisviisidele nagu käsiraamatutel põhinevad sotsiaalsete oskuste õpetamise programmid ning spetsiaalselt poistele suunatud sekkumised. Riigid teatasid ka sellest, et mitu tõhusamat üldist ennetusviisi on ühelt riigilt teistesse üle võetud ⁽¹⁰⁾. Hoolimata positiivse hinnangu saanud ennetusmeetodite olemasolust, on osa riike aga hakanud üha enam teatama mitmest sekkumisest, mida teaduslikud tõendid ei toeta, näiteks ekspertide ja poliitsei külaskäigud koolidesse.

Perekonnapõhise üldise ennetamise näol on enamjaolt tegemist lihtsa ja odava sekkumisega, näiteks kokkusaamised vanematega ning voldikute või brošüüride levitamine. Keerukamatest sekkumistest, nagu vanemate omavahelised toetusrühmad (Saksamaa, Iirimaa), isiku- ja sotsiaalsete pädevuste koolitused (Kreeka, Portugal) või käsiraamatutel põhinevad lapsekasvatuse programmid (Hispaania, Ühendkuningriik) teatati harva.

Valikuline ennetustegevus

Valikuline ennetustegevus on suunatud konkreetsetele rühmadele, perekondadele või kogukondadele, kus inimesed võivad puudulike ühiskondlike sidemete ja ressursside tõttu tõenäoliselt hakata uimasteid tarbima või sõltuvusse langeda. Mitu liikmesriiki on teatanud, et nende strateegiate keskpunkt on nihkunud ja rohkem pööratakse tähelepanu haavatavusele, ning eksperdihinnangutel on aastatel 2007–2010 kasvanud haavatavatele rühmadele suunatud sekkumised, välja arvatud hooldusasutustes olevate noorte puhul. Sekkumiste suurimast kasvust on teatatud õpiraskuste ja sotsiaalsete probleemidega õpilaste puhul (täielik või ulatuslik sekkumine 16 riigis) ning narkoseaduste noorte rikkujate puhul (täielik või ulatuslik sekkumine 12 riigis) (joonis 3). Esimese rühma puhul võib selline kasv olla tingitud asjaolust, et mõni liikmesriik ja Euroopa Liit on hakanud pöörama suuremat tähelepanu ebaedule hariduse omandamisel ning õpingute katkestamisele, millel on probleemse narkootikumide tarbimisega sarnased riskitegurid (King *et al.*, 2006). Noortele õigusrikkujatele suunatud ennetustegevuse kasvu võib osaliselt seletada nii mitmest seansist koosneva psühhosotsiaalse programmi FRED rakendamisega (EMCDDA, 2010a) suuremas arvus riikides kui ka esmakordsetele õigusrikkujatele suunatud uute sekkumistega Kreekas, Iirimaa ja Luksemburgis.

Samuti teatati haavatavatele perekondadele suunatud sekkumiste kasvust, eelkõige ainete tarbimise probleemidega perede (täielik või ulatuslik sekkumine 14 riigis) ja sotsiaalselt tõrjutud perede (täielik või ulatuslik

sekkumine seitsmes riigis) puhul (joonis 3). Sellega seoses võib Euroopas täheldada perede tugevdamise programmi populaarsuse kasvu (Kumpfer *et al.*, 2008): kõnealust programmi hakati hiljuti rakendama veel kolmes riigis (Saksamaa, Poola, Portugal) ja uutes asukohtades Ühendkuningriigis.

Valikuline ennetustegevus võib toimuda sihtrühmadele suunatud tööna või kontoripõhiste teenustena. Ainsad valdkonnad, mille puhul on teatatud sihtrühmadele suunatud töö kasvust, on ennetustegevus etniliste rühmade ja peo-/festivaliküllastajatega, samas kui kodututele noortele suunatud töö on vähenenud. Üldiselt toimub suurem osa teenustega seotud kokkupuuteid sotsiaalselt tõrjutud rühmadega – õpingud katkestanud noored, sisseerandajad ja kodutud noored – jätkuvalt kontoris.

Peale selle on suhteliselt vähe teada paljude valikulise ennetustegevuse programmide sisu kohta ⁽¹¹⁾. Olemasolevate andmete põhjal on Euroopas üldiselt enimlevinud sellised sekkumised, mille puhul pööratakse rõhku teavitamisele, teadlikkuse tõstmisele ja nõustamisele, hoolimata üha ulatuslikematest tõenditest selliste lähenemisviiside tõhususe kohta nagu normide kehtestamine, motiveerimine, oskuste omandamine ja otsuste tegemine.

Näidustatud ennetamine

Näidustatud ennetamise eesmärk on teha kindlaks need inimesed, kellest võivad käitumis- või psühholoogiliste probleemide tõttu saada hilisemas elus probleemsed uimastitarbijad, ja rakendada nende suhtes spetsiaalseid sekkumisi, kasutades individuaalset lähenemist. Mitmele näidustatud ennetamise programmile on antud positiivne hinnang (EMCDDA, 2009c).

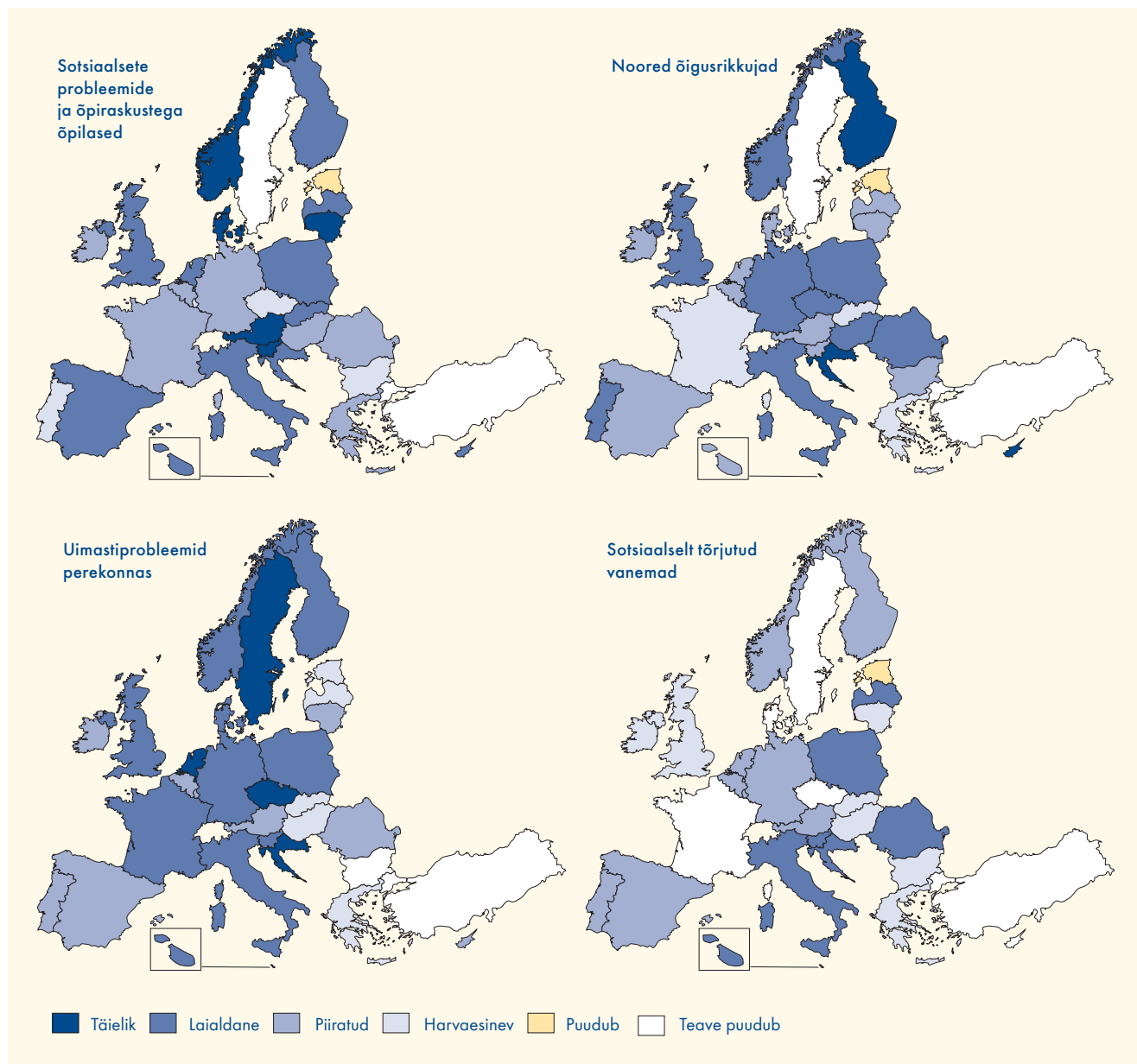
Ainult pooled ELi liikmesriigid ja Norra teatasid näidustatud ennetamise meetmetest ning väga vähesed riigid teatasid struktureeritud ja käsiraamatutel põhineva sekkumise kasutamisest. Üha suurema arvu riikide andmetel kasutatakse koolikeskkonda, et teha kindlaks haavatavad õpilased, eelkõige käitumisprobleemidega õpilased, keda sageli seostatakse hilisema uimastitarbimisega. Belgia, Tšehhi Vabariik, Portugal ja Norra teatasid uute vahendite kasutamisest sõelumisel ja varajasel avastamisel nii koolis kui ka kogukonnas.

Kõige sagedamini nimetatud näidustatud ennetamise strateegiad on varajane sekkumine ja uimastitarbimisalane nõustamine, mõnel korral teatati ka varajastele käitumisprobleemidele suunatud sekkumisest. See näitab, et Euroopas ei rakendata täiel määral näidustatud

⁽¹⁰⁾ Perekondade tugevdamise programmi, FREDi, projekti „Preventure“, Euroopa uimastisõltuvuse vältimise projekti EU-DAP ja hea käitumise mängu kohta vt parima tava portaali.

⁽¹¹⁾ Mõni näide on siiski kättesaadav uimastinõudluse vähendamise meetmeid käsitleva teabevahetuse veebisaidil.

Joonis 3. Valikuline ennetustegevus vastavalt riiklike ekspertide hinnangule



NB! Joonisel on esitatud sekkumiste üldine ja geograafiline jaotus ning seda on hinnatud järgmiselt: täielik – ennetustegevus on tagatud peaaegu kõikides vajalikes kohtades (piirkondades, kus on sekkumise rakendamiseks piisavalt palju sihtrühma kuuluvaid inimesi); laialdane – ennetustegevus on tagatud suuremas osas, kuid mitte kõikides asjakohastes piirkondades; piiratud – ennetustegevus on tagatud mõningates, kuid mitte kõikides vajalikes kohtades; harvaesinev – ennetustegevus toimub vaid vähestes vajalikes kohtades; puudub – sekkumist ei toimu. Teavet koguti struktureeritud küsimustike abil.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

ennetamise potentsiaali vähendada lapsepõlves esinevate neuroloogiliste käitumishäirete, näiteks agressiivsuse ja impulsiivsuse mõju hilisemale käitumisele seoses ainete kasutamisega (EMCDDA, 2009c). Näidustatud ennetamine võib olla kogukonnas toimuva ennetamise ja kliinilistes tingimustes pakutava eriarstiravi vaheline ühenduslüli, eriti teatavatele rühmadele, näiteks haavatavatele kanepi- või alkoholitarbijatele suunatud varajase sekkumise korral.

Ravi

Euroopas kasutatakse uimastiprobleemide raviks peamiselt psühhosotsiaalseid sekkumisi, opioidide asendusravi ja võõrutusravi. Igas riigis sõltub raviks kasutatavate erinevate sekkumiste suhteline osatähtsus paljudest teguritest, sealhulgas riigi tervishoiusüsteemi korraldusest. Narkomaaniraviga seotud teenuseid võidakse osutada mitmesugustes asutustes: eriarstiabi pakkuvad üksused, sealhulgas ambulatoorse ja statsionaarse ravi keskused,

psühhoneuroloogiakliinikud ja -haiglad, vanglate ravikeskused, madala läve teenuseid pakkuvad asutused ja perearstikabinetid.

Praegu Euroopas narkomaaniaravi saavate uimastitarbijate rühma kirjeldamiseks tervikuna puudub asjakohane andmekogum. Selle rühma ühe olulise alagrupi kohta on aga saadud teavet EMCDDA ravinõudluse näitaja abil, millega kogutakse andmeid spetsiaalsetes narkomaaniaravi keskustes kalendriaasta jooksul ravi alustavate isikute kohta ning mis annab ülevaate nende tunnustest ja uimastitarbimise profiilist ⁽¹²⁾. 2009. aastal registreeriti selle näitajaga ligikaudu 460 000 ravi alustajat, kellest 38% (175 000) alustas narkomaaniaravi esimest korda elus.

Toetudes erinevatele allikatele, sealhulgas ravinõudluse näitajale, sai Euroopa Liidus, Horvaatias, Türgis ja Norras 2009. aasta jooksul ebaseaduslike narkootikumide tarbimisega seotud ravi hinnanguliselt 1,1 miljonit inimest ⁽¹³⁾. Kuigi üle poole patsientidest sai opioidide asendusravi, raviti märkimisväärselt arvu isikuid muul viisil seoses opioididest, stimulantidest, kanepist ja muudest ebaseaduslikest narkootikumidest tulenevate probleemidega ⁽¹⁴⁾. Kuigi Euroopa Liidus pakutava narkomaaniaravi hinnang vajab veel täpsustamist, osutab see vähemalt opioiditarbijate puhul märkimisväärselt ravipakkumise tasemele. See on tingitud spetsiaalsete ambulatoorsete raviteenuste olulisest laienemisest viimasel kahel aastakümnel, mille käigus kaasati sellesse ulatuslikult esmatasandi tervishoid, eneseabirühmad, vaimse tervisega seotud üldteenuste osutajad ning sihtrühmadele suunatud ja madala läve teenuste pakkujad.

Eelkõige Lääne-Euroopa on ilmselt järk-järgult liikumas seisukohast, mille kohaselt narkomaaniaravi eest vastutavad üksikud intensiivset lühiajalist sekkumist pakkuvad spetsialiseerunud valdkonnad, valdkondadeülese, tervikliku ja pikaajalise lähenemise suunas. Osaliselt on see reaktsioon uimastisõltuvuse üha kasvavale tunnustamisele kroonilise haigusseisundina, mille puhul paljude patsientide paranemist iseloomustavad taastumise, tagasilanguse, korduva ravi ja võimetuse tsüklid (Dennis ja Scott, 2007); seda seisukohta toetavad ka EMCDDA kogutud andmed, mille kohaselt rohkem kui pooli ravi alustajaid on ka varem ravitud. Teine tegur on see, et Lääne-Euroopa riikides ravi saavad uimastitarbijate, eriti varem ravi saanud pikaajaliste probleemsete tarbijate vanus on märkimisväärselt tõusnud ning neil on mitu tervise- ja sotsiaalset probleemi (EMCDDA, 2010f).

Sellele reageerimiseks on mõnes riiklikus ja kohalikus narkostrategias osutatud pideval hooldusel põhinevale

lähenemisele, rõhutades vajadust kooskõlastada ja integreerida erinevate narkomaaniaravi pakkujate (nt üleminekul statsionaarselt ravilt ambulatoorsetele teenustele) ning ravi laiemate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kaudu toimuvad sekkumised. Pideva hoolduse aluseks on patsiendi seisundi korrapärane jälgimine, potentsiaalsete probleemide varajane avastamine, vastastikune suunamine tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel ning patsiendi toetamine ilma kindla ajalise piiranguta. Selles valdkonnas võib olla oluline roll perearstidel. Teenuseosutajate hulgas hiljuti Prantsusmaal korraldatud uuringus tunnustati perearstide rolli eriarstiravi kättesaadavuse hõlbustamisel opioiditarbijate jaoks nii haiglatesse suunamisel metadooniravi alustamiseks kui ka ravi jätkamisel pärast haiglaravi lõppemist. Teise näitena võib tuua Madalmaade valitsuse ja riigi nelja suurema linna kohalikud omavalitsused, kes on võtnud mitut asutust hõlmava laiema sotsiaalse toetusstrateegia raames vastu tervikliku ravialase lähenemisviisi.

Pidevale hooldusele ja terviklikule ravile võib kaasa aidata teenuseosutajate vaheliste hooldusprotokollide, suuniste ja juhtimisstrateegiate kehtestamine (Haggerty et al., 2003). Riiklike teabekeskuste hulgas 2010. aastal korraldatud uuringus leiti, et 16 riigis on sõlmitud partnerluslepingud narkomaaniaravi ja sotsiaalteenuseid pakkuvate asutuste vahel. Kuues riigis (Prantsusmaa, Madalmaad, Portugal, Rumeenia, Ühendkuningriik, Horvaatia) on struktureeritud protokollid kõige levinumad asutustevahelises koostöös kasutatavad vahendid, samas kui muudes riikides tuginevad partnerlused peamiselt mitteametlikele võrgustikele.

Ambulatoorne ravi

Euroopas pakutav narkomaaniaravi on enamjaolt ambulatoorne. Kättesaadavate andmete kohaselt alustas

Valikteema: narkomaaniaravi rahastamine ja maksumus

Praegusel kasinusperioodil pööratakse teravdatud tähelepanu riigi kulutuste kõikidele tahkudele, sealhulgas ravikuludele. EMCDDA käesoleval aastal avaldatud valikteemas on kaardistatud narkomaaniaravi peamised rahastamisallikad mitmes Euroopa riigis. Selles on esitatud kokkuvõtte kättesaadavatest andmetest selle kohta, kui palju kulutatakse narkomaaniaraviteenustele ja kui palju maksab ravi.

Nimetatud väljaanne on kättesaadav trükisena ja EMCDDA veebisaidil ainult inglise keeles.

⁽¹²⁾ Ravinõudluse näitaja koostamiseks esitasid andmeid 29 riigi spetsiaalsed narkomaaniaravikeskused. Enamik riike esitas andmeid rohkem kui 60% raviüksuste kohta, kuigi mõne riigi puhul ei ole hõlmatud raviüksuste osa teada (vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-7).

⁽¹³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-10.

⁽¹⁴⁾ Üksikasjalikum teave eri ainetel kasutatavate spetsiaalsete raviliikide ning nende mõju, kvaliteedi ja tõendite kohta on esitatud vastavates peatükkides.

2009. aastal spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes ravi 400 000 uimastitarbijat. Pool ravi alustajatest (51%) nimetas oma peamise narkootikumina opioide, põhiliselt heroini, samas kui 24% nimetas kanepit, 18% kokaiini ja 4% muid stimulanse kui kokaiini. Kõige sagedamini tullakse ravile omal algatusel (37%), millele järgneb ravile suunamine narkomaaniravi-, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste (28%) ning kriminaalõigussüsteemi poolt. Ülejäänud kliendid tulevad ravile pere, sõprade ja mitteformaalsete võrgustike kaudu ⁽¹⁵⁾.

Ambulatoorse ravi alustajad on kahtlemata suurim rühm uimastitarbijaid, kelle isikuomadusi, sotsiaalseid tunnuseid ja uimastitarbimise profiili on võimalik kirjeldada. Peamiselt on tegemist noorte meestega, kelle keskmine vanus on 32 aastat. Meeste arv ületab naiste arvu peaaegu neljakordselt, mis osaliselt kajastab meeste ülekaalu probleemsemate narkootikumitarbijate hulgas. Ravi alustavatest patsientidest on peamiselt kanepit kasutavad patsiendid peaaegu kümme aastat nooremad (25) kui peamiselt kokaiini (33) ja opioide (34) kasutavad patsiendid. Esitatud andmete kohaselt on keskmiselt kõige nooremad (25–26) narkomaaniravil viibivad isikud Poolas, Ungaris ja Slovakkias – need riigid ühinesid Euroopa Liiduga aastal 2004 – ning kõige vanemad Hispaanias, Itaalias ja Madalmaades (34). Meeste ja naiste osakaalu erinevus on suur kõikide ainete puhul, kuigi see erineb uimastite ja riikide kaupa. Üldiselt on eri sugude erinevused kõige suuremad Lõuna-Euroopa riikides ja väiksemad Põhja-Euroopas ⁽¹⁶⁾.

Euroopas kasutatakse uimastitarbijate ambulatoorseks raviks peamiselt psühhosotsiaalseid sekkumisi ja opioidide asendusravi. Psühhosotsiaalsete sekkumiste hulka kuuluvad nõustamine, motivatsiooniintervjuud, kognitiiv-käitumisteraapia, üksikjuhtumite haldamine, rühma- ja pereteraapia ning tagasilanguse ennetamine. Olenevalt riigist pakuvad neid teenuseid peamiselt riiklikud asutused või valitsusvälised organisatsioonid. Psühhosotsiaalsete sekkumistega pakutakse uimastitarbijatele sageli tuge sel ajal, kui nad püüavad oma uimastiprobleemi kontrolli alla saada ja neid ületada, ning need on põhiliseks ravivormiks stimulantide, näiteks kokaiini ja amfetamiinide puhul. Neid kasutatakse ka opioiditarbijate puhul, sageli koos asendusraviga. 2008. aastal riikide ekspertide hulgas läbi viidud uuringu kohaselt on ambulatoorne psühhosotsiaalne ravi selle vajajatele kättesaadav enamikus Euroopa riikides.

Kuigi ooteajad on Euroopas väga erinevad, on need enamikus riikides keskmiselt alla ühe kuu.

Asendusravi on kõige levinum opioiditarbijate ravimise viis Euroopas. Ravi toimub tavaliselt ambulatoorselt, kuid mõnes riigis on see kättesaadav ka statsionaarselt ning üha rohkem pakutakse seda ka vanglates ⁽¹⁷⁾. Üha olulisem roll on ka perearstikabinetiga ühishoolduse asutustel, mille juurde kuuluvad sageli spetsiaalsed ravikeskused. Opioidide asendusravi on kättesaadav kõikides ELi liikmesriikides ning ka Horvaatias ja Norras. 2010. aastal hakati asendusravi pakkuma Türgis, kus kasutatakse buprenorfiini-naloksooni segu. Hinnangute kohaselt sai Euroopas 2009. aastal asendusravi 700 000 patsienti (vt 6. peatükk) ⁽¹⁸⁾.

Statsionaarne ravi

Olemasolevate andmete kohaselt alustas Euroopas 2009. aastal statsionaarset narkomaaniravi ligikaudu 44 000 uimastitarbijat ⁽¹⁹⁾. Pooled neist märkisid oma peamiseks uimastiks opioidid (53%), millele järgnesid kanep (16%), kokaiin (8%) ja muud stimulandid kui kokaiin (12%). Statsionaarset ravi saavad patsiendid on peamiselt noored mehed keskmise vanusega 31 aastat ning iga naise kohta tuleb kolm meessoost patsienti ⁽²⁰⁾.

Statsionaarse ravi korral peavad patsiendid jääma raviasutusse ööbima mitmeks nädalaks või kuuks. Paljudel juhtudel on nende programmide eesmärk aidata patsientidel uimastikasutusest loobuda ning asendusravi ei ole nende puhul lubatud. Uimastite võõrutusravi on lühiajaline meditsiinilise kontrolli all toimuv sekkumine, mille eesmärk on kroonilise uimastitarbimisega kaasnevatest võõrutusnähtudest vabanemine, ning mõnikord on see pikaajalise uimastitest loobumisel põhineva statsionaarse ravi alustamise eeltingimus. Võõrutus toimub tavaliselt statsionaarse ravina haiglates, spetsiaalsetes ravikeskustes või statsionaarse ravi ruumides meditsiinilise või psühhiaatrilise järelevalve all.

Statsionaarse ravi asutustes saavad patsiendid majutuse ja individuaalselt kohandatud psühhosotsiaalset ravi ning osalevad tegevustes, mille abil püütakse saavutada nende taastumine ja nad uuesti ühiskonda integreerida. Sellise ravi korral kasutatakse sageli rühmateraapial põhinevat lähenemisviisi. Statsionaarset narkomaaniravi pakutakse ka psühhiaatriaiglates, eriti patsientidele, kellel on kaasnevaid psühhiaatrilisi häireid.

⁽¹⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-16 ja TDI-19.

⁽¹⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-9 (iv osa), TDI-21 ja TDI-103. Teave patsientide ravimise kohta peamise kasutatava aine kaupa on esitatud vastavates peatükkides.

⁽¹⁷⁾ Vt „Abi uimastikasutajatele vanglas“, lk 31.

⁽¹⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid HSR-1, HSR-2 ja HSR-3.

⁽¹⁹⁾ Seda arvu tuleks tõlgendada ettevaatlikult, sest see ei sisalda kõiki uimastitarbijaid, kes lähevad mõne keerukama protsessi osana ajutiselt statsionaarsele ravile.

⁽²⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-7, TDI-10, TDI-19 ja TDI-21.

2008. aastal riikide ekspertide hulgas läbi viidud uuringu kohaselt on statsionaarne psühhosotsiaalne ravi ja võõrutusraviteenused nende vajajatele kättesaadavad enamikus Euroopa riikides. 16 riigi ekspertide esitatud andmetel on hinnangud statsionaarse psühhosotsiaalse ravi ooteaegade kohta Euroopas väga erinevad. 14 riiki teatas, et ooteaja keskmine pikkus on alla ühe kuu, Ungaris on see mõni kuu ja Norras 25 nädalat.

Sotsiaalne reintegratsioon

Sotsiaalse tõrjutuse tase narkomaaniaravil viibivate isikute hulgas on üldiselt kõrge, mis võib takistada nende täielikku taastumist ja vähendada ravi käigus saavutatud edu. Andmed 2009. aastal narkomaaniaravi alustanud patsientide kohta näitavad, et enamik neist olid töötud (59%) ning peaaegu ühel isikul kümnest puudus alaline eluase (9%). Ravile tulevate patsientide haridustase on tavaliselt madal: neist 37%-l on algharidus ja 4%-l puudub seegi ⁽²¹⁾. Üha enam leiab tunnustust asjaolu, et marginaliseerumise ja sildistamise kaotamisele suunatud teenuste arendamine suurendab patsientide eduka sotsiaalse reintegratsiooni tõenäosust ning tõstab nende elukvaliteeti (Lloyd, 2010).

Uimastitarbijate sotsiaalset reintegratsiooni nende kohalikesse kogukondadesse peetakse terviklike narkostrategiate oluliseks osaks, millega keskendutakse sotsiaalsete võimete parandamisele, hariduse ja töölesaamise edendamisele ning eluasemevajaduste täitmisele. Narkomaaniaravil viibivate isikute sotsiaalsete vajaduste lahendamine võib neil aidata uimastitarbimist vähendada ja sellest pikaajaliselt hoiduda (Laudet *et al.*, 2009).

21 Euroopa riigi sõnul hõlmavad nende riiklikud narkostrategiad eraldi sotsiaalset reintegratsiooni käsitlevat jagu ⁽²²⁾, milles pööratakse tähelepanu peamiselt uimastitarbijate eluaseme, hariduse ja tööhoivega seotud vajadustele. Sotsiaalse reintegratsiooni teenuseid pakutakse kas samaaegselt narkomaaniaraviga või pärast ravi lõppemist, tuginedes spetsialiseeritud raviteenuste ning tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeesutuste vahelisele koostööle.

Kokkuvõttes teatas enamik riike küll sekkumisvõimaluste olemasolust eluaseme, hariduse ja tööturul osalemise valdkonnas, ent olemasolevad andmed näitavad, et asjaomaste teenuste osutamise tase ei vasta narkomaaniaravi saava rahvastikuosa vajadustele.

Eluase

Püsiva elamispinna kättesaadavuse ja selle säilitamise tagamine on reintegratsiooniprotsessi võti, mis aitab

patsientidel ravi jätkata ning toetab tagasilanguse ennetamist (Milby *et al.*, 2005).

Narkomaaniaravil viibivate isikute eluasemevajadustele suunatud teenuste pakkumise tase on Euroopas üldiselt madal. 29-st hiljutises uuringus osalenud riigist teatas vähem kui kolmandik, et suuremale osale ravi saajatele on kättesaadav erakorraline majutus (ühiksa), ajutine elamispind (kaheksa) ja toetatud elamisega seotud teenuseid (viis).

Hoolimata Euroopa riikide teatatud teenuste osutamise madalast tasemest pakutakse neist enamikus haavatavatele rühmadele võimalust kasutada sotsiaalkortereid, mis on eri määral kättesaadavad ka narkomaaniaravil viibivatele isikutele. Sellist elamispinda pakuvad tavaliselt kohalikud ametiasutused või valitsusvälised organisatsioonid. Seal viibimise aeg võib olla erinev ning selle kasutusvõimalus võib sõltuda teatavatest tingimustest (nt uimastitarbimise keeld, meditsiinitöötajate järelevalve). Peale selle pakub mitu riiki narkomaaniaravil viibivatele isikutele kohandatud eluasemeteenuseid: näiteks 18 riiki teatas erakorralise majutuse pakkumisest (nt öömaja, majutus koos hommikusöögiga) ning 20 riiki pakub teatavat liiki ajutist elamispinda näiteks taastuskeskustes. Iseseisvalt elamine võib olla oluline samm ühiskonda reintegreerumisel ning 12 riigis on narkomaaniaravil viibivatel isikutel teatav juurdepääs toetatud elamisega seotud teenustele, samas kui 15 riiki teatas programmide, millega hõlbustatakse iseseisva elu alustamist üldise eluasemeturu raames. Prantsusmaal pakuvad spetsiaalsed ravikeskused niinimetatud üleminekuperioodi üüripindu. Keskus tasub elamispinna üüri ja rendib selle edasi patsiendile, kes maksab väikese osa üürisummast. Patsienti toetatakse elamispinna üürimisega seotud haldusküsimustes (nt arvete tasumine) ja eelarve haldamisel ning pärast nn katseaega saab temast ametlik üürnik.

Koolitus ja haridus

Ravil viibivate uimastitarbijate haridusvajadusi võib püüda lahendada mitmel viisil. Kuigi esimeseks valikuvõimaluseks võib olla tavaharidussüsteem, võivad patsiente selles osalemast takistada isiklikud ja süsteemist tulenevad tõkked, nagu väiksed ootused, sildistamine ja kartus läbikukkumise ees (Lawless ja Cox, 2000). Üheteistkümmne riigi sõnul kasutatakse neis toetusprogramme, mille eesmärk on hõlbustada narkomaaniaravil viibivate isikute juurdepääsu tavaharidusele. Lisaks sellele teatas 15 riiki, et narkomaaniaravil viibivatel isikutel on juurdepääs sotsiaalselt haavatavatele rühmadele suunatud haridusprogrammidele.

⁽²¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-12, TDI-13 ja TDI-15.

⁽²²⁾ Uuringu korraldamise ajal puudus Leedul ja Austria riiklik narkostrategia.

Kutseõpe või tehniline koolitus aitab inimestel omandada teatavas ametis või teataval kutsealal töötamiseks vajalikud praktilised oskused ning tavaliselt kaasneb sellega kutsevalifikatsioon. Enamikus riikides (20) pakutakse klientidele kutseõpet sotsiaalselt haavatavatele rühmadele suunatud sekkumiste kaudu. 16 riigis on kutseõppealased sekkumised ette nähtud otseselt ka narkomaaniaravi saavale elanikkonnaosale.

Tööhõive

Töölevõetavus on üks sotsiaalse reintegratsiooni peamisi põhimõtteid ja mitme Euroopa riigi tööhõivestrategias on käsitletud uimastitarbijate tööhõivealaseid vajadusi. Töölevõetavust suurendavad meetmed võivad olla psühholoogilised (nt isiklik areng, tulemuslikkus, enesehinnang, toimetulekuoskused) ning pakkuda paranevatele uimastitarbijatele sarnases olukorras olevatest isikutest koosnevaid alternatiivseid toetusrühmasid ja uusi oskusi, millest on abi laiemasse kogukonda reintegreerumisel. 15 riigi teatel on narkomaaniaravil viibivate isikute töölevõetavus üks individuaalsete hoolduskavade üldlevinud ja tavapärane eesmärk.

Tõendid osutavad sellele, et tööhõive ja töölevõetavuse suurenemine parandavad narkomaaniaravi tulemusi (Kaskutas *et al.*, 2004), avaldavad positiivset mõju tervisele ja elukvaliteedile ning vähendavad seadusrikkumisi (Gregoire ja Snively, 2001). Sellised toetussüsteemid nagu tööharjutusprogrammid, mille kaudu pakutakse tasustatud tööd spetsiaalselt selleks loodud ajutistel ametikohtadel, võivad aidata vähendada lõhet pikaajalise töötuse ja avatud tööturul töötamise vahel. Sellised süsteemid on tavaliselt suunatud ebasoodsamas olukorras isikutele (nt puuetega või sotsiaalselt tõrjutud inimeste töölevõtmiseks loodud ettevõtete kaudu) ning võivad hõlmata nii ametialast kui ka vabatahtlikku tööd.

Esitatud andmete kohaselt pakutakse kahekümnes riigis sotsiaalselt haavatavatele rühmadele suunatud tööharjutusprogramme, mis on kättesaadavad ka narkomaaniaravil viibivatele patsientidele; 11 riigis on selline sekkumine ette nähtud spetsiaalselt ravi saajatele. Näiteks Iirimaa aidatakse programmiga „Ready for Work” kodututel inimestel, sealhulgas uimastitarbijatel saada koolitust või tööd, pakkudes neile töö alustamisele eelnevat koolitust, tasustamata töökogemust ja toetust ka pärast töö saamist. Narkomaaniaravil viibivatel isikutel võib olla võimalik osaleda ka muudes algatustes, näiteks töökoha tugiteenustes, millega aidatakse puuetega inimestel või mõnel muul ebasoodsas olukorras oleval rühmal saada ja säilitada tasustatud töökoht. Kuigi 17 riiki teatas, et

töökoha tugiteenused on ravi saajatele kättesaadavad, on kõnealuste teenuste osutamise tase piisav vaid neljas riigis.

Kahjude vähendamine

Uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on kõikide ELi liikmesriikide ja ELi narkostrategia rahvatervisealane eesmärk ⁽²³⁾. Teenuste kavandamisel saab nüüd kasutada ülevaateid kahjusid vähendavate sekkumiste teaduslikest tõenditest ning nende sekkumiste kombineeritud mõju tõestavaid uuringuid (EMCDDA, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Selle valdkonna peamiste sekkumiste hulka kuuluvad opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmid, millega püütakse ennetada üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumeid ja nakkushaiguste levikut. Esitatud andmete põhjal on asendusravi kättesaadav kõikides riikides ning nõela- ja süstlavahetuse programmid kõikides riikides peale Türgi. Viimasel kahel aastakümnel on kahjude vähendamise meetmed Euroopas ulatuslikumalt kasutusele võetud ja konsolideeritud, samuti on need integreeritud mitmesuguste muude tervishoiu- ja sotsiaalteenustega. Esialgsest keskendumisest HIVi/AIDSi epideemiale 1980. aastate lõpus on kahjude vähendamise meetmete raames võetud nüüd laiem eesmärk tagada probleemsete narkootikumitarbijate, eelkõige sotsiaalselt tõrjutud isikute tervishoiualaste ja sotsiaalsete vajaduste täitmine.

2009. aastal kasvas asendusravi kasutatavate patsientide arv enamikus riikides ⁽²⁵⁾. Peale selle teatati kahjude vähendamisega tegelevate madala läve asutuste teenuste kasutamise kasvust Bulgaarias, Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Ungaris, Lätis, Leedus, Luksemburgis, Poolas, Rumeenias ja Horvaatias ning nõela- ja süstlavahetuse programmide laienemisest Ungarisse.

Enamik Euroopa riike pakub veel mitut tervishoiu- ja sotsiaalteenust, sealhulgas individuaalset riskihindamist ja nõustamist ning suunatud teavitamist ja nõustamist ohutamate vahendite kasutamise küsimuses. Viimastel aastatel on kasvanud muude süstimisvahendite kui nõelte ja süstalde jagamine, kondoomi kasutamise edendamine süstivate uimastitarbijate hulgas, nakkushaiguste testimine ja nendealane nõustamine, retroviirustevastane ravi ning vaktsineerimine viirusliku hepatiidi vastu. Mudelprognoosid näitavad, et sihtrühma olulisele osale suunatud pikaajalised suurima potentsiaalse mõjuga sekkumised (nõela- ja süstlavahetuse programmid, asendusravi ja retroviirustevastane ravi) vähendavad HIVi levikut süstivate narkomaanide hulgas; ühtlasi näitavad need prognoosid, et suurim mõju saavutatakse siis, kui nakatumise tase on veel väike (Degenhardt *et al.*, 2010).

⁽²³⁾ KOM(2007) 199 (lõplik).

⁽²⁴⁾ Vt ka *prima tava* portaal.

⁽²⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni tabel HSR-3 ja 6. peatükk.

2010. aastal korraldas Prantsuse tervishoiu- ja meditsiiniuuringute riiklik instituut (Inserm) mitut valdkonda hõlmava uuringu uimastitarbijate hulgas nakkusohu vähendamiseks ette nähtud kahjude vähendamise meetmetega seotud tõendibaasi kohta. Uuringu käigus vaadati läbi kahjude vähendamise meditsiinilisi, epidemioloogilisi, sotsioloogilisi, majanduslikke ja rahvatervisealaseid tahke käsitlev teaduskirjandus, kuulati ära eksperte ning korraldati avalikke arutelusid. Ekspertide ühisarvandes soovitakse käsitleda kahjude vähendamise poliitikat tervishoiualaste ebavõrdsuste vähendamise laiema strateegia lahutamatu osana. Peale selle tuleb jätkuva hoolduse tagamiseks integreerida nimetatud teenused muude uimastialaste teenustega. Kuigi jätkuvalt on esmatähtis nii uimastitarbimise kui ka süstitavate narkootikumide kasutamise alustamise ennetamine, peaks süstivatel narkomaanidel olema võimalus vähendada süstimisest tulenevaid riske. Arvandes esitatud soovitusel kohaselt peaksid kahjude vähendamise meetmed sarnaselt meditsiiniliste ja sotsiaalsete sekkumistega moodustama osa isiklikust abikavast.

Uimastitarbijate kaasamine

Uimastitarbijate tervishoiupoliitikasse kaasamise põhimõtte leidis ulatuslikumat tunnustust rahvatervise ja tervishoiuteenuste osutamise uue tegevuskava kehtestamisega Maailma Terviseorganisatsiooni Ottawa hartas 1986. aastal. Uimastitarbijate aktiivne kaasamine uimastialaste teenuste kujundamisse sai aga alguse 1970. aastatel Madalmaades.

Hiljuti alustas Euroopa kahjude vähendamise võrgustik riiklike ja Euroopa tasandi uimastitarbijate organisatsioonide kaasamise hõlbustamise eesmärgil ülevaate koostamist selliste Euroopa organisatsioonide kohta.

Uimastitarbijate kaasamise vormid ja eesmärgid on väga erinevad (Bröring ja Schatz, 2008). Asjaomased tegevused võivad hõlmata teenusekasutajate hulgas korraldatavaid uuringuid teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi kohta, nende arvamuse küsimist seoses töötajate töölevõtmisega, fookusgruppide loomist uute teenusevaldkondade väljatöötamiseks ning uimastitarbijate organisatsioonide kaasamist tervishoiu edendamisse ja uimastipoliitika kujundamisse. Uimastitarbijate organisatsioonid tegelevad sageli sarnases olukorras olevate isikute toetamise ja nakkushaiguste vältimise alase koolitamisega ning teabematerjalide koostamisega, millega toetatakse võrgustike moodustamist ja aidatakse tõsta üldsuse teadlikkust uimastitarbijate peamiste probleemide suhtes (Hunt et al., 2010). Uimastitarbijate kaasamine võib osutada pragmaatiliseks ja eetiliseks viisiks, mille abil tagada teenuste kvaliteet ja vastuvõetavus. Selleks, et uimastitarbijatel oleks võimalik anda oma panus ning et tagada nende edukas kaasamine, tuleb aga pakkuda piisavalt toetust.

Vaata ka Euroopa kahjude vähendamise võrgustiku veebisaiti.

Kvaliteedi tagamine

Enamik Euroopa riike rakendab mitmesuguseid meetmeid uimastialaste sekkumiste ja teenuste kvaliteedi tagamiseks. Need hõlmavad ravisuuniste väljatöötamist, teenuste võrdlusuuringuid, töötajate koolitamist ning kvaliteedi sertifitseerimise ja akrediteerimise protsesse.

Kvaliteedistandardid Euroopas

Euroopa Komisjoni tellitud EQUSe uuringu eesmärk on saavutada Euroopa ekspertide ja sidusrühmade hulgas üksmeel seoses olemasolevate nõudluse vähendamisele suunatud sekkumiste kvaliteedistandarditega. See hõlmab nii tõendipõhiste soovitusete kui ka organisatoorse meetmete suhtes kohaldatavate miinimumstandardite selgema määratluse väljatöötamist. EQUSe uuringus on käsitletud seda ebaselget olukorda ja eristatud kolme liiki standardeid. Need on määratletud struktuuriliste standarditena (nt füüsiline keskkond, kättesaadavus, personali koosseis ja kvalifikatsioonid), protsessiga seotud standarditena (nt individuaalne kavandamine, koostöö muude asutustega, patsiendiandmete dokumenteerimine) ja tulemustega seotud standarditena (patsientide ja töötajate rahulolu, ravieesmärkide kehtestamine ja mõõtmine). Uuringu tulemused peaksid olema kättesaadavad 2011. aasta lõpuks ning Euroopa Komisjon kasutab neid ELi konsensuse väljatöötamiseks, et esitada see 2013. aastaks nõukogule ⁽²⁶⁾.

Töötajate koolitamine ja väljaõpe

Töötajate uimastitarbimisalane koolitamine ja täiendõpe on teenuste kvaliteedi tagamiseks äärmiselt olulised meetmed. Hiljutise sihtotstarbelise andmekogumise tulemused näitavad, et 27 andmeid esitanud riigis on uimastisõltuvuse valdkonnas olemas spetsiaalsed koolitusprogrammid, mis on suunatud peamiselt meditsiini- ja õendusala töötajatele, psühholoogidele ja sotsiaaltöötajatele. Mõnes riigis on välja töötatud spetsiaalsed ülikoolikursused, teistes pakutakse kursusi kraadi- või täiendõppena. Koolitus- ja väljaõppegevus on kõige paremini struktureeritud ja arenenud meditsiini valdkonnas. Kolm riiki teatas sõltuvusele spetsialiseeritud meditsiinieriala väljatöötamisest. Tšehhi Vabariigis loodi 1980. aastal sõltuvusalane meditsiinieriala ja 2008. aastal nn sõltuvusspetsialisti kutseala; Madalmaades alustati 2007. aastal sõltuvusalase meditsiini valdkonna spetsialistide kaheaastase koolituskursusega; Saksamaal pakutakse nii kraadiõpet uimastitarbimise ja sõltuvusalase nõustamise alal kui ka koolituskursust heroini põhise ravi alal. Tõendid meditsiinilisel täiendõppel põhinevate lähenemisviiside tõhususe kohta on piiratud ja nende põhjal ei saa teha lõplikke järeldusi. Hiljuti on

⁽²⁶⁾ Vt täpsemat teavet parima tava portaalis.

tehtud ettepanek kasutada interaktiivsemat lähenemist, mida tuntakse pideva erialase arenguna (Horsley et al., 2010) ning mille puhul õpetatakse arstidele mitmesuguseid oskusi, nagu teabevahetus, juhtimine ja tervishoiu edendamine, ent see vajab veel katsetamist.

Narkootikumidega seotud õiguskaitse ja narkoseaduste rikkumised

Narkootikumidega seotud õiguskaitse on riikide ja ELi uimastipoliitika oluline osa. See hõlmab mitmesuguseid sekkumisi, mida teostavad peamiselt politsei ja politseisarnased asutused (nt toll). Järgnevalt on esitatud lühike ülevaade ühest sellisest sekkumiste liigist, nimelt varjatud operatsioonidest. Andmed narkoseaduste jõustamise kohta on sageli puudulikud ja halvemini kättesaadavad kui muude uimastipoliitika valdkondade kohta. Tähelepanuväärne erand on andmed narkoseaduste rikkumise kohta, mida on tutvustatud käesoleva jaotise lõpus.

Varjatud operatsioonid

Narkoseaduste tõsiste rikkujate edukas vastutuselevõtmine ja narkootikume tarnivate organiseeritud võrgustike likvideerimine on ELi kehtiva narkootikumidealase tegevuskava peamised prioriteedid seoses pakkumise vähendamisega. See tekitab õiguskaitseasutustele probleeme, sest enamikku narkoseaduste rikkumisi on võimalik avastada üksnes ennetavate õiguskaitseoperatsioonide kaudu (EMCDDA, 2009a). Eelkõige kehtib see uimastite vahepealset ja hulgimüüki hõlmavate tõsiste rikkumiste puhul, mida sooritavad tavaliselt ülima salastatusega tegutsevad isikud ning kuritegelikud organisatsioonid.

Tõsistele narkokuritegudele reageerimisel kasutavad Euroopa õiguskaitseasutused üha enam varjatud meetodeid, mis hõlmavad nii tehnoloogiate, näiteks pealtkuulamise või elektroonilise jälgimise, kui ka inimeste kasutamist varjatud operatsioonides. Sellistes operatsioonides võivad osaleda politseiametnikud (variisikud) ja eraisikud politsei järelevalve all (teavitajad). Nimetatud isikute kasutamine on õiguspärane kõigis 27 ELi liikmesriigis.

Narkokaubandusvõrgustike vastu suunatud varjatud operatsioone kasutatakse võrgustiku liikmete identiteedi ja rolli kohta usaldusväärse teabe kogumiseks; salakaubaveo marsruutide, sihtpunktide ja ladustamiskohtade avastamiseks ning narkolastide saabumisaja ja -koha kindlakstegemiseks. Sageli peavad variisikud või teavitajad sulanduma kuritegelikesse võrgustikesse, mis on tavaliselt võõraste suhtes kinnised ja milles teavet hallatakse

killustatult. Andmete kogumisel keskendutakse peamiselt narkovõrgustike toimimisele ja nende liikmete rollidele.

Varjatud operatsioonidega kaasnevad õiguslikud probleemid, eelkõige seoses õhutamise küsimusega. Euroopa Inimõiguste Kohus kehtestas nn palgatud provokaatorite kasutamise aluspõhimõtte 1998. aasta kohtuotsuses (Teixeira de Castro vs. Portugal) (Euroopa Inimõiguste Kohus, 1998). Otsuses on sätestatud, et variisikute kasutamine ei tohi rikkuda õigust õiglasele kohtulikule arutamisele ning seepärast ei tohiks õiguskaitseasutused avaldada isikutele mõju viisil, mis õhutaks neid panema toime rikkumist, mida vastasel korral ei oleks toime pandud. Seepärast peavad õiguskaitseasutustel olema enne varjatud meetodite kasutamist sihtmärgiks oleva isiku suhtes „objektiivsed kahtlused”. Enamikus liikmesriikides on kolmandate isikute kuriteole õhutamine keelatud.

Varjatud operatsioonid on reguleeritud riiklike õigus- ja haldusnormidega, mille eesmärk on tagada õigusriigi põhimõtete järgimine ning variisikute turvalisus. Riikide seadused ja neid täiendavad eeskirjad on erinevad, kuid tavaliselt on neis kehtestatud üldine raamistik, mida on täpsustatud harva avalikustatavates täiendavates eeskirjades. Ka muu teave, näiteks igal aastal teostatavate operatsioonide arv, ei ole tavaliselt samuti avalikult kättesaadav. Uuringud on aga näidanud, et Madalmaades korraldati 2004. aastal 34 varjatud operatsiooni, millest 12 oli seotud uurimiste või kohtuprotsessidega (Kruisbergen et al., 2011).

Enamikus ELi liikmesriikides on enne varjatud operatsiooni alustamist vaja kohtu luba ning suurema osa operatsioonide puhul nõutakse kõrgema organi, tavaliselt prokuröri või kohtu järelevalvet. Kolmeteistkümnes liikmesriigis on täpsustatud proportsionaalsuse ja subsidiaarsuse põhimõtet, mille kohaselt peab sekkumine olema proportsionaalne uuritava narkokuriteoga, mis peab olema piisavalt tõsine varjatud operatsiooni alustamiseks. Lisaks sellele peab enne varjatud operatsiooni korraldamist olema kindel, et ühegi teise, vähem sekkuva õiguskaitsemeetme abil ei oleks võimalik samaväärset edu saavutada.

Varjatud tegevus, sealhulgas võltsitud isikutunnistuste ja variisikute usutavate ametikohtade ja sissetulekuallikate näitamiseks loodud nn variorganisatsioonide kasutamine operatsioonide käigus on õiguspärane enamikus liikmesriikides.

Varjatud operatsioonides kasutatakse mitmesuguseid tehnikaid. Näiteks kasutatakse uimastiostu matkimist peamiselt selleks, et vahistada isikuid ebaseaduslike narkootikumide müümisel. Kontrollitud tärned on tehnika, mis võimaldab transportida ebaseaduslikke saadetisi pädevate asutuste teadmisel ja nende järelevalve all piiriüleselt ja riigi

piires. Kõnealused saadetised võivad hõlmata uimasteid või nende lähteaineid, relvi, sigarette, ebaseaduslikust tegevusest pärinevat raha või isegi inimesi. Euroopas on enamik kontrollitud tarnetest seotud uimastisaadetistega (Euroopa Liidu Nõukogu, 2009) ja sõltuvalt riigi õigusest võivad nendega olla kaasas variisikud või teavitajad või neid võidakse tehnoloogia abil jälgida ⁽²⁷⁾.

Narkoseaduste rikkumised

Ainsate uimastialast kuritegevust käsitlevate andmetena on Euroopas pidevalt kättesaadavad riiklike narkoseaduste rikkumise esialgsed raportid, mis pärinevad peamiselt politseilt ⁽²⁸⁾. Need andmed viitavad tavaliselt uimastitarbimisega seotud õigusrikkumistele (kasutamine ja omamine kasutamise eesmärgil) või uimastite pakkumisele (tootmine, kaubitsemine ja levitamine), kuid mõnes riigis võidakse esitada andmeid ka muude õigusrikkumise liikide kohta (mis on seotud näiteks uimastite lähteainetega).

Andmed narkoseaduste rikkumiste kohta on õiguskaitsealase tegevuse otsene näitaja, sest need käsitlevad ühisel nõusolekul põhinevaid kuritegusid, mille potentsiaalsed ohvrid jätavad tavaliselt teatamata. Neid peetakse sageli uimastitarbimise ja uimastitega kaubitsemise kaudseteks näitajateks, kuigi need hõlmavad üksnes õiguskaitse tähelepanu alla sattunud tegevusi.

Euroopa politsei koolitamine

Euroopa Politseikolledž (Cepol) on riiklike politseiakadeemiate ja -kõrgkoolide võrgustikuna toimiv Euroopa Liidu amet. Üks selle põhiülesanne on peamiselt kõrgematele politseiametnikele igal aastal ligikaudu 100 koolituse korraldamine Euroopa politseiteenistustele kõige olulisematel teemadel. Üldeesmärk on edendada Euroopas ühtset lähenemist politseitööga seotud küsimustele.

Nii enda kui ka ELi liikmesriikide koolitustegevuse toetamiseks on Cepol välja töötanud ühise õppekava mitmesugustele sihtrühmadele, kelle hulka kuuluvad kõrgemad ametnikud, uurijad ja juhtumite haldajad, aga ka valitsuste ja politseiakadeemiate esindajad. Narkokaubanduse ühine õppekava annab ülevaate rahvusvahelisest olukorrast seoses narkootikumidega, uimastialastest õigusaktidest, põhiteabest ebaseaduslike ainete, rahvusvahelise koostöö, olemasolevate politseitöö strateegiate kohta, samuti kuriteost sõltuvatest taktikalistest võimalustest, näiteks varjatud operatsioonidest, ning probleemidest, sealhulgas uimastitega seotud kuritegudest, aga ka uimastitarbimise ennetamisest ja nõudluse vähendamisest.

Lisaks kajastavad need tõenäoliselt ka erinevusi riikide õigusaktides, prioriteetides ja vahendites. Euroopa riikide infosüsteemid, eriti rikkumistest teatamise ja registreerimise kord võivad olla küllaltki erinevad. Kuna nimetatud põhjustel on riikidevaheliste võrdluste tegemine keeruline, on kohasem võrrelda pigem suundumusi kui absoluutarve.

Eelnevatel aastatel täheldatud teatatud narkoseaduste rikkumiste kasv 2009. aastal üldiselt aeglustus. ELi näitaja kohaselt, mis põhineb 21 liikmesriigi esitatud andmetel, mis esindavad 95% Euroopa Liidu elanikkonnast vanuses 15–64 aastat, on narkoseaduste rikkumiste arv aastatel 2004–2009 hinnanguliselt kasvanud 21%. Kõiki aruandluses osalenud riike arvestades näitavad andmed vaatlusaluse ajavahemiku jooksul tõusu 18 riigis ja stabiliseerumist või üldist langust üheteistkümnes riigis ⁽²⁹⁾.

Tarbimise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised

Eelnevate aastatega võrreldes on tasakaal tarbimise ja pakkumisega seotud narkoseaduste rikkumiste vahel suurel määral säilinud. Enamikus (22) Euroopa riikides moodustasid 2009. aastal põhiosa narkoseaduste rikkumisega seotud kuritegudest uimastite tarbimise või tarbimise eesmärgil omamisega seotud õigusrikkumised, mille osakaal oli suurim Eestis, Hispaanias, Prantsusmaal, Ungaris, Austrias ja Rootsis (81–94%) ⁽³⁰⁾.

2009. aastal aeglustus varasematel aastatel toimunud tarbimisega seotud teatatud rikkumiste kasv. Ajavahemikus 2004–2009 suurenes tarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv 15 aruandvas riigis ning üksnes Bulgaaria, Saksamaa, Eesti, Malta, Austria ja Norra teatasid selliste õigusrikkumiste arvu langusest kõnealuse perioodi jooksul. Üldiselt suurenes ajavahemikus 2004–2009 uimastitarbimisega seotud kuritegude arv Euroopa Liidus hinnanguliselt 29%.

Uimastite pakkumisega seotud rikkumiste arv on olnud stabiilne alates 2007. aastast, kuigi ajavahemikus 2004–2009 kasvas see Euroopa Liidus hinnanguliselt ligikaudu 7%. Selle perioodi kohta teatasid 15 riiki pakkumisega seotud õigusrikkumiste arvu kasvust ja kolm riiki sedalaadi õigusrikkumiste arvu üldisest vähenemisest ⁽³¹⁾.

Suundumused narkootikumide kaupa

Kanep on endiselt narkoseaduste teatatud rikkumiste puhul kõige sagedamini nimetatud ebaseaduslik uimasti Euroopas ⁽³²⁾. Enamikus Euroopa riikides moodustasid kanepiga seotud rikkumised 2009. aastal 50–75% kõigist

⁽²⁷⁾ Euroopa kontrollitud tarnete õiguslike tahkude ülevaate osas vt Euroopa narkootikumide andmebaas.

⁽²⁸⁾ Uimastite ja kuritegevuse vahelisi seoseid käsitleva arutelu ning mõiste „uimastikuriteod“ tähenduse kohta vt EMCDDA (2007b).

⁽²⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DLO-1 ja tabel DLO-1.

⁽³⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel DLO-2.

⁽³¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DLO-1 ja tabel DLO-5.

⁽³²⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel DLO-3.

narkoseaduste teatatud rikkumistest. Ainult kolmes riigis oli muudel narkootikumidel õigusrikkumistes kanepist suurem osakaal: Tšehhi Vabariigis ja Lätis metamfetamiinil (55% ja 27%) ning Maltal kokaiinil (36%).

Aastatel 2004–2009 tõusis kanepiga seotud narkoseaduste rikkumiste arv 11 riigis, andes kogu ELis hinnanguliseks tõusuks 20% (joonis 4). Langustendentsist teatasid Prantsusmaa, Itaalia, Küpros, Malta ja Madalmaad ⁽³³⁾.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv kasvas ajavahemikus 2004–2009 üheteistkümnes aruandvas Euroopa riigis, kuid Bulgaaria, Saksamaa, Itaalia, Austria ja Horvaatia teatasid langustendentsist. Samas ajavahemikus kasvas kogu Euroopa Liidus kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv ligikaudu 39%, kuid perioodi viimasel kahel aastal on see suundumus stabiliseerunud ⁽³⁴⁾.

2009. aastal vähenes mõnevõrra heroiiniga seotud õigusrikkumiste arv. Ajavahemikus 2004–2009 kasvas ELis nende õigusrikkumiste arv 22%. Heroiiniga seotud õigusrikkumiste arv on kasvanud 11 aruandvas riigis, asjaomasel perioodil toimunud langusest teatasid Bulgaaria, Saksamaa, Malta, Madalmaad ja Austria ⁽³⁵⁾.

Amfetamiinidega seotud teatatud rikkumiste arv Euroopa Liidus vähenes 2009. aastal teataval määral, kuigi üldine suundumus alates 2004. aastast näitab hinnanguliselt 16% kasvu. Ecstasy'ga seotud rikkumiste arv on, vastupidi, samal perioodil üle kahe korra vähenenud (54% võrra).

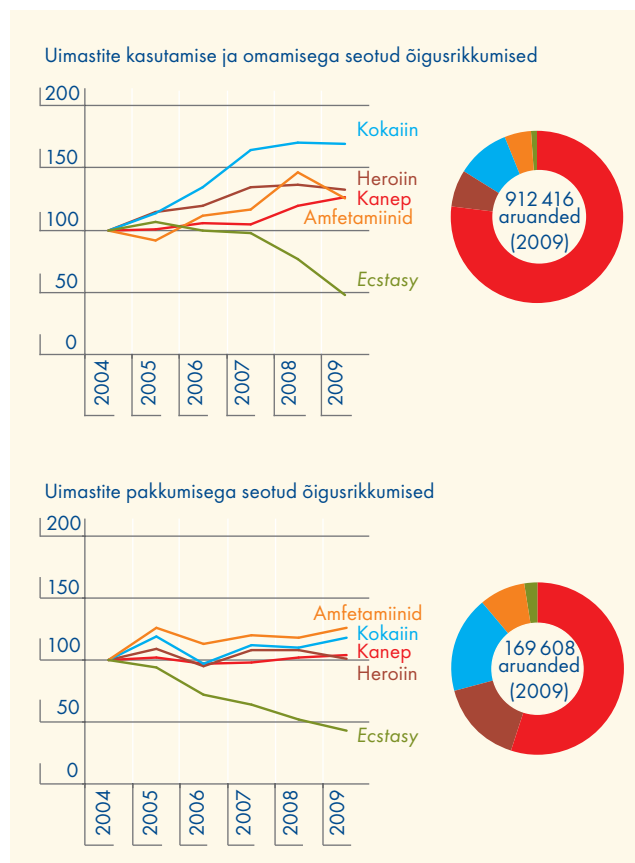
Uimastitarbijatele suunatud tervisekaitse- ja sotsiaalmeetmed vanglas

Euroopa Liidus on narkoseaduste rikkumise eest süüdi mõistetute osakaal 3–53% süüdimõistetute koguarvust, kusjuures pooltes aruandvates riikides jääb see vahemikku 9–25% ⁽³⁶⁾. Kõnealused andmed ei hõlma isikuid, kes on süüdi mõistetud oma uimastisõltuvuse toetamiseks toimepandud omandivastaste kuritegude või muude uimastitega seotud kuritegude eest.

Narkootikumarbimine kinni peetavate seas

Kinni peetavate narkootikumarbimise uurimise meetodid ei ole ikka veel piisavalt ühtlustatud (Carpentier *et al.*, 2011). Uuringud näitavad aga, et vangide seas on narkootikumarbimine enam levinud kui elanikkonnas üldiselt. Mitme alates 2006. aastast läbiviidud uuringu andmetel esineb vangide narkootikumarbimises suuri erinevusi: pidevast narkootikumikasutusest teatas

Joonis 4. Aruanded uimastite kasutamise või kasutamise eesmärgil omamise ning uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste kohta ELi liikmesriikides: indekseeritud suundumused ajavahemikus 2004–2009 ja jaotus uimastite kaupa vastavalt 2009. aasta aruannetele



NB! Suundumuste aluseks on võetud kõikide ELi liikmesriikide esitatud teave narkoseaduste rikkumisi (kuriteod ja väärted) käsitlevate aruannete arvu kohta riigis; 2004. aastal võeti kõikide seeriade indekseerimise aluseks 100 ning seda on kaalutud vastavalt iga riigi rahvastiku arvule, mille põhjal on tuletatud ELi üldine suundumus; narkootikumide kaupa esitatud jaotus põhineb 2009. aastal esitatud aruannete koguarvul. Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni jooniseid DLO-4 ja DLO-5.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

mõnes riigis vaid 8% vastanutest ning mõnes teises riigis kuni 65% vastanutest. Ühtlasi näitavad uuringud, et narkootikumarbimise kõige kahjulikumad vormid võivad olla vangide seas enam levinud: 5–31% uuringus osalenutest teatas, et on kunagi narkootikume süstinud ⁽³⁷⁾.

Vanglasse sattudes vähendab enamik tarbijaid uimastitarbimist või lõpetab selle hoopis, peamiselt ainete hankimise keerukuse tõttu. Hoolimata kõikidest narkootikumide pakkumise vähendamiseks võetud meetmetest tunnistatakse, et ebaseaduslikud narkootikumid

⁽³³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-6.

⁽³⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-8.

⁽³⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-7.

⁽³⁶⁾ 1. septembri 2009. aasta seisuga viibis Euroopa Liidu kinnipidamisasutustes üle 640 000 isiku. Kuritegevuse statistikat käsitlevad andmed on esitanud Euroopa Nõukogu.

⁽³⁷⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid DUP-1, DUP-2 ja DUP-105.

Euroopa uimastiturge, kuritegevust ja pakkumise vähendamist käsitlevate näitajate väljatöötamine

Eli kehtiva narkostrategia ja tegevuskava üks prioriteete on tõhustada ebaseaduslike narkootikumide pakkumise seiret Euroopas. Pärast seda, kui oktoobris 2010 avaldati Euroopa Komisjoni töödokument uimastite pakkumist käsitlevate andmete kogumise parandamise kohta ⁽¹⁾, algatati Euroopa Komisjoni ja EMCDDA ühiselt korraldatud esimese uimastite pakkumise näitajate teemalise Euroopa konverentsiga Euroopas uimastite pakkumise seirega seotud näitajate väljatöötamise protsess ⁽²⁾.

Euroopa ebaseaduslike narkootikumide pakkumise seire üldine põhimõtteline raamistik koosneb kolmest elemendist: uimastiturud, uimastitega seotud kuriteod ja uimastite pakkumise vähendamine. EMCDDA toetab kolme tööühma, kes esitavad 2011. aastal kõnealuseid valdkondi käsitleva tegevuskava, milles keskendutakse lühiajalistele, keskmistele ja pikaajalistele seire-eesmärkidele. Tähelepanu pööratakse standardimisvõimalusele, kõikides kõnealustes valdkondades olemas olevate andmekogumissüsteemide laiendamisele ja tõhustamisele ning sihtotstarbeliste teadusuuringute korraldamisele.

Uimastiturgude puhul on edasine tegevus suunatud uimastite hinda ja puhtust käsitlevate andmekogumite parandamisele ning kohtumeditiiniliste andmetega seotud võimalustele. Uimastitega seotud kuritegevuse valdkonnas on võtmetsusega narkoseaduste rikkumise standardse Euroopa seirevahendi ja Euroopa-sisese uimastitootmise näitajate väljatöötamine koos teadusuuringute prioriteetide määramisega. Uimastite pakkumise vähendamisel on keskne roll politsei- ja kriminaalkohtuasutustel. Töö selles väheuuritud valdkonnas algab kaardistamisega, et anda ülevaade Euroopas uimastite pakkumise vähendamiseks võetavatest meetmetest. Lähtepunktiks võetakse spetsiaalsete uimastialaste õiguskaitseüksuste olemasolu, roll ja tavad ning 2011. aastal algatab EMCDDA vastavasisulise uuringu.

⁽¹⁾ SEK(2010) 1216 (lõplik) (kättesaadav veebiversioonis).

⁽²⁾ Konverentsi järeldused on kättesaadavad veebiversioonis.

leiavad siiski tee vanglatesse. Alates 2006. aastast toimunud uuringute põhjal on uimastitarbimise tase kinnipeetavate seas hinnanguliselt 1–51%. Kõige sagedamini kasutavad vangid kanepit, millele järgnevad tavaliselt kokaiin ja heroiin ⁽³⁸⁾. Vanglatingimustes võidakse uimastitarbimist alustada või minna üle kahjulikumatele tarbimisvormidele. Näiteks leiti Belgias 2008. aastal korraldatud uuringus, et rohkem kui kolmandik uimasteid tarbivatest vangidest oli kinnipidamise ajal alustanud uue uimasti kasutamist, kusjuures kõige sagedamini nimetati heroini (Todts et al., 2009). Kinnipidamisasutustes viibivad

süstivad narkomaanid jagavad ilmselt süstimisvahendeid sagedamini kui ülejäänud uimastitarbijad, mis tekitab probleeme seoses nakkushaiguste võimaliku levikuga kinnipeetavate seas.

HIV ja viirushepatiit vanglas viibivate süstivate narkomaanide seas

Andmeid HI-viiruse kohta vanglas viibivate süstivate narkomaanide hulgas on Euroopas vähe. Eelkõige puuduvad need selliste riikide kohta, kes on teatanud suurimast uimastite süstimisega seotud nakkushaiguste esinemise tasemest. Üldiselt ei esine alates 2004. aastast andmeid esitanud kaheksas riigis (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Hispaania, Ungari, Malta, Soome, Rootsi, Horvaatia) ⁽³⁹⁾ suuri erinevusi HIVi levimuses vanglates ja väljaspool vanglat viibivate süstivate narkomaanide vahel, kuigi see võib olla osaliselt tingitud andmete piiratusest. Seitsmes riigis oli HIVi levimus vanglas viibivate süstivate narkomaanide seas enamjaolt väike (0–7,7%), samas kui Hispaanias oli see 39,7%. Andmeid C-hepatiidi viiruse (HCV) levimuse kohta vanglas viibivate süstivate narkomaanide seas esitasid kaheksa riiki, kus see jäi vahemikku 11,5% (Ungari) kuni 90,7% (Luksemburg). Tšehhi Vabariigis, Luksemburgis ja Maltas oli HCV vanglas testitud süstivate narkomaanide hulgas enam levinud kui muudes oludes testitud süstivate narkomaanide hulgas. Vanglas viibivate süstivate narkomaanide seas esinevat HBVD (B-hepatiidi viiruse pinnaantigeeni) käsitlevad andmed on kättesaadavad nelja riigi kohta: Bulgaaria (11,6% aastal 2006), Tšehhi Vabariik (15,1% aastal 2010), Ungari (0% aastal 2009) ja Horvaatia (0,5% aastal 2007).

Euroopa vanglatervishoid

Eelkõige varem uimasteid süstinud vangidel on sageli mitu keerulist terviseprobleemi, mis vajavad mitut valdkonda hõlmavat lähenemist ja eriarstiravi. Vangidel on õigus kasutada riigis pakutavaid tervishoiuteenuseid, ilma et neid nende õigusliku olukorra tõttu diskrimineeritaks ⁽⁴⁰⁾, ning vangla tervishoiuteenistuse pakutav ravi uimastitarbimisega seotud probleemide korral peaks toimuma väljaspool vanglat pakutava raviga võrreldavates tingimustes (CPT, 2006). Kuigi Euroopa Liit on tunnustanud seda üldist samaväärsuse põhimõtet nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitusel uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta ⁽⁴¹⁾ ning Eli kehtivas narkootikumidealases tegevuskavas (2009–2012) kutsutakse üles seda põhimõtet rakendama, jääb vanglas

⁽³⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid DUP-3 ja DUP-105.

⁽³⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel INF-117 ja Reitoxi riikide aruanded Malta (2005) ja Tšehhi Vabariigi (2010) kohta.

⁽⁴⁰⁾ ÜRO Peaassamblee resolutsioon A/RES/45/111, „Vangide kohtlemise aluspõhimõtted“ (kättesaadav veebiversioonis).

⁽⁴¹⁾ ELT L 165, 3.7.2003, lk 31.

osutatavate teenuste tase sageli alla ühiskonnas üldiselt pakutavatele teenustele.

Abi narkootikumitarbijatele vanglas

Euroopa vanglates võidakse osutada mitmesuguseid uimastitarbimise ja sellega kaasnevate probleemidega seotud teenuseid. Need hõlmavad uimastite- ja tervisealast teavitamist, tervishoidu nakkushaiguste korral, võõrutust ja uimastisõltuvuse ravi, millele lisanduvad psühhosotsiaalne abi, kahjude vähendamise meetmed ja ettevalmistus vanglast vabanemiseks ⁽⁴²⁾.

Enamikus riikides on loodud asutustevahelised partnerlused vanglate tervishoiuteenistuste ja muude tervishoiuteenuste osutajate, sealhulgas valitsusväliste organisatsioonide vahel, et pakkuda vanglates tervishoiualast koolitust ja ravi ning tagada hoolduse jätkumine ka pärast vanglast vabanemist. Mitu Euroopa riiki on läinud veelgi kaugemale ja viinud vanglatervishoiu tervishoiuministeriumi vastutusalasse või korraldanud tervishoiuteenuste osutamise avalike tervishoiuteenistuste kaudu, et vähendada tervishoiu valdkonnas esinevat ebavõrdsust. Esimestena astusid sellise sammu Norra ja Prantsusmaa, kellele järgnesid Rootsi,

Itaalia, Inglismaa, Wales ja Sloveenia. Samasugust reformi viiakse praegu läbi Šotimaal ja Hispaanias.

Opioidide asendusravi on leidmas ühiskonnas üha enam tunnustust, ent selle rakendamine vanglates on olnud aeglane ja kasutamine äärmiselt ebaühtlane ⁽⁴³⁾. 2009. aastal ei olnud asendusravi saavatel uimastitarbijatel võimalik sellist ravi pärast vahistamist jätkata kuues ELi liikmesriigis (Eesti, Kreeka, Küpros, Läti, Leedu, Slovakkia). Narkomaaniaravi järjepidevus ja sidusus ülejäänud ühiskonna ja vanglate vahel ning vastupidi on eriti oluline, arvestades pärast vanglast vabanemist üleannustamise tagajärjel aset leidvate surmajuhtumite kõrget taset (Merrall *et al.*, 2010).

Vangide seas leviv C-hepatiit on Euroopas kasvav rahvatervise probleem ning spetsiaalsetest sõeluuringuprogrammidest on teatanud Belgia, Bulgaaria, Prantsusmaa, mõni Saksamaa liidumaa, Leedu, Luksemburg, Ungari ja Soome. Hoolimata kõnealuse viiruse avastamise tähtsusest vanglasse saabumisel (Sutton *et al.*, 2006) ning vanglates pakutava C-hepatiidi ravi dokumenteeritud tulemuslikkusest (Tan *et al.*, 2008) jäävad paljud vangid kontrollimata ja ravimata.

⁽⁴²⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-7.

⁽⁴³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-9.



3. peatükk

Kanep

Sissejuhatus

Kanep on Euroopas kõige laialdasemalt kättesaadav ebaseaduslik narkootikum, mida toodetakse nii kohapeal kui ka imporditakse. Enamikus riikides kasvas kanepi tarbimine 1990. aastatel ja 2000. aastate alguses. Nüüd võib Euroopa olla jõudmas uude arengujärku, sest paljudes riikides viitavad elanikkonna üld- ja kooliürituste andmed kanepitarbimise stabiliseerumisele või isegi langustendentsile. Ajaloolises perspektiivis on tarbimise tase aga endiselt kõrge. Viimasel paaril aastal on hakatud üha enam mõistma ka kõnealuse uimasti pikaajalise ja laialdase tarbimise mõjusid rahvatervisele ning kasvanud on kanepiprobleemidega seotud ravinõudlus. Seepärast on Euroopa narkootikumidealases debatis endiselt määrava tähtsusega küsimus see, kuidas kanepitarbimise vastu tõhusalt võidelda.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubitsemine

Kanepit saab kasvatada väga erinevates keskkonnatingimustes ja paljudes maailma paikades kasvab see metsikult. Hinnanguliselt kasvatatakse kanepit 172 riigis ja territooriumil (UNODC, 2009). Probleeme ülemaailmse kanepitootmise täpsete mahtude hindamisel on tunnistatud ka UNODC viimastes prognoosides, mille kohaselt toodeti 2008. aastal maailmas 13 300–66 100 tonni kanepiürti ja 2200–9900 tonni kanepivaiku.

Kanepi kasvatamine on Euroopas laialt levinud ja see suundumus paistab olevat tõusuteel. Kõik 29 EMCDDA-le teavet esitanud Euroopa riiki mainisid riigisisest kanepikasvatamist, kuigi selle tegevuse ulatus ja

Tabel 3. Kanepiürdi ja -vaigu konfiskeerimised, hind ja kangus

	Kanepivaik	Kanepiürt	Kanepitaimed ⁽¹⁾
Ülemaailmne konfiskeeritud kogus	1261 tonni	6022 tonni	Andmed puuduvad
ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis) konfiskeeritud kogus	584 tonni (594 tonni)	57 tonni (99 tonni)	1,4 miljonit taime ja 42 tonni (1,4 miljonit taime ja 42 tonni) ⁽²⁾
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽³⁾	3–19 (6,8–10,2)	2–70 (6,3–10,9)	Andmed puuduvad Andmed puuduvad
Keskmine kangus (THC sisaldus protsentides) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽³⁾	3–17 (4,3–11,5)	1–15 (4,4–8,9)	Andmed puuduvad Andmed puuduvad

⁽¹⁾ Riigid teatavad kas konfiskeeritud taimede arvu või kaalu; käesolevas tabelis on esitatud mõlemad kogused.

⁽²⁾ 2009. aastal konfiskeeritud kanepitaimede koguarv on näidatud tõenäoliselt tegelikkusest väiksemana peamiselt seetõttu, et puuduvad viimased andmed Madalmaade kohta, kes on kuni 2007. aastani teatanud suhteliselt suurtest konfiskeeritud kogustest. 2008. ja 2009. aasta andmete puudumise tõttu ei ole võimalik Madalmaade andmeid Euroopa 2009. aasta prognoosi lisada.

⁽³⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2009. aasta kohta; puuduvad, ei ole kohaldatavad.

Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2011); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

iseloorm näib tugevasti varieeruvat. Märkimisväärne osa Euroopas kasutatavast kanepist saadakse töenäoliselt siiski piirkonnasisese kaubitsemise teel. Rahvusvaheline Narkootikumide Kontrollinõukogu (2011b) nimetas Kesk- ja Ida-Euroopas kasutatava kanepi päritolumaadena Albaaniat, Bulgaariat, endist Jugoslaavia Makedoonia Vabariiki, Moldovat, Montenegrot, Serbiat ja Ukrainat.

Ka kanepiürti imporditakse Euroopasse, peamiselt Aafrikast (nt Ghana, Lõuna-Aafrika, Egiptus) ning harvemini Ameerikast (eriti Kariibi mere saared), Lähis-Idast (Liibanon) ja Aasiast (Tai).

Hiljutise uuringu kohaselt on Afganistan asendanud Maroko kanepivaigu suurima tootjana. Hinnanguliselt jääb kanepivaigu aastane tootmismahut Afganistanis vahemikku 1200–3700 tonni (UNODC, 2011). Kuigi ka osa Afganistanis toodetud kanepivaigust müüakse Euroopas, on Euroopas selle uimasti peamine varustaja töenäoliselt Maroko. Tavaliselt tuuakse Maroko kanepivaik Euroopasse salakaubana sisse Pürenee poolsaare kaudu ning järgmised jaotus- ja ladustamiskeskused on Madalmaad ja Belgia (Europol, 2011).

Konfiskeerimised

2009. aastal konfiskeeriti maailmas hinnanguliselt 6022 tonni kanepiürti ja 1261 tonni kanepivaiku (tabel 3), mis on ligikaudu 11% vähem kui eelmisel aastal. Jätkuvalt konfiskeeriti suurem osa kanepiürti Põhja-Ameerikas (70%), suurem osa kanepivaigust konfiskeeriti nagu varemgi Lääne- ja Kesk-Euroopas (48%) (UNODC, 2011).

Euroopas konfiskeeriti 2009. aastal kanepiürti hinnanguliselt 354 000 korral, kokku umbes 99 tonni, millest Türgi arvele langes rekordiline kogus (rohkem kui üks kolmandik ehk 42 tonni); peale selle teatasid rekordilistest konfiskeerimistest ka Kreeka (7 tonni) ja Portugal (5 tonni) ⁽⁴⁴⁾. Aastatel 2004–2009 on konfiskeerimiste koguarv kahekordistunud ja kasvanud on ka konfiskeeritud kanepiürdi kogused. Alates 2005. aastast on umbes pooled konfiskeerimised leidnud aset ühendkuningriigis, moodustades minimaalselt ligikaudu 20 tonni aastas.

Kanepivaigu konfiskeerimised Euroopas ületasid jätkuvalt kanepiürdi konfiskeerimisi nii koguse kui ka arvu poolest, kuigi see erinevus on kahanemas ⁽⁴⁵⁾. 2009. aastal konfiskeeriti kanepivaiku umbes 405 000 korral ja peeti kinni hinnanguliselt 594 tonni uimastit, mis ületab konfiskeeritud kanepiürdi kogust kuus korda. Aastatel 2004–2009 kasvas kanepivaigu konfiskeerimiste arv pidevalt, samas kui kogused

on kahanenud alates tiptasemest 2004. aastal, mil konfiskeeriti 1080 tonni. Nagu varasematel aastatel, langes ka 2009. aastal Hispaania arvele pool kanepivaigu teatatud konfiskeerimiste koguarvust ja ligikaudu kolm neljandikku konfiskeeritud kogusest.

Kanepitaimede konfiskeerimiste arv on alates 2004. aastast kasvanud, jõudes 2009. aastal hinnanguliselt 25 100 korral. Riigid teatavad konfiskeeritud kogused konfiskeeritud taimede arvul põhineva hinnangu või taimede kaalu põhjal. Taimede arvu põhjal teatatud konfiskeerimised on Euroopas suurenenud 1,7 miljonilt 2004. aastal ligikaudu 2,5 miljonini aastatel 2005–2007 ⁽⁴⁶⁾. Olemasolevad andmed võivad Euroopa tasandil osutada teatavale langusele 2008. aastal, ent praegusi suundumusi konfiskeeritud kanepitaimede teatatud arvus ei ole võimalik välja tuua, sest Madalmaad, kes on ajalooliselt teatanud suurtest kogustest, ei ole viimaseid andmeid esitanud. Alates 2004. aastast on taimede kaalu järgi teatatud konfiskeerimised enam kui kolmekordistunud, ulatudes 2009. aastal 42 tonnini, millest enamik langes jätkuvalt Hispaania (29 tonni) ja Bulgaaria (10 tonni) arvele.

Kangus ja hind

Kanepitoote kanguse määrab selle põhilise toimeaine, delta-9-tetrahydrokannabinooli (THK) sisaldus. Kanepi kangus erineb suuresti nii riigisisestelt ja riigiti kui ka eri kanepitoodete ning sortide lõikes. Teave kanepi kanguse kohta põhineb enamasti valikuliste konfiskeeritud kanepinäidiste kohtuekspertiisianalüüside tulemustel. Ei ole teada, kui suures ulatuses kajastavad analüüsitud näidised turgu üldiselt ja seetõttu tuleks kanepi kanguse kohta esitatud andmeid tõlgendada ettevaatlikult.

2009. aasta andmete põhjal oli kanepivaigu keskmine THK sisaldus 3–17%. Kanepiürdi (sealhulgas kõige suurema kangusega kanepiürdi vormi sinsemilla) keskmine kangus jäi vahemikku 1–15%. Sinsemilla keskmine kanguse teatasid vaid kolm riiki: Rumeenias oli see 2%, Saksamaal 11% ja Madalmaades 15%. Ajavahemikus 2004–2009 oli kanepivaigu keskmine kangus piisavaid andmeid esitanud 15 riigis küllaltki erinev. Kanepiürdi kangus on kümnes riigis olnud suhteliselt stabiilne või vähenenud, samas on see tõusnud Tšehhi Vabariigis, Eestis, Madalmaades ja Slovakkias. Kohapeal toodetud kanepiürdi kanguse suundumusi käsitlevad andmed on kättesaadavad üksnes Madalmaade kohta, kus täheldati sinsemilla (*nederwieti*) keskmine kanguse vähenemist: võrreldes 2004. aasta 20%-lise tiptasemega vähenes see 15%-ni aastal 2009 ⁽⁴⁷⁾.

⁽⁴⁴⁾ Käesolevas peatükis toodud andmed uimastite konfiskeerimise kohta Euroopas on esitatud 2011. aasta statistikabülletääni tabelites SZR-1 kuni SZR-6.

⁽⁴⁵⁾ Saadetiste suuruse ja läbitavate vahemaade ning riigipiiride ületamise vajaduse tõttu on konfiskeerimise oht kanepivaigu korral suurem kui riigisisestelt toodetud kanepiürdi korral.

⁽⁴⁶⁾ Analüüs ei hõlma Türgi teatatud 20,4 miljoni taime konfiskeerimist 2004. aastal, sest andmed järgnevatel aastatel konfiskeeritud koguste kohta puuduvad.

⁽⁴⁷⁾ Kanguse ja hinnaandmete kohta vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid PPP-1 ja PPP-5. Kanepitoodete määratlused on esitatud sõnaseletuste loendi veebiversioonis.

Kanepivaigu keskmine jaehind jäi 2009. aastal andmed esitanud 18 riigis 3 ja 19 euro vahele grammi kohta, kusjuures 12 riigi sõnul oli see vahemikus 7–10 eurot. Kanepiürdi keskmine jaehind jäi teavet edastanud 20 riigis vahemikku 2–70 eurot grammi kohta; neist 12 teatasid hinnaks 5–10 eurot. Ajavahemikus 2004–2009 püsis nii kanepivaigu kui ka -ürdi jaehind stabiilne või kasvas enamikus andmeid esitanud 18 riigis, erandina langes kanepivaigu hind Lätis, Ungaris ja Poolas.

Tarbimise levimus ja harjumused

Kanepitarbimine rahvastikus

Tagasihoidliku hinnangu kohaselt on ligikaudu 78 miljonit eurooplast, seega enam kui iga viies kõikidest 15–64aastastest elanikest, vähemalt ühe korra (elu jooksul) kanepit tarbinud (vt andmete kokkuvõtet tabelist 4). Erinevused riikide näitajates on üsna suured, tarbimise levimus kõigub vahemikus 1,5–32,5%. Hinnangute kohaselt jääb levimus enamikus riikides vahemikku 10–30% täiskasvanutest.

Viimase aasta jooksul on kanepit tarbinud hinnanguliselt ligikaudu 22,5 miljonit ehk keskmiselt 6,7% kõikidest 15–64aastastest eurooplastest. Viimase kuu kanepitarbimise hinnang hõlmab uimasti regulaarsemaid tarbijaid, kes siiski ei pruugi seda tingimata teha igapäevaselt või intensiivselt. Hinnanguliselt tarbis seda uimastit viimasel kuul umbes 12 miljonit eurooplast ehk keskmiselt ligikaudu 3,6% kõikidest 15–64aastastest.

Kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Kanepitarbimine on laialdaselt levinud just noorte hulgas (vanuses 15–34 aastat), kusjuures kõige kõrgematest viimase aasta tarbimismääradeest teatatakse tavaliselt 15–24aastaste seas. See kehtib kõikide andmeid esitanud riikide kohta, välja arvatud Küpros ja Portugal⁽⁴⁸⁾.

Rahvastiku-uuringute andmetel on keskmiselt 32,0% Euroopa noortest täiskasvanutest (15–34aastased) elu jooksul kanepit tarbinud, 12,1% on seda uimastit tarbinud viimase aasta jooksul ja 6,6% viimase kuu jooksul. Prognooside kohaselt on 15–24aastaste vanuserühmas veelgi suurem osa eurooplasi viimase aasta (15,2%) või viimase kuu (8,0%) jooksul kanepit tarbinud. Kanepitarbimise levimuse hinnangud erinevad riigiti oluliselt kõikide näitajate puhul. Näiteks hinnangud noorte täiskasvanute kanepitarbimise levimuse kohta skaala ülemisse osasse kuuluvates riikides on kõige madalama levimusega riikidega võrreldes rohkem kui 20kordsed.

Üldiselt tarbivad kanepit rohkem mehed ning näiteks viimasel aastal kanepitarbimisest teatanud noorte täiskasvanute hulgas oli meeste ja naiste suhe kuus ühele Portugalis kuni peaaegu võrdse suhteni Norras⁽⁴⁹⁾.

Rahvusvahelised võrdlused

Nii Austraalia, Kanada kui ka Ameerika Ühendriikide näitajad noorte täiskasvanute kanepitarbimise kohta elu jooksul ja viimasel aastal on suuremad Euroopa keskmistest, mis on vastavalt 32,0% ja 12,1%. Näiteks Kanadas (2009) on noortest täiskasvanutest tarbinud kanepit elu jooksul 48,4% ja viimase aasta jooksul 21,6%. Ameerika Ühendriikides on riikliku uimastitarbimise- ja terviseuuringu (SAMHSA, 2010) hinnangul elu jooksul kanepit tarbinud 51,6% (16–34aastased, EMCDDA poolt ümber arvestatud) ja viimase aasta jooksul 24,1%, samas kui Austraalia (2007) vastavad näitajad 14–39aastaste vanuserühmas on 46,7% ja 16,2%. Väikese arvu Euroopa riikide (Tšehhi Vabariik, Hispaania, Prantsusmaa, Slovakkia) esitatud andmete põhjal on nende näitajad elu jooksul kanepit tarbinud 15–16aastaste kooliõpilaste puhul võrreldavad Austraalia ja Ameerika Ühendriikide teatatud tasemega.

Kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas

Euroopa koolide alkoholi ja teiste uimastite uurimisprojekti (ESPAD) iga nelja aasta tagant korraldatavas uuringus esitatakse võrreldavaid andmeid alkoholi ja uimastite tarbimise kohta 15–16aastaste Euroopa kooliõpilaste seas (Hibell et al., 2009). 2007. aastal korraldati uuring 25 ELi liikmesriigis ning Norras ja Horvaatias. Peale selle korraldati aastatel 2009–2010 riigisiseseid kooliuuringuid Itaalias, Slovakkias, Rootsis ja Ühendkuningriigis.

2007. aasta ESPADi uuringu ja 2009.–2010. aasta riigisiseste kooliuuringute andmetel oli elu jooksul kanepi tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste seas kõige kõrgem Tšehhi Vabariigis (45%) ning Eestis, Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades, Slovakkias ja Ühendkuningriigis (Inglismaal) jäi see vahemikku 26–33%. 15 riigis jääb elu jooksul kanepi tarbimise määr vahemikku 13–25%. Madalaimatest tasemetest (alla 10%) on teatanud Kreeka, Küpros, Rumeenia, Soome, Rootsi ja Norra.

Sugudevaheline erinevus kanepitarbimisel on kooliõpilaste seas väiksem kui noorte täiskasvanute puhul. Kui meeste ja naiste suhe kooliõpilastest kanepikasutajate hulgas on Hispaanias ja Ühendkuningriigis peaaegu võrdne, siis Küprosel, Kreekas, Poolas ja Rumeenias on see kaks ühele või veelgi enam⁽⁵⁰⁾.

⁽⁴⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis GPS-1.

⁽⁴⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabeli GPS-5 iii osa ja iv osa.

⁽⁵⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabeli EYE-20 ii osa ja iii osa.

Tabel 4. Kanepitarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	78 miljonit	22,5 miljonit	12 miljonit
Euroopa keskmine	23,2%	6,7%	3,6%
Vahemik	1,5–32,5%	0,4–14,3%	0,1–7,6%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (1,5%) Malta (3,5%) Bulgaaria (7,3%) Ungari (8,5%)	Rumeenia (0,4%) Malta (0,8%) Kreeka (1,7%) Ungari (2,3%)	Rumeenia (0,1%) Malta (0,5%) Kreeka, Poola (0,9%) Rootsi (1,0%)
Kõrgeima levimusega riigid	Taani (32,5%) Hispaania (32,1%) Itaalia (32,0%) Prantsusmaa, Ühendkuningriik (30,6%)	Itaalia (14,3%) Tšehhi Vabariik (11,1%) Hispaania (10,6%) Prantsusmaa (8,6%)	Hispaania (7,6%) Itaalia (6,9%) Prantsusmaa (4,8%) Tšehhi Vabariik (4,1%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	42 miljonit	16 miljonit	9 miljonit
Euroopa keskmine	32,0%	12,1%	6,6%
Vahemik	2,9–45,5%	0,9–21,6%	0,3–14,1%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (2,9%) Malta (4,8%) Kreeka (10,8%) Bulgaaria (14,3%)	Rumeenia (0,9%) Malta (1,9%) Kreeka (3,2%) Poola (5,3%)	Rumeenia (0,3%) Kreeka (1,5%) Poola (1,9%) Rootsi, Norra (2,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Tšehhi Vabariik (45,5%) Taani (44,5%) Prantsusmaa (43,6%) Hispaania (42,4%)	Tšehhi Vabariik (21,6%) Itaalia (20,3%) Hispaania (19,4%) Prantsusmaa (16,7%)	Hispaania (14,1%) Itaalia (9,9%) Prantsusmaa (9,8%) Tšehhi Vabariik (8,6%)
15–24aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	19 miljonit	9,5 miljonit	5 miljonit
Euroopa keskmine	30,0%	15,2%	8,0%
Vahemik	3,7–53,8%	1,5–29,5%	0,5–17,2%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (3,7%) Malta (4,9%) Kreeka (9,0%) Küpros (14,4%)	Rumeenia (1,5%) Kreeka (3,6%) Portugal (6,6%) Sloveenia, Rootsi (7,3%)	Rumeenia (0,5%) Kreeka (1,2%) Rootsi (2,2%) Norra (2,3%)
Kõrgeima levimusega riigid	Tšehhi Vabariik (53,8%) Prantsusmaa (42,0%) Hispaania (39,1%) Taani (38,0%)	Tšehhi Vabariik (29,5%) Hispaania (23,9%) Itaalia (22,3%) Prantsusmaa (21,7%)	Hispaania (17,2%) Prantsusmaa (12,7%) Tšehhi Vabariik (11,6%) Itaalia (11,0%)
Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud riiklike hinnangute põhjal levimuse kohta, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastikasutajate koguarv Euroopas, kohaldatakse ELi keskmist nende riikide suhtes, mille kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased: 336 miljonit; 15–34aastased: 132 miljonit; 15–24aastased: 63 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2001–2009/2010 (peamiselt 2004–2008), ei käi need üksikute aastate kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2011. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.			

Kanepitarbimise suundumused

1990. aastate lõpus ja 2000. aastate alguses teatas mitu Euroopa riiki nii rahvastiku-uuringute kui ka kooliuuringute põhjal kanepitarbimise kasvust. Sellest ajast alates on olukord Euroopas muutunud ebaühtlasemaks. Paljude riikide teatel on kanepitarbimine stabiliseerumas või isegi vähenemas, samas kui üksikutes riikides (Bulgaaria, Eesti, Soome, Rootsi) võib see olla tõusuteel. Kuigi pea kõik Euroopa riigid on viimastel aastatel korraldanud rahvastiku-uuringuid, on neist vaid kuusteist esitanud

piisavaid andmeid kanepitarbimise pikaajaliste suundumuste analüüsimeks.

Kõnealuses kuuteistkümnes riigis esinevad suundumused võib liigitada vastavalt levimuse tasemele (joonis 5). Esiteks on kuuest peamiselt Põhja- ja Kagu-Euroopas asuvast riigist (Bulgaaria, Kreeka, Ungari, Soome, Rootsi, Norra) koosnev rühm teatanud 15–34aastaste vanuserühma puhul alati väikesest kanepitarbimisest elu jooksul, mis ei ületa 10%. Teiseks on viiest Euroopa eri paigus asuvast riigist (Taani, Saksamaa, Eesti, Madalmaad, Slovakkia)

koosnev rühm teatanud suuremast levimusest, mis nende viimaste uuringute kohaselt siiski ei ületanud 15%. Kõik selle rühma riigid peale Madalmaade on teatanud kanepitarbimise märkimisväärsest kasvust 1990. aastatel ja 2000. aastate alguses. Järgmisel aastakümnel on kõik antud rühma riigid peale Eesti teatanud üha stabiilsematest suundumustest. Viimane rühm koosneb viiest riigist, kus on viimase kümne aasta jooksul teataval ajahetkel saavutatud Euroopa suurim kanepitarbimise tase, kusjuures viimase aasta tarbimine piirkonna noorte täiskasvanute seas on olnud 20% või rohkem. Tegemist on Lõuna- ja Lääne-Euroopas asuvate riikide (Prantsusmaa, Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik) ja Tšehhi Vabariigiga. Selle rühma puhul võib täheldada erinevaid suundumusi. Kui Ühendkuningriik ja vähemal määral ka Prantsusmaa on teatanud, et nende viimaste uuringute kohaselt on kanepitarbimine vähenenud, siis Hispaanias on olukord alates 2003. aastast olnud suhteliselt stabiilne. 1990. aastatel teatasid kõik kolm riiki kanepitarbimise kasvust. Nii Itaalia kui ka Tšehhi Vabariik on teatanud tarbimise kasvust, millele viimastel aastatel on järgnenud langus. Uuringumeetodite ja vastamise määra erinevused ei võimalda aga veel kinnitada hiljutisi suundumusi nimetatud kahes riigis.

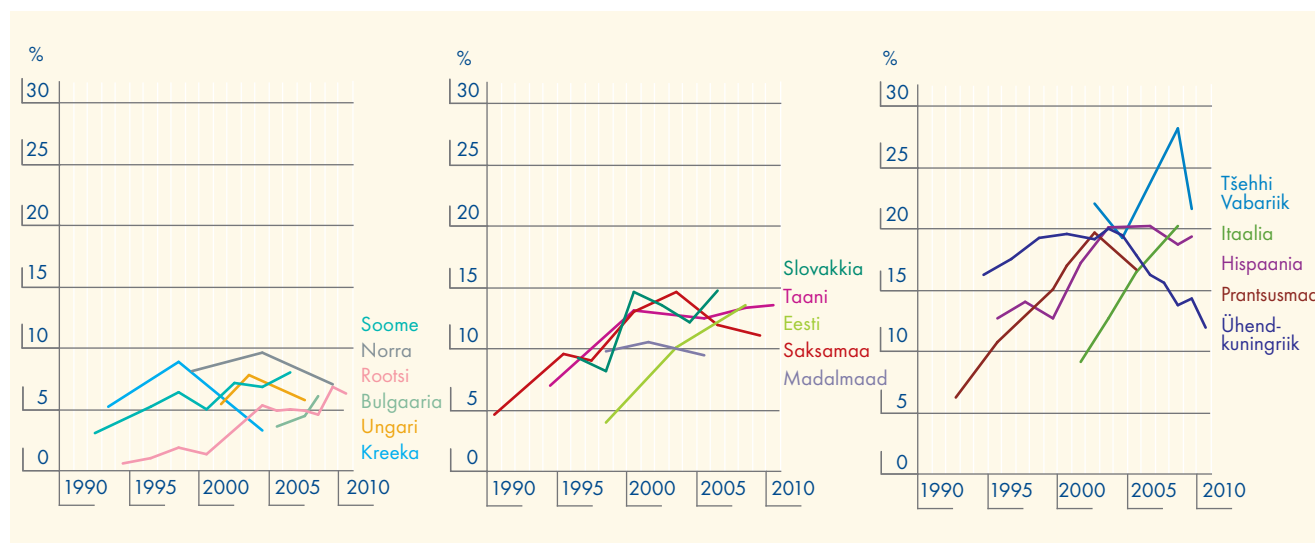
Märkimist väärib eelkõige Ühendkuningriigi juhtum, kus uuringuid korraldatakse iga-aastaselt. Kui 2000. aastate alguses oli sealne kanepitarbimise tase üks Euroopa kõrgemaid, siis 2010. aastal langes kanepi viimase aasta jooksul tarbimise määr esimest korda alates ELi seire alustamist alla Euroopa Liidu keskmise.

Kanepi viimase aasta jooksul tarbimise (see hõlmab ka meelelahutuslikku tarbimist) puhul on dokumenteeritud stabiliseerumist või vähenemist. Ei ole aga selge, kas stabiliseerunud on ka intensiivne ja pikaajaline kanepitarbimine.

Sarnaseid kanepitarbimise harjumusi täheldati ajavahemikus 1995–2007 kooliõpilaste kanepitarbimise ajaliste suundumuste puhul (EMCDDA, 2009a). Seitse peamiselt Põhja- või Lõuna-Euroopas asuvat riiki teatas üldiselt stabiilsest ja madalast kanepitarbimisest elu jooksul kogu selle perioodi vältel. Enamikus Lääne-Euroopa riikides ning Sloveenias ja Horvaatias (11 riigis), kus elu jooksul kanepi tarbimise levimus oli kuni aastani 2003 kõrge või jõuliselt kasvav, toimus 2007. aastal langus või stabiliseerumine. Suuremas osas Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest paistab aastatel 1995–2003 täheldatud tõusutendents olevat stabiliseerunud. Selle piirkonna riikidest teatas ajavahemikus 2003–2007 kuus stabiilsest olukorrast ja kaks tõusust.

Kooliealiste laste tervisekäitumise viimaste uuringute raames tehtud kooliuuringute värsked andmed osutavad sellele, et enamikus riikides on ajavahemikus 2006–2010 üldiselt stabiliseerunud või vähenenud ka õpilaste (15–16aastaste) uimastitarbimine. Kooskõlas täiskasvanute seas esineva suundumusega on Inglismaal elu jooksul kanepitarbimine vähenenud kooliõpilaste hulgas peaaegu poole võrra, 40%-lt 2002. aastal 22%-ni aastal 2010. Ka Saksamaal on elu jooksul kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas poole võrra vähenenud: kui 2002. aastal moodustas see 24%, siis

Joonis 5. Viimase aasta suundumused kanepitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas kolm või enam uuringut esitanud riigis, mis on rühmitatud suurima levimuse taseme järgi (alla 10%, 10–15%, üle 15%)



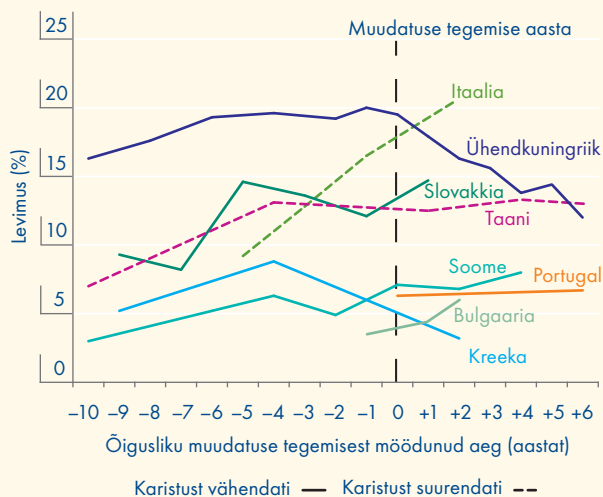
NB! Tšehhi Vabariik uurib põhjuseid, miks uuringu tulemused on nii kõiguvad. Osaliselt näib see tulenevat muutunud uurimismeetoditest. Andmed on esitatud teavitamise eesmärgil, kuid võrdlustesse tuleks suhtuda ettevaatusega. Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletäni joonist GPS-4.

Allikad: Reitoxi riikide aruanded (2010), rahvastiku-uuringute, aruannete või teadusartiklite andmed.

Karistuste ja kanepitarbimise vahelised seosed

Viimase kümne aasta jooksul on mitu Euroopa riiki muutnud kanepi osas oma narkoseadusi ning mitmes neist on olemas hinnangud selle uimasti levimuse kohta enne ja pärast õiguslikku muudatust. Eelneva ja pärastise olukorra lihtsast võrdlusest nende andmete põhjal võib selguda, kas muudatusele järgnevatel aastatel muutus märgatavalt ka levimus. Kuna kanepitarbimine on levinud peamiselt noorte hulgas, kasutati analüüsis andmeid levimuse kohta 15–34-aastaste seas. Joonisel on kujutatud viimase aasta kanepitarbimise levimust ajas nii, et horisontaalteljel märgitud null kajastab õigusliku muudatuse tegemise aastat. Tulenevalt erinevustest aastates, mil riigid õigusliku muudatuse sisse viisid, ning nende uuringutes kasutatud andmete ulatusest, hõlmavad suundumust näitavad jooned eri ajavahemikke.

Kanepitarbimise eest karistumäärasid suurendanud riigid on joonisel kujutatud punktiirjoonega ning karistusi vähendanud riigid pidevjoonega. Kõige lihtsama õigusliku mõju käsitleva hüpoteesi kohaselt muutub õiguses tehtud muudatuse tulemusel ka levimus, kusjuures karistuste karmistamine toob kaasa uimastitarbimise vähenemise ja karistuste leevendamine uimastitarbimise suurenemise. Selle põhjal peaksid punktiirjooned pärast muudatust langema ja pidevjooned tõusma. Asjaomase kümneaastase ajavahemiku jooksul ei olnud kõnealuste riikide puhul aga võimalik täheldada ühesid seoseid õigusliku muudatuse ja kanepitarbimise levimuse vahel.



NB! Õiguslikud muudatused kehtestati aastatel 2001–2006; vt 1. peatükk ja Euroopa narkootikumide andmebaasi teemaülevalde omamise kohta.

2010. aastal 11%. Alates 2006. aastast on aga täheldatud tõusutendentsi Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Lätis, Leedus, Rumeenias ja Sloveenias.

Austraalia ja Ameerika Ühendriikide kooliuuringute pikaajalisi suundumusi käsitlevad andmed osutavad samuti kanepitarbimise langustendentsile kuni aastani 2009 ⁽⁵¹⁾.

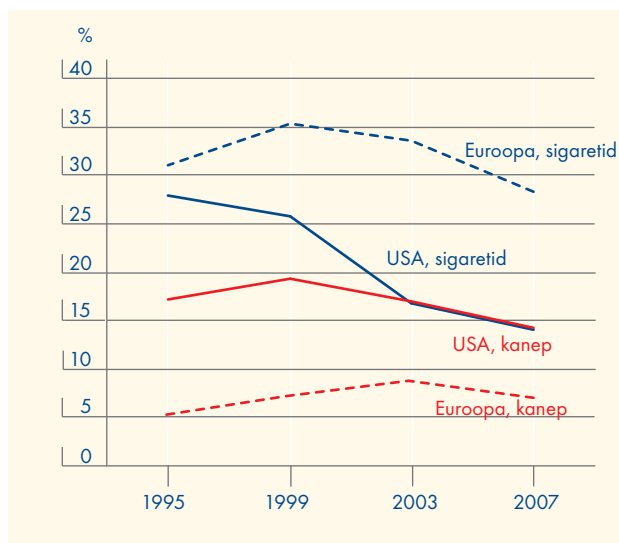
Ent viimane, 2010. aastal Ameerika Ühendriikides korraldatud kooliuuring näitab võimalikku uut tõusu kanepitarbimises: kooliõpilaste teatel on suurenenud kanepitarbimine viimase aasta jooksul ja vähenenud nimetatud uimasti taunimine (Johnston et al., 2010). 2010. aasta uuringu kohaselt teatasid 15–16-aastased Ameerika kooliõpilased, et kanepitarbimise tase ületab sigarettide suitsetamise taset: mõne näitaja põhjal oli viimase kuu jooksul kanepit tarbinud 16,7%, samas kui sigarette oli suitsetanud vaid 13,6% õpilasi (Johnston et al., 2010).

Euroopa kooliõpilaste seas on olukord teine ning sigarettide suitsetamise tase viimase kuu jooksul on kanepitarbimisest jätkuvalt oluliselt kõrgem. ESPADi kooliuuringute andmetel 23 riigis üldiselt vähenes aastatel 2003–2007 sigarettide suitsetamine viimase kuu jooksul (33%-lt 28%-ni) ning kanepitarbimine vähenes või vähemalt stabiliseerus (9%-lt 7%-ni) (joonis 6). Euroopas, kus kanepit ja tubakat suitsetamiseks tavaliselt kokku segatakse, võib tubakasuitsetamise vähenemine teataval määral mõjutada suundumusi kanepitarbimises.

Kanepitarbimise harjumused

Olemasolevad andmed viitavad mitmekesistele kanepitarbimise harjumustele, mis ulatuvad juhuslikust kasutamisest sõltuvuseni. Paljud lõpetavad kanepitarbimise pärast ühte või kahte korda, teised kasutavad seda kohati või piiratud aja vältel. 15–64-aastastest, kes on kunagi elus kanepit tarbinud, ei ole 70% seda teinud viimase

Joonis 6. Viimase kuu suundumused kanepitarbimise ja sigarettide suitsetamise levimuses 15–16-aastaste õpilaste seas 17 Euroopa riigis ja Ameerika Ühendriikides



NB! Euroopa keskmine (kaalumata) on arvatud 15 ELi liikmesriigi ning Horvaatia ja Norra 15–16-aastaste õpilaste põhjal. Ameerika Ühendriikide õpilaste keskmine põhineb valimil, millesse kuulus ligikaudu 16 000 10. klassi õpilast (vanuses 15–16 aastat).

Allikad: Hibell et al. (2009), Johnston et al. (2010).

⁽⁵¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni joonis EYE-2 (vi osa).

aasta jooksul ⁽⁵²⁾. Viimase aasta jooksul kanepit tarbinutest tegid peaaegu pooled seda viimase kuu jooksul, mis võib osutada uimasti korrapärasemale kasutamisele. Nimetatud protsendid on aga riigiti ja sugude vahel väga erinevad.

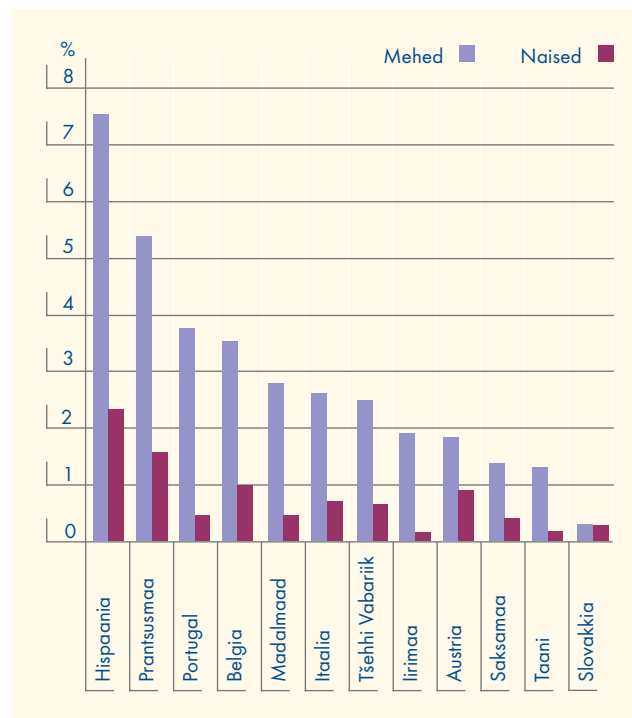
Kanepitarbimise tase on eriti kõrge teatavate noorterühmade, näiteks ööklubide, kõrtside ja muusikaürituste sagedaste küllastajate seas. Hiljuti Belgia, Tšehhi Vabariigi, Madalmaade, Leedu ja Ühendkuningriigi ööklubide või tantsu- ja muusikaürituste kohta korraldatud sihtuuringud näitasid palju suuremat levimust kui Euroopa noorte täiskasvanute hulgas keskmiselt. Kanepitarbimist seostatakse tihti ka rohke alkoholitarbimisega: noorte täiskasvanute (15–34aastased) hulgas teatasid alkoholi sagedased või rohked tarbijad ülejäänud rahvastikuga võrreldes kanepitarbimisest üldiselt kaks kuni kuus korda tõenäolisemalt.

Kanepitoote liigist ja selle tarbimisviisist sõltuvalt võivad kaasnevad riskid olla erinevad. Suuremaid kanepikoguseid hõlmavate tarbimisharjumuste tõttu võib kasutajal olla suurem oht jääda sõltuvusse või puutuda kokku muude probleemidega (Chabrol *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 1998). Nimetatud harjumuste hulka kuuluvad väga kõrge THK sisaldusega kanepi või suurte kanepikoguste ning vesipiibu kasutamine.

Rahvastiku-uuringutes eristatakse harva kanepi eri liikide kasutamist. Ent 2009. aastal võeti Ühendkuningriigi rahvastiku-uuringus kasutusele uus küsimustik, et teha kindlaks kanepiürdi, sealhulgas nn skungi (uimasti üldiselt suure kangusega sordile antud tänavanimetus) tarbimise levimus. Briti 2009./2010. aasta kuritegevuse uuringu prognooside kohaselt on ligikaudu 12,3% täiskasvanuid tarbinud kanepisorti, mille nad uskusid olevat nn skunk. Kuigi kanepiürdi (50%) ja kanepivaigu (49%) tarbimisest elu jooksul teatas võrreldav osa kanepitarbijaid, tarbisid viimase aasta jooksul kanepit kasutanud inimesed tõenäolisemalt pigem kanepiürti (71%) kui kanepivaiku (38%) (Hoare ja Moon, 2010). Selliseid prognoose ei saa küll üldistades laiendada ülejäänud Euroopa rahvastikule, ent need järeldused näitlikustavad teatavaid aja jooksul ilmnevaid suundumusi kanepitarbimises.

14 Euroopa riigi (kes moodustavad 65% Euroopa Liidu ja Norra täiskasvanud elanikkonnast) põhjal koostatud valimi andmed näitasid, et peaaegu pooled viimase kuu jooksul kanepit kasutanud inimesed tarbisid seda selle kuu vältel 1–3 päeval; umbes üks kolmandik tarbis kanepit 4–19 päeval ja üks viiendik 20 või enamal päeval. Enamikus kõnealustest 14 riigist tarbivad naised kanepit tõenäoliselt juhuslikumalt, samas kui suurem osa igapäevastest või peaaegu igapäevastest kanepitarbijatest on mehed (joonis 7). Nende andmete põhjal on paljudes riikides just meessoost kanepitarbijatel suur risk muutuda sagedaseks kasutajaks ning ennetusmeetme kavandamisel tuleks seda arvesse võtta.

Joonis 7. Igapäevase või peaaegu igapäevase kanepitarbimise levimus noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas soo järgi



NB! Neile, kes väitsid, et olid intervjuule eelnenud 30 päeva jooksul tarbinud kanepit 20 või enamal päeval, viidatakse tekstis kui „igapäevastele või peaaegu igapäevastele tarbijatele“. Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelit GPS-10 (iv osa).

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Värsked andmed noorukite uimastitarbimise kohta näitavad, et igapäevane kanepitarbimine on kasvav probleem ka Ameerika Ühendriikides. Kanepi igapäevase tarbimise levimus on märkimisväärselt kasvanud ja moodustas 17–18aastaste keskkooliõpilaste seas 2010. aastal 6% (Johnston *et al.*, 2010).

Üha enam tunnistatakse, et sõltuvus võib olla korrapärase kanepitarbimise tagajärg isegi nooremate kasutajate seas, ning mõnes Euroopa riigis on kasvamas kanepitarbimise tõttu abi otsivate inimeste arv (vt allpool). Esitatud andmetel on pooled uimastikasutamise lõpetanud kanepisõltlastest suutnud seda aga teha ilma ravile minemata (Cunningham, 2000). Tarbijatel, eriti sagedastel tarbijatel, võib tekkida probleeme ka ilma, et nad tingimata vastaksid sõltuvuse kliinilistele kriteeriumitele.

Ravinõudlus

2009. aastal oli kanep peamine narkootikum ligikaudu 98 000 teatatud ravi alustajale 26 riigis (23% kõikidest ravi alustajatest), olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. Ühtlasi oli kanep enimlevinud teise narkootikumina; seda nimetasid 93 000 patsienti (28%). Peamiselt kanepit kasutavad uimastitarbijad moodustavad üle 30% ravi alustajatest Belgias, Taanis, Saksamaal,

⁽⁵²⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis GPS-2.

Prantsusmaal, Ungaris, Madalmaades ja Poolas, ent alla 10% Bulgaarias, Eestis, Kreekas, Leedus, Maltal, Rumeenias ja Sloveenias ⁽⁵³⁾.

Kanepitarbimise ja sellega seotud probleemide levimuse erinevused ei ole ainsad tegurid, millega seletada riikidevahelisi erinevusi ravi tasemes. Tähtsad on ka muud näitajad, nagu ravile suunamise korraldus ning pakutava ravi tase ja liik. Selle kohta leidub ilmseid näiteid Prantsusmaal ja Ungaris – kahes riigis, kes on teatanud kanepitarbijate suurest osakaalust ravi alustajate hulgas. Prantsusmaal toimib noortele klientidele suunatud nõustamiskeskuste süsteem ⁽⁵⁴⁾. Ungaris pakutakse kanepiga seotud õigusrikkumiste sooritajatele karistamise alternatiivina narkomaaniravi, mis võib asjaomaseid arvandmeid paisutada.

Mis puutub viimase kümne aasta suundumustesse, siis 21 riigist, mille kohta andmed on kättesaadavad, on kõik peale Bulgaaria teatanud kanepitarbimise tõttu esmakordselt ravi alustavate patsientide osakaalu suurenemisest. 18 riigis, mille kohta on andmed kättesaadavad, kasvas peamiselt kanepit tarvitavate isikute osakaal esimest korda elus ravi alustajate hulgas aastatel 2004–2009 ligikaudu 40% võrra 27 000 inimeselt 38 000 inimeseni ⁽⁵⁵⁾. Värskeimad andmed (aastate 2008–2009 kohta) näitavad jätkuvat tõusutendentsi enamikus aruandvates riikides.

Ravi saavate patsientide profiilid

Kanepi tõttu alustatakse peamiselt ambulatoorset ravi ning patsiendid on ravi alustajate seas üks noorimaid rühmasid keskmise vanusega 25 aastat. Kanepit oma peamise narkootikumina nimetavad noored moodustavad 15–19-aastastest ravi alustajatest 74% ja alla 15-aastastest 86%. Meeste ja naiste suhe on uimastite tõttu ravi saajate hulgas suurim (ligikaudu viis meest iga naise kohta). Üldiselt on 49% peamiselt kanepit tarvitavatest patsientidest igapäevased kasutajad, umbes 18% tarbib seda 2–6 korda nädalas, 12% kasutavad kanepit korra nädalas või harvem ning 22% on juhuslikud kasutajad. Need protsendid on riigiti erinevad ⁽⁵⁶⁾.

Ravi

Ravipakkumine

Euroopas on kanepiravis kasutatavate meetmete skaala lai, hõlmates Interneti-põhist ravi, nõustamist, struktureeritud psühhosotsiaalseid sekkumisi ja statsionaarset ravi. Samuti

Kanepitarbimise kahjulik mõju tervisele

Üldiselt tunnistatakse, et kanepiga seotud individuaalsed terviseriskid on väiksemad riskidest, mis kaasnevad selliste narkootikumidega nagu heroiin või kokaiin. Kanepitarbimise suure levimuse tõttu võib sellel uimastil aga olla märkimisväärne mõju rahvatervisele.

Kindlaks on tehtud mitmesugused kanepitarbimisega seotud akuutsed ja kroonilised terviseprobleemid. Akuutne kahjulik mõju hõlmab ärevust, paanikahooge ja psühhootilisi sümptomeid, mida täheldatakse sagedamini esmakordsel kasutajatel. Kanepitarbimine võib suurendada ka liiklusõnnetustesse sattumise ohtu.

Dokumenteeritud on kanepiga seotud kroonilisi mõjusid, sealhulgas sõltuvust ja mitut hingamisteede haigust. Kanepitarbimise mõju kognitiivsele võimekusele on ebaselge. Korrapärane kanepitarbimine noorukieas võib kahjustada noorte täiskasvanute vaimset tervist ning on tõendeid selle kohta, et tarbimissageduse kasvades suureneb psühhootiliste sümptomite ja häirete risk (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall ja Degenhardt, 2009; Moore *et al.*, 2007).

kattuvad sageli valikuline ja näidustatud ennetus ning ravisekkumised (vt 2. peatükk).

Kanepiravi pakutakse peamiselt spetsialiseerunud ambulatoorsetes ravikeskustes ning praegu on konkreetselt kanepiga seotud probleemidele suunatud teenused kättesaadavad enam kui pooltes liikmesriikides. Näiteks on Prantsusmaal loodud üle 300 noorte nõustamiskeskuse, mis on suunatud põhiliselt kanepitarbimise probleemiga noorte vajadustele. Saksamaal on lisaks mitmele konkreetselt kanepiga seotud programmile võtnud 161 nõustamiskeskust kasutusele programmi „Tee see ära!“, millega klientidel nõutakse eesmärkide seadmist tarbimise kontrollimiseks ning milles võetakse arvesse nii nende kanepitarbimisega seotud individuaalseid kui ka keskkonnast tulenevaid tegureid. Sekkumise käigus korraldatakse aastas kuni 1400 kanepitarbijale kümne nädala jooksul viis seansi. Ungaris kasutab kanepiravi patsientide valdav enamus (80%) ennetavaid nõustamisteenuseid. Nimetatud teenuseid osutavad akrediteeritud organisatsioonid.

Saksamaa ja Madalmaad on olnud eriti aktiivsed kanepiprogrammide koostamisel. Kanepist tulenevaid probleeme seostatakse tavaliselt muude ainete või psühhosotsiaalsete probleemidega ning see kajastub ka kanepitarbijatele pakutavate programmide liigis. Näiteks Amsterdami meditsiinikeskus on skisofreeniat põdevate

⁽⁵³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis (ii osa) ning tabelid TDI-5 (ii osa) ja TDI-22 (i osa).

⁽⁵⁴⁾ Peale selle ravivad paljusid opioiditarbijaid Prantsusmaal perearstid ning ravinõudluse näitaja koostamisel ei esitata nende kohta andmeid, mistõttu suureneb muude uimastite tarbijate osakaal.

⁽⁵⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis TDI-1 (i osa ja ii osa).

⁽⁵⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-10 (ii osa ja iii osa), TDI-11 (i osa), TDI-18 (ii osa), TDI-21 (ii osa), TDI-24, TDI-103 (vii osa) ja TDI-111 (viii osa).

noorte kanepitarbijate ja nende vanemate jaoks välja töötanud perekondliku motiveeriva sekkumise (Reitoxi aruanne Madalmaade kohta, 2009). Randomiseeritud kontrollitud katse on näidanud sellise sekkumise positiivseid tulemusi. Pärast kolmekuulist osalemist teatasid katsesse kaasatud noored, et vähenenud oli nii kanepi tarbimine kui ka soov seda teha, ning vanemate teatel oli vähenenud stress ja paranenud enesetunne. Kanepitarbimise ja psühhiaatriliste probleemide, näiteks psühhooosi või depressiooni koosesinemise korral on vaja terviklikku lähenemisviisi, milles osalevad spetsialiseerunud raviteenuste osutajad ja vaimse tervise keskused. Tegelikult on topeltdiagnoosi puhul ravi sageli endiselt järjestikune ning hooldusteenuste osutajate vaheline koostöö keeruline.

Hiljutises Saksa uuringus on prognoositud kanepiga seotud probleemide tõttu abi otsivate isikute, eelkõige meessoost noorukite ja noorte täiskasvanute arvu kasvu tulevastel aastatel. Praegu näitavad Saksamaa narkomaaniaraviasutustesse jõudnud uimastitarbijate osakaalu hinnangud, et kuigi sõltuvusele spetsialiseerunud teenuseid suudetakse pakkuda 45–60%-le opioidsõltuvusega uimastitarbijatest, pakutakse ravi vaid 4–8%-le seda vajavatest kanepitarbijatest. Mõnel juhul võivad toetust otsivad kanepitarbijad, kes ei soovi kasutada traditsioonilisi raviteenuseid, leida praegu täiendavaid ravivõimalusi kolmes liikmesriigis pakutavate Interneti-põhiste sekkumiste kaudu.

Viimased kanepitarbijate ravi käsitlevad uuringud

Teiste ebaseaduslike narkootikumidega võrreldes koostatakse ravi hindamist käsitlevaid uuringuid endiselt harva, hoolimata kanepiravi nõudluse kasvust. Euroopas teostatakse siiski üha enam teadusuuringuid: praegu on need käimas Saksamaal, Taanis, Hispaanias, Prantsusmaal ja Madalmaades.

Mitu kõnealust uuringut kinnitavad, et psühhosotsiaalsed sekkumised võivad kanepitarbijate puhul anda positiivseid tulemusi. See kehtib näiteks mitmemõõtmelise pereteraapia puhul – tegemist on uimasteid tarbivatele käitumisprobleemidega noorukitele suunatud põhjaliku, tervet perekonda hõlmava ambulatoorse sekkumisega (Liddle *et al.*, 2009), millega on saavutatud edu uimastitarbimise taseme vähendamisel. Riigi mitmes paigas teostatud katse käigus tehtud muude kättesaadavate raviviiside võrdluse järeldused olid aga ebaselged. Seetõttu tellis EMCDDA Euroopa ja Ameerika uuringute metaanalüüsi.

Kanepi meditsiiniline kasutamine Ameerika Ühendriikides

Alates 1996. aastast on Ameerika Ühendriikide 15 osariiki ja Columbia ringkond võtnud vastu seadused, mille kohaselt on lubatud piiritletud koguse kanepi omamine meditsiiniliseks kasutamiseks. Kõikides osariikides peab patsiendil olema arsti kirjalik soovitus, välja arvatud Californias ja Maine'is, kus see võib olla ka suuline. Kõik osariigid peale Washingtoni on loonud patsientide isikutunnistustel põhinevad konfidentsiaalsed registrid, mis on mitmes osariigis kohustuslikud. Kuigi iga osariik on kehtestanud oma tingimused, lubab neist enamik kasutada kanepit valuvaigistina „kroonilise“, „tugeva“ või „ravile allumatu“ valu puhul.

Peaaegu kõikides osariikides kasutatakse hooldajat hõlmavat mudelit, mille kohaselt selleks määratud inimesel on lubatud kasvatada patsiendile tarbimiseks piiratud kogus kanepit. Sõltuvalt osariigist võib patsient määrata ühe või kaks hooldajat ning hooldaja võib varustada kuni viit patsienti. Lubatud kogused ulatuvad 1 untsist – umbes 28 grammi – (Alaska, Montana, Nevada) 24 untsi (Oregon, Washington) kasutatava kanepiürdini ning kuuest 24 kanepitaimeni, millest osa ei tohi veel olla kasutusvalmid. Ligikaudu pooltes osariikides on lubatud pakkuda kanepit meditsiiniliseks kasutamiseks mittetulunduslikel apteekidel või osariigi ravikeskustel. Kõikides haldusüksustes peale kahe – New Jersey ja Washington D.C. on patsientidel lubatud oma meditsiinilisel otstarbel kasutatavat kanepit ise kasvatada.

Föderaalõiguses, vastupidi, on kanep liigitatud meditsiinilise kasutusega ohtlikuks aineks. See võimaldab föderaalvalitsusel esitada süüdistus kõikidele kanepi tarbijatele ja pakkujatele. Oktoobris 2009 saatis peaprokuröri asetäitja föderaalsetele prokuröridele aga teate, mille kohaselt ei tuleks kanepi meditsiinilise kasutamisega seotud juhtumeid käsitada prioriteetsetena, kui see on osariigi õigusega lubatud.

Praegu hinnatavad muud psühhosotsiaalsed sekkumised hõlmavad psühholoogilist koolitust (mis põhineb käitumisteraapia ja motivatsiooniintervjuude elementidel) ning tagasilanguse ennetamist, lühisekkumisi, edusammude tunnustamist ja mitut liiki kognitiiv-käitumisteraapiat.

Teadusuuringuid korraldatakse ka seoses farmakoloogiliste toodetega, mis võivad psühhosotsiaalseid sekkumisi toetada (Vandrey ja Haney, 2009). Selles valdkonnas on praegustel teadusuuringutel kolm põhisuunda, millega uuritakse võimalusi kasutada ravimeid kanepitarbimise võõrutusnähtude, kanepi kasutamise soovi või tarbimise vähendamiseks (Marshall, K. *et al.*, 2011).



4. peatükk

Amfetamiinid, ecstasy, hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin

Sissejuhatus

Amfetamiinid (üldine mõiste, mille alla kuuluvad nii amfetamiin kui ka metamfetamiin) ja ecstasy kuuluvad Euroopas enim tarvitavate ebaseaduslike narkootikumide hulka. Paljudes riikides on ecstasy või amfetamiinid kanepi järel teine kõige enam kasutatav ebaseaduslik aine. Peale selle on amfetamiinide tarbimine tekitanud mõnes riigis olulisi uimastiprobleeme, moodustades märkimisväärse osa ravinõudlusest.

Amfetamiin ja metamfetamiin on kesknärvisüsteemi stimulandid. Neist kahest on amfetamiin Euroopas palju laialdasemalt kättesaadav, samas kui metamfetamiini ulatuslik tarbimine on varem piirdunud Tšehhi Vabariigi ja Slovakkia. Hiljuti on teatatud selle uimasti osakaalu suurenemisest mõne Põhja-Euroopa riigi amfetamiiniturul.

Mõistega „ecstasy“ tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid erinevad teataval määral mõju poolest. Tuntuim ecstasy-rühma uimasti on 3,4-metüleenidoksümetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt leidub ecstasy-tablettides ka muid analooge (MDA, MDEA). Selle uimasti populaarsust on ajalooliselt seostatud klubimuusikakultuuriga. Kuigi see on kõnealuses keskkonnas

endiselt populaarne, on ecstasy kasutamine ja kättesaadavus viimastel aastatel mitmes Euroopa riigis järk-järgult vähenenud.

Euroopas kõige tuntum hallutsinogeenne uimasti on lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD), mille tarbimine on püsinud suhteliselt kaua aega madalal ja üsna ühtlasel tasemel. Viimastel aastatel paistab aga kasvavat noorte huvi looduslike hallutsinogeenide vastu, mida leidub näiteks hallutsinogeensetes seentes. Alates 1990. aastate keskpaigast on Euroopas teatatud ketamiini ja gammahüdroksübutüraadi (GHB) (mõlemad on inim- ja veterinaarmeditsiinis juba 30 aastat laialdaselt kasutatud anesteetikumid) meelelahutuslikust kasutamisest teatavates oludes ja teatavate uimastitarbijate subkultuuride seas. Raviteenuste pakkumise seisukohast on kõnealuste ainete ebaseaduslik tarbimine muutunud probleemiks piiratud arvus Euroopa riikides.

Pakkumine ja kättesaadavus

Narkootikumide lähteained

Amfetamiin, metamfetamiin ja ecstasy on sünteetilised narkootikumid, mille tootmisprotsessis on vaja keemilisi

Tabel 5. Amfetamiini, metamfetamiini, ecstasy ja LSD konfiskeerimised, hind ja puhtus

	Amfetamiin	Metamfetamiin	Ecstasy	LSD
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)	33	31	5,4	0,1
ELis ja Norras (sh Horvaatia ja Türgis) konfiskeeritud kogus	5,3 tonni (6,5 tonni)	500 kilogrammi (600 kilogrammi)	Tabletid 1,9 miljonit (2,4 miljonit)	59 700 ühikut (59 700)
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sh Horvaatia ja Türgis) ⁽¹⁾	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Keskmine jaehind eurodes Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	Grammid 8–42 (10–23)	Grammid 9–71	Tabletid 3–16 (4–9)	Annused 4–29 (7–11)
Keskmine puhtus või MDMA sisaldus Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	1–29% (6–21%)	10–76% (25–64%)	3–108 mg (26–63 mg)	Andmed puuduvad

⁽¹⁾ 2009. aastal konfiskeeritud amfetamiini, ecstasy ja LSD kogu kogus on näidatud tõenäoliselt tegelikkusest väiksemana peamiselt seetõttu, et puuduvad viimased andmed Madalmaade kohta, kes on kuni 2007. aastani teatanud suhteliselt suurtest konfiskeeritud kogustest. 2008. ja 2009. aasta andmete puudumise tõttu ei ole võimalik Madalmaade andmeid Euroopa 2009. aasta prognoosi lisada.

⁽²⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2009. aasta kohta; puuduvad, ei ole saadaval.

Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2011); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

lähteaineid. Teatud ülevaate kõnealuste ainete tootmisest on võimalik saada nende valmistamiseks vajalike ja seaduslikust kaubandusest kõrvalejuhitud kontrollitavate kemikaalide konfiskeerimist käsitlevatest aruannetest.

Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu (*International Narcotics Control Board – INCB*) teatel vähenesid nii amfetamiini kui ka metamfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatava 1-fenüül-2-propanooni (P2P, BMK) ülemaailmselt konfiskeeritud kogused 5620 liitrit 2008. aastal 4900 liitriks 2009. aastal, kusjuures jätkuvalt teatasid suurimate koguste konfiskeerimisest Hiina (2275 liitrit 2009. aastal) ja Venemaa (1731 liitrit 2009. aastal). Euroopa Liidus suurenes konfiskeeritud P2P kogus 62 liitrit 2008. aastal 635 liitriks 2009. aastal. 2009. aastal kasvasid ka metamfetamiini kahe põhilähteaine ülemaailmselt konfiskeeritud kogused: efedriini puhul 42 tonnini, võrreldes 18 tonniga 2008. aastal ja 22,6 tonniga 2007. aastal, ning pseudoefedriini puhul 7,2 tonnini, võrreldes 5,1 tonniga 2008. aastal, kuid see jäi siiski alla 2007. aastal konfiskeeritud 25 tonnile. ELi liikmesriikide arvele langes ligikaudu 0,5 tonni efedriini, mis ületab peaaegu kahekordselt aasta varem konfiskeeritud kogust, ja 67 kilogrammi pseudoefedriini.

Kahte lähtekemikaali seostatakse peamiselt MDMA tootmisega: 3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanoon (3,4-MDP2P, PMK) ja safrool. 2009. aastal konfiskeeritud PMK kogus 40 liitrit (2008. aastal oli see null) võib osutada selle aine jätkuvalt piiratud kättesaadavusele. See on vastuolus varasematel aastatel dokumenteeritud suuremate kogustega (8816 liitrit 2006. ja 2297 liitrit 2007. aastal). Safrooli puhul, millega Euroopas võidakse MDMA sünteesimisel üha enam asendada PMKd, langesid 2009. aastal maailmas konfiskeeritud kogused 1048 liitriks, kui tippajal 2007. aastal oli see 45 986 liitrit⁽⁵⁷⁾. Kogu PMK ja suurem osa safrooli konfiskeeriti 2009. aastal Euroopa Liidus.

Rahvusvahelist tegevust sünteetiliste uimastite ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvalesuunamise tõkestamiseks koordineeritakse projekti „Prisma“ (Prism) kaudu. Projektis kasutatakse seadusliku kaubanduse ekspordieelse teavitamise süsteemi ja kahtlaste tehingute korral peatatud ning konfiskeeritud saadetistest teatamist. Teave selle valdkonna tegevuse kohta esitatakse Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule (INCB, 2011b). INCB teise hiljutise algatusena avaldati suunised, mis on valitsustele abiks vabatahtlike kontrollimeetmete kehtestamisel koostöös kemikaalide tööstuslike tootjatega, et takistada kemikaalide kõrvalesuunamist ebaseaduslike uimastite tootmiseks (INCB, 2009).

Sünteetiliste uimastite tootmises kasutatavate lähteainete pakkumise mitmekesisus Euroopas

Euroopas toodetakse ebaseaduslikult sünteetilisi uimasteid, sealhulgas ecstasy't (MDMA, MDEA, MDA) ja amfetamiini, imporditud lähtekemikaalidest. Rahvusvahelise kontrolli tõhustamisest tulenevalt sünteesivad nüüd mõned ebaseaduslikud tootjad lähteaineid nn lähteainete lähteainetest, mitte ei osta neid. Lisaks sellele maskeerib osa tootjaid traditsioonilisi lähteaineid enne importi muudeks mittekontrollitavateks kemikaalideks (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Selliseid ilminguid illustreerivad hiljutised kõikumised Euroopa ecstasy-turul. Pärast edukate meetmete võtmist MDMA lähteaine PMK ebaseadusliku turu piiramiseks⁽¹⁾ paistab praegu, et MDMA sünteesimisel kasutatakse algmaterjalina mitmesuguseid lähteainete lähteaineid, sealhulgas safrooli.

PMKd kontrollitakse rahvusvaheliselt nii ÜRO 1988. aasta konventsiooni kui ka Euroopa õigusaktide alusel. Seaduslik rahvusvaheline kauplemine PMKga on väheldane ja piirduv mõne riigiga. Safrooli saadakse safroolirikastest eeterlikest õlidest, mida ekstraheeritakse mitmest Lõuna-Ameerikas ja Kagu-Aasias kasvavast taimeliigist (TNI, 2009). Kuigi safrool kuulub loetletud kemikaalide hulka, ei kontrollita kauplemist safroolirikaste õlidega. Rahvusvaheliselt kasutatakse safrooli laialdaselt ka parfüümide ja insektitsiidide tootmises, mis võib vähendada rahvusvahelise kontrolli mõju.

Madalmaade kui ecstasy tootmisega kõige tihedamalt seotud riigi andmed osutavad sellele, et paljud nimetatud uimasti tootjad on PMK asemel kasutanud algmaterjalina safrooli. 2009. aasta novembrist kuni 2010. aasta oktoobrini teatati Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule ligikaudu 40 seaduslikust safroolisaadetisest, mis moodustasid kokku 101 840 liitrit. Võrreldes toodetud ecstasy hinnangulise kogusega esitatakse aga teateid kahtlaste saadetiste kohta endiselt vähe (INCB, 2011a). Aastatel 2009-2010 konfiskeeriti peamiselt Leedus umbes 1050 liitrit safrooli ja safroolirikaid õlisid, samas kui naaberriik Lätis teatati 2008. aastal 1841 liitri konfiskeerimisest (INCB, 2011a).

⁽¹⁾ 3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanoon.

Amfetamiin

2009. aasta andmetel on ülemaailmne amfetamiinitootmine endiselt koondunud Euroopasse, kus asub rohkem kui 80% kõikidest amfetamiinilaboritest (UNODC, 2011). Amfetamiini konfiskeerimine maailmas kasvas 2009. aastal ligi 33 tonnini (vt tabel 5). Jätkuvalt konfiskeeriti suured kogused amfetamiini Lääne- ja Kesk-Euroopas, kuigi UNODC andmetel vähenesid need 20% võrreldes aastaga 2008, mil konfiskeeriti 7,9 tonni. Suurimast kasvust konfiskeeritud amfetamiini kogustes teatasid Saudi Araabia, Jordaania ja Süüria. Kokku konfiskeeris ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (UNODC)

⁽⁵⁷⁾ Vt kast „Sünteetiliste uimastite tootmises kasutatavate lähteainete pakkumise mitmekesisus Euroopas“.

Lähis-Ida ja Edela-Aasia piirkonnas 2009. aastal ligikaudu 25 tonni amfetamiini, sellest peaaegu kõik Captagoni tablettide kujul (UNODC, 2011).

Suurem osa Euroopas konfiskeeritud amfetamiinist toodetakse (tähtsuse järjekorras) Madalmaades, Poolas, Belgias, Bulgaarias ja Türgis. Europol teatel avastati Euroopa Liidus 2009. aastal 19 amfetamiini tootmise, pakendamise või ladustamisega seotud kohta.

5,8 tonni amfetamiinipulbrit ja 3 miljonit amfetamiini-tabletti ⁽⁵⁸⁾ peeti kinni 2009. aastal Euroopas hinnanguliselt toimunud 34 200 konfiskeerimise käigus ⁽⁵⁹⁾. Viimase viie aasta jooksul on amfetamiini konfiskeerimiste arv kõikunud ning 2008. ja 2009. aastal teatati selle vähenemisest. Kuigi tänu konfiskeerimiste vähenemisele Türgis on Euroopas konfiskeeritud amfetamiinitablettide arv aastatel 2004–2009 järsult kahanenud, on kinnipeetud amfetamiinipulbri kogused enamikus Euroopa riikides püsivad stabiilsed või kasvanud ⁽⁶⁰⁾. Kõnealused andmed on aga esialgsed, sest värskeimaid andmeid ei ole esitanud Madalmaad, kus viimastel andmetel teatati 2007. aastal 2,8 tonni amfetamiinipulbri konfiskeerimisest.

2009. aastal Euroopas kinnipeetud amfetamiini proovide puhtus oli jätkuvalt väga erinev, ulatudes vähem kui 8%-st Bulgaarias, Ungaris, Austrias, Portugalis, Sloveenias, Slovakkias ja Horvaatias rohkem kui 20%-ni riikides, kus on teatatud amfetamiinitootmisest või kus tarbimise tase on suhteliselt kõrge (Eesti, Leedu, Madalmaad, Poola, Soome, Norra) ⁽⁶¹⁾. Suundumuste analüüsi koostamiseks piisavaid andmeid esitanud 18 riigist on amfetamiini puhtus viimasel viiel aastal vähenenud seitsmeteistkümnes.

2009. aastal jäi amfetamiini keskmine jaehind 14-st andmeid esitanud riigist enam kui pooltes vahemikku 10–23 eurot gramm. Amfetamiini jaehind langes või jäi samale tasemele kõigis 17 riigis, kes aastatel 2004–2009 andmeid esitasid, välja arvatud Madalmaad, kus need selle ajavahemiku jooksul kasvasid, ja Sloveenia, kes teatas järsust hinnatõusust aastal 2009 ⁽⁶²⁾.

Metamfetamiin

Esitatud andmetel kasvas likvideeritud metamfetamiinilaborite arv maailmas 2009. aastal 22%. Sarnaselt varasemate aastatega teatati likvideerimiste suurimast kasvust Põhja-Ameerikas, eriti Ameerika Ühendriikides, kuid rohkem

teateid salajaste laborite kohta saadi jätkuvalt ka Ida- ja Kagu-Aasiast. Peale selle teatati metamfetamiini tootmise aktiveerumisest Ladina-Ameerikas ja Aafrikas. 2009. aastal konfiskeeriti 31 tonni metamfetamiini, mis on märkimisväärt kasv võrreldes 2008. aastal konfiskeeritud 22 tonniga. Suurem osa uimastit konfiskeeriti Põhja-Ameerikas (44%), kusjuures 2009. aastal oli eriti suur osa Mehhikol 6,1 tonniga (UNODC, 2011).

Euroopas on metamfetamiini ebaseaduslik tootmine koondunud Tšehhi Vabariiki, kus 2009. aastal avastati 342 tootmiskohta, milleks olid enamjaolt väikesed nn köögilaborid (langus võrreldes 2008. aastaga, mil neid avastati 434). Kõnealust uimastit toodetakse ka Slovakkias, kus tootmine 2009. aastal suurenes, samuti Saksamaal, Leedus ja Poolas.

Esitatud andmetel konfiskeeriti 2009. aastal Euroopas metamfetamiini peaaegu 7400 korral, saades kokku kätte 600 kg uimastit. Ajavahemikus 2004–2009 kasvasid nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud kogused, kusjuures eriti suur tõus leidis aset aastatel 2008–2009. Nimetatud aastatel kahekordistusid konfiskeeritud kogused, seda peamiselt kättesaadud koguste kasvu tõttu Rootsis ja Norras, kus seda uimastit Euroopa riikidest peamiselt konfiskeeritakse ja kus see võib osaliselt asendada amfetamiini. 2009. aastal teatas esmakordselt metamfetamiini konfiskeerimisest Türgi, kes jäi kättesaadud koguste poolest kolmandale kohale; esitatud andmetel veeti suhteliselt suuri Türgis kinnipeetud metamfetamiinisadetisi Iraanist Ida- ja Kagu-Aasiasse.

Metamfetamiini puhtus oli 2009. aastal 17 andmeid esitanud riigis väga erinev: keskmine puhtus ulatus vähem kui 15%-st Bulgaarias ja Eestis rohkem kui 65%-ni Tšehhi Vabariigis, Madalmaades, Slovakkias ja Horvaatias. Mingeid üldisi suundumusi seoses metamfetamiini puhtusega ei ole võimalik eristada. Kuues asjaomaseid andmeid esitanud riigis erinesid 2009. aastal suuresti ka metamfetamiini jaehinnad, ulatudes ligikaudu 10 eurost grammi kohta Bulgaarias, Leedus ja Sloveenias umbes 70 euron grammi kohta Saksamaal ja Slovakkias.

Ecstasy

2009. aastal esitatud andmetel jäi ecstasy't tootvate likvideeritud laborite arv (52) peaaegu muutumatuks. Enamik neist laboritest asus Austraalias (19), Indoneesias (18) ja Kanadas (12). Näib, et selle uimasti tootmise

⁽⁵⁸⁾ Enamik (94%) kinnipeetud amfetamiinitablettidest olid märgistatud Captagonina ja konfiskeeriti Türgis. Captagon on üks fenetüülüüli, kesknärvisüsteemi sünteetilise stimulandi registreeritud kaubanimed. Ebaseaduslikul uimastiturul Captagonina müüvad tabletid sisaldavad tavaliselt amfetamiini ja kofeiini segu.

⁽⁵⁹⁾ See on esialgne analüüs, sest Madalmaade 2008. ja 2009. aasta andmed ei ole veel kättesaadavad.

⁽⁶⁰⁾ Käesolevas peatükis esitatud andmed uimastite konfiskeerimise kohta Euroopas on pärit 2011. aasta statistikabülletääni tabelitest SZR-11 kuni SZR-18.

⁽⁶¹⁾ Käesolevas peatükis esitatud andmed uimastite puhtuse kohta Euroopas on pärit 2011. aasta statistikabülletääni tabelist PPP-8. Eli suundumuste näitajad on esitatud 2011. aasta statistikabülletääni joonisel PPP-2.

⁽⁶²⁾ Käesolevas peatükis esitatud andmed uimastite hindade kohta Euroopas on pärit 2011. aasta statistikabülletääni tabelist PPP-4.

geograafiline laienemine jätkub ning tootmine on lähenenud tarbijaturgudele Ida- ja Kagu-Aasias, Põhja-Ameerikas ja Okeaanias. Siiski on tõenäoline, et Lääne-Euroopa on jätkuvalt oluline ecstasy tootmiskoht.

Maailmas konfiskeeriti 2009. aastal 5,4 tonni ecstasy't (UNODC, 2011), millest Ameerika Ühendriikides konfiskeeritud kogused moodustasid 63%.

Euroopas teatatud ecstasy konfiskeerimiste arv püsis ajavahemikus 2004–2006 ühtlane ning seejärel vähenes, samas kui enamikus Euroopa riikides konfiskeeritud ecstasy kogused on alates 2004. aastast vähenenud. 2009. aastal teatati Euroopas ecstasy konfiskeerimisest ligikaudu 11 000 korral, mille tulemusel peeti kinni üle 2,4 miljoni ecstasy-tableti. See ei kajasta aga täiel määral tegelikku olukorda, sest värskeimaid andmeid ei ole esitanud Madalmaad, kes teatasid viimati 2007. aastal 8,4 miljoni tableti konfiskeerimisest.

18 andmeid esitanud riigis jäi 2009. aastal analüüsitud ecstasy-tablettide keskmine MDMA-sisaldus 3 ja 108 mg vahele. Peale selle teatasid mitu riiki (Belgia, Bulgaaria, Saksamaa, Itaalia, Madalmaad, Türgi) suureannuseliste, rohkem kui 130 mg MDMA-d sisaldavate ecstasy-tablettide kättesaadavusest. Ajavahemikus 2004–2009 vähenes ecstasy-tablettide MDMA-sisaldus kõigis piisavaid andmeid esitanud 14 riigis.

Viimastel aastatel on ebaseaduslike uimastitabeltide koostis Euroopas muutunud: kui varem sisaldas suurem osa analüüsitud tablettidest ainsa psühhoaktiivse aineena MDMA-d või mõnda muud ecstasy-laadset ainet (MDA, MDEA), siis praegu on tablettide koostis mitmekesisem ja need sisaldavad vähem MDMA-laadseid aineid. Selline muutus hoogustus 2009. aastal sel määral, et suurem osa analüüsitud tablette sisaldas MDMA-laadseid aineid üksnes Itaalias (58%), Madalmaades (63%) ja Maltal (100%).

Kreekas, Hispaanias, Ungaris, Poolas, Sloveenias ja Horvaatias analüüsitud tabletid sisaldavad suhteliselt sageli amfetamiini, mõnikord koos MDMA-laadsete ainetega. Enamik teisi aruandvaid riike on teatanud, et olulises osas analüüsitud tablettidest on leitud piperasiini ja eriti mCPPd kas eraldi või koos muude ainetega.

Võrreldes 1990. aastate algusega, mil ecstasy muutus esimest korda laialdaselt kättesaadavaks, on see tunduvat odavnunenud. Kuigi teatavatel andmetel müüakse tablette vaid ühe euro eest, on keskmine jaehind enamiku riikide teatel 4–9 eurot tabletti. Olemasolevad andmed aastate 2004–2009 kohta näitavad, et Euroopas tervikuna on ecstasy jaehind jätkuvalt langenud või püsinud samal tasemel. 2009. aastal teatasid aga hinnatõusust Madalmaad, kes on ühtlasi teatanud ka selle uimasti väikseimatest hindadest.

Hallutsinogeenid ja muud ained

LSD tarbimist ja sellega kaubitsemist peetakse Euroopas marginaalseks. LSD konfiskeerimiste arv kasvas aastatel 2004–2009, samas kui kogused on pärast 2005. aasta tippnäitajat 1,8 miljonit ühikut (mis tulenes rekordilistest konfiskeerimistest Ühendkuningriigis) kõikunud suhteliselt madalal tasemel (⁶³). Enamikus aruandvates riikides on LSD jaehinnad alates 2004. aastast olnud ühtlasel tasemel, kuigi Belgia on teatanud hindade kasvust ning Läti, Austria ja Horvaatia nende langusest. 2009. aastal jäi keskmine hind suuremas osas 11-s andmeid esitanud riigis vahemikku 7–11 eurot ühiku kohta.

Hallutsinogeensete seente, ketamiini ning GHB ja GBLi konfiskeerimisest teatasid 2009. aastal sõltuvalt uimastist vaid neli või viis riiki. Ei ole selge, mil määral kajastavad teatatud konfiskeerimised kõnealuste uimastite tarbimist või asjaolu, et õiguskaitseasutused ei pööra neile korrapäraselt tähelepanu.

Tarbimise levimus ja harjumused

Üksikutes riikides tarbib amfetamiini või metamfetamiini (tihti süstimise teel) oluline osa kõikidest probleemsetest narkootikumitarbijaist ja narkoprobleemidele abi otsijaist. Nimetatud krooniliste tarbijate kõrval on olemas ka üldisem seos sünteetiliste narkootikumide tarbimise (sageli koos alkoholiga) ning ööklubide ja tantsimiskohtade külastamise vahel. Seetõttu on tarbimistase noorte hulgas märgatavalt kõrgem ning üha kõrgemat tarbimistaset võib täheldada teatavates keskkondades või konkreetsetes subkultuurides. Selliste hallutsinogeenide nagu lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD) ja hallutsinogeensete seente levimuse tase on üldiselt madal ning püsinud viimastel aastatel suhteliselt ühtlane.

Amfetamiinid

Hinnanguliselt on amfetamiini proovinud ligikaudu 12,5 miljonit eurooplast ja umbes 2 miljonit neist on seda uimastit tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 6). Noorte täiskasvanute (15–34-aastased) hulgas on amfetamiinide elu jooksul tarbimise levimus riigiti väga erinev, ulatudes 0,1%-st kuni 14,3%-ni, andes Euroopa kaalutud keskmiseks 5,0%. Selles vanuserühmas on viimase aasta jooksul amfetamiini tarbinud 0,1–2,5% ning enamiku riikide teatatud levimustase jääb vahemikku 0,5–2,0%. Hinnangute kohaselt on viimase aasta jooksul amfetamiini tarbinud 1,5 miljonit noort eurooplast (1,1%).

2007. aastal korraldatud uuringu andmeil on 26 ELi liikmesriigis, Norras ja Horvaatias 15–16-aastastest kooliõpilastest elu jooksul amfetamiini tarbinud 1–8%, kuigi üle 5% levimusest teatasid üksnes Bulgaaria ja Läti. Neli

⁽⁶³⁾ See on esialgne analüüs, sest Madalmaade kohta, kelle arvel oli üks kolmandik Euroopas 2007. aastal konfiskeeritud LSDst, puuduvad järgmisi aastaid käsitlevad andmed.

2009. ja 2010. aastal kooliuringu läbi viinud riiki (Itaalia, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriik) teatas amfetamiinide elu jooksul tarbimise levimuseks 3% või vähem ⁽⁶⁴⁾.

Nelja riigi (Belgia, Tšehhi Vabariik, Madalmaad, Ühendkuningriik) esitatud 2009. aasta andmed amfetamiinide tarbimise levimusest ööklubides osutavad suurtele erinevustele: amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul jäi seal vahemikku 6–24%.

Möödunud aastakümnel on amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul püsinud enamikus Euroopa riikides suhteliselt madalal ja ühtlasel tasemel: peaaegu kõikides aruandvates riikides peale Ühendkuningriigi ja Taani on levimuse tase olnud alla 3%. Ühendkuningriigis vähenes amfetamiinide viimase aasta jooksul tarbimise määr noorte täiskasvanute seas 6,2%-lt 1998. aastal 1,8%-ni aastatel 2009–2010; Taanis kasvas see 3,1%-ni aastal 2000 ning vähenes seejärel 2%-ni aastal 2010 (vt joonis 8). Ajavahemikus 2004–2009 on vaid Norra ja Tšehhi Vabariik

teatanud suuremast kui ühe protsendipunkti suuruselt muutusest amfetamiinide viimase aasta levimuses noorte täiskasvanute seas. Tšehhi Vabariigi puhul ei ole uuringumeetodite erinevuse tõttu võimalik hiljutisi suundumusi kinnitada. Kooliuringud näitavad, et 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas on amfetamiinidega eksperimenteerimise tasemes toimunud muudatused üldiselt väikesed. Aastatel 2003–2007 teatas enamik riike, et elu jooksul tarbimise suundumused selles rühmas on madalal ja ühtlasel tasemel.

Probleemne amfetamiinitarbimine

Üksnes vähesed riigid suudavad esitada probleemsete amfetamiinitarbijate levimuse hinnanguid ⁽⁶⁵⁾, kuid andmed kõnealuste ainete seotud probleemide tõttu ravi alustavate tarbijate kohta on üle Euroopa kättesaadavad.

Euroopas nimetab oma peamise narkootikumina amfetamiini vaid väike osa ravi alustajatest – 2009. aastal tegi seda ligikaudu 5% teatatud narkoravil viibivatest isikutest

Tabel 6. Amfetamiinide tarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	12,5 miljonit	1,5–2 miljonit
Euroopa keskmine	3,8%	0,5%
Vahemik	0,0–11,7%	0,0–1,1%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,0%) Kreeka (0,1%) Malta (0,4%) Küpros (0,7%)	Rumeenia, Malta, Kreeka (0,0%) Prantsusmaa (0,1%) Tšehhi Vabariik, Portugal (0,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (11,7%) Taani (6,2%) Rootsi (5,0%) Norra (3,8%)	Eesti (1,1%) Ühendkuningriik (1,0%) Bulgaaria, Läti (0,9%) Rootsi (0,8%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	6,5 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	5,0%	1,1%
Vahemik	0,1–14,3%	0,1–2,5%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,1%) Kreeka (0,2%) Malta (0,7%) Küpros (1,2%)	Rumeenia, Kreeka (0,1%) Prantsusmaa (0,2%) Tšehhi Vabariik (0,3%) Portugal (0,4%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (14,3%) Taani (10,3%) Läti (6,1%) Norra (6,0%)	Eesti (2,5%) Bulgaaria (2,1%) Taani (2,0%) Saksamaa, Läti (1,9%)
Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse kohta antud riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastikasutajate koguarv Euroopas, kohaldatakse Eli keskmist nende riikide suhtes, mille kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtrühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks on võetud järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased, 336 miljonit; 15–34aastased, 132 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2001–2009/2010 (peamiselt 2004–2008), ei käi need üksikute aastate kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2011. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.		

⁽⁶⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel EYE-11.

⁽⁶⁵⁾ Probleemsed amfetamiinitarbijad on määratletud ainet süstivate või selle pikaajaliste ja/või korrapärase tarbijatena.

(20 000 patsienti). Amfetamiinitarbijad moodustavad aga suure osa teatatud ravi alustajatest Rootsis (28%), Poolas (25%) ja Soomes (17%). Esitatud andmetel moodustavad amfetamiini tõttu ravi alustajad viies riigis 6–10% (Belgia, Taani, Saksamaa, Ungari, Madalmaad), mujal on nende osakaal alla 5%. Lisaks sellele nimetas peaaegu 20 000 muude peamiste narkootikumidega seotud probleemide tõttu ravi alustavat patsienti oma teise narkootikumina muid stimulante kui kokaiini ⁽⁶⁶⁾.

Ravi alustavate amfetamiinitarbijate keskmine vanus on 30 ning meeste ja naiste suhe (kaks ühele) on nende hulgas väiksem kui ühegi muu ebaseadusliku narkootikumi puhul. Amfetamiini süstimise kõrgest tasemest on teatanud need riigid, kus ka amfetamiinitarbijate osa ravi alustajate hulgas on kõige suurem (Läti, Rootsi, Soome) ja kus peamiselt amfetamiini tarbivatest patsientidest süstib seda uimastit 59–83% ⁽⁶⁷⁾.

Aastatel 2004–2009 on ravi alustavate amfetamiinitarbijatega seotud suundumused olnud enamikus riikides stabiilsed, kuigi esimest korda elus ravi alustavate patsientide arv on mõnevõrra vähenenud, mis võib tuleneda uute amfetamiini tõttu ravi saavate patsientide arvu kahanemisest Soomes ja Rootsis (EMCDDA, 2010d).

Vastupidiselt muule maailmale, kus metamfetamiinitarbimine on viimastel aastatel kasvanud, on selle tarbimistase jäänud Euroopas küllaltki piiratuks. Metamfetamiinitarbimine on Euroopas alati olnud koondunud Tšehhi Vabariiki ja hiljuti ka Slovakkiasse. Hinnangute kohaselt oli Tšehhi Vabariigis 2009. aastal 24 600–25 900 metamfetamiinitarbijat (3,3–3,5 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), mis ületab umbes kaks korda probleemsete opioiditarbijate hinnangulist arvu. See kajastab statistiliselt olulist kasvu võrreldes varasemate aastatega. Slovakkias oli 2007. aastal hinnanguliselt 5800–15 700 probleemset metamfetamiinitarbijat (1,5–4,0 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), mis on ligikaudu 20% vähem probleemsete opioiditarbijate prognoositud arvust.

Esitatud andmetel nimetas metamfetamiini oma peamise narkootikumina suur osa ravi alustajatest Tšehhi Vabariigis (61%) ja Slovakkias (30%). Mõlemad riigid on teatanud uute metamfetamiini tõttu ravi alustajate arvu ja üldise osakaalu kasvust viimase kümnendi jooksul. Metamfetamiiniga seotud probleemide tõttu abi otsijate hulgas on süstimine levinud peamiselt Tšehhi Vabariigis (79%) ja vähemal määral Slovakkias (37%), kuid see tase on alates 2004. aastast üldiselt langenud. Metamfetamiini tõttu ravi saajate keskmine vanus ravi alustamisel on nendes riikides 25 aastat ⁽⁶⁸⁾.

Viimastel aastatel on metamfetamiin ilmunud ka muude riikide uimastiturgudele, eelkõige Põhja-Euroopas (Norra, Rootsi, Läti ja vähemal määral ka Soome), kus see paistab olevat osaliselt asendanud amfetamiini, kuna tarbijatel on neid kahte ainet tegelikult võimatu teineteisest eristada.

Ecstasy

Uimastite levimuse prognooside kohaselt on ecstasy't proovinud 11 miljonit eurooplast ning ligikaudu 2,5 miljonit neist on tarbinud seda viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelist 7). Kõnealust uimastit kasutavad peamiselt noored täiskasvanud, kusjuures kõik riigid peale Kreeka, Rumeenia, Soome ja Rootsi on teatanud meeste puhul palju kõrgemast tasemest kui naiste puhul. Ecstasy elu jooksul tarbimise tase 15–34aastaste vanuserühmas on vähem kui 0,6% ja 12,7% vahel; enamiku riikide prognoosi kohaselt jääb see vahemikku 2,1–5,8% ⁽⁶⁹⁾.

2007. aasta uuringu andmetel on enamikus Euroopa riikides ecstasy elu jooksul tarbimise levimus 15–16aastaste kooliõpilaste seas 1–5%. Üksnes neli riiki teatas kõrgematest levimustasemetest: Bulgaaria, Eesti, Slovakkia (kõik 6%) ja Läti (7%). Neli 2009. aastal kooliõppimise läbi viinud riiki (Itaalia, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriik) teatasid elu jooksul ecstasy tarbimise levimuseks 5% või vähem ⁽⁷⁰⁾.

Kvalitatiivsed uuringud võimaldavad heita pilgu stimuleerivate uimastite meelelahutuslikule tarbimisele Euroopa mitmesuguseid öiseid meelelahutusasutusi külastavate noorte täiskasvanute seas. Nimetatud uuringutes on välja toodud märkimisväärsed erinevused klientide uimastitarbimise profiilis: elektroonilise tantsumuusikaga üritustel osalejad teatavad uimastitarbimisest palju suurema tõenäosusega kui muude ööklubide külastajad. Andmed ecstasy tarbimise levimuse kohta ööklubides on küll kättesaadavad vaid nelja riigi kohta (Belgia, Tšehhi Vabariik, Madalmaad, Ühendkuningriik), ent need näitavad suuri erinevusi hiljutise (viimase aasta jooksul toimunud) tarbimise teatatud tasemetes, mis jäid vahemikku 10–75%. Valimisse kuulunud klubides oli ecstasy tarbimine rohkem levinud kui amfetamiinide tarbimine.

Ajavahemikus 2003–2009 ei teatanud ükski riik ecstasy tarbimise kasvust, samas kui Eesti, Hispaania, Saksamaa, Ungari ja Ühendkuningriik teatasid viimase aasta jooksul toimunud ecstasy tarbimise umbes ühe protsendipunktsisest vähenemisest 15–34aastaste vanuserühmas. Riikide loikes esineb aga teatavaid erinevusi. Riikides, kes on teatanud ecstasy viimase aasta jooksul tarbimise keskmisest

⁽⁶⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 (ii osa) ja TDI-22.

⁽⁶⁷⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 (iv osa) ja TDI-37.

⁽⁶⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-2 (i osa), TDI-3 (iii osa) ja TDI-5 (ii osa ja iv osa) ning 2006. aasta statistikabülletääni tabel TDI-5 (ii osa).

⁽⁶⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel GPS-7 (iv osa).

⁽⁷⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel EYE-11.

Tabel 7. Ecstasy tarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	11 miljonit	2,5 miljonit
Euroopa keskmine	3,2%	0,7%
Vahemik	0,3–8,3%	0,1–1,6%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,3%) Kreeka (0,4%) Malta (0,7%) Norra (1,0%)	Rumeenia, Rootsi (0,1%) Malta, Kreeka (0,2%) Taani, Poola, Norra (0,3%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (8,3%) Iirimaa (5,4%) Hispaania (4,9%) Läti (4,7%)	Ühendkuningriik, Slovakkia (1,6%) Läti (1,5%) Tšehhi Vabariik (1,4%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7,5 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	5,5%	1,4%
Vahemik	0,6–12,7%	0,2–3,2%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia, Kreeka (0,6%) Malta (1,4%) Poola, Norra (2,1%) Portugal (2,6%)	Rumeenia, Rootsi (0,2%) Kreeka (0,4%) Norra (0,6%) Poola (0,7%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (12,7%) Tšehhi Vabariik (9,3%) Iirimaa (9,0%) Läti (8,5%)	Ühendkuningriik (3,2%) Tšehhi Vabariik (2,8%) Slovakkia, Läti, Madalmaad (2,7%)
Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse kohta antud riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastikasutajate koguarv Euroopas, kohaldatakse Eli keskmist nende riikide suhtes, mille kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks on võetud järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased, 336 miljonit; 15–34aastased, 132 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2001–2009/2010 (peamiselt 2004–2008), ei käi need üksikute aastate kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2011. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.		

kõrgemast tasemest, oli selle uimasti tarbimise tippaeg 15–34aastaste hulgas 2000. aastate alguses ja moodustas umbes 3–5% (Eesti, Hispaania, Slovakkia, Ühendkuningriik; vt joonis 8). Siinkohal on erandiks Tšehhi Vabariik, kus ecstasy viimase aasta jooksul tarbimise tippase 7,7% saavutati 2008. aastal ning 2009. aastaks oli see langenud 2,8%-ni. Tšehhi Vabariigi puhul ei ole uuringumeetodite erinevuse tõttu võimalik hiljutisi suundumusi kinnitada.

Kooliüüringud näitavad, et 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas on ecstasy'ga eksperimenteerimise osas üldiselt toimunud vaid väikesi muutusi. Aastatel 2003–2007 teatas enamik riike, et elu jooksul tarbimise suundumused selles rühmas on madalal ja ühtlasel tasemel, samas kui seitse riiki teatasid kasvust ja kolm langusest, kasutades künnisena kahe protsendipunktilist erinevust. Euroopa meelelahutuasutustes korraldatud uuringud võivad osutada ecstasy levimuse vähenemisele. Amsterdamis coffee shop'ide külastajate hulgas läbiviidud uuringu kohaselt oli ecstasy tarbimine viimase kuu jooksul järsult langenud

23% tasemelt 2001. aastal 6%-ni aastal 2009; selle uuringu põhjal oli vähenenud ka amfetamiini kasutamine elu jooksul, kahanedes samas ajavahemikus 63%-lt 41%-ni. Meelelahutuasutustes korrapäraselt tehtud Belgia uuringust selgus, et ecstasy ei ole enam teine enimkasutatud ebaseaduslik narkootikum. Varasemate uuringute põhjal oli ecstasy kasutamine viimase aasta jooksul jäänud alati vahemikku 15–20%, ent langes 2009. aastal 10%-ni.

Ecstasy'ga seotud probleemide tõttu soovivad ravi saada vaid üksikud uimastitarbijad. 2009. aastal nimetas kõikidest teatatud ravi alustajatest peamise uimastina ecstasy't vähem kui üks protsent (1300 inimest). Ecstasy tõttu ravil viibivate isikute keskmine vanus on 26 aastat, seega on nad ühed noorimad ravi alustajad, ning nende hulgas on kolm kuni neli meest iga naise kohta. Ecstasy tõttu narkomaaniaravil viibivad isikud teatavad sageli teiste narkootiliste ainete, sealhulgas alkoholi, kokaiini ning väiksemal määral kanepi ja amfetamiinide samaaegsest tarbimisest ⁽⁷¹⁾.

(71) Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5, TDI-8 ja TDI-37 (i osa, ii osa ja iii osa).

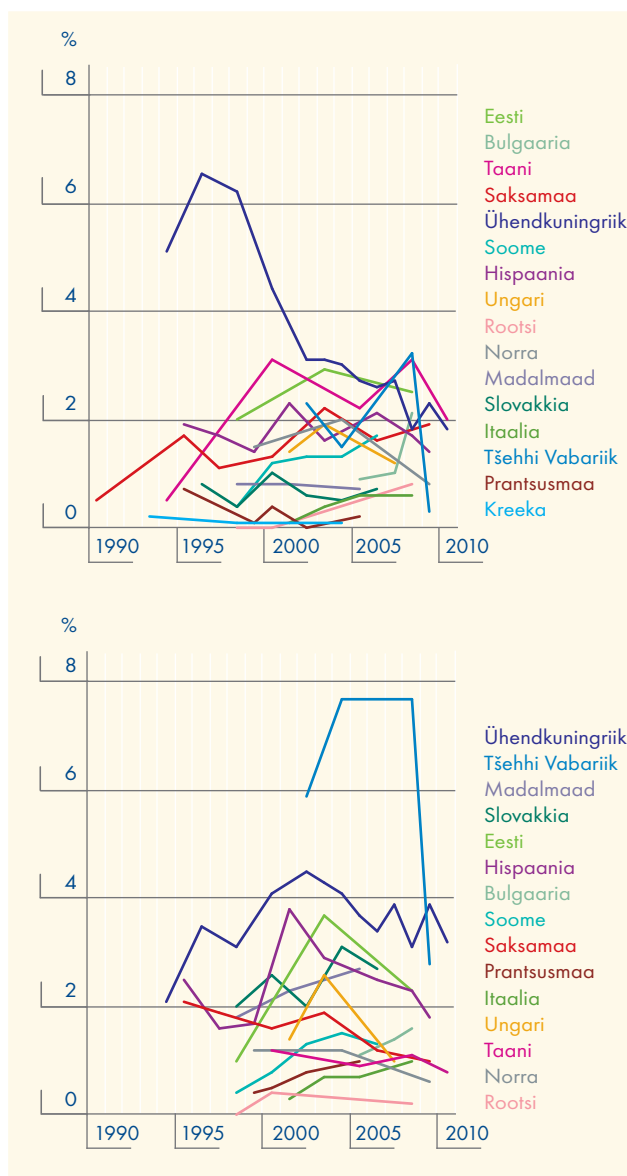
Euroopa uuringutes on ilmnunud ecstasy või amfetamiini kasutamine koos alkoholiga. Üheksa Euroopa riigi rahvastiku-uuringute kohaselt on amfetamiinide või ecstasy tarbimise levimus sagedasti või rohkelt alkoholi tarbivate isikute hulgas rahvastiku keskmisest palju suurem (EMCDDA, 2009b). Ka 22 riiki hõlmanud ESPADi kooliuringu andmed näitavad, et 86% 15–16aastastest õpilastest, kes olid viimase kuu jooksul ecstasy't tarbinud, mainisid ühtlasi viie või enama alkohoolse joogi joomist ühe sündmuse käigus (EMCDDA, 2009b).

Hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin

Euroopa noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) jääb LSD tarbimine elu jooksul hinnangute kohaselt vahemikku 0–5,5%. Viimase aasta tarbimise kohta teatatud levimusmäärad on palju väiksemad ⁽⁷²⁾. Vähestest võrreldavaid andmeid esitanud riikidest enamiku teatel ületas hallutsinogeensete seente kasutamise tase LSD tarbimist nii rahvastiku seas üldiselt kui ka kooliõpilaste hulgas. Noorte täiskasvanute puhul jäid prognoosid hallutsinogeensete seente elu jooksul tarbimise kohta vahemikku 0,3–14,1% ja viimase aasta levimuse kohta vahemikku 0,2–5,9%. Enamiku riikide teatel jäävad hinnangud hallutsinogeensete seente elu jooksul tarbimise kohta 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas 1–4% vahele, kõrgemast tasemest on teatanud Slovakkia (5%) ja Tšehhi Vabariik (7%) ⁽⁷³⁾.

GHB ja ketamiini tarbimise levimus täiskasvanute ja kooliõpilaste seas on hinnangute kohaselt palju väiksem kui kokaiini ja ecstasy levimus. Nimetatud aineid võidakse aga rohkem kasutada konkreetsetes rühmades, oludes ja geograafilistes piirkondades. Hiljuti korraldati Belgias, Tšehhi Vabariigis, Madalmaades ja Ühendkuningriigis sihtuuringud, et prognoosida nende ainete tarbimise levimust. Kõnealuste uuringute andmetel jääb GHB tarbimine elu jooksul vahemikku 3,9–14,3% ja viimase kuu levimus on kuni 4,6%. Samas uuringus esitatud ketamiini kasutamise hinnangud on 2,9–62% elu jooksul tarbimise puhul ja 0,3–28% viimase kuu levimuse puhul. Uuringute ja riikide vahel on silmatorkavaid erinevusi ning ketamiini tarbimise suurt levimust on näidanud ainult üks Ühendkuningriigi muusikaajakirja 2010. aasta uuring (Winstock, 2011). Selle uuringu kohaselt on ketamiini tarbimise tase palju kõrgem GHB tarbimise tasemest. Selline ketamiini ulatuslik levimus võib tuleneda asjaolust, et uuringus osalemise üle otsustasid vastajad ise, ning nende konkreetsest uimastitarbimise profiilist ja suhtumisest. Madalmaade teatel on ketamiin saavutanud mõningase populaarsuse riigi lääneosas trendiloojate seas, ent 2009. aastal jäi viimase kuu levimuse tase suurte pidude küllastajate hulgas (1,2%) alla GHB tarbimisele (4,6%). Amsterdamis *coffee-shop*-ide küllastajate seas oli 2009.

Joonis 8. Suundumused viimase aasta jooksul amfetamiinide (üleväl) ja ecstasy (all) tarbimise levimuses noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas



NB! Käesolev joonis hõlmab vaid riike, mis on ajavahemikus 1998–2009/2010 esitanud vähemalt kolm uuringut. Tšehhi Vabariik uurib põhjuseid, miks uuringu tulemused on nii kõiguvad. Osaliselt näib see tulenevat muutunud uurimismeetoditest. Andmed on esitatud teavitamise eesmärgil, kuid võrdlustesse tuleks suhtuda ettevaatusega. Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni jooniseid GPS-8 ja GPS-21.

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

aastal GHB viimase kuu jooksul tarbimine samaväärne amfetamiini tarbimisega, moodustades 1,5%. Saksamaa, Eesti, Prantsusmaa ja Madalmaade kvalitatiivsetes uuringutes rõhutati, et GHB kasutamisega seostatakse suurt üleannustamise riski, mille tagajärjeks võib olla teadvuse kaotamine või koomasse langemine.

⁽⁷²⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel GPS-1.

⁽⁷³⁾ ESPADi andmed kõikide riikide v.a Hispaania kohta. Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis EYE-3 (v osa).

Pidude või meelelahutusasutuste külastajate hulgas korraldatud korduvuuringute põhjal ei saa teha kindlaks üldisi suundumusi GHB või ketamiini kasutamises ning teatatud muutused on enamikul juhul väikesed. Belgia meelelahutusasutuste uuringute andmetel kasvas aastatel 2008 kuni 2009 GHB ja ketamiini tarbimine viimase kuu jooksul 2%-lt 3%-ni. Tšehhi Vabariigis läbiviidud ööklubisid käsitleva uuringu kohaselt kasvas GHB viimase aasta levimus 1,4%-lt 2007. aastal 3,9%-ni 2009. aastal ning ketamiini tarbimine kasvas samas ajavahemikus 2,2%-lt 2,9%-ni. Esitatud andmetel on vähenenud GHB viimase kuu jooksul tarbimine Amsterdamis *coffee-shop*ide külastajate seas 2,8%-lt 2001. aastal 1,5%-ni 2009. aastal. Amsterdamis suundumused ei ole kajasta aga olukorda Madalmaades tervikuna. Ka Ühendkuningriigi muusikaajakirja uuringus osalenute seas vähenes GHB tarbimine viimase kuu jooksul 1,7%-lt 2009. aastal vähem kui 1%-ni 2010. aastal ning ketamiini kasutamine vähenes samas ajavahemikus 32,4%-lt 28%-ni.

Sekkumised meelelahutusasutustes

Hoolimata uimastite kasutamise kõrgemast tasemest meelelahutusasutustes teatasid vaid 13 riiki ennetus- või kahjude vähendamise meetmete rakendamisest sellistes oludes. Esitatud andmetel pööratakse sekkumistes jätkuvalt tähelepanu teabe jagamisele ja nõustamisele. Selline tähelepanu keskpunkt on ilmne ka ööklubides alkoholi ja uimastite kasutamisest tulenevate kahjude vähendamisele suunatud ja ELi rahastava Interneti-põhise algatuse Healthy Nightlife Toolbox (tervisliku ööelu tagamise vahendid) raames pakutavates sekkumistes. Teise algatusega „Ohutu ööelu“ projekt, mida EL rahastab programmi „Demokraatia, linnad ja uimastid II“ (2008–2011) raames, püütakse minna teabe jagamisest kaugemale ning tõhustada ööeluga seotud ennetusprogramme ja ekspertide koolitamist.

Meelelahutusasutustes rakendatavate kahjude vähendamise strateegiate hiljutises süsteemses ülevaates leiti, et selliseid strateegiaid hinnatakse harva ja nende tõhusus ei ole alati ilmne (Akbar *et al.*, 2011). Ülevaates leiti, et enimlevinud programmide liik on meelelahutusasutuste teenindava personali koolitamisele keskenduvad sekkumised. Nimetatud programmid hõlmavad tavaliselt selliseid teemasid nagu kuidas tunda ära joobetunnuseid ning millal ja kuidas keelduda klientide teenindamisest. Austria „taktisch klug“ (nutika taktika) projektiga pakutakse peoürituste korraldajatele abi ürituse ettevalmistamise ajal ning nõustatakse peol osalejaid, et aidata neil võtta omaks kriitilisem suhtumine psühhootikutesse ainetesse ja riskikäitumisse. Mitmeelemendilistest keskkonnapõhistest mudelitest, mis kuuluvad paljutöötavamate

hinnangutulemustega programmide hulka, on teatanud peamiselt Põhja-Euroopa riigid.

Ööelu poolest tuntud rahvusvahelistes kuurortides korraldatud uuringud näitavad, et sealseid olusid võib seostada uimastitarbimise alustamise, suurenemise ja tagasilangusega ning neil võib olla oma osa uimastikultuuri rahvusvahelises levikus. Mõne kuurordi puhul osutavad uuringud uimastitarbimise ja uimastitarbimise alustamise kõrgele tasemele. Näiteks Ibiza ja Mallorcat külastavaid Hispaania, Saksamaa ja Ühendkuningriigi noori (16–35aastaseid) hõlmanud uuringus leiti uimastitarbimises märkimisväärsed erinevusi nii rahvuste vahel kui ka nimetatud kahe kuurordi vahel. Uimastitarbimise tase oli eriti kõrge Ibiza külastanud hispaanlaste ja brittide seas ning iga viies britt proovis sealse puhkuse jooksul vähemalt ühte uut uimastit (Bellis *et al.*, 2009).

Ravi

Probleemne amfetamiinitarbimine

Euroopa riikides amfetamiinitarbijatele kättesaadavad ravivõimalused vastavad sageli probleemse amfetamiinitarbimise ajaloo ja harjumustele asjaomases riigis ning on väga erinevad. Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikide ravisüsteemid on spetsialiseerunud peamiselt opioiditarbijate vajadustele. Hoolimata probleemsete amfetamiinitarbijate väikesest arvust nendes riikides, võib eriteenuste puudumine kahjustada ravi kättesaadavust selle uimasti tarbijatele, eriti sotsiaalselt integreeritumatele amfetamiinitarbijatele (EMCDDA, 2010d). Nendes Põhja- ja Kesk-Euroopa riikides, kus amfetamiinitarbijaid on pikka aega ravitud, on mõni programm kohandatud amfetamiinitarbijate vajadustele. Kesk- ja Ida-Euroopa riikides, kus ulatuslik probleemne amfetamiinitarbimine on hiljutisem nähtus, on ravisüsteem suunatud peamiselt probleemsetele opioiditarbijatele ja tähelepanu pööramine amfetamiinitarbijate vajadustele on toimunud aeglaselt. Riiklike ekspertide hulgas 2008. aastal läbiviidud uuringus leiti, et vähem kui poolte Euroopa riikide teatel on neil olemas spetsiaalsed raviprogrammid aktiivselt ravi otsivatele amfetamiinitarbijatele.

Amfetamiinitarbijate puhul on kõige levinum ravivorm ambulatoorsete narkomaaniaravi teenuste raames pakutav psühhosotsiaalne ravi. Probleemsematele tarbijatele, näiteks neile, kelle amfetamiinisõltuvust raskendavad samaaegselt esinevad psühhiaatrilised häired, võidakse pakkuda ka statsionaarseid narkomaaniaraviteenuseid või ravi psühhiaatrikliinikutes või -haiglates. Euroopas manustatakse uimastitest loobumisel esinevate sümptomite raviks võõrutamise alguses ravimeid, näiteks

Amfetamiinide tagajärjed tervisele

Amfetamiinide meditsiinilist kasutamist on seostatud mitme kõrvalnähuga, nagu anoreksia, unetus ja peavalud. Amfetamiinide ebaseaduslikku kasutamist seostatakse veelgi ulatuslikumate kahjulike tagajärgedega (EMCDDA, 2010d), näiteks lühiajalise kahjuliku mõjuga (rahutus, värinad, ärevus, peapööritus), kokkukukkumis- või haigestumisladsete järelmõjudega (depressioon, magamisraskused, enesetapukalduvused), pikaajalisest kasutamisest tulenevate psühholoogiliste ja psühhiaatriliste mõjudega (psühhoo, enesetapukalduvused, ärevus ja vägivaldne käitumine), aga ka sõltuvuse ja mitmesuguste võõrutusnähtudega.

Arvukaid uuringuid amfetamiinide tervisetagajärgede kohta on läbi viidud Austraalias ja Ameerika Ühendriikides, kus metamfetamiini kasutamine ja eelkõige kristallilisel kujul metamfetamiini suitsetamine moodustab suure osa uimastiprobleemist. Kuigi Euroopas kasutatakse metamfetamiini suhteliselt harva, on kõnealustest tervisemõjudest teatatud ka Euroopas. Ühtlasi on kindlaks tehtud ajuverevastusega seotud probleeme (isheemiline ja hemorraagiline insult) ning ka akuutseid ja kroonilisi südame-veresoonkonna patoloogiaid (südame löögisageduse ja vererõhu akuutne tõus). Kroonilise tarbimise või eelneva südame-veresoonkonna patoloogia korral võib see kaasa tuua tõsiseid tagajärgi või lõppeda isegi surmaga (müokardi isheemia ja infarkt). Muud tervisemõjud hõlmavad neurotoksisust, raseduse ajal amfetamiini tarbimisest tingitud loote kasvu aeglustumist ja hambahaigusi.

Süstimine on Euroopa amfetamiinitarbijate hulgas küll harv, kuid see suurendab nakkushaiguste (HIV ja hepatiidi) riski. Tšehhi Vabariik on teatanud seksuaalse riskikäitumise kõrgest tasemest metamfetamiinitarbijate hulgas, millest tulenevalt on nad vastuvõtlikumad sugulisel teel levivatele nakkustele. Tšehhi Vabariigis, Lätis ja Madalmaades läbiviidud uuringud näitasid kõrgemat suremust amfetamiinisõltlaste või selle uimasti krooniliste tarbijate hulgas. Amfetamiinidest tingitud suremuse hindamine on aga keeruline mitme uimasti koostarbimise tõttu (peamiselt heroini ja kokaiini samaaegne kasutamine).

antidepressante, rahusteid või antipsühhootilise toimega aineid; tavaliselt toimub see spetsiaalsete statsionaarsete ravikeskuste psühhiaatriaosakonnas. Amfetamiini kroonilisest tarbimisest tingitud kestvate psühhopatoloogiate puhul nähakse mõnikord ette pikaajalisem ravi antipsühhootiliste ainetega. Euroopa ekspertide sõnul on teraapia käigus raske lahendada probleemsetel amfetamiinitarbijatel sageli esinevaid psühhiaatrilisi probleeme. Ungaris avaldas tervishoiuministeerium 2008. aasta alguses esimese amfetamiinitarbijate ravi käsitleva kutsealase protokoll. Nimetatud protokoll hõlmab diagnoosimist, meditsiinilise ja uimastivaba ravi soovituslikku struktuuri ning muud liiki teraapiat ja taastumist.

Amfetamiinisõltuvuse ravi käsitlevad uuringud

Kuigi Tšehhi Vabariik ja Ühendkuningriik on teatanud piiratud ulatuses asendusravi määramisest, puuduvad praegu sellise lähenemisviisi tõhusust toetavad tõendid. Kliinitsidid uurivad aga aktiivselt farmakoloogilisi raviviise, millest võiks olla abi amfetamiinisõltuvuse ravimisel. Kesknärvisüsteemi stimulandi dekstroamfetamiini katsetamisel metamfetamiini tõttu ravil viibijate hulgas saavutati positiivseid tulemusi seoses tarbimissoovi ja võõrutusnähtude vähendamise ning ravi jätkamisega, ent platseeboga võrreldes ei vähendanud see metamfetamiini tarbimist (Galloway *et al.*, 2011; Longo *et al.*, 2010). Uuringutes, milles katsetati unisuse kontrollimiseks kasutatava ravimi modafiniili tõhusust metamfetamiinisõltlastel, tehti kindlaks töömälu võimalik paranemine (Kalechstein *et al.*, 2010), kuid ei leitud platseeboga võrreldes mingeid erinevusi uimastitarbimise taseme, ravi jätkamise, depressiooni ega tarbimissoovi osas (Heinzerling *et al.*, 2010).

Suitsetamisest loobumise hõlbustamiseks kasutatavat antidepressanti bupropiooni katsetati väikeses metamfetamiinisõltlastest homoseksuaalsete meeste rühmas (Elkashef *et al.*, 2008), seal kindlakstehtud positiivsete tulemuste kinnitamiseks on aga vaja põhjalikumaid uuringuid. Teises katseuuringus, mille eesmärk oli saada kontrolli alla probleemsete amfetamiinitarbijate tähelepanupuudlikkuse ja hüperaktiivsuse häire sümptomid, ühendati pikatoimelise metüülfenidaadi manustamine oskuste omandamisele suunatud nädalaste koolitustega, ent platseebot tarbinud rühmaga võrreldes ei leitud mingeid erinevusi (Konstenius *et al.*, 2010).

Asjaomases valdkonnas on registreeritud mitu käimasolevat katset, sealhulgas uuringud toimeainet aeglustatult vabastava naltreksooni kasutamise kohta amfetamiini- ja metamfetamiinisõltuvuse ravis ning monoamiinide retseptorite antagonist, angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorit, N-atsetüültsüsteini, rivastigmiini ja varenikliini käsitlevad uuringud.

Väikeses arvus uuringutes keskendutakse psühholoogilisele ja käitumuslikule sekkumisele metamfetamiiniprobleemide puhul. Ühes Austraalia uuringus püüti võrrelda kahte psühholoogilist lähenemist metamfetamiinide tarbimisel, ent osalejate suure väljalangemise tõttu ei olnud võimalik olulisi tulemusi saavutada (Smout *et al.*, 2010). Selles valdkonnas registreeritud käimasolevates katsetes uuritakse motivatsioonitervise ja kognitiiv-käitumuslike oskuste õpetamise mõju metamfetamiinisõltuvusele.

Gammahüdroksübutüraadi sõltuvus ja selle ravi

Sõltuvus gammahüdroksübutüraadist (GHB) on tunnustatud kliiniline seisund, mille võõrutusnähud võivad olla väga

tõsised, kui uimastist pärast selle korrapärasest või kroonilisest tarbimist järsku loobutakse. On tõendeid selle kohta, et meelelahutuslikel tarbijatel võib tekkida füüsiline sõltuvus, ning dokumenteeritud on GHB ja selle lähteainete kasutamise lõpetamisel esinevaid võõrutusnähte. Teatatud on ka GHB-sõltuvusest endiste alkohoolikute seas (Richter *et al.*, 2009).

Olemasolevates uuringutes on keskendutud peamiselt GHB võõrutusnähtude ja sellega seotud komplikatsioonide kirjeldamisele, mida hädaolukorras võib olla raske ära tunda (van Noorden *et al.*, 2009). Kõnealused sümptomid hõlmavad rahutust, ärevushäireid, unetust, higistamist, südamepekslemist ja hüpertooniat. Uimastist loobuvatel

patsientidel võib tekkida ka psühhoos või deliirium. Mõõdukate võõrutusnähtude puhul piisab ambulatoorsest ravist, muudel juhtudel soovitatakse statsionaarset järelevalvet. Seni ei ole GHB võõrutusnähtude raviks standardprotokolle koostatud.

Enimlevinud ravimid GHB kasutamisega seotud akuutsete probleemide raviks on bensodiasepiinid ja barbituraadid. Ameerika Ühendriikides viiakse läbi väikesemahulist uuringut, et võrrelda bensodiasepiin lorasepaami ja barbituraat pentobarbitaali GHB-sõltlaste subjektiivsete võõrutusnähtude vähendamisel. Madalmaades on käimas uuring GHB-sõltuvuse tõendipõhise ravijuhendi koostamiseks.



5. peatükk

Kokaiin ja crack-kokaiin

Sissejuhatus

Kokaiin on Euroopas kasutatavate ebaseaduslike narkootikumide hulgas jätkuvalt teisel kohal, kuigi selle levimuse tase ja suundumused on riigiti väga erinevad. Kokaiinitarbimise kõrget taset võib täheldada vaid üksikutes, peamiselt Lääne-Euroopa riikides, samas kui mujal on selle uimasti tarbimine endiselt piiratud. Suuri erinevusi on ka kokaiinitarbijate seas: on juhuslikke tarbijaid, sotsiaalselt integreeritumaid pidevaid kasutajaid, kes tõmbavad kokaiinipulbrit harilikult ninna, ning marginaalsemaid ja sageli sõltuvuses olevaid kasutajaid, kes kokaiini süstivad või kasutavad crack-kokaiini.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubitsemine

Kokaiini saadakse kokapõõsast, mille kasvatamine on jätkuvalt koondunud kolme Andide piirkonna

riiki: Colombia, Peruu ja Boliivia. UNODC (2011) hinnangul kasvatati 2010. aastal kokapõõsaid kokku 149 000 hektaril, mis kujutab 6% vähenemist võrreldes 2009. aastal hinnanguliselt kasutuses olnud 158 000 hektariga. Sellist vähenemist on suurel määral seostatud kokapõõsaste all oleva pindala vähenemisega Colombias, mille mõju on küll osaliselt kahandanud sellise pindala suurenemine Peruu ja Boliivias. Kõnealused 149 000 hektarit kokapõõsaid võimaldab toota 786–1054 tonni puhast kokaiini, võrreldes hinnanguliselt 842–1111 tonniga 2009. aastal (UNODC, 2011).

Suurem osa kokalehtede kokaiini vesinikkloriidiks muutmise protsessist toimub Colombias, Peruu ja Boliivias, kuid seda võidakse teha ka muudes riikides. Colombia tähtsust kokaiini tootjana kinnitavad ka andmed likvideeritud laborite ja kaaliumpermanganaadi, kokaiini vesinikkloriidi sünteesimisel kasutatava reaktiivi konfiskeerimiste kohta. 2009. aastal likvideeriti Colombias 2900 kokaiinilaborit (UNODC, 2011) ja konfiskeeriti kokku

Tabel 8. Kokaiini ja crack-kokaiini tootmine, konfiskeerimised, hind ja puhtus

	Kokaiinipulber (hüdrokloriid)	Crack (kokaiini lähteaine) ⁽¹⁾
Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)	786–1054	Andmed puuduvad
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)	732 ⁽²⁾	Andmed puuduvad
ELis ja Norras konfiskeeritud kogused (tonnides) (sh Horvaatias ja Türgis) ⁽³⁾	49 (49)	0,09 (0,09)
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sh Horvaatias ja Türgis)	98 500 (99 000)	7500 (7500)
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽⁴⁾	45–104 (50,2–78,2)	55–70
Keskmine puhtus (%) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽⁴⁾	18–51 (25,0–38,7)	6–75

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

⁽²⁾ UNODC hinnangul on see arv võrdne 431–562 tonni puhta kokaiiniga.

⁽³⁾ 2009. aastal konfiskeeritud kokaiini täielik kogus on tõenäoliselt näidatud tegelikkusest väiksemana, peamiselt seetõttu, et puuduvad viimased andmed Madalmaade kohta, kes on kuni 2007. aastani teatanud suhteliselt suurtest konfiskeeritud kogustest. 2008. ja 2009. aasta andmete puudumise tõttu ei ole võimalik Madalmaade andmeid Euroopa 2009. aasta prognoosi lisada.

⁽⁴⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2009. aasta kohta; puuduvad, ei ole kohaldatavad.

Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2011); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

23 tonni kaaliumpermanganaati (90% ülemaailmsetest konfiskeerimistest) (INCB, 2011a).

Euroopasse veetakse kokaiinisaadetisi ilmselt läbi enamiku Lõuna- ja Kesk-Ameerika riikide, kuigi põhiliselt läbi Argentina, Brasiilia, Ecuadori, Venetsueela ja Mehhiko. Uimasti ümberlaadimisel selle Euroopasse vedamiseks kasutatakse sageli ka Kariibi mere saari. Viimastel aastatel on avastatud alternatiivseid marsruute läbi Lääne-Aafrika (EMCDDA ja Europol, 2010). Kuigi alates 2007. aastast on teatatud Lääne-Aafrika kaudu veetava kokaiini konfiskeerimiste „olulisest vähenemisest“ (UNODC, 2011), liiguvad selle piirkonna kaudu tõenäoliselt ka praegu märkimisväärsed uimastikogused (EMCDDA ja Europol, 2010).

Kokaiini peamised sissetoomiskohad Euroopas on ilmselt Hispaania, Madalmaad ja Portugal. Saksamaad, Prantsusmaad ja Ühendkuningriiki on sageli nimetatud oluliste Euroopa-siseste transiit- või sihtriikidena. Ühendkuningriigi hinnangul imporditakse riiki igal aastal 25–30 tonni kokaiini. Viimased uuringud osutavad ka sellele, et kokaiiniga kaubitsemine võib olla levimas ida suunas (EMCDDA ja Europol, 2010; INCB, 2011b). Kaheteistkümnne Kesk- ja Ida-Euroopa riigi koondnäitaja kohaselt on kokaiini konfiskeerimiste arv kasvanud 666 juhtumilt 2004. aastal 1232 juhtumile 2009. aastal, kuid see moodustab Euroopa üldnäitajast siiski vaid 1%. Aastatel 2008–2009 enam kui kahekordistusid selles piirkonnas kinnipeetud kokaiini kogused, seda peamiselt rekordiliste konfiskeerimiste tõttu Bulgaarias (0,23 tonni) ja Rumeenias (1,3 tonni), mis asuvad tavaliselt heroini kaubitsemisega seostataval nn Balkani marsruudil.

Konfiskeerimised

Kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel maailmas kõige enam kaubitsetud narkootikum. 2009. aastal olid maailmas konfiskeeritud kokaiinikogused üldiselt stabiilsed, püsid 732 tonni piires (tabel 8) (UNODC, 2011). Lõuna-Ameerikas konfiskeeriti jätkuvalt kõige suurem kogus kokaiini, mis moodustas 60% kogu maailmas konfiskeeritud kogusest, järgnesid Põhja-Ameerika 18%-ga ning Euroopa 8%-ga (UNODC, 2011).

Kokaiini konfiskeerimiste arv Euroopas on viimase 20 aasta jooksul kasvanud, eriti märgatavalt alates 2004. aastast, jõudes 2009. aastal hinnanguliselt 99 000 juhtumini. Kinnipeetud koguste tiptase saavutati 2006. aastal ning on sellest ajast saadik vähenenud poole võrra, moodustades 2009. aastal 49 tonni. See langus on tingitud peamiselt Hispaanias ja Portugalis äravõetud koguste

vähenedisest⁽⁷⁴⁾, kuigi ei ole selge, mil määral on see põhjustatud salakaubaveo marsruutide või õiguskaitsealaste prioriteetide muutumisega. Ka 2009. aastal teatas just Hispaania niihästi kõige suuremast konfiskeerimiste arvust kui ka kõige suuremast konfiskeeritud kokaiinikogusest Euroopas, mis mõlemas arvestuses moodustas peaaegu poole. See hinnang on aga esialgne, sest Madalmaade andmed ei ole veel kättesaadavad. 2007. aastal – viimane aasta, mille kohta andmed on esitatud – teatasid Madalmaad ligikaudu 10 tonni kokaiini konfiskeerimisest.

Puhtus ja hind

2009. aastal jäi analüüsitud kokaiininäidiste keskmine puhtus pooltes andmeid esitanud riikides vahemikku 25–43%. Madalaimatest väärtustest teatasid Taani (üksnes jaemüük, 18%) ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales, 20%) ning kõrgeimatest Belgia (51%), Hispaania ja Madalmaad (49%)⁽⁷⁵⁾. Piisavaid andmed kokaiini puhtuse suundumuste analüüsiks ajavahemikus 2004–2009 esitasid 22 riiki, kellest 19 teatasid vähenemisest, kaks stabiilsest olukorrast (Saksamaa, Slovakkia) ning Portugal täheldas kasvu. Kokkuvõttes vähenes kokaiini puhtus aastatel 2004–2009 Euroopa Liidus hinnangute kohaselt keskmiselt 20%⁽⁷⁶⁾.

Uimastite hulgi- ja jaehinnad: kokaiin

Uimastite hulgihind on riigis levitamiseks ostetavate suurte koguste eest makstav hind, samas kui jaehind on uimastitarbija makstav hind. Nende kahe hinna võrdluse põhjal saab prognoosida maksimaalseid kasumimarginaale, mida uimastikaubitsejatel on võimalik jaeturul saada.

EMCDDA poolt hiljuti 14 Euroopa riigis kogutud andmetel oli ühekilogrammiste kokaiinisaadetiste hulgihind 2008. aastal hinnanguliselt 31 000–58 000 eurot ning enamiku riikide teatel oli see ligikaudu 35 000 eurot. Kui esitati ka keskmine puhtusetase, siis jäi see selliste saadetiste puhul 70% ligi.

Kokaiini jaehind samades riikides jäi 2008. aastal vahemikku 50 000–80 000 eurot ühe kilogrammi kokaiiniga samaväärse koguse eest ning oli seega hulgihinnast 25–83% kõrgem. Hulgimüügituruga võrreldes oli puhtusetase jaeturul väiksem, jäädes esitatud andmete kohaselt ja sõltuvalt riigist vahemikku 13–60%. Selleks, et täpselt hinnata hulgi- ja jaetasandi hinnaerinevusi, korrigeerides neid ka uimasti puhtusega, on aga vaja täiendavaid andmeid.

Ülevaade Euroopas kasutatavatest meetoditest ja olemasolevatest andmetest on kättesaadav 2011. aastal avaldatud EMCDDA aruandes uimastite hulgihindasid käsitleva katseuuringu kohta.

⁽⁷⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid SZR-9 ja SZR-10.

⁽⁷⁵⁾ Andmeid puhtuse ja hinna kohta vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelitest PPP-3 ja PPP-7.

⁽⁷⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis PPP-2.

Enamikus 2009. aasta kohta andmeid esitanud riikides jäi kokaiini keskmine jaehind vahemikku 50–80 eurot grammi kohta. Madalaimast keskmisest hinnast teatas Ühendkuningriik (45 eurot) ning kõrgeimast Luksemburg (104 eurot). Peaaegu kõik võrdluseks piisavalt andmeid esitanud riigid teatasid kokaiini jaehinna stabiliseerumisest või langusest aastatel 2004–2009. Nimetatud ajavahemikus vähenes kokaiini jaehind Euroopa Liidus hinnangute kohaselt keskmiselt 21% ⁽⁷⁷⁾.

Tarbimise levimus ja harjumused

Kokaiinitarbimine rahvastikus

Kokaiin on kanepi järel teine enimproovitud uimasti Euroopas, kuigi selle kasutamine piirdub üksikute kõrge levimusega riikidega, millest mõnes on suur rahvaarv. Hinnanguliselt on vähemalt korra elus kokaiini tarbinud ligikaudu 14,5 miljonit eurooplast ehk keskmiselt 4,3% täiskasvanutest vanuses 15–64 aastat (vt andmete kokkuvõtet tabelist 9). Riikide näitajad jäävad vahemikku

0,1–10,2%, kusjuures 24-st andmeid esitanud riigist pooled (sealhulgas enamik Kesk- ja Ida-Euroopa riike) teatasid madalast elu jooksul tarbimise levimusest (0,5–2,5%).

Hinnanguliselt on viimase aasta jooksul kokaiini tarbinud ligikaudu neli miljonit eurooplast (keskmiselt 1,2%). Hiljutistes riiklikes uuringutes prognoositakse viimase aasta tarbimise levimuseks 0–2,7%. Levimushinnangu kohaselt on Euroopas viimasel kuul kokaiini tarbinud umbes 0,5% täiskasvanud elanikkonnast ehk ligikaudu 1,5 miljonit inimest.

Euroopa keskmisest kõrgemast tasemest kokaiini tarbimises viimase aasta jooksul on teatanud Iirimaa, Hispaania, Itaalia, Küpros ja Ühendkuningriik. Kõikide nimetatud riikide andmed viimase aasta levimuse kohta näitavad, et kokaiin on kõige enam tarbitav ebaseaduslik stimulant.

Kokaiinitarbimine noorte täiskasvanute hulgas

Euroopas on hinnanguliselt 8 miljonit ehk keskmiselt 5,9% noortest täiskasvanutest (15–34aastastest) vähemalt korra

Tabel 9. Kokaiinitarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	14,5 miljonit	4 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	4,3%	1,2%	0,5%
Vahemik	0,1–10,2%	0,0–2,7%	0,0–1,3%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,1%) Malta (0,4%) Leedu (0,5%) Kreeka (0,7%)	Rumeenia (0,0%) Kreeka (0,1%) Ungari, Poola, Leedu (0,2%) Malta (0,3%)	Rumeenia, Kreeka (0,0%) Tšehhi Vabariik, Malta, Rootsi, Poola, Leedu, Eesti, Soome (0,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Hispaania (10,2%) Ühendkuningriik (8,8%) Itaalia (7,0%) Iirimaa (5,3%)	Hispaania (2,7%) Ühendkuningriik (2,5%) Itaalia (2,1%) Iirimaa (1,7%)	Hispaania (1,3%) Ühendkuningriik (1,1%) Küpros, Itaalia (0,7%) Austria (0,6%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	8 miljonit	3 miljonit	1 miljon
Euroopa keskmine	5,9%	2,1%	0,8%
Vahemik	0,1–13,6%	0,1–4,8%	0,0–2,1%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,1%) Leedu (0,7%) Malta (0,9%) Kreeka (1,0%)	Rumeenia (0,1%) Kreeka (0,2%) Poola, Leedu (0,3%) Ungari (0,4%)	Rumeenia (0,0%) Kreeka, Poola, Leedu, Norra (0,1%) Tšehhi Vabariik, Ungari, Eesti (0,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Hispaania (13,6%) Ühendkuningriik (13,4%) Taani (8,9%) Iirimaa (8,2%)	Ühendkuningriik (4,8%) Hispaania (4,4%) Iirimaa (3,1%) Itaalia (2,9%)	Ühendkuningriik (2,1%) Hispaania (2,0%) Küpros (1,3%) Itaalia (1,1%)

Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse kohta antud riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastikasutajate koguarv Euroopas, kohaldatakse ELi keskmist nende riikide suhtes, mille kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks on võetud järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased, 336 miljonit; 15–34aastased, 132 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2001–2009/2010 (peamiselt 2004–2008), ei käi need üksikute aastate kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2011. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.

⁽⁷⁷⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis PPP-1.

elus kokaiini kasutanud. Riikide näitajad jäävad vahemikku 0,1–13,6%. Euroopa keskmine hinnanguline tarbimine viimase aasta jooksul on selles vanuserühmas 2,1% (umbes 3 miljonit inimest) ja viimase kuu jooksul 0,8% (1 miljon inimest).

Tarbimine on eriti kõrgel tasemel noorte (15–34aastaste) meeste hulgas, kelle puhul viimase aasta jooksul tarbimise levimus jäi Taanis, Hispaanias, Iirimaa, Itaalias ja Ühendkuningriigis vahemikku 4–6,7% ⁽⁷⁸⁾. Andmeid esitanud riikidest kolmeteistkümnes oli meeste ja naiste suhe kokaiinitarbimise viimase aasta levimuses noorte täiskasvanute seas vähemalt kaks ühele ⁽⁷⁹⁾.

Rahvusvahelised võrdlused

Hinnanguliselt on kokaiinitarbimise viimase aasta levimus Euroopa Liidu noorte täiskasvanute hulgas (2,1%) üldiselt madalam kui nende Austraalia (3,4% 14–39aastastest), Kanada (3,3%) ja Ameerika Ühendriikide (4,1% 16–34aastastest) eakaaslaste seas. Hispaania (4,4%) ja Ühendkuningriik (4,8%) teatavad aga kõrgematest näitajatest (joonis 9). On tähtis tähele panna, et väikesi riikidevahelisi erinevusi tuleb tõlgendada ettevaatlikult.

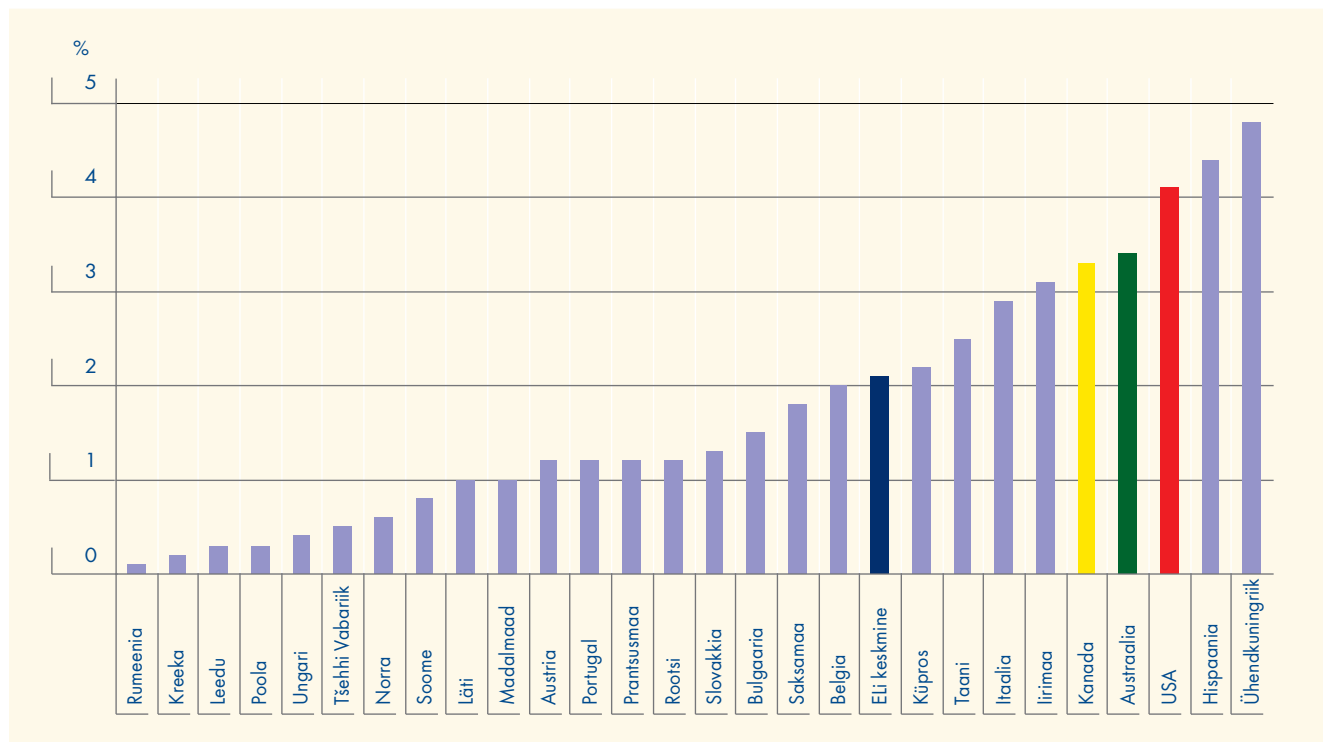
Kokaiinitarbimine kooliõpilaste hulgas

Värskeimate kättesaadavate uuringute kohaselt on elu jooksul kokaiini tarbimise määr 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas enam kui pooltes 29 aruandvast riigist 1–2%. Enamiku ülejäänud riikide teatel on levimuse tase 3–4%, kuid Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis 5%. Kui andmeid on esitatud vanemate kooliõpilaste (17–18aastased) kohta, siis nende puhul on elu jooksul kokaiini tarbimise määr tavaliselt kõrgem, ulatudes Hispaanias 8%-ni ⁽⁸⁰⁾.

Kokaiinitarbimise suundumused

Kokaiinitarbimise suundumused Euroopas on liikunud eri rada pidi. Kahes kõige suurema levimusega riigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis, suurenes kokaiini tarbimine järsult 1990. aastate lõpul ja muutus seejärel küll stabiilsemaks, kuid üldiselt tõus siiski jätkub. Neljas riigis (Taani, Iirimaa, Itaalia, Küpros) ei ole levimuse kasv olnud nii märgatav ja on toimunud hiljem. Kõikide nende riikide teatel oli kokaiini viimase aasta levimus noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas kõrgem Euroopa keskmisest 2,1%-st (joonis 9). Nimetatud kuuest riigist neli teatasid üldisest kasvust viimase 10 aasta jooksul, kuigi

Joonis 9. Viimase aasta kokaiinitarbimise levimus noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas Euroopas, Austraalias, Kanadas ja USA-s



NB! Teave põhineb iga riigi viimasel olemasoleval uuringul. Euroopa keskmine levimusemäär arvutati välja kaalutud keskmisena vastavalt iga riigi 15–34aastaste vanuserühma suurusele (2007, Eurostati andmed). USA ja Austraalia andmed 15–34aastaste vanuserühma kohta on ümber arvutatud esialgse uuringu andmete põhjal, mis käsitlesid vastavalt 16–34aastaste ja 14–39aastaste vanuserühmi. Austraalia andmed viitavad 2007. aastale, Kanada ja Ameerika Ühendriikide omad 2009. aastale. Lisateabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni joonist GPS-20.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

⁽⁷⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis GPS-13.

⁽⁷⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel GPS-5 (iii osa ja iv osa).

⁽⁸⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid EYE-10 kuni EYE-30.

nende viimastes uuringutes on täheldatud langust (Taani, Hispaania, Itaalia, Ühendkuningriik), mis kajastab ka suundumusi Kanadas ja Ameerika Ühendriikides (joonis 10). Ülejäänud kahes riigis on levimus viimaste uuringute kohaselt kasvanud: Iirimaa 2,00%-lt 2003. aastal 3,1%-ni 2007. aastal ja Küprosel 0,7%-lt 2006. aastal 2,2%-ni 2009. aastal.

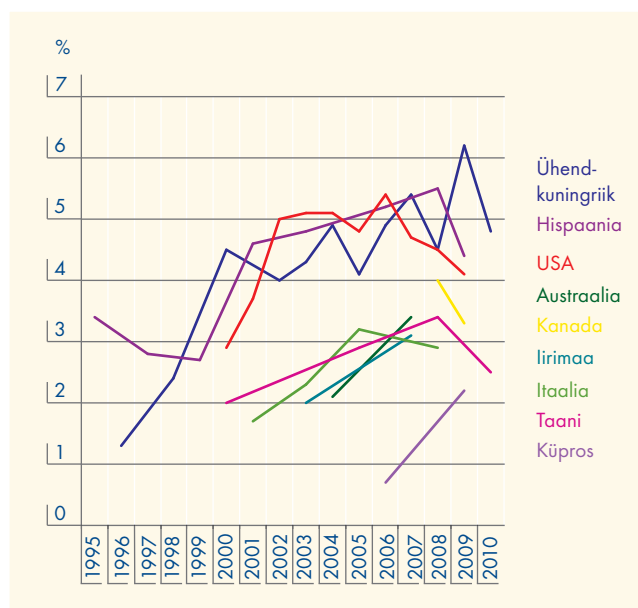
17 muus korduvuuringuid korraldanud riigis on kokaiinitarbimine suhteliselt madalal ja enamjaolt stabiilsel tasemel. Võimalikud erandid on siinkohal Bulgaaria ja Rootsi, kes on teatanud tõusumärkidest, ja Norra, kus paistab olevat langustendents. Tuleb aga meeles pidada, et madala levimuse korral tuleb väikesi muutusi tõlgendada ettevaatlikult. Bulgaarias tõusis viimase aasta jooksul kokaiini tarbimise määr noorte täiskasvanute seas 0,7%-lt 2005. aastal 1,5%-ni 2008. aastal ja Rootsis 0%-lt 2000. aastal 1,2%-ni 2008. aastal⁽⁸¹⁾. Norra teatas langusest 1,8%-lt 2004. aastal 0,8%-ni 2009. aastal.

Neljast aastastel 2009–2010 riikliku kooliuuringu korraldanud riigist (Itaalia, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriik) teatas ainult Slovakkia suuremast kui ühe protsendipunkti muutusest (langus) kokaiini elu jooksul tarbimises 15–16aastaste kooliõpilaste seas. Saksamaal hiljuti vanemate kooliõpilaste hulgas korraldatud

uuringus leiti, et kokaiini elu jooksul proovimisest teatanud 15–18aastaste Frankfurdi õpilaste osakaal kasvas mõnevõrra 2008. aastal (6%-ni) ja langes 2009. aastal 3%-ni.

Sihtuuringud võivad anda väärtusliku pildi noorte inimeste käitumisest seoses uimastitarbimisega tantsumuusika- ja muudel meelelahutusüritustel. Kuigi selliste uuringute andmetel on kokaiini levimus tavaliselt suhteliselt suur, näitavad mõne Euroopa riigi värskeimad uuringud langust. Näiteks Amsterdamis *coffee-shop*ide külastajate hulgas korraldatud uuringu kohaselt langes kokaiini elu jooksul tarbimine 52%-lt 2001. aastal 34%-ni 2009. aastal ja viimase kuu jooksul tarbimine langes samas ajavahemikus 19%-lt 5%-ni⁽⁸²⁾. Samuti Madalmaades suundumuste jälgimiseks korraldatud kvalitatiivses uuringus leiti, et võrreldes eelnevate 20–24aastaste põlvkondadega on praegu selles vanuses olevad inimesed kokaiinitarbimisest vähem huvitatud. Belgia ööklubides alates 2003. aastast korrapäraselt teostatava uuringu kohaselt kasvas kokaiini viimase aasta jooksul tarbimine ajavahemikus 2003–2007 11%-lt 17%-ni, millele 2009. aasta uuringu põhjal järgnes langus 13%-ni. Tšehhi Vabariigis korraldatud sarnases uuringus leiti, et kokaiini tarbimine elu jooksul kasvas 19%-lt 2007. aastal 23%-ni 2009. aastal. Sellised järeldused vajavad aga kinnitamist muude andmekogumite põhjal.

Joonis 10. Viimase aasta suundumused kokaiinitarbimise levimuses noorte täiskasvanute seas kuues suurima tarbimisega ELi liikmesriigis, Austraalias, Kanadas ja USAs



NB! Täiendava teabe saamiseks vt 2011. a statistikabülletääni joonist GPS-14 (ii osa).

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused, CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Kokaiinitarbimise harjumused

Uuringud näitavad, et meelelahutusasutustes on kokaiini kasutamine tihti seotud alkoholitarbimisega. Üheksa riigi rahvastiku-uuringute andmetel on kokaiinitarbimise levimus kohati rohkelt alkoholi tarbivate inimeste seas kaks kuni üheksa korda suurem⁽⁸³⁾ kui rahvastikus üldiselt (EMCDDA, 2009b). Uuringud on näidanud ka seda, et kokaiinitarbimine on seotud muude ebaseaduslike uimastite kasutamisega. Briti 2009–2010. aasta kuritegevuse uuringu andmete analüüsis leiti, et 89% viimase aasta jooksul kokaiinipulbrit kasutanud täiskasvanutest (16–59aastased) olid kasutanud ka muid uimasteid; võrdlusena oli see näitaja kanepitarbijate puhul 42% (Hoare ja Moon, 2010).

Mõnes Euroopa riigis paljud inimesed üksnes proovivad kokaiini üks või kaks korda (Van der Poel et al., 2009). Kokaiini regulaarsemad ja intensiivsemad tarbijad jagunevad kahte suuremasse rühma. Esimesse rühma kuuluvad sotsiaalselt integreeritumad tarbijad, kes tavaliselt kasutavad kokaiini nädalalõppudel, pidudel või muudel erijuhtudel, tarbides seda vahel suurtes kogustes. Paljud sellised kasutajad teatasid oma uimastitarbimise kontrollimisest, kehtestades endale reeglid näiteks

⁽⁸¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonist GPS-14 (i osa).

⁽⁸²⁾ Tuleb märkida, et Amsterdamis suundumused ei ole kajasta olukorda Madalmaades tervikuna.

⁽⁸³⁾ Kohatise rohke alkoholitarbimise (pummeldamise) all mõistetakse siinkohal kuue või enama klaasi alkohoolse joogi tarbimist ühe ürituse käigus vähemalt korra nädalas viimase aasta jooksul.

kasutatava koguse, kasutamissageduse või -konteksti kohta (Reynaud-Maurupt ja Hoareau, 2010). Osal neist võib esineda kokaiinitarbimisega seotud terviseprobleeme, ka võivad neil olla välja kujunemas sundusliku tarbimise harjumused, mis nõuavad ravi. Uuringute põhjal võib siiski väita, et suurest osast sellistest kokaiiniga seotud probleemidest on võimalik vabaneda ilma ametliku ravita (Cunningham, 2000; Toneatto *et al.*, 1999).

Teise grupi moodustavad kokaiini ja crack'i intensiivsed kasutajad, kes kuuluvad sotsiaalselt tõrjutumatesse või ebasoodsamas olukorras rühmadesse ning võivad hõlmata endisi või praegusi opioidikasutajaid, kes tarbivad crack'i või süstivad kokaiini (Prinzleve *et al.*, 2004).

Kokaiinitarbimise mõju tervisele

Kokaiinitarbimise mõju tervisele kaldutakse tõenäoliselt alahindama. See võib tuleneda pikaajasest kokaiinitarbimisest tekkinud patoloogiate sageli mittespetsiifilisest või kroonilisest iseloomust (vt 7. peatükk). Korrapärane kokaiinikasutamine, sealhulgas ninnatõmbamine, võib olla seotud südame-veresoonkonna, neuroloogiliste ja psühhiaatriliste probleemidega, suurendada õnnetuste riski ning nakkushaigustesse nakatumist kaitsmata vahekorra tõttu (Brugal *et al.*, 2009) ja võimalik, et ka kõrte jagamise tõttu (Aaron *et al.*, 2008), mille kohta on kogunemas üha enam tõendeid (Caiaffa *et al.*, 2011). Kõrge kasutustasemega riikides tehtud uuringud osutavad, et märkimisväärne osa noorte inimeste südameprobleeme võib olla seotud kokaiinitarbimisega (Qureshi *et al.*, 2001). Näiteks Hispaanias paistab kokaiinitarbimine olevat seotud olulise osaga uimastitega seotud kiirabi väljakutsetest ning Hispaania hiljutise uuringu kohaselt on 3% äkksurmadest seotud kokaiiniga (Lucena *et al.*, 2010). Taanis on tarbimise suurenemine kattunud kokaiiniga seotud hädaolukordade arvu kasvuga, mis on tõusnud 50 juhtumilt 1999. aastal peaaegu 150 juhtumini 2009. aastal.

Kokaiinitarbijate kõige suuremate terviseriskidega, sealhulgas südame-veresoonkonna ja vaimsete häiretega, seostatakse kokaiini süstimist ja crack'i kasutamist. Tavaliselt süvendavad terviseriske sotsiaalne tõrjutus ning süstimisega seotud ohud, sealhulgas nakkushaiguste levitamine ja üleannustamine (EMCDDA, 2007a).

Probleemne kokaiinitarbimine ja ravinõudlus

EMCDDA määratluse kohaselt on probleemsed kokaiinitarbijad korrapärased tarbijad, kes kasutavad seda ainet pika aja vältel ja kes seda süstivad. Selle

Kokaiin ja alkohol

Kokaiini kasutajad tarbivad tavaliselt ka alkoholi. Rahvastiku-uuringud näitavad, et kokaiini ja alkoholi tarbimine – eriti kohatine rohke alkoholitarbimine – on sageli omavahel seotud. Kahes uuringus leiti, et enam kui pooled ravil viibivad kokaiinisõltlased olid ühtlasi alkoholisõltlased.

Kõnealuse kombinatsiooni ulatuslikku esinemist võib selgitada nende ainete kasutamise kontekstiga, kuna mõlemad on tihedalt seotud ööelu ja pidudega, aga ka farmakoloogiliste teguritega. Mõlema aine koostarbimisel saavutatavat joobumust tajutakse suuremana kui kummagi uimasti puhul eraldi. Peale selle võib kokaiini alkoholijoovet leevendada ning hoida ära mõned alkoholist tingitud käitumuslikud ja psühhomotoorsed häired. Alkoholi kasutatakse ka kokaiinijoobe lahtumisel esineva ebameeldivustunde leevendamiseks. Sellega seoses võib kahe aine kombineerimine viia mõlema ohtrama kasutamiseni.

Dokumenteeritud on alkoholi ja kokaiini koostarbimise korral esinevaid riske ja toksilist mõju, sealhulgas südamerütmi kiirenemist ja süstoolse vererõhu tõusu, mis võib tekitada südame-veresoonkonna probleeme, ning kognitiivsete ja motoorsete funktsioonide häired. Tagasiulatuvad uuringud näitavad aga, et nimetatud ainete kombineeritud kasutamine ei paista tekitavat rohkem probleeme, kui oleks oodata kummagi uimasti sõltuvuslikul tarbimisel eraldi (Pennings *et al.*, 2002). Peale selle tekib koostarbimisel uus aine kokaetüleen, maksas moodustuv metaboliit. Praegu on käimas arutelu selle üle, kas südamerütmi kiirenemine ja kardiotoxilisus võib olla tingitud kokaetüleenist.

Täpsema teabe saamiseks vt EMCDDA (2007a).

elanikkonnarühma hinnangulise suuruse põhjal saab ligikaudselt otsustada, kui suur võiks olla võimalike ravivajajate arv. Sotsiaalselt integreeritumad probleemsed kokaiinitarbijad on sellistes hinnangutes tavaliselt alaesindatud.

Riiklik hinnang probleemsete kokaiinitarbijate kohta on kättesaadav ainult Itaalias, kus 2009. aastal hinnati probleemsete kokaiinitarbijate arvuks 178 000 (4,3–4,7 inimest 1000 elaniku kohta 15–64-aastaste vanuserühmas) ⁽⁸⁴⁾. Suundumusi käsitlevad andmed ja muud allikad (nt andmed ravi alustajate kohta) osutavad probleemse kokaiinitarbimise järkjärgulisele tõusule Itaalias.

Crack'i kasutamine sotsiaalselt integreeritud kokaiinitarbijate hulgas on ebatavaline ning levinud peamiselt marginaliseerunud ja ebasoodsas olukorras olevate rühmade seas, nagu seksitöötajad ja probleemsed opioiditarbijad, ühtlasi on see enamjaolt linnades esinev nähtus (Prinzleve *et al.*, 2004; Connolly *et al.*, 2008). Londonis peetakse crack'i kasutamist linna uimastiprobleemi

⁽⁸⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni tabel PDU-102 (i osa).

väga oluliseks osaks. Piirkondlikud hinnangud *crack*'i kasutamise kohta on kättesaadavad üksnes Inglismaa (Ühendkuningriik) kohta, kus aastatel 2008/2009 hinnati probleemsete *crack*'itarbijate arvaks 189 000 ehk 5,5 (5,4–5,8) tarbijat iga 1000 elaniku kohta 15–64-aastaste vanuserühmas. Esitatud andmetel on suur osa neist *crack*'itarbijatest ka probleemsed opioiditarbijad.

Ravinõudlus

Täpsema ülevaate probleemsest kokaiinitarbimisest võib saada kokaiinitarbimise tõttu ravi alustavate isikute arvu ja eripärasid käsitlevate andmete põhjal. Esitatud andmetel ravitakse peaaegu kõiki kokaiini tõttu ravi saavaid isikuid ambulatoorsetes ravikeskustes, kuigi mõnesid neist võidakse ravida ka erakliinikutes, mille kohta ei ole andmed kättesaadavad. Paljud probleemsed kokaiinitarbijad aga ei soovi ravile minna (Escot ja Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt ja Hoareau, 2010).

Kokaiini, peamiselt kokaiinipulbrit, nimetas 2009. aastal ravilemineku peamise põhjusena ligikaudu 17% ravi alustanud uimastitarbijatest. Esimest korda ravi alustavate isikute hulgas on peamise uimastina kokaiini kasutavate uimastitarbijate osakaal suurem (23%).

Peamiselt kokaiini tarbivate patsientide osakaalu ja arvu poolest on riikide lõikes suuri erinevusi: nende osakaal on suurim Hispaanias (46%), Madalmaades (31%) ja Itaalias (28%). Belgias, Iirimaa, Küprosel ja Ühendkuningriigis moodustavad kokaiini tõttu ravil viibivad isikud 11–15% kõikidest narkomaaniaravi patsientidest. Muijal Euroopas on kokaiinitarbijaid narkomaaniaravil viibivatest isikutest 10% või vähem ja kuues aruandvas riigis on neid alla 1%⁽⁸⁵⁾. Kokkuvõttes teatasid Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriik kokku peaaegu 58 000 kokaiini tõttu ravil viibivast isikust, kui 26 Euroopa riigi andmetel oli nende koguarv 72 000.

Peamiselt kokaiini tarbimise tõttu narkomaaniaravi alustavate patsientide arv on Euroopas juba mitme aasta jooksul kasvanud. Aastatel 2004–2009 pidevalt andmeid esitanud 17 riigi põhjal kasvas kokaiinitarbimise tõttu ravil viibivate isikute arv ligikaudu 38 000-lt aastal 2004 ligikaudu 55 000-ni aastal 2009. Samas ajavahemikus kasvas esimest korda ravi alustavate kokaiinitarbijate arv ligikaudu 21 000-lt 27 000-ni (18 aruandva riigi andmete põhjal).

Ambulatoorset ravi saavate patsientide profiil

Peamiselt kokaiini, sealhulgas kokaiinipulbri ja *crack*'i tõttu ambulatoorset ravi alustavate patsientide seas on meeste ülekaal suur (umbes viis meest ühe naise

kohta) ja üks kõrgemaid keskmisi vanuseid (ligikaudu 32 aastat) narkomaaniaravil viibivate isikute hulgas. Keskmine vanus on kõige kõrgem Prantsusmaal, Itaalias ja Madalmaades (35). Peamiselt kokaiini tarbivate isikute esitatud andmetel alustavad nad selle uimasti kasutamist keskmiselt 22,5 aastasel ning 86% neist teeb seda enne 30. eluaastat. Kokaiini esimese kasutuskorra ja esmakordse ravile minemise vahe on keskmiselt üheksa aastat. Peaaegu kolmandikust kokaiini tõttu ravil viibivatest isikutest on teatanud Ühendkuningriik ning ka nende profiil erineb seal muude ravil viibivate kokaiinitarbijate suure arvuga riikide patsientide omast: nad on keskmisest nooremad (31 aastat), meeste ja naiste suhtarv on väiksem (ligikaudu kolm meest ühe naise kohta) ning esimese kasutuskorra ja ravilemineku vaheline aeg on lühem (umbes seitse aastat).

Enamiku kokaiini tõttu ravil viibivate isikute sõnul on uimasti peamine manustamisviis selle ninnatõmbamine (66%) või suitsetamine (29%). Süstimist nimetas peamise manustamisviisina ainult 3% kokaiini tõttu ravil viibivaid isikuid ning ajavahemikul 2005–2009 täheldati kokaiinisüstimise vähenemist. Peaaegu pooled kokaiini tõttu ravil viibivatest isikutest olid kasutanud uimastit raviletulekule eelneva kuu jooksul üks kuni kuus korda nädalas, umbes veerand oli seda kasutanud igapäevaselt ja ülejäänud veerand ei olnud seda kõnealuse aja jooksul kasutanud või oli seda teinud üksnes juhuslikult⁽⁸⁶⁾. Kokaiini kasutatakse sageli koos muude uimastite, eriti alkoholi, kanepi, muude stimulantide ja heroiniiga. 2006. aastal 14 riigis läbi viidud raviandmete analüüs näitas, et 63% peamiselt kokaiini kasutavatest patsientidest kasutas mitut uimastit ja nimetas probleeme veel vähemalt ühe uimastiga. Kõige sagedamini nimetati lisaprobleemina alkoholi, mida kasutas vähemalt 42% kokaiinitarbijast patsientidest, millele järgnesid kanep (28%) ja herooin (16%) (EMCDDA, 2009b). Kokaiini mainitakse ka teise ainenä⁽⁸⁷⁾, mida üha enam nimetavad peamiselt herooini kasutavad uimastitarbijad Itaalias ja Madalmaades.

Ravi alustamist käsitlevad andmed näitavad, et geograafiliselt piirdub *crack*'iprobleem Euroopaga. 2009. aasta andmetel alustas peamiselt *crack*-kokaiini kasutamise tõttu ambulatoorset ravi 10 540 patsienti, kes moodustasid 16% kõikidest kokaiini tõttu narkomaaniaravil viibivatest isikutest ja 3% ambulatoorset ravi alustanud uimastitarbijatest patsientidest. Esitatud andmetel asub enamik *crack*'i tõttu ravil viibivast isikuist Ühendkuningriigis – neid on seal 7500 ning nad moodustavad 40% riigis kokaiini tõttu ravi saavatest patsientidest ja 6% ambulatoorset ravi saavatest narkomaaniaravi patsientidest. Madalmaad teatasid 1231 *crack*'i tõttu ravil viibivast

⁽⁸⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis TDI-2 ning tabelid TDI-5 (i osa ja ii osa) ja TDI-24; Hispaania kohta on esitatud 2008. aasta andmed.

⁽⁸⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-18 (ii osa).

⁽⁸⁷⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-22.

isikust, kes moodustavad 38% riigis kokaiini tõttu ravi saavatest patsientidest ja 12% kõikidest narkomaaniaravil viibivatest isikutest⁽⁸⁸⁾. Ravi alustavate crack-kokaiini kasutajate hulgas on levinud ka heroiniitarbimine. Näiteks Ühendkuningriigis nimetas 31% peamiselt crack'i tõttu ravil viibivatest isikutest oma teise narkootikumina heroini ning selliste uimastitarbijate osakaal on kasvamas.

Ravi ja kahjude vähendamine

Euroopas on uimastitarbimisega seotud probleemide ravis ajalooliselt keskendunud opioidisõltuvusele. Kokaiini ja crack-kokaiini tarbimine on aga muutunud rahvatervise seisukohast üha suuremaks mureks ja mitu riiki on hakanud nimetatud uimastitega seotud probleemidele suuremat tähelepanu pöörama. Kuigi kokaiinisõltuvust ravitakse enamjaolt spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes, on Taanis, Iirimaa, Itaalias, Austrias ja Ühendkuningriigis välja töötatud eriteenused kokaiinitarbijatele. Piiratud määral pakutakse kokaiinitarbijatele ravi ka esmatasandi arstiasutustes. Kokaiiniprobleemide ravi käsitlevad juhendid on praegu koostatud üksnes Saksamaal ja Ühendkuningriigis.

Kokaiinisõltuvuse puhul on esmasel ravivõimalusel psühhosotsiaalsed sekkumised, sealhulgas motivatsiooniintervjuud, kognitiiv-käitumisteraapia, käitumusliku enesekontrolli õpetamine, tagasilanguse ennetamisele suunatud sekkumised ja nõustamine. Kokaiinitarbimise probleemidega isikute taastumisprotsessis võib oma osa olla ka eneseabirühmadel, nagu anonüümseid kokaiinitarbijaid ühendav Cocaine Anonymous. Nende pakutava toetuse võib ühendada ametliku raviga.

Kokaiinisõltuvuse ravi käsitlevad uuringud

Saksamaal hindasid Koerke ja Vertheini (2010) käitumusliku enesekontrolli koolituste mõju sõltlaste heroini- ja kokaiinitarbimise vähenemisele. Koolitus aitas osalejatel vähendada kummagi aine kasutamist ja tarbida uimasteid isiku enda poolt kindlaksmääratud tasemel. Kahes hiljutises uuringus käsitleti Inglismaa narkomaaniaravi programmide tõhusust. Narkomaaniaravi tulemusi käsitlevas teadusuuringus (Jones, A. et al., 2009) leiti, et üle poole kokaiinitarbijast patsientidest lõpetas uimasti kasutamise kolme kuni viie kuu jooksul pärast ravi alustamist. Pärast terve aasta kestnud ravi ei tarbinud uimasti 60%. Sarnased tulemused teatati ka Londoni 12 sotsiaalteenuseid pakkuvas asutuses ravi saavate crack-kokaiini tarbijate puhul (Marsden ja Stillwell, 2010).

Käimas on mitu randomiseeritud katset, millega katsetatakse uusi aineid kokaiinisõltuvuse raviks. Praegu annavad lootust

kaks ainet. Disulfiraam, mis pärsib alkoholi metabolismi, on osutunud kokaiinisõltuvuse ravis paljutootavaks (Pani et al., 2010a) ning Brasiilia uuringu raames katsetatakse seda nüüd koos kognitiiv-käitumisteraapiaga crack-kokaiini sõltuvuse ravis. Mehhikos tehti epilepsiaavastase ravimi vigabatriiniga katseid, milles osales 103 tingimisi karistatud isikut, ning lühikese aja pärast tehtud kontrolli tulemused olid positiivsed. Praegu katsetatakse seda Ameerika Ühendriikides 200 patsiendil. Madalmaades on katsetamisel uus lähenemine, mille puhul kasutatakse rimonabanti (kannabinoidi retseptorite selektiivne antagonist, mida varem kasutati rasvumisevastase ravimina). Peale selle võrreldakse Madalmaades hiljuti registreeritud crack-kokaiini sõltuvust käsitlevas randomiseeritud kontrollitud uuringus mitut ravimit hõlmava farmakoterapiilise ravi võimalusi (topiramaat, deksamfetamiin ja modafiniil) (Hicks et al., 2011).

Mitu muud katset on andnud kokaiinisõltuvuse seisukohast ebakindlaid või ebaolulisi tulemusi. Kokaiinitarbimise vähendamise seisukohalt oli kesknärvisüsteemi stimulant modafiniil samaväärne platseeboga (Anderson et al., 2009). Nii naltreksooni (opioidide antagonist) kui ka varenikliini (kasutatakse tubakasõltuvuse raviks) katsetati isikutel, kes olid samaaegselt sõltuvad nii kokaiinist kui ka alkoholist või tubakast, ent platseeboga võrreldes ei olnud tulemused erinevad. Memantiini (Alzheimeri tõve ravim) katsetati kupongide jagamise algatuse raames, kuid kokaiinitarbimise vähendamisel ei olnud see platseebost tõhusam.

Olenemata uimastitarbija rahvusest, on tõhusaks osutunud edusammude tunnustamine (Barry et al., 2009) ning on leidnud kinnitust, et tagasilanguse ennetamisega kombineeritult on see edukas strateegia (McKay et al., 2010). Ühes Hispaania uuringus leiti, et kokaiinisõltlastele stiimulina kupongide jagamine koos kogukonna toetusega aitab neil uimastitarbimist vältida (Garcia-Rodriguez et al., 2009). Teise uuringu kohaselt ei saavutatud aga kupongide jagamise algatustega uimastitarbimise pikaajalise vältimise toetamisel häid tulemusi (Carpenedo et al., 2010).

Muud paljutootavate tulemustega sekkumised hõlmavad tööhõivest lähtuvat uimastitarbimise vältimise toetamist, mille raames osalejatele korraldatakse kuuekuuline tööalaste oskuste koolitus ja tagatakse seejärel üheks aastaks töökoht, kontrollides pisteliselt kokaiinitarbimist. Teiste meetoditena, millega aidata uimastitarbijatel vähendada uimastite kasutamist, katsetatakse tähelepanelikkuse tõstmise koolitusi ja terviklikke meditatsiooniprogramme. Madalmaades korraldatavate katsetega püütakse vähendada uimastitarbimise soovi transkraniaalse magnetstimulatsiooniga – tegemist on tehnikaga, mida

⁽⁸⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni tabel TDI-115.

on kasutatud neuroloogiliste ja psühhiaatriliste haiguste ravimisel.

Jätakuvalt püütakse välja töötada kokaiinivaktsiini. Ameerika Ühendriikides korraldatud randomiseeritud kontrollitud katses (Martell *et al.*, 2009) seoti kokaiini derivaat kooleratoksiini B-alamühikuga, kuid tulemused ei tundunud piisavalt head, et jätkata kavandatud väliuuringutega Hispaanias ja Itaalias. Praegu värbab Ameerika teadlaste rühm vaktsiini muudetud versiooni katsetamiseks 300 patsienti ja katse tulemusi on oodata 2014. aastal (Whitten, 2010). Veel teisegi uuringuga töötatakse välja vaktsiini, kasutades antikehade reaktsiooni võimendamiseks kandurina tavalise nohu viirust, kuid seda mudelit ei ole inimestel veel katsetatud.

Kahjude vähendamine

Kahjude vähendamisele suunatud sekkumistes on alles suhteliselt hiljuti hakatud kokaiini ja crack-kokaiini kasutamisele tähelepanu pöörama ning see nõuab traditsiooniliste strateegiate läbivaatamist. Tavaliselt pakuvad liikmesriigid kokaiinisüstitajatele samu teenuseid ja võimalusi kui opioiditarbijatele. Kokaiini süstimisega kaasnevad aga konkreetsed riskid. Eelkõige hõlmab see potentsiaalselt suuremat süstimissagedust, kaootilist süstimiskäitumist ja ulatuslikumat seksuaalset riskikäitumist. Ohutumat kasutamist käsitlevaid soovitusi tuleb kohandada

vastavalt selle rühma vajadustele. Süstimise võimaliku suurema sageduse tõttu ei tohiks steriilsete vahendite kättesaadavus olla süstitajatele piiratud, vaid pigem peaks see lähtuma kohalikest hinnangutest kokaiinitarbimise harjumuste ja süstitajate sotsiaalse olukorra kohta (Des Jarlais *et al.*, 2009).

Spetsiaalsete kahjude vähendamise programmide pakkumine crack-kokaiini suitsetajatele on Euroopas piiratud. Kuigi andmed on vastuolulised, võivad sellised sekkumised potentsiaalselt vähendada uimastitarbijate enda teatatud süstimiskäitumist ja uimastipiipude vahetamist (Leonard *et al.*, 2007), kuigi nende üldine tõhusus vere kaudu levivatesse viirustesse nakatumise vähendamisel vajab täiendavat uurimist. Kolmes riigis (Saksamaa, Hispaania, Madalmaad) on olemas mõned narkootikumide tarbimiseks ettenähtud kohad, kus pakutakse vahendeid uimastite, sealhulgas kokaiini sissehingamiseks. Belgia, Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Luksemburgi ja Madalmaade teatel jagatakse crack-kokaiini suitsetajatele hügieenilisi sissehingamishahendeid, sealhulgas puhtaid crack'i-piipe ehk nn crack'i-komplekte (klaastoru koos huulikuga, metallplaat, huulepalsam ja salvärätikud käte puhastamiseks) kohati ka mõnes madala läve asutuses. Seitsmes ELi liikmesriigis jagatakse heroini või kokaiini suitsetajatele teatavates madala läve asutustes ka fooliumi.



6. peatükk

Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine

Sissejuhatus

1970. aastatest alates on heroini tarbimine, eriti selle süstimine, olnud tihedalt seotud Euroopa rahvatervisealaste ja sotsiaalsete probleemidega. Ka praegu langeb selle narkootikumi arvele kõige suurem osa uimastitarbimisest tulenevast haigestumusest ja suremusest Euroopa Liidus. Pärast kahte aastakümnet, mil herooiniprobleemid põhiliselt kasvasid, täheldati Euroopas 1990. aastate lõpul ja käesoleva sajandi algul heroinitarbimise ja sellega kaasnevate probleemide vähenemist. Alates aastast 2003–2004 ei ole see suundumus aga enam nii ühene ning teatavad näitajad osutavad stabiliseerumisele või ebaühtlasemale olukorrale. Peale selle kajastavad ka andmed sünteetiliste opioidide (nt fentanüüli) kasutamise ja simulantide (nt kokaiini või amfetamiinide) süstimise kohta probleemse narkootikumide tarbimise üha mitmetahulisemat olukorda Euroopas.

Pakkumine ja kättesaadavus

Euroopa ebaseaduslike narkootikumide turgudel on imporditud heroini läbi aegade pakutud kahel kujul: põhiliselt Afganistanist pärit laiemalt kättesaadava pruuni herooinina (keemiline baasvorm) ning tunduvalt vähem levinud valge herooinina (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast. Mõnes Põhja-Euroopa riigis (nt Eesti, Soome, Norra) kasutatakse sünteetilist opioidi fentanüüli ja selle analooge. Peale selle toodetakse ka Euroopas teatavaid opioide, põhiliselt kodusel teel valmistatud unimagunatooteid (nt unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kupardest valmistatud kontsentraat) mõnes Ida-Euroopa riigis (Läti, Leedu, Poola).

Tootmine ja kaubitsemine

Euroopas tarbitav heroin pärineb peamiselt Afganistanist, kelle arvele langeb enamik maailma ebaseaduslikust oopiumitoodangust. Seda uimastiit toodavad ka Myanmar, kes varustab peamiselt Ida- ja Kagu-Aasia turge, Pakistan ja Laos; järgnevad Mehhiko ja Colombia, keda peetakse suurimaks Ameerika Ühendriikide herooiniga varustajateks (UNODC, 2011). Hinnangute kohaselt

on ülemaailmne oopiumitootmine hakanud pärast 2007. aasta rekordtaset langema, põhiliselt seetõttu, et Afganistanis on toodang vähenenud 6900 tonnilt 2009. aastal 3600 tonnile 2010. aastal. Viimaste prognooside järgi on heroinitootmise ülemaailmne potentsiaal 396 tonni (vt tabel 10), kui 2009. aastal oli see hinnanguliselt 667 tonni (UNODC, 2011).

Heroini tuuakse Euroopasse põhiliselt kaht peamist salakaubateed pidi. Ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil liigub Afganistanis toodetud heroin Pakistani, Iraani ja Türgi kaudu edasi muude põhiliselt Lääne- ja Lõuna-Euroopa transiit- või sihtriikide suunas. Heroini veetakse ka Siiditeed

Tabel 10. Heroini tootmine, konfiskeerimine, hind ja puhtus

Tootmine ja konfiskeerimine	Heroiin
Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)	396
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)	76
ELis ja Norras konfiskeeritud kogused (tonnides) (sh Horvaatias ja Türgis)	8 (24)
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sh Horvaatias ja Türgis)	56 000 (59 000)
Hind ja puhtus Euroopas ⁽¹⁾	Heroiini lähtetaine ('pruun')
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	23–135 (37,5–67,9)
Keskmine puhtus (%) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	13–37 (16,8–33,2)

⁽¹⁾ Kuna vaid vähesed riigid on teatanud valge heroini (hüdrokloriid) jaehinna ja puhtuse, ei ole need andmed tabelis esitatud. Nendega on võimalik tutvuda 2011. aasta statistikabülletääni tabelites PPP-2 ja PPP-6.

⁽²⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik. NB! Kõik andmed on 2009. aasta kohta, v.a ülemaailmse toodangu hinnangulised kogused, mis on esitatud 2010. aasta kohta.

Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2011); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

mööda läbi Kesk-Aasia Venemaa poole. Piiratud ulatuses liigub see heroini seejärel salakaubana Valgevene, Poola ja Ukraina kaudu muudesse sihtkohtadesse, näiteks läbi Leedu Skandinaavia riikidesse (INCB, 2010, 2011a). Euroopa Liidus on järgmiste jaotuskeskustena oluline roll Madalmaadel ja vähemal määral ka Belgial.

Konfiskeerimised

Kogu maailmas konfiskeeritud oopiumi kogus püsis 2008. ja 2009. aastal stabiilne, moodustades vastavalt 657 ja 653 tonni. Iraani arvele langes sellest üldkogusest peaaegu 90% ja Afganistani arvele ligikaudu 5%. Ülemaailmselt konfiskeeritud heroini kogus oli 2009. aastal stabiilsel tasemel (76 tonni), samas kui maailmas konfiskeeritud morfiini kogus vähenes 14 tonnile (UNODC, 2011).

Euroopas toimus 2009. aastal hinnanguliselt 59 000 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 24 tonni heroini, kaks kolmandikku sellest (16,1 tonni) Türgis. Suurimast konfiskeerimiste arvust teatas jätkuvalt Ühendkuningriik (kellele järgnes Hispaania) ⁽⁸⁹⁾. 28 aruandva riigi andmed aastate 2004–2009 kohta näitavad, et kokkuvõttes on konfiskeerimiste arv kasvanud. Türgis kinni peetud heroini koguste üldine suundumus erineb Euroopa Liidus täheldatust, mis võib osaliselt tuleneda Türgi ja ELi õiguskaitseasutuste tihedamast koostööst. Kui Türgi teatel kasvasid konfiskeeritud heroini kogused ajavahemikul 2004–2009 kahekordselt, siis Euroopa Liidus on samal ajal konfiskeeritud kogused mõnevõrra vähenenud, peamiselt Itaalia ja Ühendkuningriigi teatatud väiksemate koguste tõttu, kuna need kaks riiki on kõige suuremate koguste konfiskeerijad Euroopa Liidus.

Heroini tootmiseks kasutatava äädikhape anhidriidi ülemaailmselt konfiskeeritud kogused vähenesid: tipptasemelt 200 000 liitrit 2008. aastal 21 000 liitrini 2009. aastal. Euroopa Liidu arvanded näitavad veelgi suuremat langustendentsi: 2008. aasta tipptasemelt, mil konfiskeeriti peaaegu 150 000 liitrit, 866 liitrile 2009. aastal. 2010. aastal teatas aga Sloveenia äädikhape anhidriidi rekordkoguse (110 tonni) konfiskeerimisest. Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu (INCB 2011a) hinnangul on ELi edu nimetatud lähtetine kõrvaesunnamise takistamisel tingitud mitme ELi liikmesriigi ja Türgi uurimistegevuse ühendamisest.

Puhtus ja hind

2009. aastal analüüsitud pruuni heroini keskmine puhtus jäi enamikus aruandvates riikides vahemikku 16–32%; väiksemast keskmisest puhtusest teatasid Prantsusmaa (14%)

ja Austria (ainult jaemüük, 13%) ning suuremast Malta (36%), Rumeenia (36%) ja Türgi (37%). Aastatel 2004–2009 suurenes pruuni heroini puhtus neljas riigis, jäi samale tasemel veel neljas riigis ja vähenes kolmes. Valge heroini puhtus oli kolmes andmeid esitanud Euroopa riigis üldiselt suurem (25–50%) ⁽⁹⁰⁾.

Pruuni heroini jaehind oli Põhjamaades jätkuvalt oluliselt kõrgem kui mujal Euroopas – 2009. aastal teatas Rootsi keskmiseks hinnaks 135 eurot ja Taani 95 eurot grammi kohta. Üldiselt jäi hind pooltes aruandvates riikides vahemikku 40–62 eurot grammi kohta. Aastatel 2004–2009 vähenes pruuni heroini jaehind ajaliste suundumuste kohta andmeid esitanud 14 riigist pooltes.

Probleemne narkootikumide tarbimine

EMCDDA määratleb probleemset narkootikumide tarbimist narkootikumide süstimisena või opioidide, kokaiini ja/või amfetamiini pikaajalise/korrapärase kasutamisena. Euroopas moodustavad narkootikumide süstimine ja opioidide kasutamine suurema osa probleemsest narkootikumide tarbimisest, kuigi üksikutes riikides on oluline roll ka amfetamiinide või kokaiini tarbijatel. Samuti tuleb märkida, et probleemsed narkootikumitarbijad on enamjaolt mitme uimasti koostarvitajad ning et levimus võib olla palju kõrgem linnapiirkondades ja sotsiaalselt tõrjutud rühmade seas.

Oopiumitootmise suur langus Afganistanis

Afganistanis 2010. aastal toodetud oopiumi kogus 3600 tonni moodustab hinnangute kohaselt ligikaudu poole eelneva aasta tasemest. Unimaguna saagikuse sellise ulatusliku vähenemise põhjusteks peetakse muu hulgas ebasoodsaid ilmastikutingimusi ning unimaguna närbumistõve levikut – tegemist on seennakkusega, mis mõjutas oopiumipõlde peamistes unimagunat kasvatavates provintsidest, eelkõige Helmandis ja Kandaharis (UNODC ja MCN, 2010). Närbumistõve tagajärjel ei muutunud küll märkimisväärselt oopiumikasvatamiseks kasutatav pindala, ent see mõjutas toodetud oopiumi kogust.

Saagikuse vähenemine tõi kaasa ka teatatud oopiumihindade dramaatilise tõusu saagi koristamise ajal. Kilogrammi kuiva oopiumi hind põllumajandustootjalt ostes kasvas 2,6 korda 64 USA dollarilt 2009. aastal 169 USA dollarile 2010. aastal (UNODC ja MCN, 2010). Samas kasvas heroini keskmine hind Afganistanis 1,4 korda.

Oopiumi hind ei pruugi kava kõrge püsida. 2004. aastal toimunud hinnatõus, mis oli tingitud oopiumitootmise vähenemisest taimehaiguse tõttu, kestis alla aasta (UNODC ja MCN, 2010). Oopiumitootmise hiljutise vähenemise mõju eelkõige Euroopa tarbijaturgudele tuleb hoolikalt jälgida.

⁽⁸⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid SZR-7 ja SZR-8. Tuleb tähele panna, et kui 2009. aasta andmed puuduvad, on Euroopa üldandmete hinnangus kasutatud 2008. aasta andmeid.

⁽⁹⁰⁾ Andmeid puhtuse ja hinna kohta vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelitest PPP-2 ja PPP-6.

Arvestades probleemse narkootikumide tarbimise suhteliselt väikest levimust ja selle varjatud olemust, tuleb olemasolevate allikate (põhiliselt narkomaaniaravi andmed ja õiguskaitseasutuste andmed) põhjal levimuse kohta hinnangute koostamiseks statistilisi andmeid ekstrapoleerida. Esitatud andmetel on probleemse narkootikumide tarbimise üldine levimus üks kuni kümme juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Selliste hinnangute puhul võib esineda suurt määramatust ja eripiiranguid. Näiteks kuigi neis võetakse üldjuhul arvesse ravil viibivaid uimastikasutajaid, siis on hetkel vanglas viibivad ja eriti pikaajalist karistust kandvad uimastikasutajad neis sageli alaesindatud.

Probleemne opioiditarbimine

Praegu suudab enamik Euroopa riike esitada hinnanguid probleemse opioiditarbimise levimuse kohta. Riikide hiljutiste hinnangute kohaselt jääb see vahemikku üks kuni kaheksa juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (joonis 11). Probleemse opioiditarbimise suurimatest põhjalikult dokumenteeritud hinnangutest on teatanud Iirimaa, Itaalia, Luksemburg ja Malta, samas kui väikseimad hinnangud on esitanud Tšehhi Vabariik, Madalmaad, Poola, Slovakkia ja Soome. Üksnes Türgi ja

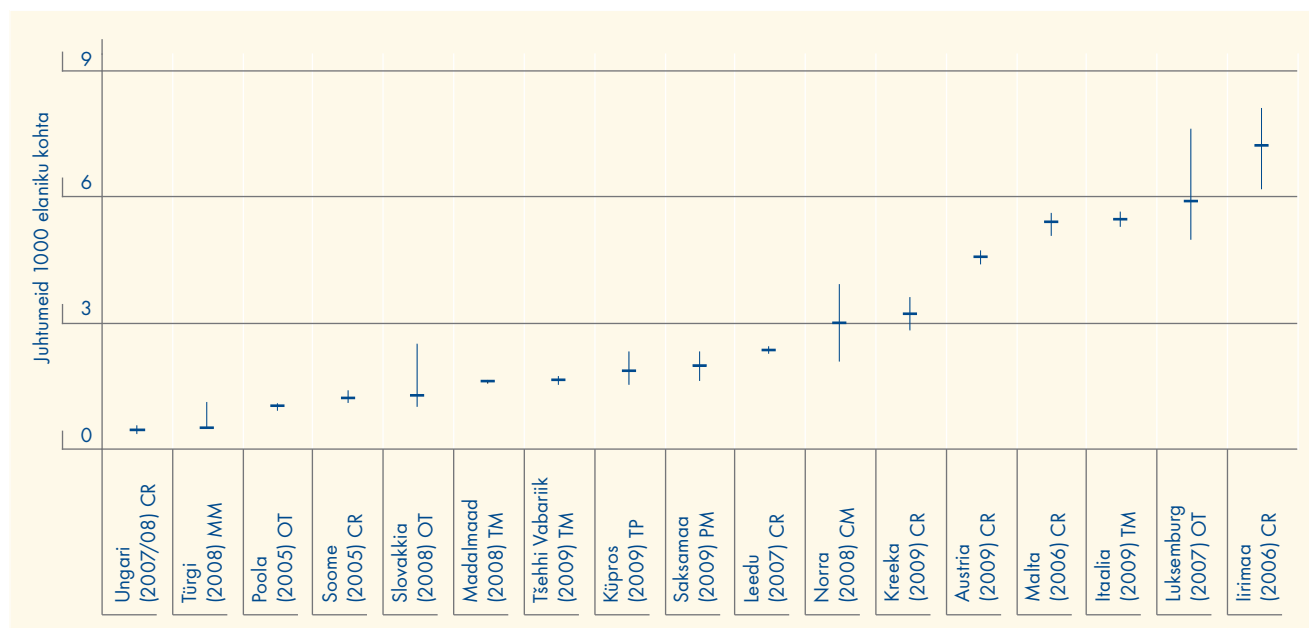
Ungari on teatanud vähem kui ühest juhtumist 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas.

Riiklike uuringute põhjal arvutatud keskmine probleemse opioiditarbimise levimus Euroopa Liidus ja Norras jääb hinnanguliselt vahemikku 3,6–4,4 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. See tähendab, et Euroopa Liidus ja Norras oli 2009. aastal ligikaudu 1,3 miljonit (1,3–1,4 miljonit) probleemset opioiditarbijat. Võrdluseks on Euroopa Liidu naaberriike käsitlevad hinnangud suured: Venemaal 16 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (UNODC, 2009) ja Ukrainas 10–13 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (UNODC, 2010). Euroopa keskmisest suurematest probleemse opioiditarbimise levimuse hinnangutest on teatatud ka mujal arenenud riikides: 15–64aastaste vanuserühmas on juhtumeid 1000 elaniku kohta Austraalias 6,3 (Chalmers et al., 2009), Kanadas 5,0 ja Ameerika Ühendriikides 5,8 (UNODC, 2010). Riikide võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, kuna asjaomased sihtrühmad võivad olla määratletud erinevalt.

Ravi alustavad opioiditarbijad

Opioide nimetas ravi alustamisel peamise narkootikumina ligikaudu 216 000 inimest ehk 51% kõikidest isikutest, kes alustasid 2009. aastal 29 Euroopa riigis

Joonis 11. Hinnanguline probleemse opioiditarbimise aastane levimus (15–64aastaste vanuserühmas)



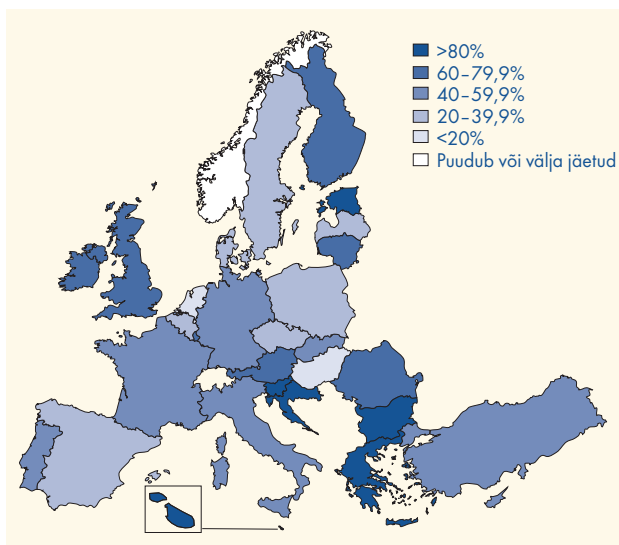
NB! Sümbol tähistab punkthinnangut ja vertikaalne märgis määramatusvahemikku: mis võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil. Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad mõnevõrra erineda, mistõttu tuleks võrdlemisega olla ettevaatlik. Ebastandardseid vanuserühmi kasutati Soome (15–54), Malta (12–64) ja Poola (kõik vanuserühmad) uuringutes. Kõigi kolme riigi määrasid korrigeeriti vastavaks vanuserühmale 15–64. Saksamaa korral tähistab esitatud rida kõikide olemasolevate hinnangute korral vahemikku madalaima alampiiri ja kõrgeima ülempiiri vahel ning punkthinnang keskmi keskpunkti. Hinnangumeetodite lühendid: CR = püüdmine-tabamine; TM = ravikordisti; MM = suremuse kordisti; CM = kombineeritud meetodid; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; PM = politsei kordisti; OT = muud meetodid. Täiendava teabe saamiseks vt 2011.aasta statistikabülletäänis joonist PDU-1 (iii osa) ja tabelit PDU-102.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

spetsiaalset narkomaaniaravi. Üle Euroopa esineb aga märkimisväärsed erinevusi: opioiditarbijad moodustavad kuues riigis rohkem kui 80% kõikidest ravi alustajatest, seitsmes riigis 60–80% ja ülejäänud 16-st riigist ainult kaks teatas, et opioiditarbijate osakaal jääb alla 20% ravi alustajatest (joonis 12). Peale selle nimetas veel 30 000 muude uimastite kasutajat (9% narkomaaniaravil viibivatest isikutest) opioide oma teise narkootikumina ⁽⁹¹⁾.

Spetsialiseeritud ravi alustavate opioiditarbijate keskmine vanus on 34 aastat, ent enamikus riikides on naissoost patsiendid ja esimest korda ravi alustavad isikud nooremad. Üle Euroopa ületab meessoost opioiditarbijatest patsientide arv naissoost patsientide arvu umbes kolm ühele, Põhjamaades on meeste ja naiste suhtarvud tavaliselt väiksemad. Üldiselt iseloomustab ravi alustavaid opioiditarbijaid peamise narkootikumina muid uimasteid nimetanud patsientidest suurem töötuse määr, madalam haridustase ja psühhiaatriliste haiguste esinemise kõrgem tase ⁽⁹²⁾.

Joonis 12. Opiode peamise narkootikumina tarbivate isikute osakaal 2009. aastal narkomaaniaravile pöördujate hulgas



NB! Andmed on esitatud nende isikute osakaalu kohta, kelle puhul on teada, millist uimastit nad peamiselt tarvitavad (92% teatatud patsientidest). Koostatud 2009. aasta või viimati teatatud aasta andmete põhjal. Läti, Leedu ja Portugali andmed hõlmavad patsiente, kes ilmusid ravile esimest korda elus. Mõnest riigist, sh Belgiast, Tšehhi Vabariigist, Saksamaalt ja Prantsusmaalt laekunud andmed opioide peamise uimastina tarvitavate isikute kohta võivad olla puudulikud, sest paljud neist saavad ravi perearstide juures ning seetõttu ei pruugi nende andmed sisaldada ravivajaduse indikaatoris.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Peaaegu poolte opioiditarbijatest patsientide sõnul kasutasid nad nimetatud uimastit enne 20. eluaastat (47%) ja valdav enamik tegi seda enne 30. eluaastat (88%). Opioidide tõttu ravil viibivate isikute teatel on opioidide esmakordse tarbimise ja esmakordse ravi alustamise vahe keskmiselt üheksa aastat, kuid naiste puhul on kõnealune vahe keskmiselt lühem (seitse aastat) ⁽⁹³⁾. Tavalise manustamisviisina nimetab ligikaudu 40% Euroopas ravi alustavaid opioiditarbijaid uimasti süstimist ning ülejäänud 60% selle ninnatõmbamist, sissehingamist või suitsetamist. Ligi kahe kolmandiku (64%) opioidide tõttu ravil viibivate isikute teatel kasutasid nad ravile eelneva kuu jooksul uimastit igapäevaselt ⁽⁹⁴⁾ ja enamik neist kasutab ka teist uimastit, milleks on sageli alkohol, kanep, kokaiin või muud stimulandid. Patsientide hulgas on üpris levinud heroïini ja kokaiini (sealhulgas crack'i) kombineerimine, mida võidakse süstida koos või tarbida eraldi.

Probleemse opioiditarbimise suundumused

Probleemse opioiditarbimise levimuse kohta korduvalt hinnanguid esitanud kaheksa riigi andmed aastate 2004–2009 kohta osutavad suhteliselt muutumatule olukorrale. Ajavahemiku 2004–2009 kohta andmeid omavast 17 Euroopa riigist koosneva valimi põhjal on spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide teatatud arv, sealhulgas peamiselt heroïini kasutamise tõttu ravi alustaja arv Euroopas üldiselt kasvanud (123 000-lt 143 000-ni). Sellise kasvu põhjuseks võib aga suurel määral olla pigem heroïinitarbijate korduv ravileminek, mitte esmakordne ravi alustamine ⁽⁹⁵⁾. Esimest korda ravi alustavate patsientide arv on püsunud peaaegu muutumatu (18 riigist koosneva valimi põhjal 32 000) ⁽⁹⁶⁾. 2004.–2009. aasta andmed narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade kohta, mis on seotud põhiliselt opioidide tarbimisega, püsisid enamikus aruandvates riikides muutumatud või näitasid kasvu kuni 2008. aastani. Nüüd osutavad 2009. aasta esialgsed andmed stabiilsele või vähenevale surmajuhtumite arvule ⁽⁹⁷⁾.

Hoolimata üldiselt stabiilsele olukorrale viitavatest näitajatest on muutumas Euroopa opioidiprobleemi tunnused.

Opioidide tõttu ravil viibivate isikute keskmine vanus on kerkinud, samas on nende hulgas vähenenud süstivate narkomaanide osakaal ning tõusnud muude opioidide kui heroïini ja mitme uimasti koostarvitajate osakaal ⁽⁹⁸⁾.

⁽⁹¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis TDI-2 (ii osa) ning tabelid TDI-5 ja TDI-22. Andmed pärinevad ambulatoorsetest ja statsionaarsetest ravikeskustest.

⁽⁹²⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 ja TDI-103.

⁽⁹³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-11, TDI-33, TDI-106 (i osa) ja TDI-107 (i osa).

⁽⁹⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-18 ja TDI-111.

⁽⁹⁵⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonised TDI-1 ja TDI-3.

⁽⁹⁶⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-3 ja TDI-5.

⁽⁹⁷⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel DRD-2 (i osa).

⁽⁹⁸⁾ Vt 2008., 2009., 2010. ja 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-113 ja 2009. aasta statistikabülletääni tabel TDI-114. Aastate 2005–2009 kohta esitatud andmed on kättesaadavad opioidi tüübi kaupa liigitatuna. Vt ka EMCDDA (2010f).

Muud opioideid kui heroiin

Muude opioideid kui heroini ebaseadusliku tarbimise kasvust on teatanud Austraalia, Kanada, Euroopa riigid ja Ameerika Ühendriigid (SAMHSA, 2009). Enamikku neist ainetest kasutatakse meditsiinipraktikas valuvaigistina (morfiin, fentanüül, kodeiin, oksükodoon, hüdrokodoon) või asendusravimina heroinisõltuvuse ravis (metadoon, buprenorfiin). Sarnaselt heroiniile võib selliste ainete mittemeditsiinilise kasutamise kaasneda mitmesuguseid kahjulikke mõjusid tervisele, sealhulgas sõltuvus, üleannustamine ja süstimisest tulenev kahju.

Euroopas nimetab kõikidest ravi alustajatest ligikaudu 5% (ligikaudu 200 000 patsienti) oma peamise narkootikumina opioideid kui heroini. Neil on suur osakaal eelkõige Eestis, kus 75% ravi alustajate teatel on nende peamine narkootikum fentanüül, ja Soomes, kus 58% ravi alustajate peamine narkootikum on buprenorfiin. Muud riigid, kus märkimisväärne osa patsientidest nimetab oma peamise narkootikumina metadooni, morfiini ja teisi opioide, on Taani, Prantsusmaa, Austria, Slovakkia ja Rootsi, kus muude opioideid kui heroini tarbijad moodustavad 7–71% kõikidest narkomaaniravil viibivatest isikutest ⁽¹⁾. Ka Tšehhi Vabariigi teatel moodustasid buprenorfiini tarbijad aastatel 2006–2009 kõikidest probleemsetest opioiiditarbijatest üle 40%.

Opioideid ebaseadusliku kasutamise tase võib olla seotud mitmesuguste teguritega, sealhulgas uimastituru ja retseptide väljastamise tavade. Näiteks võib heroini kättesaadavuse vähenemine ja selle hinna tõus tingida muude opioideid kasutamise, nagu täheldati Eestis fentanüüli puhul (Talv *et al.*, 2010) ja Soomes buprenorfiini puhul (Aalto *et al.*, 2007). Opioideid ebaseaduslik kasutamine võib kaasneda ka sobimatute retseptide väljastamisega. Asendusravi laienemine koos järelevalve puudumisega võib tekitada ebaseadusliku turu, samas kui sellise ravi kättesaadavuse piiratud ja asendusravimi liiga väikeste dooside väljakirjutamise tulemusel võivad tarbijad iseravimise käigus kasutada muid aineid (Bell, 2010; Roche *et al.*, 2011; Romelsjö *et al.*, 2010).

⁽¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-113.

Narkootikumide süstimine

Süstivatel narkomaanidel on uimastitarbimisest tingitud terviseprobleemide tekke, näiteks vere kaudu levivatesse nakkushaigustesse (nt HIVi/AIDSi, hepatiiti) nakatumise või narkootikumide üleannustamise oht väga suur. Enamikus Euroopa riikides seostub süstimine üldiselt opioiiditarbimisega, kuid mõnes riigis ka amfetamiinide kasutamisega.

Vaid 14 riiki suutis esitada uuemad hinnangud narkootikumide süstimise levimuse kohta ⁽⁹⁹⁾. Olemasolevad

andmed näitavad suuri riikidevahelisi erinevusi ning 15–64aastaste vanuserühmas jäävad hinnangud vahemikku üks kuni viis juhtumit 1000 elaniku kohta, kusjuures Eestis on teatatud erakordselt kõrge tasemest – 15 juhtumit 1000 elaniku kohta. Kõnealuse 14 riigi andmeid kokku võttes näitavad arvutused, et 15–64aastaste vanuserühmas on keskmiselt 2,6 süstivat narkomaani 1000 elaniku kohta. Lisaks aktiivsetele süstijatele on Euroopas ka palju endisi süstivaid narkomaane (Sweeting *et al.*, 2008), ent enamikus ELi liikmesriikides puuduvad nende kohta andmed.

Ligikaudu 41% spetsiaalset narkomaaniravi alustavatest peamiselt opioide tarbivatest patsientidest, kellest paljud kasutavad heroini, nimetavad tavalise manustamisviisina süstimist. Süstimise tase opioiiditarbijate hulgas on riigiti väga erinev, ulatudes 8%-st Madalmaades 99%-ni Lätis ja Leedus (joonis 13), mida võib seletada selliste teguritega nagu heroinikasutamise tagamaad asjaomases riigis, kättesaadava heroini liik (valge või pruun) ja hind ning selle tarbimise kultuur.

Andmete puudumise ja mõnel juhul hinnangute suure määramatuse tõttu on raske teha korduvate levimushinnangute põhjal järeldusi uimastite süstimise levimuse suundumuste kohta ajas. Olemasolevad andmed osutavad opioideid ja eeskätt heroini süstimise üldisele vähenemisele Euroopas. Mõnes riigis (Kreeka, Küpros, Ungari, Horvaatia, Norra) paistab süstimise tase aga püsivat stabiilne, samas kui Tšehhi Vabariik teatas süstijate ja eelkõige metamfetamiinitarbijate arvu kasvust aastatel 2004–2009 ⁽¹⁰⁰⁾.

Enamiku Euroopa riikide teatel vähenes aastatel 2004–2009 süstijate osakaal peamiselt heroini tarbivate patsientide hulgas. Need üksikud riigid, kus seda ei juhtunud, on teatanud ka heroinitarbijate suurimast osakaalust ravi alustavate patsientide hulgas.

Probleemse opioiiditarbimise ravi

Pakkumine ja ulatus

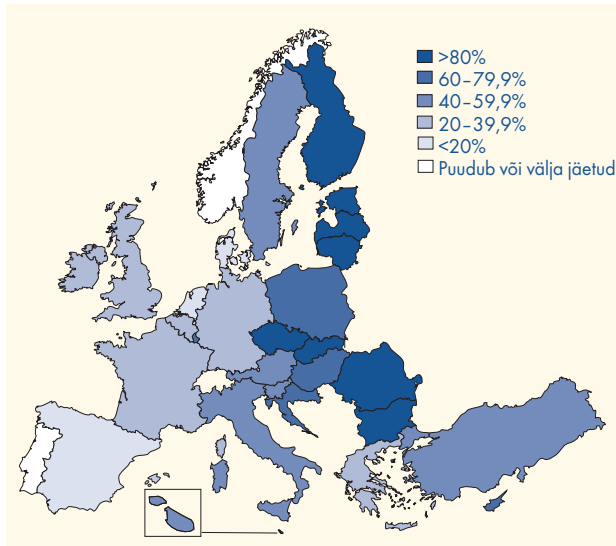
Kõikides ELi liikmesriikides, Horvaatias, Türgis ja Norras on opioiiditarbijatele kättesaadav nii ravimiteta ravi kui ka asendusravi. Enamikus riikides toimub ravi ambulatoorsetes raviasutustes, mis võivad hõlmata spetsialiseerunud ravikeskusi, perearstikabinette ja madala läve asutusi. Mõnes riigis on opioidisõltuvuse ravis oluline osa statsionaarse ravi asutustel ⁽¹⁰¹⁾. Üksikutes riikides pakutakse krooniliste heroinitarbijate valitud rühmale ka heroini toetusel antavat ravi.

⁽⁹⁹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis PDU-2.

⁽¹⁰⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel PDU-6 (iii osa).

⁽¹⁰¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-24.

Joonis 13. 2009. aastal narkomaaniravi alustanud peamiselt opioide tarvitavad patsiendid, kes kasutavad tavaliselt manustamisviisina süstimist.



NB! Andmed näitavad nende teatatud patsientide osakaalu, kelle puhul on manustamisviis teada. Koostatud 2009. aasta või viimati teatatud aasta andmete põhjal. Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel TDI-5 (iii osa) ja (iv osa).

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Opioiditarbijate puhul eelneb ravimiteta ravile tavaliselt võõrutusprogramm, mille käigus aidatakse neil ravimite abil toime tulla füüsiliste võõrutusnähtudega. Sellise raviviisiga nõutakse isikutelt üldiselt kõikidest ainetest, sealhulgas asendusravimitest loobumist. Patsiendid osalevad igapäevastes tegevustes ja neile pakutakse intensiivset psühholoogilist toetust. Ravi võib küll toimuda nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt, ent kõige sagedamini teatatakse kohapeal elamise programmide (või rehabilitatsiooniprogrammide), millest paljudes kasutatakse rühmaterraapia põhimõtet või Minnesota mudelit.

Asendusravi, millega üldjuhul kaasneb psühhosotsiaalne hooldus, on tavaliselt võimalik saada spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes. 14 riiki on teatanud, et asendusravi pakutakse ka perearstikabinettides, harilikult perearstikabinetiga ühishoolduse asutustes. Asendusravi saavate opioiditarbijate koguarvuks Euroopa Liidus, Horvaatias ja Norras hinnatakse 700 000 (neist 690 000 ELi liikmesriikides), kui 2007. aastal oli see 650 000 ja 2003. aastal ligikaudu pool miljonit^[102]. Valdav osa asendusravist toimub jätkuvalt 15 riigis, kes olid ELi liikmesriigid enne 2004. aastat (ligikaudu 95% kogu pakutavast ravist), ning nende riikide asjaomased näitajad kasvasid aastatel 2003–2009 (joonis 14). Kõnealuste riikide hulgas täheldati suurimat kasvu Soomes, kus see oli

Heroiinipõud Euroopas?

Esitatud andmetel vähenes 2010. aasta lõpus ning 2011. aasta alguses Ühendkuningriigis ja Iirimaa järsult heroini kättesaadavus. Seda toetavad andmed, mille kohaselt on märkimisväärselt vähenenud Ühendkuningriigis 2009. aasta kolmanda kvartali ja 2010. aasta kolmanda kvartali vahel konfiskeeritud heroini puhtus (UNODC, 2011).

Puudujäägi ulatus teistes Euroopa riikides ei ole nii selge, kuigi esitatud andmetel on heroini puudust esinenud nii Itaalias kui ka Sloveenias. Muude ELi liikmesriikide, sealhulgas Saksamaa, Prantsusmaa ja Skandinaavia riikide teatel on heroini kättesaadavus kahanenud vähe või üldse mitte.

Ilmse heroini puuduse selgitamiseks on esitatud mitu põhjust. Esiteks on pakutud, et see võib olla tingitud oopiumitootmise langusest Afganistanis 2010. aasta kevadel esinenud unimaguna närbumistõve tagajärjel. See on aga vaieldav, kuna politseiaruannete kohaselt ei pruugi Afganistani oopiumist valmistatud heroini ilmuda Euroopa uimastiturgudele enne 18 kuu möödumist saagi koristamisest. Teiseks on väidetud, et Lääne-Euroopale mõeldud heroini on suunatud Venemaa turule, ent ka Venemaal paistab valitsevat heroini puudust. Samuti on välja pakutud, et narkokaubandust on häirinud õiguskaitsealane tegevus, eelkõige Türgi ja Ühendkuningriigi vaheliste heroini hulgimüügivõrkude likvideerimine. Ühtlasi on Euroopas viimastel aastatel (2007, 2008) konfiskeeritud rekordiliselt heroini lähteainet äädikhape anhüdriidi ning sellised konfiskeerimised võisid turgu pikaajaliselt mõjutada. Lõpuks võivad heroini pakkumisele Euroopas avaldada mõju ka muud sündmused Afganistanis, nagu ulatuslik lahingutegevus riigi lõunaosas ning heroini laborite ja oopiumivarude vastu suunatud õiguskaitsemeetmed.

Tõenäoliselt oli mõne nimetatud teguri koostoimel oma osa Euroopa heroini pakkumise häirimisel, mis on tinginud mõnel turul suuri puudujääke.

kolmekordne, ning Austrias ja Kreekas, kus ravisaajate arv kahekordistus.

12 ELi hiljem ühinenud riigis asendusravi saajate arv peaaegu kolmekordistus aastatel 2003–2009, algselt 6400-lt 18 000-ni. Võrdlusaastaga 2003 võrreldes toimus järsk kasv aastatel 2005–2007, ent edaspidi on see arv vähe kasvanud. Asjaomasel kuueaastasel ajavahemikul laienes asendusravi kõnealuste riikide hulgas proportsionaalselt kõige enam Eestis (16-kordne kasv 60-lt patsiendilt 1000-ni, kuigi see moodustab vaid 5% opioidisüstijatest) ja Bulgaarias (kaheksakordne kasv), samas kui Lätis kasvas patsientide arv kolm korda. Väikseimast kasvust teatasid Slovakkia ja Ungari ning Rumeenias püsis patsientide arv peaaegu muutumatu. Asendusravi ulatuslikum pakkumine võib olla seotud mitme teguriga, mille hulka kuuluvad narkootikumide süstimise

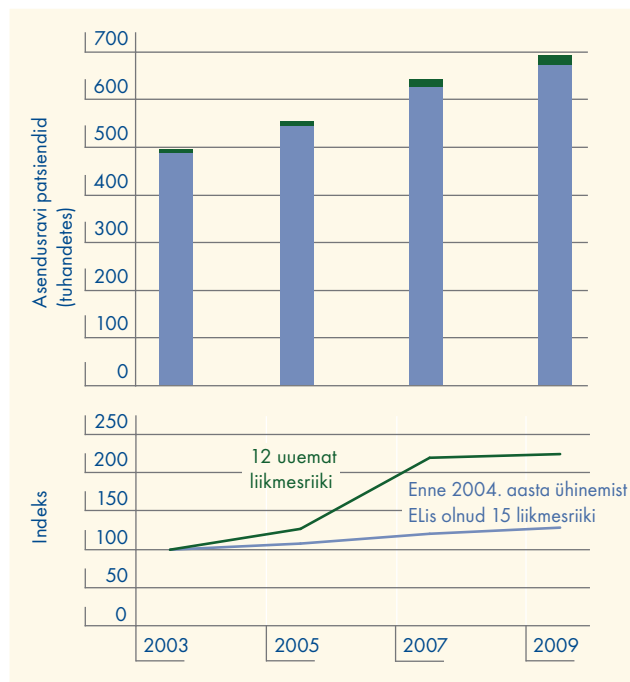
[102] Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-3.

ja sellega seotud HIV-nakkuse kõrge tase, kooskõla tagamine ELi narkostrategiaga ning rahvusvaheliste organisatsioonide, näiteks Ülemaailmse AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaria Vastu Võitlemise Fondi ja ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (UNODC) rahastatavad katseprojektid.

Asendusravi saavate patsientide arvu võrdlus probleemsete opioiditarbijate arvuga osutab sellele, et asendusravi saamise tase on Euroopas erinev. 16 riigist, mille kohta on kättesaadavad probleemsete opioiditarbijate arvu usaldusväärsed hinnangud, moodustab kaheksa teatelt asendusravi saajate arv 40% või enam asjaomasest sihtrühmast. Seitse nimetatud riiki olid ELi liikmesriigid enne 2004. aastat ja kaheksas suure raviulatusega riik on Malta. Raviulatus on Madalmaades 37% ning Tšehhi Vabariigis ja Ungaris 32%. Viiest riigist, kes teatasid alla 30% raviulatusest, on neli uued liikmesriigid. Ainus erand selles rühmas on Kreeka, kus ravi ulatus on hinnanguliselt 23% ⁽¹⁰³⁾.

Kesk- ja Ida-Euroopa riigid on teatanud asendusravi kättesaadavuse, kvaliteedi ja pakkumise parandamiseks võetud meetmetest. 2010. aastal anti Leedus välja

Joonis 14. Opioidide asendusravi patsiendid 2004. aasta ühinemiseelses 15 liikmesriigis ja 12 uue ELi liikmesriigis – hinnangulised näitajad ja indekseeritud suundumused



NB! Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletäni joonist HSR-2.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

ravijuhend opioidisõltuvuse raviks metadooni ja buprenorfiiniga. Lätis laieneb asendusravi geograafiline kättesaadavus ja raviteenuseid pakutakse ka väljaspool pealinna Riiat. Tšehhi Vabariigis on vastu võetud eeskirjad opioidide asendusravi rahastamiseks riikliku ravikindlustuse raames. Esitatud andmetel piirab aga asendusravi rahastamise puudulikkus geograafiliselt selle pakkumist Poolas ja vähendab Bulgaarias oluliselt ravieagade kättesaadavust peamiste asendusravi pakujate puhul, kelleks on väljastpoolt avalikku sektorit rahastatavad organisatsioonid.

Üldiselt on asendusravi hinnanguliselt kättesaadav pooltele Euroopa Liidu probleemsetele opioiditarbijatele ning see tase on võrreldav Austraalia ja Ameerika Ühendriikidega, ent kõrgem Kanada teatatud tasemest. Hiina on teatanud palju madalamast tasemest, samas kui Venemaa ei ole sellist raviliiki kasutusele võtnud, kuigi seal on hinnanguliselt kõige suurem arv probleemseid opioiditarbijaid (vt tabel 11).

Euroopas on kõige tavalisem väljakirjutatav asendusravim metadoon, mida saab kuni kolmveerand patsientidest. Buprenorfiini kirjutatakse välja kuni veerandile Euroopas asendusravi saavatele patsientidele ning see on põhiline asendusravim Tšehhi Vabariigis, Prantsusmaal, Küprosel, Soomes, Rootsis ja Horvaatias ⁽¹⁰⁴⁾. Buprenorfiini-naloksooni kombinatsiooni on võimalik kasutada 15 riigis. Ravi pikatoimelise suukaudse morfiini (vt allpool), kodeiini (Saksamaa, Küpros) ja diatsetüülmorfiiniga ⁽¹⁰⁵⁾ (Belgia, Taani, Saksamaa, Hispaania, Madalmaad, Ühendkuningriik) moodustab vaid väikese osa ravi kogumahust.

Tabel 11. Hinnanguline rahvusvaheline võrdlus probleemsete opioiditarbijate ja opioidide asendusravi saavate patsientide arvu vahel

	Probleemsed opioiditarbijad	Opioidide asendusravi saavad patsiendid
Euroopa Liit ja Norra	1 300 000	695 000
Austraalia	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
Hiina	2 500 000	242 000
Venemaa	1 600 000	0
USA	1 200 000	660 000

NB! Allikad: 2009. aasta, v.a Kanada (võrdlusaasta on 2003). Arfken et al. (2010), Chalmers et al. (2009), Popova et al. (2006), UNODC (2010b); Yin et al. (2010).

⁽¹⁰³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni joonist HSR-1.

⁽¹⁰⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletäni tabel HSR-3.

⁽¹⁰⁵⁾ Vt kast „Heroiinil põhinev ravi“.

Peale laiemalt levinud asendusravimite kasutatakse Bulgaarias, Austrias, Sloveenias ja Slovakkias praegu opioidisõltuvuse asendusravis alternatiivse ravimina ka pikatoimelist suukaudset morfiini, mis algselt litsentseeriti vähihaigete puhul valuvaigistina kasutamiseks. 13 uuringu hiljutises ülevaates (Jegu *et al.*, 2011) jõuti järeldusele, et selle aine puhul oli ravil püsimise tase piisavalt kõrge (80,6–90%) ning see ei erinenud metadooni puhul teatatud tasemest. Suurema osa uuringute põhjal avaldas morfiini kasutamine positiivset mõju seoses elukvaliteedi, võõrutusnähtude, tarbimissoovi ja ebaseadusliku uimastitarbimisega, kuid neis ei esitatud võrdlust muude asendusravimitega. Täpsemat teavet on oodata varsti avaldatavast Cochrane'i süsteemsest ülevaatest.

Heroiinil põhinev ravi

Heroiinil põhinevat ravi saab kokku ligikaudu 1100 probleemset opioiditarbijat viies ELi liikmesriigis (Taani, Saksamaa, Hispaania, Madalmaad, Ühendkuningriik) ja 1360 probleemset opioiditarbijat Šveitsis. Kõnealust ravi ei soovitata esimese võimalusena, vaid pakutakse patsientidele, kelle puhul ei mõju muud lähenemised, näiteks metadooni hooldusravi. Kõik süstitavad annused (tavaliselt ligikaudu 200 milligrammi diarmorfiini ühe süsti kohta) manustatakse otsese järelevalve all, et tagada nõuetele vastavus ja ohutus ning vältida ebaseaduslike turgude võimalikku kasutamist; seetõttu peavad kliinikud olema avatud iga päev ja pakkuma mitut seanssi päevas.

Viimase viieteistkümneme aasta jooksul on seda liiki ravi tulemuste ja kulutõhususe uurimiseks korraldatud kuus randomiseeritud kliinilist uuringut (vt EMCDDA, 2011a). Kõikides uuringutes osalesid kroonilised heroinisõltlased, kelle puhul muud raviviisid olid korduvalt läbi kukkunud ja kellele määrati pisteliselt heroiiniravi või suukaudne metadooniravi. Uuringutes kasutati erinevaid meetodeid ja muutujaid tulemuste hindamiseks ning seepärast on nende tulemused vaid teataval määral järjepidevad. Üldiselt osutavad need, et järelevalve all toimival heroinisüstimisega koos täiendavate metadooniannustega on lisandväärtus pikaajaliste opioiditarbijate jaoks, kelle puhul muud lähenemised ei ole toimunud. Patsiendid kasutasid vähem tänavalt ostetud uimasteid ning nende füüsiline ja vaimne tervis paistis teataval määral paranevat.

Heroiinil põhineva ravi kuluks patsiendi kohta aastas hinnatakse 19 020 eurot Saksamaal ja 20 410 eurot Madalmaades (korregeeritud 2009. aasta hindadega). See on oluliselt rohkem kui patsiendi üheaastase suukaudse metadooniravi maksumus, mis on hinnanguliselt 3490 eurot Saksamaal ja 1634 eurot Madalmaades. Heroiini- ja metadooniravi hinnavahe tuleneb suuresti kõrgematest nõuetest spetsialiseerunud kliinikute töötajatele. Suuremast hinnast hoolimata on tõestatud, et valitud rühma krooniliste heroinitarbijate puhul on heroiiniravi kulutõhus (EMCDDA, 2011a).

Opioiditarbijate ravi tõhusus ja tulemused

Opioiditarbijate puhul peetakse kõige tõhusamaks raviviisiks psühhosotsiaalsete sekkumistega kombineeritud asendusravi. Võrreldes võõrutamise või ravi puudumisega on nii metadooniravi kui ka ravi suurte buprenorfiinannustega taganud paremad ravil püsimise määrad ning andnud oluliselt paremaid tulemusi seoses uimastitarbimise, kuritegevuse, riskikäitumise, HIVi nakatumise, üleannustamise ja üldise haigestumusega (Maailma Terviseorganisatsioon, 2009).

Mitmes hiljutises uuringus on keskendunud ravimitele, mis võiksid asendusravi täiendada. Kahes süsteemses ülevaates uuriti, kas antidepressandid vähendavad metadooni- või buprenorfiinipatsientide puhul ravist loobumist, kuid ei leitud tõendeid nende tõhususe kohta (Pani *et al.*, 2010b; Stein *et al.*, 2010). Teises uuringus näidati, et stabiilsete metadoonipatsientide puhul võib üks täiendav metadooniannus vähendada tarbimissoovist tingitud meeoluprobleeme (Strasser *et al.*, 2010).

Opioidireseptorite antagonistide naltreksooni kasutatakse opioiditarbimise taasalustamise vältimiseks. Väikesemahulises uuringus leiti, et naltreksooni implantaadid on nii tarbimissoovi kui ka tagasilanguse vähendamisel suukaudsest naltreksoonist tõhusamad (Hulse *et al.*, 2010). Vabanenud vangide seas korraldatud uuringus tõendati, et heroini ja bensodiasepiinide tarbimise vähendamisel andsid naltreksooni implantaadid metadooniga samaväärse tulemuse (Lobmaier *et al.*, 2010). Ameerika Ühendriikides on katsetatud ka nõuete mittetäitmise ja ravist kõrvalehoidmise vältimiseks väljatöötatud buprenorfiini implantaate, võrreldes neid platseebo implantaatidega. Esialgne uuring näitas uimastitarbimisest loobumise osas väikest erinevust aktiivsete implantaatide kasuks (Ling *et al.*, 2010) ning järgmise sammuna võrreldakse kõnealuseid implantaate muude ravivormidega (O'Connor, 2010). Euroopas katsetatakse Soomes korraldatud uuringuga, kas Suboxone'i manustamine tarbimist registreeriva elektroonilise seadme kaudu parandab nõuete täitmist ja vähendab kodus tarbitavate ravimite väärkasutamist.

Ravitulemusi käsitlevad teadusuuringud on andnud teatavaid julgustavaid tulemusi. Narkomaaniravi tulemusi käsitlevas teadusuuringus hinnati 12 kuu jooksul ravitulemusi 1796 uimastitarbija puhul, kes olid värvatud 342 asutusest (¹⁰⁶) üle Inglismaa (Jones, A. *et al.*, 2009). Esimestel intervjuudel osalenud heroinitarbijatest oli järgneva intervjuu ajaks uimasti kasutamise lõpetanud 44% ja teise järgneva vestluse ajaks 49% ning vähenemine oli märkimisväärne ka kõikide muude uuringus hinnatud peamiste uimastite puhul.

^[106] Kogukonnapõhine ravi (peamiselt suukaudne metadooni hooldusravi) ja statsionaarne ravi.

Suukaudne asendusravi raseduse ajal

Opioidisõltlastest lapseootel emadel soovitatakse kasutada raseduse ajal metadoonasendusravi. Kuigi paljud naised soovivad rasedusest teada saades opioidide tarbimise lõpetada, tuleks raseduse ajal vältida opioidide võõrutusnähte, sest nendega kaasneb suur risk hakata uuesti heroini kasutama ja oht, et võõrutusnähud kutsuvad esile raseduse katkemise või enneaegse sünnituse (Maailma Terviseorganisatsioon, 2009). Sünnieelset kokkupuudet metadooniga seostatakse aga ka vastsündinute abstinentsisündroomiga, mis nõuab ravimeid ja haiglaravi.

Buprenorfiin on hooldusravis metadooni alternatiiv ja hiljuti uuriti seda 175 opioidisõltlasest rasedast naisest koosneva

valimi põhjal, kes osalesid rahvusvahelises randomiseeritud kontrollitud katses (Jones, H. et al., 2009a), mis viidi läbi kuues asukohas Ameerika Ühendriikides ning ühes asukohas Kanadas ja Viinis. 13. ja 30. rasedusnädala vahel katsesse kaasatud naistele määrati pisteliselt metadooni- või buprenorfiiniravi ning neid ja nende vastsündinuid jälgiti, kuni sünnitusest oli möödunud kuus kuud. Sarnaselt muudele uuringutele kaasnes ka siin buprenorfiiniga suurem ravi lõpetamise määr (33%) kui metadooni puhul (18%), ent buprenorfiini saanud emade lapsed paistsid vastsündinute abstinentsisündroomi ravil vajavat vähem morfiini ja vähemat arvu haiglapäevi. Uuringus jõuti järeldusele, et ravil püsimise korral saab raseduse ajal opioidisõltuvuse raviks kasutada rasedatel buprenorfiini või metadooni (Jones, H. et al., 2009b).



7. peatükk

Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad

Sissejuhatus

Uimastitarbimisel võib olla rohkesti negatiivseid tagajärgi, näiteks õnnetused, vaimse tervise häired, hingamisteede haigused, südame-veresoonkonna probleemid, töötus või kodutus. Kahjulikud tagajärjed on eriti levinud probleemsete uimastikasutajate hulgas, kelle üldine tervislik ja sotsiaal-majanduslik olukord võib olla elanikkonna üldisest tasemest palju madalam.

Opioidide kasutamine ja uimastite süstimine on kaks uimastitarbimise vormi, mis on tihedalt seotud selliste kahjudega, eriti üleannustamise ja nakkushaigustesse nakatumisega. Kahe viimase aastakümne jooksul surmaga lõppenud üleannustamiste arv Euroopa Liidus on võrdne ühe üleannustamisest tingitud surmaga tunnis. Ka näitavad uuringud, et kahe viimase aastakümne jooksul on paljud uimastitarbijad surnud muudel põhjustel, näiteks AIDSi või enesetapu tõttu (Bargagli et al., 2006; Degenhardt et al., 2009).

Euroopa uimastipoliitikas on kesksel kohal uimastitarbimisega seotud suremuse ja haigestumuse vähendamine. Peamisteks selle valdkonna meetmeteks on riskirühmadele suunatud sekkumised ning keskendumine uimastitest tingitud kahjudega otseselt seotud käitumisele.

Uimastitega seotud nakkushaigused

EMCDDA jälgib süsteemselt HIVi ning B- ja C-hepatiiti nakatumist süstivate uimastitarbijate seas (¹⁰⁷). Nimetatud viiruste tekitatud nakkushaigused kuuluvad kõige tõsisemate uimastitarbimisest tingitud tervisehäirete hulka. Uimastitarbijaid võivad ebaproportsionaalselt mõjutada ka muud nakkushaigused, sealhulgas A- ja D-hepatiit, sugulisel teel levivad haigused, tuberkuloos, teetanus, botulism, antraks ja inimese T-lümfotroopne viirus.

HIV ja AIDS

2009. aasta lõpus oli süstivatel narkomaanidel diagnoositud uute HIVi juhtumite määr enamikus Euroopa Liidu riikides

madal ning nii muu maailma kui ka ülejäänud Euroopaga võrreldes näib olukord ELis olevat küllaltki hea (ECDC ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkond, 2009; Wiessing et al., 2009) (joonis 15). Vähemalt osaliselt võib see tuleneda ka ennetustegevuse ning ravi ja kahjude vähendamise meetmete, sealhulgas asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmide paremast kättesaadavusest. Oluline roll võib olla ka muudel teguritel, näiteks mitmes riigis täheldatud uimastite süstimise vähenemisel (EMCDDA, 2010g). 26 ELi liikmesriigis diagnoositud uute HIVi juhtumite keskmise määra põhjal saavutati 2009. aastal seni madalaim tase: 2,85 juhtumit miljoni elaniku kohta ehk 1299 uut teatatud juhtumit (¹⁰⁸). Sellele vaatamata nähtub andmetest, et mitmes Euroopa piirkonnas jätkus 2009. aastal uimastite süstimisest tingitud HIVi nakatumine, mis rõhutab kohaliku ennetustegevuse ulatuse ja tõhususe tagamise vajadust.

Olemasolevad andmed HIVi levimuse kohta ELi süstivate narkomaanide valimites on positiivsed ka võrreldes levimusega idapoolsetes naaberriikides (¹⁰⁹), kuigi uuringumeetodite ja käsitusala erinevuste tõttu tuleb riikidevahelistesse võrdlustesse suhtuda ettevaatlikult.

HIVi nakatumise suundumused

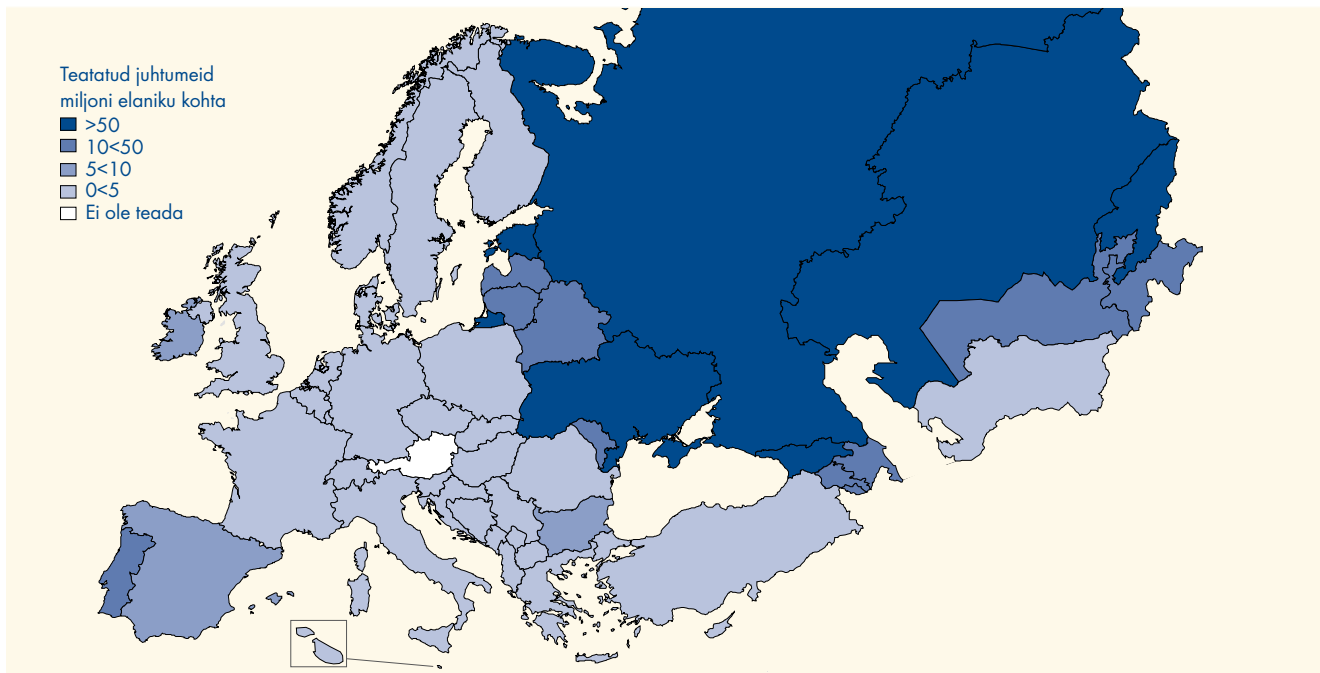
2009. aasta andmetest uimastisüstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude kohta selgub, et pärast aastatel 2001–2002 täheldatud kõrgpunkti, mis tulenes Eestis, Lätis ja Leedus esinenud nakkuspuhangutest, näitavad nakkusmäärad Euroopa Liidus üldiselt jätkuvalt langustendentsi. Viiest riigist, kes teatasid ajavahemikul 2004–2009 süstivate narkomaanide seas uute diagnoositud nakkusjuhtude kõrgeimatest määradest (Eesti, Hispaania, Läti, Leedu, Portugal), jätkus langustendents kolmes, ent tõusis uuesti Eestis ja Leedus võrreldes 2008. aasta tasemega (joonis 16) (¹¹⁰). Eestis oli kasv 26,8 juhtumilt miljoni elaniku kohta 2008. aastal 63,4 juhtumini miljoni elaniku kohta 2009. aastal ja Leedus 12,5 juhtumilt miljoni elaniku kohta 2008. aastal 34,9 juhtumini miljoni elaniku kohta 2009. aastal. Samas ajavahemikus kasvas uute nakkusjuhtude arv süstijate seas ka Bulgaarias,

(¹⁰⁷) Meetodite ja määratluste üksikasjade osas vt 2011. aasta statistikabülletään.

(¹⁰⁸) Puuduvad andmed Austria kohta. ELi liikmesriikide, Horvaatia, Türgi ja Norra keskmine määr on 2,44 juhtumit miljoni elaniku kohta.

(¹⁰⁹) Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel INF-1.

(¹¹⁰) Hispaania andmed ei ole üleriigilised.

Joonis 15. 2009. aastal Euroopas ja Kesk-Aasias diagnoositud uute HIVi juhtumite arv süstivate narkomaanide hulgas

NB! Värv näitab 2009. aastal diagnoositud äsja HIVi nakatunute määra miljoni elaniku kohta süstivate narkomaanide riskirühmas.

Allikad: ECDC ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkond, 2010. Venemaa andmed on saadud Föderalselt AIDSi Ennetamise ja Tõkestamise Uurimismetoodika Keskuselt. HIVi nakkus. Infobülletään nr. 34, lk 35, Moskva, 2010 (vene keeles).

tõustes 0,9 uuel juhtumilt miljoni elaniku kohta 2004. aastal 9,7 juhtumini miljoni elaniku kohta 2009. aastal, samas kui Rootsis saavutati kõrgpunkt 2007. aastal, kui diagnoositi 6,7 uut juhtumit miljoni elaniku kohta (61 uut diagnoosi). Need andmed näitavad, et mõnes riigis on jätkuvalt võimalus HIVi puhangute tekkeks süstivate narkomaanide seas.

Teatatud HIVi juhtusid käsitlevatele andmetele annavad olulist lisateavet andmed HIVi levimuse seire suundumuste kohta süstivate narkomaanide valimites. Aastate 2004–2009 levimuse suundumusi käsitlevad andmed on olemas 27 Euroopa riigis ⁽¹¹¹⁾. 19 riigis jäi HIVi levimus samaks. Viies riigis (Prantsusmaa, Itaalia, Austria, Poola, Portugal) näitas HIVi levimus langustendentsi; nimetatud riikidest kolme andmed põhinevad riiklikel valimitel, samas kui Prantsusmaal on suundumuse hindamise aluseks viie linna andmed. Austria üleriigilise valimi andmed ei muutunud, samas kui Viinis täheldati langust. Kaks riiki teatas HIVi levimuse kasvust: Slovakkia (üleriigilised andmed) ja Läti (nakatunute endi teatatud testitulemused seitsmest linnast). Bulgaaria riigi tasandi langus ei kajastu pealinna Sofia andmetes, kus suundumus näitab kasvu. Itaalias valitseb üleriigilisel tasandil langustendents, kuna 21 piirkonnast vaid üks teatas tõusust ⁽¹¹²⁾.

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

Vaatamata peamiselt langevatele suundumustele alates 2004. aastast, jäi 2009. aastal teatatud uute HIVi diagnooside määr (miljoni elaniku kohta) kõrgeks Eestis (63,4), Leedus (34,9), Lätis (32,7), Portugalis (13,4) ja Bulgaarias (9,7), mis näitab nendes riikides jätkuvalt suurt arvu uusi nakatusjuhte süstivate narkomaanide seas ⁽¹¹³⁾.

Muid viiteid HIVi nakatumise jätkumisele on täheldatud kuues riigis (Eesti, Hispaania, Prantsusmaa, Läti, Leedu, Poola), kus aastatel 2005–2007 ületas levimuse tase noorte (alla 25aastaste) süstivate narkomaanide hulgas 5% ⁽¹¹⁴⁾, ja kahes riigis (Bulgaaria, Küpros), kus levimus noorte süstivate narkomaanide seas aastatel 2004–2009 kasvas.

AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus

Kuigi andmed AIDSi haigestumuse kohta ei näita hästi HIVi nakatumise määra, võivad need olla olulised

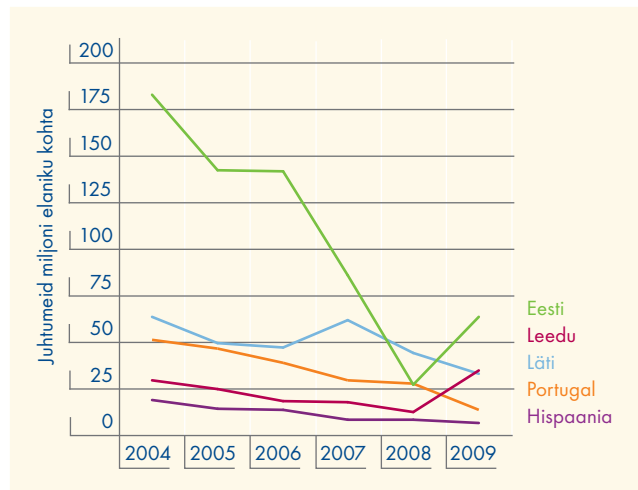
⁽¹¹¹⁾ Suundumusi käsitlevad andmed ei ole kättesaadavad Eesti, Iirimaa ja Türgi kohta. Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel INF-108.

⁽¹¹²⁾ Itaalia andmed käsitlevad ravil viibivaid uimastitarbijaid, kelle puhul ei ole teada, kas nad uimasteid süstivad, seega võib HIVi levimuse vähenemine tuleneda ka süstivate narkomaanide arvu vähenemisest testitud rahvastikuosas.

⁽¹¹³⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel INF-104.

⁽¹¹⁴⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel INF-109.

Joonis 16. Suundumused viies ELi liikmesriigis, kus viimaste andmete kohaselt on HIVi nakatunute määr süstivate narkomaanide seas kõige kõrgem



NB! 2010. aasta oktoobri lõpuks teatatud andmed, vt 2011. aasta statistika-bülletääni joonist INF-2.

Allikad: ECDC ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkond, 2010.

sümptomaatilise haigestumise taseme kindlakstegemisel. AIDSi haigestumise kõrge tase võib viidata sellele, et paljud HIVi nakatunud süstivad narkomaanid ei saa aktiivset retroviirusevastast ravi nakkuse piisavalt varajases etapis, mille tõttu kannatab ravi tõhusus. Hiljutine ülemaailmne uuring osutab, et mõnes Euroopa riigis võib see tõepoolest nii olla (Mathers et al., 2010).

Narkootikumide süstimisega seotud AIDSi haigestumus on nüüd kõrgeim Lätis, kus 2009. aastal oli hinnanguliselt 20,8 uut juhtumit miljoni elaniku kohta, mis näitab langust võrreldes 26,4 juhtumiga miljoni elaniku kohta 2008. aastal. Suhteliselt kõrgest AIDSi haigestumuse tasemest süstivate narkomaanide seas on teatanud ka Eesti, Hispaania, Portugal ja Leedu, kelle näitajad on vastavalt 19,4; 7,3; 6,6 ja 6,0 uut juhtumit miljoni elaniku kohta. Neist riikidest on aastate 2004–2009 suundumus langev Hispaanias ja Portugalis, kuid mitte Eestis ja Leedus (¹¹⁵).

B-ja C-hepatiit

Kõikjal Euroopas on süstivate narkomaanide seas laialt levinud viiruslik hepatiit ja eriti C-hepatiidi viiruse (HCV) põhjustatud nakkus. Ajavahemikus 2008–2009 jäi HCV antikehade levimismäär süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites vahemikku 22–83%, kusjuures 12-st riigist 8 teatasid 40% ületavast levimusest (¹¹⁶). Kolme

riigi (Tšehhi Vabariik, Ungari, Sloveenia) teatel jäi levimus alla 25%, kuid ka sellisel tasemel nakatumise määr kujutab tõsist rahvaterviseprobleemi.

Riigisisese HCV levimuse tasemed võivad olla üsna erinevad, peegeldades nii piirkondlikke erinevusi kui ka valimi eripära. Näiteks Itaalias kõiguvad piirkondlikud hinnangud vahemikus 37–81% (joonis 17).

Hiljutised uuringud (2008–2009) näitavad mitmekesist HCV levimust alla 25aastaste ja vähem kui kaks aastat uimasteid tarvitanud süstivate narkomaanide seas, mille põhjal võib järeldada, et Euroopa piires on HCV esinemise tasemed nendes elanikkonnarühmades erinevad (¹¹⁷). Sellele vaatamata tõestavad kõnealused uuringud, et paljud süstijad nakatuvad viirusesse üsna pea pärast süstimise alustamist. See tähendab, et ajavahemik, mille jooksul on võimalik HCV ennetusmeetmetega tõhusalt alustada, võib olla väga lühike.

Aastatel 2004–2009 teatasid HCV levimuse vähenemisest süstivate narkomaanide hulgas kaheksa riiki ja selle kasvust üks riik (Küpros) ning veel neli riiki teatas eri andmekogumite põhjal mitmesugustest suundumustest. Neid andmeid tuleks siiski käsitleda ettevaatlikult, sest mõnel juhul oli uuringute geograafiline ulatus ja/või valimi suurus piiratud (¹¹⁸). Ka noori süstijaid (alla 25aastased) käsitlevad uuringud osutavad, et mõnes riigis võib levimus selle rühma seas langeda üleriigilisel (Bulgaaria, Sloveenia, Ühendkuningriik) või piirkondlikul tasandil (Kreeta Kreekas, Vorarlberg Austrias), mis võib osutada nakatumise määra vähenemisele. Teatatud on aga ka selle tõusust (Küpros, Graz Austrias). Mõningaid nimetatud suundumusi kinnitavad andmed uute süstijate kohta (kes on süstinud vähem kui kaks aastat). HCV levimuse kasvust uute süstijate seas on teatanud Kreeka (Attica), samas kui selle langusest on teatanud Austria (Vorarlberg) ja Rootsi (Stockholm) (¹¹⁹).

B-hepatiidi viiruse (HBV) antikehade levimuses esineb samuti suuri erinevusi, mille põhjuseks võivad osaliselt olla erinevad vaksineerimistasemed, kuid oluline roll võib olla ka teistel teguritel. HBV nakkuse kohta kõige põhjalikumalt teavet sisaldav seroloogiline marker on HBsAg (B-hepatiidi viiruse pinnaantigeen), mis näitab nakkuse olemasolu. 14-st riigist, kes esitasid andmeid selle viiruse esinemise kohta süstivate narkomaanide seas, teatas aastatel 2004–2009 neli riiki uuringutest, mille kohaselt HBsAg levimus ületas 5% (Bulgaaria, Kreeka, Leedu, Rumeenia) (¹²⁰).

(¹¹⁵) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni joonis INF-1 ja tabel INF-104 (ii osa).

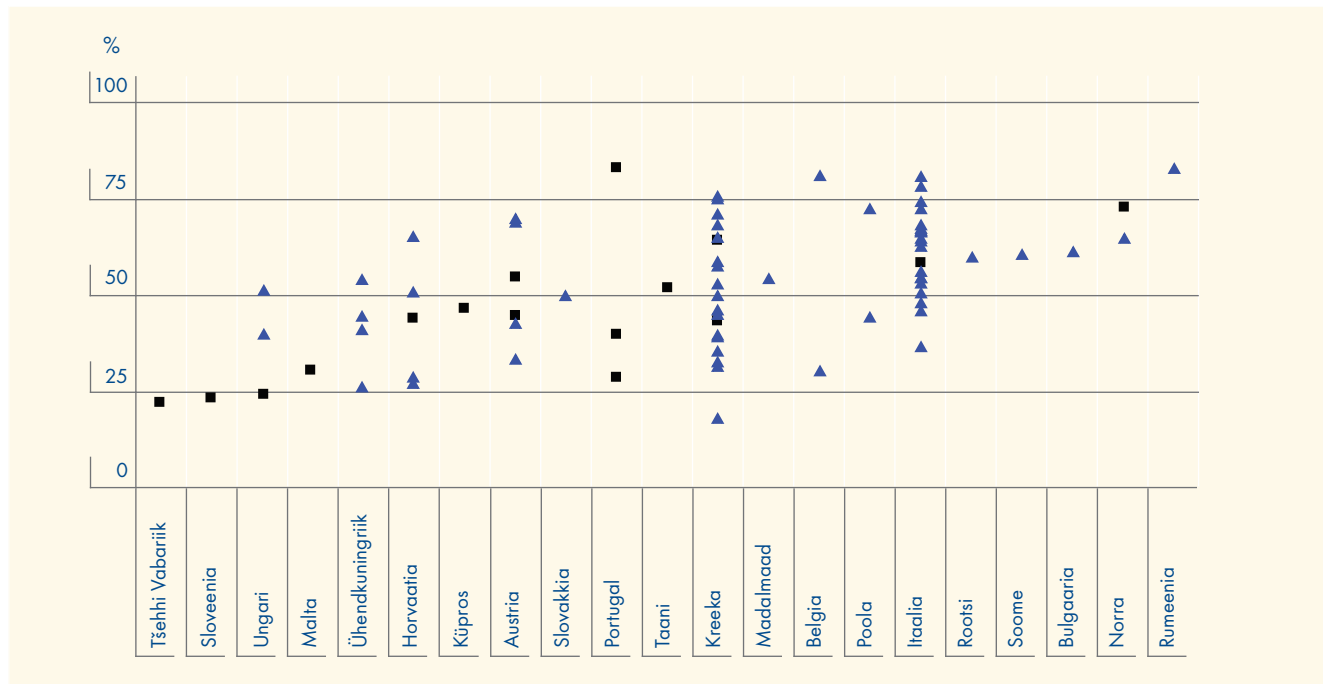
(¹¹⁶) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni tabelid INF-2 ja INF-111.

(¹¹⁷) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni tabelid INF-112 ja INF-113 ning joonis INF-6 (ii osa ja iii osa).

(¹¹⁸) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni tabel INF-111.

(¹¹⁹) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni tabelid INF-112 ja INF-113.

(¹²⁰) Vt 2011. aasta statistika-bülletääni tabel INF-114.

Joonis 17. C-hepatiidi antikehade levimus süstivate narkomaanide seas

NB! 2008. ja 2009. aasta andmed. Mustad ruudud tähistavad riiklike valimeid, sinised ruudud valimite riiklikust väiksemat (kohalikku või piirkondlikku) ulatust. Riikidevahelisi erinevusi tuleks tõlgendada ettevaatusega, kuna nende põhjuseks võivad olla ka erinevused asutuste tüüpide ja uuringumeetodite vahel; samuti on erinevad riikliku valimi koostamise strateegiad. Riigid on reastatud levimuse kasvu põhjal, mis on välja arvatud riiklike andmete keskmiste väärtuste alusel, või kui need andmed ei ole kättesaadavad, siis kohalike või piirkondlike andmete põhjal. Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni joonist INF-6.

Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

B- ja C-hepatiidi registreeritud juhtumite põhjal kujunenud suundumused on erinevad, kuid neid erinevusi on raske tõlgendada, sest andmete kvaliteet on madal. Teatava ülevaate nende nakkuste epidemioloogiast annab aga süstivate narkomaanide osakaal kõigi teatatud juhtumite hulgast, mille riskitegurid on teada (Wiessing *et al.*, 2008). 20 riigi puhul, kelle kohta on aastaid 2004–2009 käsitlevad andmed kättesaadavad, moodustavad süstivad uimastitarbijad keskmiselt 63% kõikidest HCV juhtumitest ja 38% teatatud akuutsetest HCV juhtumitest, mille puhul riskikategooria on teada. B-hepatiidi puhul langeb süstivate narkomaanide arvele 20% kõikidest teatatud juhtumitest ja 26% akuutsetest juhtumitest. Need andmed kinnitavad, et hepatiidiviirusesse nakatumise puhul moodustavad süstivad narkomaanid Euroopas jätkuvalt olulise riskirühma ⁽¹²¹⁾.

Muud nakkused

Peale viirusnakkuste on süstivad narkomaanid vastuvõtlikud ka bakteriaalsetele haigustele ⁽¹²²⁾. Euroopas süstivate narkomaanide seas toimunud antraksipuhang (vt EMCDDA, 2010a) tõi esile, et spoore moodustavatest bakteritest tingitud raskete haiguste levik süstijate hulgas on jätkuvalt

probleem. Euroopa uuringus kõrvutati viimasel aastakümnel süstivatel narkomaanidel esinenud nelja teatatud bakternakkuse (botulism, teetanus, *Clostridium novyi* ja antraks) juhtumite andmeid. Aastatel 2000–2009 teatasid kuus riiki 367 juhtumist, mille puhul nakatunute arv jäi vahemikku 0,03–7,54 isikut miljoni elaniku kohta. Enamikest nakkusjuhtumitest teatasid Loode-Euroopa riigid: Iirimaa, Ühendkuningriik ja Norra. Selline geograafiline erinevus ei ole arusaadav ning seda tuleb täiendavalt uurida (Hope *et al.*, ajakirjandus).

Nakkushaiguste ennetamine ja nendega toimetulek

Nakkushaiguste ennetamine uimastitarbijate seas on oluline Euroopa Liidu rahvatervisealane eesmärk ja enamiku liikmesriikide uimastipoliitika üks osa. Riigid püüavad ennetada ja kontrollida nakkushaiguste levikut uimastitarbijate hulgas mitme kombineeritud lähenemisviisiga, mis hõlmavad seiret, vaktsineerimist ja nakkuste ravi; narkomaaniaravi, eriti opioidide asendusravi ning steriilsete süstimisvahendite jagamist; peale selle pakutakse kogukonnapõhiste tegevuste raames teavet, nõustamist, testimist ja käitumuslikke sekkumisi, sageli

⁽¹²¹⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelid INF-105 ja INF-106.

⁽¹²²⁾ Vt kast „Tuberkuloos uimastitarbijate seas“.

Tuberkuloos narkootikumitarbijate seas

Tuberkuloos on bakteriaalne haigus, mis mõjub tavaliselt kopsudele ja võib lõppeda surmaga. 2008. aastal tehti 26 ELi liikmesriigis ja Norras kindlaks kokku 82 605 juhtumit, kusjuures rohkem kui 20 juhtumit 100 000 elaniku kohta Rumeenias (114,1), Leedus (66,8), Lätis (47,1), Bulgaarias (41,2), Eestis (33,1) ja Portugalis (28,7) (ECDC, 2010). Euroopas esineb seda haigust valdavalt riskialtides rühmades, näiteks sisseandajate, kodutute, uimastitarbijate ja vangide hulgas. Marginaliseerumisest ja elustiilist tulenevalt on uimastitarbijatel muust elanikkonnast suurem oht tuberkuloosi nakatuda. HIV-positiivsete lisarisk tuberkuloosi nakatuda on hinnanguliselt 20–30 korda suurem kui HIV-nakkuseta isikutel (Maailma Terviseorganisatsioon, 2010a).

Tuberkuloosi levimuse kohta uimastitarbijate seas on vähe andmeid. Euroopas on aktiivse (sümptomaatilise) tuberkuloosi kõrgeastemest ravil viibivate uimastitarbijate seas teatanud Kreeka (1,7%), Leedu (3%) ja Portugal (1–2%), samas kui Austria, Slovakkia ja Norra uimastiraviasutustes korraldatud süsteemse testimise käigus ei avastatud ühtegi juhtumit.

Uimastitarbijate tuberkuloosi on võimalik tõhusalt ravida, kuigi see nõuab vähemalt kuuekuulise keerulise ravirežiimi järgimist. Ravi lõpuleviimine on äärmiselt oluline, sest haigustekitaja muutub kiiresti ravimite suhtes tolerantseks ja ravi suhtes resistentseks. Probleemsetel ja eeskätt kaootilisel elustiiliga uimastitarbijatel võib olla raske ravil püsida. Uued lähenemised, mille eesmärk on ravi kestust vähendada, võivad suurendada selle eduka läbimise tõenäosust.

otse abivajajateni jõudmiseks korraldatud sekkumiste või madala läve asutuste kaudu. ÜRO agentuurid peavad neid meetmeid süstivate narkomaanide HIVi nakatumise ennetamise, ravi ja hoolduse puhul põhisekkumisteks ning on edendanud neid koos retroviirusevastase raviga ning tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga (Maailma Terviseorganisatsioon, UNODC ja UNAIDS, 2009).

Sekkumised

Opioidide asendusravi tõhusus HIVi nakatumise ja ise süstimisest teatanud narkomaanide riskikäitumise vähendamisel on leidnud kinnitust mitmes uuringus ja ülevaates. Üha enam koguneb tõendeid selle kohta, et opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmide kombineerimine on HIV- või HCV-nakkuse ja süstijate riskikäitumise vähendamisel tõhusam kui kumbki lähenemine eraldi (ECDC ja EMCDDA, 2011).

C-hepatiidi ravi tõhustamisele tuginedes teevad paljud riigid rohkem jõupingutusi uimastitarbijate seas hepatiidi

Nakkuste ennetamine süstivate narkomaanide seas: ECDC ja EMCDDA ühised suunised

2011. aastal andsid Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC) ja EMCDDA välja ühised suunised süstivate narkomaanide seas nakkushaiguste ennetamiseks ja kontrollimiseks. Suunistes on antud põhjalik ülevaade sekkumiste tõhususest, sealhulgas sellistest meetmetest nagu puhaste süstalde ja muude süstimisvahendite pakkumine, narkomaaniaravist, sealhulgas opioidide asendusravist, vaksineerimisest, testimisest ja uimastitarbijatel esinevate nakkuste ravist. Suunistes uuritakse teenuste osutamise mudeleid ning kõige asjakohasemaid teavitavaid ja harivaid sõnumeid sellele elanikkonnaosale.

Nimetatud väljaanne on kättesaadav trükisena ja EMCDDA veebisaidil ainult inglise keeles.

ennetamiseks, avastamiseks ja ravimiseks. Euroopa Liit toetab mitut algatust, mis on suunatud C-hepatiidi ennetamisele uimastitarbijate hulgas. Kõnealused algatused hõlmavad HCV ennetamise riiklike normide ja suuniste kaardistamist ELis (Zurhold, 2011); teadlikkuse tõstmisele, ennetamisele, ravile ja hooldusele suunatud sekkumiste näidete kogumist (Correlation Project ja EHRN, 2010) ning poliitikakujundajatele, meditsiinitöötajatele ja kohalikele teenuseosutajatele mõeldud koolitusmaterjalide koostamist (nt Hunt ja Morris, 2011).

Spetsiaalsete asutuste või apteekide kaudu jagatakse puhtaid tasuta süstlaid kõikides riikides peale Türgi, ent hoolimata märkimisväärsest laienemisest viimasel kahel aastakümnel näitavad geograafilist ulatust käsitlevad andmed ebaühtlust ning mitu Kesk- ja Ida-Euroopa riiki ja Rootsi on teatanud, et mõnes piirkonnas ei ole sellised süstlad kättesaadavad (vt joonis 18).

Värskeimad andmed süstalde jagamise kohta spetsiaalsete nõela- ja süstlavahetuse programmide kaudu on kättesaadavad kõikide riikide kohta peale kolme ning veel kahes ei ole need andmed terviklikud (¹²³). Nende andmete kohaselt jagatakse nimetatud programmide kaudu igal aastal peaaegu 50 miljonit süstalt. See tähendab, et süstalde kohta andmeid esitanud riikides jagatakse iga hinnangulise süstiva narkomaani kohta keskmiselt 94 süstalt aastas.

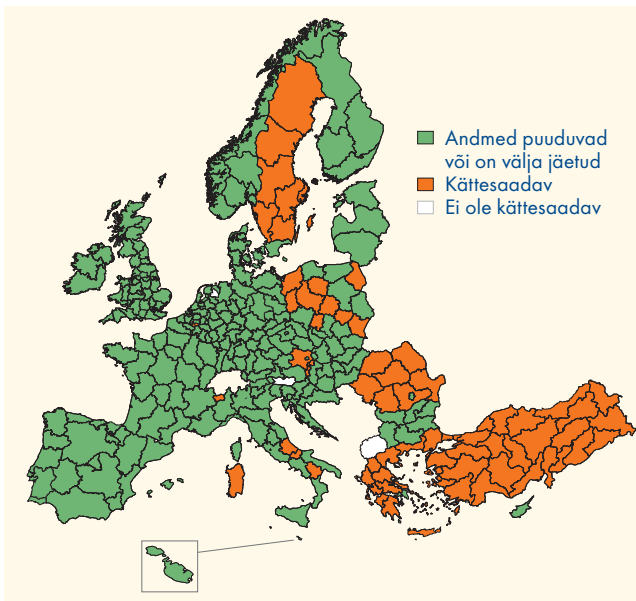
13 riigi puhul on võimalik hinnata igal aastal süstivatele narkomaanidele jagatavate süstalde keskmist arvu (¹²⁴). Neist seitsmes jagatakse spetsialiseeritud programmide kaudu iga süstija kohta keskmiselt alla 100 süstla, neljas 100–200 süstalt ning Luksemburg ja Norra on teatanud iga süstija kohta rohkem kui 200 süstla jagamisest (¹²⁵).

(¹²³) Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-5. Aastate 2007–2009 kohta ei olnud kättesaadavad Taani, Saksamaa ja Itaalia andmed. Madalmaade andmed hõlmavad üksnes Amsterdamit ja Rotterdami ning Ühendkuningriigi andmed ei hõlma Inglismaad.

(¹²⁴) Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis HSR-3.

(¹²⁵) Need arvud ei sisalda apteekidest müüdud süstlaid, mis võib olla oluline steriilsete süstalde omandamise allikas mitme riigi uimastitarvitajate jaoks.

Joonis 18. Nõela ja süstla vahetamise programmide kättesaadavus piirkondlikul tasandil



NB! Piirkonnad on määratletud vastavalt ühise statistiliste territoriaalüksuste liigituse (NUTS) 2. tasandile; lisateabe saamiseks vt Eurostati veebisaiti.
Allikas: Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelit HSR-4.

HIVI ennetamise seisukohast peavad ÜRO allasutused iga süstiva narkomaani kohta 100 süstla jagamist väheseks ja 200 süstla jagamist liiga paljuks (Maailma Terviseorganisatsioon, UNODC ja UNAIDS, 2009).

Viimase nelja aruandlusaasta jooksul (2005–2009) on süstlavahetuse programmide kaudu jagatavate süstalde koguarv kasvanud 32%. Süstalde jagamise suundumuste subregionaalne analüüs näitas kasvutendentsi aeglustumist liikmesriikides, kes kuulusid ELi enne 2004. aastat, ja selle tõusu uutes liikmesriikides.

Uimastitega seotud surmad ja suremus

Uimastitarbimine on noorte üks peamisi terviseprobleeme ja surmapõhjust Euroopas ning selle arvele võib langeda ka küllaltki oluline osa kõikidest täiskasvanute surmadest. Uuringud näitavad, et 10–23% suremusest 15–49aastaste vanuserühmas võib olla tingitud opioidide tarbimisest (Bargagli et al., 2006; Bloor et al., 2008).

Uimastitarbimisega seotud suremus hõlmab surmasid, mille otseseks või kaudseks põhjuseks on uimastite kasutamine. Siia kuuluvad uimastite üleannustamisega seotud surmad (narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmad), HIV/AIDS,

liiklusõnnetused (eriti koos alkoholitarbimisega), vägivald, enesetapud ja uimastite korduvast kasutamisest tulenevad kroonilised terviseprobleemid (nt kokaiinitarbijate südame-veresoonkonna probleemid) (¹²⁶).

Narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmad

Värskeimate hinnangute kohaselt oli ELi liikmesriikides ja Norras 2009. aastal ligikaudu 7630 narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumit, mis 2008. aastal teatatud 7730 surmajuhtumiga võrreldes näitab olukorra stabiilsust (¹²⁷). Need arvud on tõenäoliselt tagasihoidlikud, sest riikide andmeid võib mõjutada asjaolu, et kõikidest narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmadest ei ole teatatud või ei ole neid kinnitatud. Vaid vähesed riigid on analüüsinud oma riiklikes andmetes esineda võiva alahindamise ulatust.

Aastatel 1995–2007 teatasid ELi liikmesriigid ja Norra 6300–8400 narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumist aastas. 2008. aastal – viimane aasta, mille kohta on kättesaadavad peaaegu kõikide riikide andmed – langes üle poole kõikidest teatatud narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumitest kahe riigi, Saksamaa ja Ühendkuningriigi arvele, kes koos Hispaania ja Itaaliaga registreerisid kaks kolmandikku kõikidest teatatud surmajuhtumitest (5075).

2009. aastal oli ELi keskmine üleannustamisest tingitud suremuse määr hinnanguliselt 21 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas ning enamiku riikide teatel jäi see vahemikku 4–59 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta (joonis 19). Rohkem kui 20 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta esines 28-st Euroopa riigist 13-s ja rohkem kui 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta seitsmes riigis. 15–39aastaste eurooplaste seas langes uimastite üleannustamise arvele 4% kõikidest surmajuhtumitest (¹²⁸).

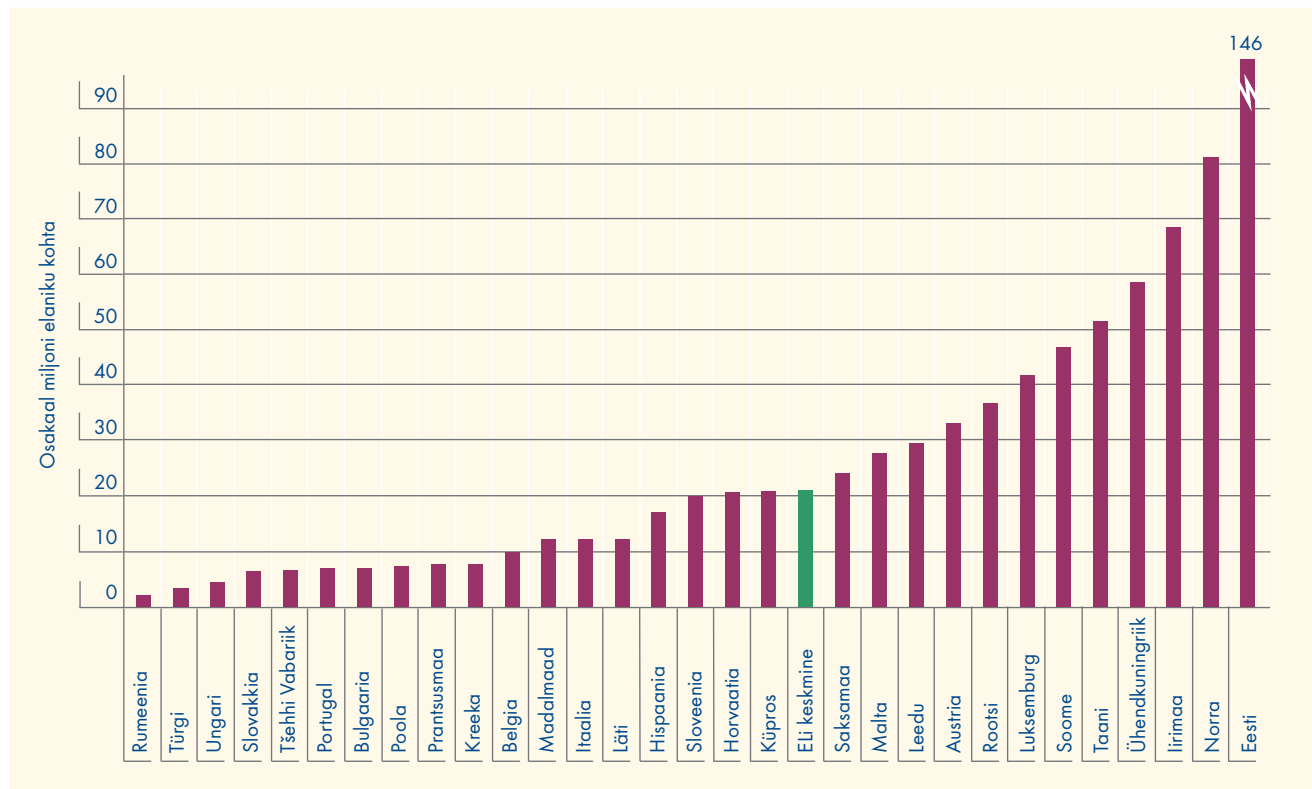
Narkootikumide tarbimisest põhjustatud teatatud surmajuhtumite arvu võivad mõjutada sellised tegurid nagu uimastitarbimise levimus ja harjumused (süstimine, mitme uimasti kasutamine), uimastitarbijate vanus ja kaasnevad terviseprobleemid ning ravi- ja hädaabiteenuste kättesaadavus, aga ka andmete kogumise ja esitamise kvaliteet. Euroopa andmete usaldusväärsuse paranemine viimastel aastatel on võimaldanud suundumusi paremini kirjeldada ning enamik riike on nüüd vastu võtnud EMCDDA kinnitatud narkootikumide tarbimisest põhjustatud surma määratluse (¹²⁹). Sellest hoolimata tuleb riikide võrdlemisel

(¹²⁶) Vt 2008. aasta aruande jaotis „Uimastitega seotud suremuse keerukas mõiste“.

(¹²⁷) Euroopa hinnangu aluseks on 27 ELi liikmesriigist 17 riigi ja Norra 2009. aasta andmed, üheksa riigi 2008. aasta andmed ja ühe riigi hinnangulised andmed. Välja on jäetud Belgia, kelle kohta ei ole andmed kättesaadavad. Täpsema teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni tabeli DRD-2 (i osa).

(¹²⁸) Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DRD-7 (i osa) ning tabelid DRD-5 (ii osa) ja DRD-107 (i osa).

(¹²⁹) Üksikasjalikumad teavet meetodite kohta vt 2011. aasta statistikabülletäänist ja uimastitega seotud surmajuhtumite käsitlevate võtmenäitajate lehtedelt.

Joonis 19. Uimastitarbimisega seotud hinnanguline suremuse määr kõikide täiskasvanute (15–64aastaste) seas

NB! Täiendava teabe saamiseks vt 2011. aasta statistikabülletääni joonist DRD-7.
 Allikas: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

olla ettevaatlik, sest aruandlusmeetodites ja andmeallikates esineb jätkuvalt erinevusi.

Opioididega seotud surmad

Heroiin

Enamiku narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade korral, mis Euroopa Liidus registreeritakse, on tegemist opioididega, peamiselt heroini või selle metaboliitidega. 22 riigis, kes esitasid andmeid 2008. või 2009. aasta kohta, põhjustasid opioidid valdava osa kõikidest juhtumitest: üle 90% viies riigis ning 80–90% veel kaheteistkümnes riigis. Koos heroiniga kasutatakse sageli alkoholi, bensodiasepiine, muid opioide ja mõnes riigis kokaiini. Sellest nähtub, et märkimisväärne osa kõikidest narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhumitest võib olla tingitud mitme uimasti koostarbimisest, mida illustreerib ka ülevaade Šotimaal aastatel 2000–2007 aset leidnud narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhumite toksikoloogiast. Selles leiti positiivne seos heroini ja alkoholi esinemise vahel, eelkõige vanemate meessoost isikute puhul. 35aastaste ja vanemate meeste hulgas, kelle surm

oli seotud heroiniga, tuvastati alkoholi 53%-l, samas alla 35aastaste meeste puhul tuvastati alkoholihoovet 36%-l (Bird ja Robertson, 2011; vt ka GROS, 2010).

Euroopas on suurema osa üleannustamisest tingitud surmajuhumite puhul tegemist meestega (81%). Üldiselt jagunevad surmajuhumid nii, et ligikaudu nelja mehe kohta on üks naine (see suhtarv ulatub 1,4:1 Poolas kuni 31:1 Rumeenias) ⁽¹³⁰⁾. Euroopa Liiduga hiljem liitunud riikides leiavad narkootikumidest põhjustatud teatatud surmad suurema tõenäosusega aset meeste ja nooremate inimestega kui enne 2004. aastat ELi kuulunud liikmesriikides ja Norras. Suhtarvud on üle Euroopa erinevad, kusjuures meeste suuremast osast on teatanud Lõuna-Euroopa riigid (Kreeka, Itaalia, Rumeenia, Küpros, Ungari, Horvaatia) ning Eesti, Läti ja Leedu. Taani, Madalmaad, Rootsi ja Norra on teatanud suuremast surmajuhumite arvust eakamate isikute seas. Enamikus riikides surrakse heroini üleannustamise tagajärjel keskmiselt kolmekümnendate eluaastate keskpäigas ja paljudes riikides on keskmine vanus hakanud tõusma. See osutab noorte heroinitarbijate arvu võimalikule stabiliseerumisele või langusele ning probleemsete

⁽¹³⁰⁾ Kuna enamik EMCDDA-le teatatud uimastitest põhjustatud surmadest on tingitud opioidide (peamiselt heroini) üleannustamisest, on siin heroiniinist põhjustatud surmade kirjeldamisel ja analüüsimisel kasutatud teatatud surmade üldisi tunnuseid.
 Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonis DRD-1.

opioiditarbijate rühma vananemisele. Üldiselt on Euroopas teatatud üleannustamisest tingitud surmajuhtumitest 12% puhul tegemist alla 25aastaste isikutega ⁽¹³¹⁾.

Surmaga lõppenud ja muid heroini üleannustamisi põhjustavad mitu tegurit. Nende hulka kuulub süstimine ja muude ainete, eriti alkoholi, bensodiasepiini ja mõne antidepressandi samaaegne kasutamine. Üleannustamisega on seotud ka uimastite kasutamine koos alkoholiga, kaasnevad terviseprobleemid, kodutus, vaimse tervise häired (näiteks depressioon ja enese tahtlik mürgitamine), narkomaaniaravi vältimine, varasemad üleannustamise kogemused ning üleannustamise ajal üksinda olemine (Rome *et al.*, 2008). Eriti suur üleannustamise oht on kohe pärast vanglast vabanemist (Maailma Terviseorganisatsioon, 2010a) või narkomaaniaravi lõpetamist, nagu on näidanud ka mitu pikaajalist uuringut.

Muud opioidid

Peale heroini nimetatakse toksikoloogilistes aruannetes ka mitut muud opioidi, sealhulgas metadooni ⁽¹³²⁾ ja buprenorfiini. Buprenorfiinimürgistusest põhjustatud surmajuhtumeid esineb harva ja seda nimetavad väga üksikud riigid, kuigi Euroopas kasvab selle aine kasutamine asendusravis. Soomes on aga buprenorfiin narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumite puhul jätkuvalt kõige sagedamini kohtuarstliku lahkamise käigus tuvastatud opioid, ent tavaliselt koos muude ainetega. Seda näitas ka hiljutine Soome uuring, mis käsitles uimastite tuvastamist juhusliku mürgistuse juhtumites ja mille kohaselt peaaegu kõikidel juhtudel (38-l juhul 40-st), kui peamiseks surma põhjuseks määrati buprenorfiin, leiti ka bensodiasepiini. Ka alkohol oli oluline lisategur, mida leiti 22-l juhul 40-st (Salasuo *et al.*, 2009). Eestis leidis sarnaselt eelmise aastaga ka 2009. aastal enamik surmajuhtumeid aset 3-metüülfentanüüli tõttu.

Muude narkootikumidega seotud surmad

Ägedast kokaiinimürgistusest põhjustatud surmasid näib esinevat suhteliselt harva (EMCDDA, 2010a). Kuid kuna kokaiini üleannustamisi on opioididest raskem määratleda ja tuvastada, võivad need olla alaesindatud (vt 5. peatükk).

2009. aastal teatas 21 riiki ligikaudu 900 kokaiiniga seotud surmast. Kuna kättesaadavad andmed ei ole võrreldavad, on suundumusi Euroopas raske kirjeldada. Kahe kõige suurema kokaiini levimustasemega riigi, Hispaania ja Ühendkuningriigi värsked andmed osutavad kõnealuse uimastiga seotud surmajuhtumite arvu vähenemisele: Hispaanias 25,1%-lt kokaiini (kuid mitte opiaate) hõlmavatest teatatud juhtumitest 2007. aastal

Metadoon ja suremus

Kuna asendusravi saab hinnanguliselt 700 000 opioiditarbijat, on seoses narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmadega hakatud hiljuti tähelepanu pöörama metadoonilaadsetele ravimitele. Metadooni mainitakse sageli uimastitarbimisega seotud surmajuhtumite toksikoloogilistes aruannetes ja mõnikord on see tuvastatud surma põhjusena. Sellest hoolimata toetavad praegu kättesaadavad tõendid tugevalt psühhosotsiaalsete sekkumistega ühendatud hästireguleeritud ja järelevalve all toimuva opioidide asendusravi eelseid seoses patsientide ravil püsimise tagamise ning opioidide ebaseadusliku tarbimise ja suremuse vähendamisega.

Vaatlusuuringute kohaselt on metadooniravi saavate opioiditarbijate suremuse määr umbes üks kolmandik ravi mitte saavate tarbijate suremuse määra. Oluline tegur on ravi kestus ning hiljutised uuringud näitavad, et opioidide asendusravi puhul on suurem kui 85% tõenäosus vähendada üldist suremust opioiditarbijate hulgas, kui nad püsivad ravil 12 kuud või kauem (Cornish *et al.*, 2010). Ellujäämise tõenäosust suurendab kumulatiivne ravi (Kimber *et al.*, 2010). Lisaks sellele näib, et metadoon vähendab HIVi nakatumise riski ligikaudu 50%, võrreldes ravi lõpetamise või selle puudumisega (Mattick *et al.*, 2009). Mis puudutab metadooniga seotud surmajuhtumeid elanikkonna hulgas, siis järeldati hiljuti Šotimaal ja Inglismaal korraldatud uuringus, et pärast järelevalve all toimuva metadooni annustamise alustamist vähenes märkimisväärselt metadooniga seotud surmajuhtumite arv. Aastatel 1993–2008 vähenes metadooniga seotud üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumite arv väljakirjutatud metadoonikoguse kohta vähemalt neli korda, kusjuures samaaegselt toimus ravi laienemine (Strang *et al.*, 2010).

19,3%-ni 2008. aastal ning Ühendkuningriigis 12,7%-lt 2008. aastal 9,6%-ni 2009. aastal. Väga harva on tuvastatud, et kokaiin on ainus aine, millest narkootikumide tarbimisest põhjustatud surm on tingitud.

Hiljutises ülevaates, mis käsitles suremust kokaiinitarbijate seas, tehti kindlaks, et andmed ulatuslikuma suremuse kohta probleemsete või sõltlastest kokaiinitarbijate seas on piiratud (Degenhardt *et al.*, 2011). Ülevaade hõlmas kolme Euroopa järeluuringu tulemusi: Prantsusmaal korraldatud uuringus jälgiti kokaiiniga seotud rikkumiste tõttu vahistatud isikuid, Madalmaade uuringus madala läve asutustest värvatud kokaiinisüstitajaid ning Itaalia uuringus ravi saavaid kokaiinisõltlasi. Kõnealustes uuringutes jäi suremuse üldkordaja vahemikku 0,54–4,6 100 inimese kohta aastas. Kokaiinitarbimise tõttu ravil viibivaid isikuid käsitletud hiljutine Taani kohortuuring näitas, et võrreldes samaealiste ja samast soost isikutega on nende suremuse risk 6,4 korda suurem (Arendt *et al.*, 2011).

⁽¹³¹⁾ Vt 2011. aasta statistikaülevaate joonised DRD-2 ja DRD-3 ning tabel DRD-1 (i osa).

⁽¹³²⁾ Vt kast „Metadoon ja suremus“.

Ecstasy'ga (MDMA) seotud surmadest teatatakse harva ja kui seda tehakse, siis paljudel juhtudel ei nimetata kõnealust uimastit otsese surmapõhjuseks (133). 2009. aastal teatati võimalikest katinoonidega seotud surmadest Inglismaal (mefedroon) ja Soomes (MDPV) (vt 8. peatükk).

Narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade suundumused

1980. aastatel ja 1990. aastate alguses kasvas Euroopas paralleelselt heroini tarbimise ja süstimise ulatusliku levikuga järsult narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade arv ning jäi pärast seda pidama suhteliselt kõrgele tasemele (134). Ajavahemikul 2000–2003 teatas enamik ELi liikmesriike surmajuhtumite arvu vähenemisest, millele järgnes tõus aastatel 2003–2008. Erialsed kättesaadavad andmed 2009. aasta kohta osutavad, et surmajuhtumite üldarv jääb 2008. aastaga samale tasemele või sellest veidi alla. Kui andmeid on võimalik võrrelda, näitavad need teatatud surmajuhtumite arvu langust mõnes suuremas riigis, sealhulgas Saksamaal, Itaalias ja Ühendkuningriigis.

Põhjuseid, miks narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade arvnäitajad on mõnes riigis jäänud muutumatuks või kasvanud, on raske seletada, eriti arvestades märke uimastisüstimise vähenemise ning ravi- ja kahjude vähendamise asutustega kontaktis olevate opioiditarbijate arvu kasvu kohta. Võimalikud selgitused võiksid hõlmata mitme uimasti tarbimise (EMCDDA, 2009d) või riskikäitumise kasvu, vanglast vabanenud või ravilt lahkunud opioiditarbijate tagasilanguste arvu kasvu ning haavatavamate uimastitarbijate rühma vananemist.

Uimastite tarbimisega seotud üldine suremus

Uimastite tarbimisega seotud üldine suremus hõlmab narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmasid ning kaudselt uimastitest põhjustatud surmasid, kui surma otseseks põhjuseks on olnud näiteks nakatumine nakkushaigustesse, südame-veresoonkonna probleemid või õnnetus. Ehkki kaudselt uimastitega seotud surmasid on raske kvantifitseerida, võib nende mõju rahvatervisele olla märkimisväärne. Sellised surmajuhtumid on seotud peamiselt probleemsete uimastitarbijatega, aga vahel ka juhuslike uimastitarbijatega (nt liiklusõnnetused).

Hinnangu üldise uimastitega seotud suremuse kohta võib koostada erinevatel viisidel, üheks võimaluseks on suremuse kohortuuringute andmete kombineerimine uimastitarbimise levimuse hinnangutega. Teise lähenemisviisi korral kasutatakse üldist statistikat suremuse kohta, mille põhjal hinnatakse uimastitarbimisega seotud surmade osakaalu.

Suremuse kohortuuringud

Suremuse kohortuuringutes jälgitakse samu probleemsete uimastitarbijate rühmi pikema aja jooksul ning surmaregistrite andmete põhjal püütakse välja selgitada kõikide rühma liikmete surma põhjused. Sedalaadi uuringuga on võimalik kindlaks teha rühma üldine suremus ja põhjusekohased suremusmäärad ning võrrelda rühma suremust rahvastiku suremusega (135).

Sõltuvalt värbamiskohast (nt narkomaaniravikeskused) ja osalemiskriteeriumitest (nt süstivad narkomaanid) näitab enamik kohortuuringuid probleemsete uimastitarbijate suremuse määraks 1–2% aastas. Selline suremuse määr on 10–20 korda kõrgem üldise rahvastiku sama vanuserühma näitajatest. Erinevate surmapõhjuste suhteline tähtsus varieerub elanikkonnarühmade ja riikide vahel ning on ajaliselt plaanis erinev. Üldiselt on probleemsete uimastikasutajate peamine surmapõhjus Euroopas üleannustamine, mille arvele langeb 50–60% uimastisüstijate surmadest madala HIVi/AIDSi levimusega riikides. Lisaks HIVile/AIDSile ja muudele haigustele kuuluvad sagedamini teatatud surmapõhjuste hulka enesetapp, õnnetused ja alkoholi kuritarvitamine.

Uimastitarbimisega kaudselt seotud surmad

Olemasolevaid Eurostati ja HIVi/AIDSi seireandmeid ühendades on EMCDDA järeldanud, et 2007. aastal suri Euroopa Liidus uimastitarbimisest põhjustatud HIVi/AIDSi hinnanguliselt ligikaudu 2100 inimest (136), kusjuures 90% surmajuhtumitest langes Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Portugali arvele.

Muud haigused, mille arvele langeb osa surmajuhtumeid uimastitarbijate seas, hõlmavad kroonilisi haigusi nagu maksahaigused, mille peamiseks põhjuseks on C-hepatiidi viiruse (HCV) nakatumine ning mida sageli raskendab rohke alkoholitarbimine ja samaaegne HIVi nakkus. Teistest nakkushaigustest põhjustatud surmasid esineb harva. Muudele uimastitarbijate surmapõhjustele, näiteks enesetappudele ja traumadele, aga ka mõrvadele on pööratud palju vähem tähelepanu, kuigi neil on suremusele märkimisväärne mõju.

Uimastitega seotud surmade vähendamine

Viisteist Euroopa riiki on teatanud, et nende riiklikus narkostrategias keskendutakse uimastitega seotud surmade vähendamisele, et sellekohane poliitika on olemas piirkondlikul tasandil või et neil on uimastitega seotud surmade ennetamiseks konkreetne tegevuskava.

(133) Andmeid muude uimastite kui heroini seotud surmade kohta vt 2011. aasta statistikabülletääni tabelist DRD-108.

(134) Vt 2011. aasta statistikabülletääni joonised DRD-8 ja DRD-11.

(135) Teavet suremuse kohortuuringute kohta vt EMCDDA veebisaidi jaotisest „Võtmenäitajad“.

(136) Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel DRD-5 (iii osa).

Valikteema: uimastitarbimisega seotud suremus – terviklik lähenemisviis ja mõju rahvatervisele

Käesoleval aastal avaldatud EMCDDA valikteemas tutvustatakse Euroopa probleemsete uimastikasutajate hulgas hiljuti korraldatud ja uimastitarbimisega seotud suremust käsitlevate pikaajaliste uuringute tulemusi. Selles uuritakse üldist ja põhjusekohast suremust ning kirjeldatakse teadusuuringutes kindlakstehtud riski- ja kaitsetegureid. Ülevaade antakse ka mõjust rahvatervisele.

Nimetatud väljaanne on kättesaadav trükisena ja EMCDDA veebisaidil ainult inglise keeles.

Mõnes teises riigis (Eesti, Prantsusmaa, Austria) on uimastitega seotud surmade arvu hiljutine kasv (osaliselt nooremate vanuserühmade ja integreeritud kasutajate seas) suurendanud mõistmist, et sellele probleemile on vaja tõhusamalt reageerida.

Ravi võib uimastitarbijate suremusriski märkimisväärselt vähendada, kuigi ravile tulekul või ravi lõpetamisel tekivad uimasti taluvusega seotud riskid. Uuringud näitavad, et narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade risk on oluliselt kõrgem pärast ravi toimuva tagasilanguse korral või vanglast vabanemisele järgnevate nädalate jooksul.

Buprenorfiini farmakoloogilise ohutuse tõttu soovitatakse mõnes riigis kasutada opioidide hooldusravis just seda ainet⁽¹³⁷⁾ ja vähemalt pooltes riikides on buprenorfiini-naloksooni kombinatsioonile antud turuluba⁽¹³⁸⁾.

Kuigi mõnes Euroopa riigis on saavutatud edu vanglates ja ülejäänud ühiskonnas pakutava ravi tasemes esinevate erinevuste kaotamisel⁽¹³⁹⁾, on kindlaks tehtud, et vahistamisest, vangistamisest või vanglast vabanemisest tulenev ravi katkemine suurendab üleannustamise ohtu (Dolan *et al.*, 2005). Sellest tulenevalt andis Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkondlik büroo (WHO, 2010c) välja suunised üleannustamise vältimiseks vanglates ja hoolduse tõhusamaks jätkamiseks pärast vabanemist.

Peale narkomaaniaravi kättesaadavuse parandamise on uuritud ka muid sekkumisi, mis võiksid vähendada uimastitarbijate üleannustamise riski. Nimetatud sekkumistes pööratakse tähelepanu isiklikele, olukorrast tulenevatele ja uimastitarbimisega seotud teguritele. Enamikus riikides jagatakse üleannustamise ohtu käsitlevaid teabematerjale (mida sageli antakse välja mitmes keeles, et need oleksid mõistetavad ka sisserändajast uimastitarbijatele) spetsiaalsete uimastiraviasutuste ja veebisaitide kaudu

ning viimasel ajal ka tekstisõnumite ja e-posti teel. Uimastivaldkonna töötajate või samas olukorras olevate isikute poolset nõustamist ja ohutuma uimastitarbimise koolitusi pakutakse 27 riigis, kuid sellised sekkumised on sageli juhuslikud ja piiratud⁽¹⁴⁰⁾.

Lisaks sellele on väike arv riike teatanud ka järgmistest täiendavatest sekkumistest: uimastitega seotud põhjustel hädaolukorras olnud isikute järelkontroll (Belgia, Taani, Luksemburg, Madalmaad, Austria), nn varajase hoiatamise süsteemid tarbijate tähelepanu juhtimiseks ohtlikele ainetele (Belgia, Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa, Ungari, Portugal, Horvaatia) ning tõhusam kontroll mitme uimasti väljakirjutamise vältimiseks (Luksemburg, Ühendkuningriik). Narkootikumide järelevalve all tarbimiseks ettenähtud kohad, mis on olemas näiteks Saksamaal, Hispaanias, Luksemburgis, Madalmaades ja Norras, võimaldavad ekspertidel üleannustamise korral kohe sekkuda ja vähendada surmaga mittelõppevate üleannustamiste mõju tervisele. Tõendid narkootikumide järelevalve all tarbimiseks ettenähtud ruumide mõju kohta narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmadele kogukonnas hõlmavad Vancouveris korraldatud uuringut, mille kohaselt vähenes üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arv asjaomases kogukonnas pärast järelevalvega süstimiskoha avamist 35% (Marshall, B. *et al.*, 2011). Selline tulemus sarnaneb varasemate uuringutega, millest on antud ülevaade kahjude vähendamist käsitlevas monograafias (EMCDDA, 2010b).

Üleannustamisalase nõustamise ühendamine koju kaasa antavate naloksooniannustega (mis pärsib opioidide toimet ning on laialdaselt kasutusel haiglates ja erakorralises meditsiinis) on sekkumine, millega on võimalik vältida opioidide üleannustamisest tingitud surmajuhtumeid. Mõni Euroopa riik on teatanud kogukonnapõhistest programmidest, mille raames kirjutatakse naloksooni välja uimastitarbijatele, kelle puhul on oht opioidide üleannustamiseks. Naloksooni väljakirjutamisega kaasneb kohustuslik koolitus, mille käigus õpetatakse üleannustamist ära tundma, tegema esmaseid elustamisvõtteid (nt kunstlik hingamine, taastumiseks õige asendi leidmine) ja manustama naloksooni. Selline sekkumine on suunatud uimastitarbijatele, nende peredele ja kaaslastele ning selle eesmärk on aidata neil üleannustamise korral kuni hädaabiteenistuse kohalejõudmiseni tõhusalt toime tulla.

Uimastitarbijatele naloksooni jagamisest on teatanud Itaalia (kus seda ainet jagab 40% uimastitega seotud asutustest), Saksamaa ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales). Uutest algatustest on teatanud Bulgaaria, Taani

⁽¹³⁷⁾ Vt ravijuhendeid parima tava portaalis.

⁽¹³⁸⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-1.

⁽¹³⁹⁾ Vt 2. peatükk ja 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-9.

⁽¹⁴⁰⁾ Vt 2011. aasta statistikabülletääni tabel HSR-8.

ja Portugal. Šotimaal alustati 2010. aastal koju kaasa antava naloksooni üleriigilist jagamist kõikidele riskialtidele vanglast vabanenutele ning valitsus toetab üleriigilist programmi, mille raames jagatakse koju kaasa antavat naloksooni nii isikutele, kelle puhul on tõenäoline opioidide üleannustamine, kui ka nendega kokku puutuvatele isikutele.

Praegu hinnatakse Inglismaal vanglast vabanemisel naloksooni jagamise tõhusust üleannustamisest tingitud surmajuhtumite vähendamisele vabanemisele järgnevate nädalate jooksul katseprojektiga N-Alive, mille raames korraldatakse randomiseeritud kontrollitud uuring 5600 vangi hulgas.

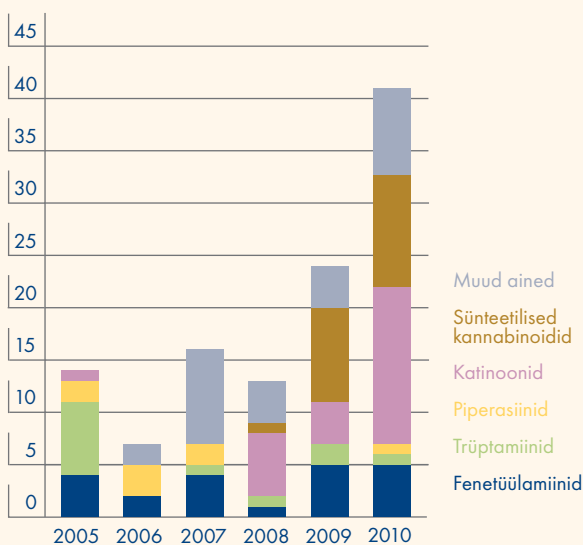


Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused

96

Peamised varajase hoiatamise süsteemi kaudu jälgitavad uute psühhoaktiivsete ainete rühmad

Euroopa uimastiturgudele ilmuvad uued psühhoaktiivsed ained kuulusid varem üksikutesse kemikaalide perekondadesse, kusjuures enamik varajase hoiatamise süsteemi kaudu esitatud teadetest langes fenetüülamiinide ja trüptamiinide arvele. Viimasel viiel aastal on aga teatatud üha suuremast arvust uutest ainetest, mis kuuluvad üha mitmekesisematesse kemikaalide perekondadesse (vt joonis).



NBI Nõukogu otsuse 2005/387/JSK alusel Euroopa varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete arv.

Fenetüülamiinid hõlmavad mitmesuguseid ained, millel võib olla stimuleeriv, rahulolutunnet tekitav või hallutsinogeenne mõju. Sellesse rühma kuuluvad näiteks sünteetilised ained amfetamiin, metamfetamiin ja MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) ja looduslikult esinev meskaliin.

Trüptamiinide hulka kuulub mitu peamiselt hallutsinogeenne toimega ainet. Selle rühma peamised esindajad on looduslikult esinevad ühendid dimetüültrüptamiin (DMT), psilotsiin ja psilotsübiin (mida leidub hallutsinogeensetes seentes), aga ka poolsünteetiline lüsergiinhappe dietüülamiid (LSD).

Piperasiine esindavad mCPP (1-(3-klorofenüül)piperasiin) ja BZP (1-bensüülpiperasiin), mis mõlemad on kesknärvisüsteemi stimulandid.

Katinoonidel on stimuleeriv mõju. Põhilised katinooni derivaadid on poolsünteetiline metkatinoon ja sünteetilised ühendid mefedroon, metülool ja MDPV (3,4-metüleendioksüprovaleroon).

Sünteetilised kannabinoidid on toime poolest sarnased kanepi peamisele mõjuainele delta-9-tetrahydrokannabinoolile (THC). Sarnaselt THC-le võib ka neil olla hallutsinogeenne ja rahustav mõju. Neid on avastatud sellistes taimsetes suitsetamissegudes nagu Spice (vt EMCDDA, 2009d).

Muud varajase hoiatamise süsteemile teatatud ained hõlmavad mitmesuguseid taimedest valmistatud ja sünteetilisi psühhoaktiivseid aineid (nt indaanid, bensodifuranüülid, narkootilised analgeetikumid, kokaiini sünteetilised derivaadid, ketamiini ja fentsükliidiini derivaadid), mis ei kuulu rangelt ühtegi eespool nimetatud perekonda. Need hõlmavad ka väikest arvu ravimeid ja nende derivaate.

Täpsema teabe saamiseks valitud uute psühhoaktiivsete ainete kohta vt EMCDDA narkootikumide profiilid.

kehtestanud ⁽¹⁴⁵⁾. Ülejäänud riikidel on vajalike meetmete võtmiseks aega üks aasta.

Mefedrooni järelkontroll

Mefedrooni kasutamist ja kättesaadavust Euroopas võimaldavad pidevalt jälgida üksikud allikad, peamiselt klubikülastajaid hõlmavad Interneti-uuringud ja veebimüügi uuringud. Ühendkuningriigi klubikülastajatele suunatud ajakirja lugejate seas korraldatud Interneti-uuringute kohaselt oli mefedrooni elu jooksul tarbimine 2010. aastal ligikaudu 40% (2295 vastajat, Dick ja Torrance, 2010) ning 2011. aastal 61% (2560 vastajat, Winstock, 2011), kuigi tarbimine viimase kuu jooksul langes samal ajavahemikul 33%-lt 25%-ni. Nimetatud uuringuid ei ole aga representatiivsed klubikülastajate suhtes laiemalt.

Mefedrooni kättesaadavust veebi kaudu on hinnatud EMCDDA poolt 2009. aasta detsembrist kuni 2011. aasta

veebruari korraldatud kuue ühekordse Interneti-uuringuga. 2010. aasta esimesel poolel oli mefedroon laialdaselt ja seaduslikult kättesaadav Interneti-pakkujatelt, kes müüsid seda nii jae- kui ka hulgikogustes. EMCDDA inglise keeles läbiviidud uimastite veebipoodide ühekordse uuringu kohaselt oli mefedrooni kättesaadavuse tippaeg 2010. aasta märtsis, mil seda pakkus müügiks 77 jaemüüjat. Sellest ajast saadik on mefedrooni müüvate veebipoodide koguarv langenud, sest alates 2010. aasta aprillist hakkasid Euroopa riigid kehtestama selle aine suhtes kontrollimeetmeid. Hoolimata sellest, et enamikus liikmesriikides oli 2011. aasta alguseks kehtestatud mefedrooni suhtes kontroll, näitas EMCDDA mitmekeelne ühekordne uuring, et nimetatud ajal oli kõnealune uimasti Internetis kättesaadav: kindlaks tehti 23 veebisaiti, kus Euroopa Liidust pärit ostjatele pakuti mefedrooni. 2010. aasta märtsis tuvastatud 77 veebipoest tegutses aasta hiljem vaid 15 ja ainult kahes neist müüdi mefedrooni. Ülejäänud 13 poes müüdi jätkuvalt muid

⁽¹⁴⁵⁾ Belgia, Taani, Saksamaa, Eesti, Iirimaa, Prantsusmaa, Itaalia, Läti, Leedu, Luksemburg, Malta, Austria, Poola, Rumeenia, Rootsi, Ühendkuningriik, Horvaatia, Norra.

Riskihindamise juhend

Praegust 2008. aastal vastuvõetud uute psühhoaktiivsete ainete riskihindamise tegevusjuhendit rakendati esmakordselt 2010. aastal seoses mefedrooniga (EMCDDA, 2010c). Juhendis on esitatud põhimõtteline raamistik teaduslikult usaldusväärse ja tõendipõhise hindamise õigeaegseks teostamiseks, kui teabeallikad on piiratud. Põhiliselt on käsitletud järgmisi valdkondi: tervise- ja sotsiaalsed riskid, tootmine ja kaubitsemise, organiseeritud kuritegevuse kaasatus ning kontrollimeetmete võimalikud tagajärjed.

Juhendis on võetud arvesse kõiki tegureid, mis õigustavad ÜRO 1961. ja 1971. aasta konventsioonide kohaselt aine suhtes rahvusvahelise kontrolli kehtestamist. Samuti hõlmavad need uut eksperdiinnangutel põhinevat poolkvantitatiivset punktisüsteemi. Juhendites võetakse arvesse riski kahekordset määratlust, nimelt teatava kahju esinemise tõenäosust (mida tavaliselt määratletakse riskina) ja sellise kahju raskusastet (mida tavaliselt määratletakse ohuna). Peale selle on esitatud ülevaade tarbimise levimusest ning ainega kaasnevatest võimalikest kasudest ja riskidest, olenemata selle õiguslikust seisundist liikmesriikidest, ning võrdlus laiemalt tuntud uimastitega.

2010. aastal võttis Maailma Terviseorganisatsioon vastu ka muudetud versiooni oma juhendist, mis käsitleb rahvusvahelise kontrolli alla kuuluvate psühhoaktiivsete ainete läbivaatamist (Maailma Terviseorganisatsioon, 2010b).

tooteid, mida sageli tutvustati nn teaduskemikaalidena ja turustati „mefedrooni seaduslike alternatiividena“⁽¹⁴⁶⁾. EMCDDA 2011. aasta ühekordses uuringus tehti võrreldes 2010. aastaga kindlaks ka suur langus selliste mefedrooni pakkuvate veebipoodide arvus, mis ilmselt paiknevad Ühendkuningriigis. 2011. aastal oli kõige enam mefedrooni müüvaid veebipoode Ameerika Ühendriikides (kuus), järgnesid Tšehhi Vabariik ja Ühendkuningriik (kummaski kolm). Samas ajavahemikus kasvas mefedrooni hind 10–12 eurolt gramm 2010. aastal 20–25 euroni gramm 2011. aastal.

Varajase hoiatuse süsteemi raames jätkatakse mefedrooniga seotud mürgistuste ja surmade hoolikat jälgimist. Iirimaa ja Ühendkuningriigis on teatatud mefedrooni tarbimisega seotud kahjulikest surmaga mittelõppevatest tervisehäiredest. 2010. aastal teatati Inglismaal ka 65 arvatavalt mefedrooniga seotud surmajuhtumist, millest 46 puhul näitasid testid kõnealuse uimasti esinemist. Aine kindlakstegemine toksikoloogilises

proovis ei tähenda aga tingimata, et see põhjustas surma või aitas sellele kaasa, ning teateid mefedrooniga seotud surmajuhtumite kohta tuleb tõlgendada ettevaatlikult.

Muude ainete järelkontroll

Euroopas ei jälgita korrapäraselt riskihinnangu läbinud aineid, sealhulgas järgnevalt kontrolli alla kuuluvaid aineid. Kättesaadav teave selliste ainete kohta on saadud peamiselt narkootikumide konfiskeerimiste ja varajase hoiatamise süsteemile teatatud kontrollitud ainete kahjulike tervisehäirete põhjal. Mitme liikmesriigi teatel olid 2009. ja 2010. aastal veel kättesaadavad piperasiinid BZP ja mCPP. Viimast on sageli leitud ecstasy'na müüdavates tablettides ja avastatud tablettide testimise programmide käigus näiteks Madalmaades. 2010. aastal teatas ka Soome MDPV leidmisest⁽¹⁴⁷⁾ 13 surmajärgselt võetud toksikoloogilises proovis, samas kui kolm riiki teatas, et on uuesti leidnud kahte fenetüülamiini, PMAd ja PMMAd⁽¹⁴⁸⁾. Madalmaades avastati, et amfetamiinina müüdavad pulbrid sisaldasid kuni 10% PMAd ning ecstasy'na müüdavad tabletid sisaldasid suurel määral PMMAd; Norras konfiskeeriti märkimisväärne kogus PMMAd ja Austrias amfetamiinina müüdav segu, mis sisaldas 50% PMMAd. Kõik riigid teatasid terviseprobleemidest ja surmajuhtumitest, mis olid seotud PMA ja PMMAGA; on teada, et need kaks ainet on märkimisväärselt mürgised ning on varemgi põhjustanud surmaga lõppenud üleannustamisi.

Nn seaduslikud uimastid

Alates 1980. aastatest on uusi psühhoaktiivseid aineid nimetatud sünteesnarkootikumideks (*designer drugs*), kuigi viimastel aastatel on populaarsust kogunud nimetus seaduslikud uimastid (*legal highs*). Mõiste „seaduslikud uimastid“ viitab mitmesugustele reguleerimata psühhoaktiivsetele ühenditele või neid sisaldavatele toodetele, mida turustatakse tuntud kontrollitud uimastite seaduslike alternatiividena ning müüakse tavaliselt Interneti teel või uimastite ja uimastitarvetega kauplevates poodides. Seda nimetust kasutatakse suure hulga sünteetiliste ja taimedest saadud ainete ja toodete kohta, sealhulgas taimsed uimastid, klubinarkootikumid (*party pills*) ja teaduskemikaalid, millest paljud võivad olla spetsiaalselt loodud kehtiva uimastikontrolli vältimiseks. Väljend ise on probleemne, kuigi seda kasutatakse igapäevaselt⁽¹⁴⁹⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ Sellised ained olid MDAI (5,6-metüleendioksi-2-aminoindaan), 5-IAI (5-iodo-2-aminoindaan), MDAT (6,7-metüleendioksi-2-aminotetraliin), 5-APB (5-(2-aminopropüül)bensofuraan, mida müüakse nime all „Benzo fury“), 6-APB (6-(2-aminopropüül)bensofuraan), nafüroon (naftüülpürovaleroon, müüakse nime all „NRG-1“), 4-MEC (4-metüülmetkatinoon, müüakse nime all „NRG-2“) ja metoksetamiin (2-(3-metoksüfenüül)-2-(etüülamino)tsükloheksanool).

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-metüleendioksi-pürovaleroon, pürovalerooni derivaat, mida kontrollitakse ÜRO 1971. aasta konventsiooni IV nimekirja alusel.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (parametoksüamfetamiin) on loetletud ÜRO 1971. aasta konventsiooni I nimekirjas alates 1986. aastast ja PMMAd (parametoksümetüülamfetamiin) kontrollitakse ELi tasandil alates 2002. aastast, vt EMCDDA (2003).

⁽¹⁴⁹⁾ Vt kast „Mitte väga seaduslikud uimastid“.

Mitte väga seaduslikud uimastid

Väljendit „seaduslikud uimastid“ kasutatakse üldmõistena psühhoaktiivsete ainete kohta, mis ei ole uimastiseaduste alusel kontrollitavad. Selliste ainete nimetamine seaduslikuks võib olla vale ja kliente eksitada, kuna paljud sellised ained võivad olla reguleeritud ravimeid või toiduohutust käsitlevate õigusaktidega.

Euroopa tooteohutuse direktiivi alusel on tootjatel kohustus tuua turule üksnes ohutuid tooteid. Põhjendatult eeldatavates kasutustingimustes toode „ei põhjusta ohte või põhjustab toote kasutusele vastavalt minimaalset ohtu, [...] mida loetakse aktsepteeritavaks ning inimeste ohutuse ja tervise kaitse kõrgemale tasemele vastavaks“, võttes arvesse toote omadusi, mürgistust, hoiatusi ja kasutusjuhendit. Ehk just seetõttu on veebipoed hakanud oma toodetele üha enam märkima tervisealaseid hoiatusi. Direktiivi kohaselt peavad levitajad teavitama pädevaid asutusi ka tõsistest ohtudest ning enda võetud meetmetest nende vältimiseks. Rikkumiste eest võidakse karistada vangistusega.

Euroopas ei ole uute uimastite müümine seaduslikum kui mis tahes muu testimata ja valesti märgistatud toote müümine. Näited nn seaduslike uimastite müümise vastu võetud tarbijakaitse-eeskirjadel põhinevatest meetmetest hõlmavad tarnijatelt Spice'i ja mefedrooni nõuetele mittevastava märgistuse tõttu konfiskeerimist Itaalias ja Ühendkuningriigis. 2010. aastal sulges tervisekaitseinspeksioon ka Poolas 1200 uimastitarvete poodi.

Levimus ja kättesaadavus Internetis

Euroopas on korraldatud vähe uuringuid nn seaduslike uimastite (üksikute ainete suhtes kasutatav üldnimetus) levimuse kohta. 2008. aastal Poolas läbiviidud ja 1400 18 aastast õpilast hõlmanud uuringu kohaselt oli neist seaduslike uimastide vähemalt korra elus tarbinud 3,5%, samas kui 2010. aastal korraldatud ja 1260 õpilast hõlmanud järeluuring näitas nende osakaalu kasvu 11,4%-ni. 2008. aastal teatati seaduslike uimastite viimase 12 kuu jooksul tarbimise levimuseks õpilaste hulgas 2,6%, mis 2010. aastal tõusis 7,2%. Tarbimine viimase kuu jooksul langes aga 1,5%-lt 2008. aastal 1,1%-ni 2010. aastal. 2011. aastal on oodata täiendavaid uuringuid nn seaduslike uimastite levimuse kohta Tšehhi Vabariigilt, Iirimalt ja Hispaanialt.

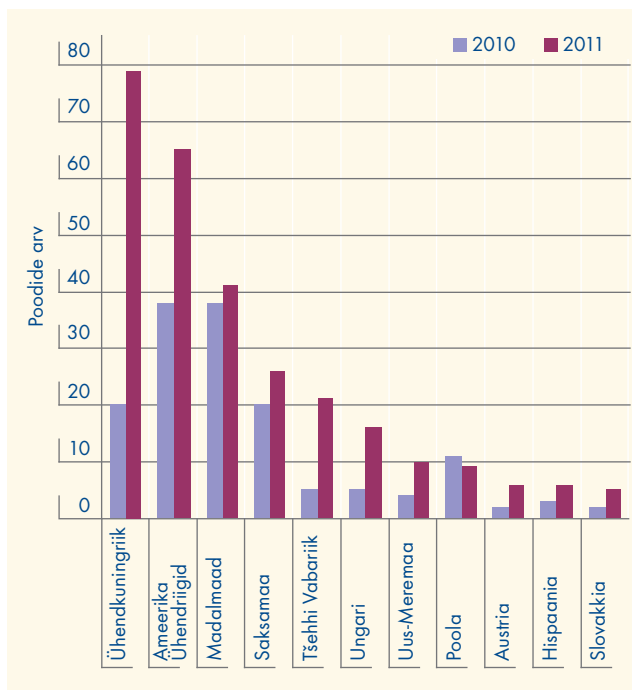
EMCDDA jälgib seaduslike uimastite kättesaadavust veebis korrapäraste sihtotstarbeliste ühekordsete Interneti-uuringute kaudu, millest viimases kasutati ELi 23-st ametlikust keelest 18 ⁽¹⁵⁰⁾, mida emakeelena räägib 97% ELi elanikest, ning lisaks vene ja ukraina keelt. Lisaks väljendi „seaduslikud uimastid“ otsimisele hõlmavad kõnealused uuringud ka taimseid uimastid

(Spice, kratom ja salvei), GBld (gammabütürolaktoon) ja hallutsinogeenseid seeni. 2011. aasta Interneti-uuringus tehti kindlaks 314 nn seaduslike uimastide müüvat veebipoodi, mis tarnivad tooteid vähemalt ühte ELi liikmesriiki.

Veebipoodide päritoluriiki on raske kindlaks teha, kuid selliste tunnuste nagu kontaktandmete, riigidomeeni, valuuta ja kohaletoimetamisandmete põhjal paistis selleks kõige sagedamini olevat Ühendkuningriik (joonis 20). Inglise keel oli kõige sagedasem kasutajaliidese keel, mida kasutas 83% kõikidest 2011. aastal uuritud veebipoodidest. Kõige laialdasemalt pakutavad seaduslikud uimastid olid kratom ja salvei, mis olid saadaval vastavalt 92 ja 72 veebipoes.

Spice'i-laadsete toodete kättesaadavus Internetis vähenes 2011. aastal jätkuvalt ning seda ainet pakkus 12 uuringuga hõlmatud veebipõhist jaemüüjat, kui 2010. aastal müüs seda 21 poodi ja 2009. aastal 55 poodi. 3-grammine pakk Spice'i-laadset toodet maksis 2011. aastal 12–18 eurot, võrreldes 20–30 euroga 2009. aastal. Selline langus nii kättesaadavuses kui ka hinnas võib osutada muude uute uimastite konkurentsile.

Joonis 20. 2010. aastal avastatud nn seaduslike uimastide pakkuvate veebipoodide arvatav päritoluriik ja ülevaade olukorrast Internetis 2011. aastal



NB! Joonisel on esitatud üksnes need liikmesriigid, kust leiti nii 2010. kui ka 2011. aastal vähemalt kaks veebipoodi. Rumeenias 2011. aastal esmakordselt korraldatud otsingu tulemusena avastati seal 13 veebipoodi.

⁽¹⁵⁰⁾ Bulgaaria, tšehhi, taani, saksa, kreeka, inglise, hispaania, prantsuse, itaalia, läti, ungari, malta, hollandi, poola, portugali, rumeenia, slovaki ja rootsi.

Uute uimastite avaliku müügi kontrollimine ja politsei tegevus

Uute ainete kiirest levikust tingitult on liikmesriigid sunnitud mõnesid oma tavapäraseid uimastiprobleemide reageerimise viise läbi mõtlema ja muutma. 2010. aastal võtsid nii Iirimaa kui ka Poola kiirelt vastu õigusaktid, et piirata selliste psühhoaktiivsete ainete avalikku müüki, mida uimastiseaduste alusel ei kontrollita. Selleks pidid mõlemad riigid töötama välja asjaomaste ainete hoolika õigusliku määratluse. Iiri õiguses on need määratletud psühhoaktiivsete ainetena, mida kehtivate õigusaktide alusel eraldi ei kontrollita ning mis võivad stimuleerida või rahustada kesknärvisüsteemi, mille tulemusel tekivad hallutsinatsioonid või sõltuvus või mis võivad oluliselt mõjutada motoorikat, mõtlemist või käitumist. Sellised ained ei hõlma ravimeid ega toiduaineid, loomade ravimeid, uimastavaid jooke ega tubakat. Poola õigusaktis osutatakse nn asendusuimastitele, mis on määratletud ainetena või taimedena, mida kasutatakse kontrollitava uimasti asemel või sellega samal eesmärgil ning mille tootmine või turuletoomine ei ole reguleeritud eraldi sätetega. Selles ei ole konkreetselt viidatud, kas sellist uimastit tuleb käsitada kahjulikuna.

Iiri õigusakti jõustab politsei. Kõrgemad politseiametnikud võivad müüjale esitada nn keeluteate; kui rikkuja seda ei järgi, võib keelu seada kohus. Müümine, reklaam ja seotud keelu rikkumine on karistatav kuni viieaastase vangistusega. Poolas rakendab sellist õigusakti riigi sanitaarinspeksioon. Karistuseks asendusuimastite tootmise või nende ringlusse laskmise eest on ette nähtud suur trahv, samas kui nende reklaamimine on karistatav kuni üheaastase

vangistusega. Riigi sanitaarinspektorid võivad keelata nn asendusuimastiga kauplemise kuni 18 kuuks, et hinnata selle ohutust, kui on põhjendatud kahtlus, et see võib ohustada elu või tervist. Kui uimasti leitakse olevat ohtlik, peab levitaja katma hindamise kulud. Ühtlasi on inspektoritel õigus rajatis kuni kolmeks kuuks sulgeda. Kummaski riigis ei ole kehtestatud karistusi asjaomaste ainete kasutajatele.

Politsei tegevus seoses psühhoaktiivsete ainetega, mille suhtes on hiljuti kontroll kehtestatud

Ühendkuningriigi politseile anti 2010. aastal üksikasjalikud suunised selle kohta, kuidas toimida selliste psühhoaktiivsete ainete puhul, mille suhtes on hiljuti kehtestatud kontroll, ja eelkõige sünteetiliste kannabinoidide, piperasiinide ja katiinonide, aga ka GBLi ja 1,4-butanedioli puhul (ACPO, 2010). Suunistes on esitatud teavet selliste uimastite väljanägemise, tarbimisharjumuste, mõju ja riskide ning nende käsitlemise kohta. Seal soovitatakse politseitegevuses järjepidevat riiklikku lähenemist seoses selliste ainete omamise ja levitamisega. Tunnustatakse vajadust teostada selliste ainete nõuetekohaseks kindlakstegemiseks kohtuekspertiise ning kehtestada tõendite suhtes kohustuslikud nõuded. Rõhutatud on politsei ja kohalike ametivõimude ühise lähenemise tähtsust uimastitarvete poodide kontrollimisel. Politseikontrollid uimastitarvete poodides on soovitatavad, et koguda andmeid ja teavitada omanikke ning võimaldada neil kontrollitavad ained politseile üle anda. Selleks pakutakse välja standardkirja koostamist, milles poeomanikel soovitatakse tungivaltl kehtestatud meetmed läbi vaadata ja tagada nende vastavus õigusaktidele.

Heitvee analüüsimine

Heitvee analüüsimine ehk heitvee epidemioloogiliste uuringute teostamine on kiirelt arenev teadusvaldkond, mis võib võimaldada ebaseadusliku uimastitarbimisega seotud elanikkonnaosa taseme jälgimist.

Analüütilise keemia areng võimaldab teha kindlaks uriiniga eritatud ebaseaduslikud uimastid ja nende ainevahetuse saadused ka väga väikese kontsentratsiooni korral. Seda võib võrrelda väga suurel määral lahjendatud uriiniproovi võtmisega tervelt kogukonnalt (mitte konkreetselt tarbijalt). Teatavate eelduste korral saab heitvees sisalduvate ainevahetuse saaduste koguse põhjal hinnanguliselt arvutada asjaomases kogukonnas tarbitud uimastite koguse.

Kui varasemates teadusuuringutes keskenduti heitvees sisalduva kokaiini ja selle ainevahetuse saaduste

kindlakstegemisele, siis viimastes uuringutes on esitatud hinnangud kanepi, amfetamiini, metamfetamiini, heroini ja metadooni taseme kohta. Ka harvemini tarbitavate uimastite, näiteks ketamiini ja uute psühhoaktiivsete ainete tuvastamine näib paljutõotav.

See töövaldkond areneb multidistsiplinaarselt ning selles on oluline osa paljudel teadusvaldkondadel, nagu analüütiline keemia, füsioloogia, biokeemia, kanalisatsioonitehnika ja tavapärane uimastitega seotud epidemioloogia. Heitvee analüüsile suunatud EMCDDA 2011. aasta eksperdikohtumisel tehti kindlaks, et selles valdkonnas tegutseb vähemalt 18 uurimisrühma 13 Euroopa riigis. Praegu on teadusuuringute tegevuskavas esimesel kohal proovivõtumeetodite ja -vahendite suhtes konsensus saavutamine, aga ka asjaomase valdkonna hea tava juhendi väljatöötamine.





Kasutatud kirjandus ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. ja Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland”, *Substance Use & Misuse* 42, lk 1027–1028.
- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. et al. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence”, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), lk 931–934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, London.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. ja Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, lk 1186–1202.
- Allen, D., Coombes, L. ja Foxcroft, D. R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study”, *Health Education Research* 22, lk 547–560.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L. et al. (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1–2), lk 133–139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L. ja Jensen, S. O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 114, lk 134–139.
- Arfken, C. L., Johanson, C. E., di Menza, S. ja Schuster, C. R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physician”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), lk 96–104.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, lk 198–202.
- Barry, D., Sullivan, B. ja Petry, N. M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients”, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), lk 168–174.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician’s perspective”, *Addiction* 105, lk 1531–1537.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. ja Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands”, *European Addiction Research* 15, lk 78–86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. ja Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (kättesaadav veebiversioonis).
- Bird, S. M. ja Robertson, J. R. (2011), „Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era”, *Addiction Research and Theory* 19, lk 170–178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. ja McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”, *BMJ* 337, lk a478.
- Bröring, G. ja Schatz, E. (toimetajad) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (kättesaadav veebiversioonis).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, lk 171–178.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (kättesaadav veebiversioonis).
- Caiaffa, W. T., Zocchetto, K. F., Osimani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L. et al. (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? ”, *Addiction* 106(1) lk 143–151.

⁽¹⁵¹⁾ Veebipõhiste allikate hüperlingid on lisatud aastaaruande PDF-versioonile, mis on kättesaadav EMCDDA veebisaidil (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpenedo, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J. ja Thompson, D. L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence”, *American Journal of Health Behavior* 34(6), lk 776–787.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. ja Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges”, *The Howard Journal of Criminal Justice* (meedias avaldatud).
- Chabrol, H., Roura, C. ja Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, lk 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. ja McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (kättesaadav veebiversioonis).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (kättesaadav veebiversioonis).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. ja Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database”, *BMJ* 341, lk c5475.
- Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Council of the European Union (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (kättesaadav veebiversioonis).
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading treatment or Punishment) (2006), *The CPT Standards: „Substantive” sections of the CPT’s General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (kättesaadav veebiversioonis).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, lk 211–213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. ja Linskey, M. (2009), „Illicit drug use”, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (toimetajad), World Health Organization, Genf (kättesaadav veebiversioonis).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. ja Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed”, *Lancet* 376, lk 285–301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. ja Hall, W. D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies”, *Drug and Alcohol Dependence* 113, lk 88–95.
- Dennis, M. ja Scott, C. K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition”, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), lk 45–55.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28, lk 421–447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. ja Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States”, *Addiction* 104(9), lk 1441–1446.
- Dick, D. ja Torrance, C. (2010), „MixMag Drugs Survey”, *Mix Mag* 225, lk 44–53.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. ja Wodak, A. D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, lk 820–828.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- ECDC ja EMCDDA (2011), *Joint ECDC–EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- ECDC ja WHO Regional Office for Europe (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T. et al. (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence”, *Neuropsychopharmacology* 33(5), pp. 1162–1170.
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg (kättesaadav veebiversioonis).
- EMCDDA (2007a) *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2009a), *2009. aasta aruanne: Uimastiprobleemide olukord Euroopas*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA Thematic paper, Publications Office of the European Union, Luxembourg (kättesaadav veebiversioonis).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the „Spice“ phenomenon*, Thematic paper, Publications Office of the European Union, Luxembourg (kättesaadav veebiversioonis).
- EMCDDA (2010a), *2010. aasta aruanne: Uimastiprobleemide olukord Euroopas*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Publications Office of the European Union, Luxembourg (kättesaadav veebiversioonis).
- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA ja Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europol joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Escot, S. ja Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariis.
- European Commission (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission.
- Euroopa Inimõiguste Kohus: 9. juuni 1998. aasta otsus kohtuasjas Teixeira de Castro vs. Portugal, aruanded 1998-VI, punktid 38 ja 39.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, Europol contribution to the Expert Consultations for the UNGASS assessment.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haag.
- Fletcher, A., Bonell, C. ja Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42, lk 209–220.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D. et al. (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), lk 276–282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L. et al. (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), lk 131–138.
- Gregoire, T. ja Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women”, *Drug Education* 31(3), lk 221–237.
- Gripenberg, J., Wallin, E. ja Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises”, *Substance Use and Misuse* 42 (12–13), lk 1883–1898.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (kättesaadav veebiversioonis).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. ja McKendry, R. (2003) „Continuity of care: a systematic review”, *Lancet* 327, lk 1219–1221.
- Hall, W. ja Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, lk 1383–1391.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. et al. (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1–3), lk 20–29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.

- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. et al. (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs”, *Molecular Therapy* 19, lk 612–619.
- Hoare, J. ja Moon, D. (toimetajad) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (kättesaadav veebiversioonis).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. ja Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation”, *American Journal of Public Health* (meedias avaldatud).
- Horsley, T., Grimshaw, J. ja Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce”, *BMJ* 341, lk c4687.
- Hughes, C. A. ja Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? ”, *The British Journal of Criminology* 50, lk 999–1022.
- Hulse, G. K., Ngo, H. T. ja Tait, R. J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone”, *Biological Psychiatry* 68(3), lk 296–302.
- Hunt, N. ja Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. ja Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction”, EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, United Nations, New York.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations, New York (kättesaadav veebiversioonis).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations, New York (kättesaadav veebiversioonis).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, United Nations, New York (kättesaadav veebiversioonis).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L. ja Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), lk 832–843.
- Johnston, L. D., O’Malley, P. M., Bachman, J. G. ja Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (kättesaadav veebiversioonis).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. ja D’Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, London (kättesaadav veebiversioonis).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (kättesaadav veebiversioonis).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure”, *New England Journal of Medicine* 363, lk 2320–2331.
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R. ja Newton, T. F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment”, *American Journal on Addictions* 19(4), lk 340–344.
- Kaskutas, L., Ammon, L. ja Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives”, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, lk 111–133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. et al. (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment”, *BMJ* 341, lk c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. ja Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment”, *Addiction* 101, lk 1 730–740.
- Koerkel, J. ja Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain”, *Suchttherapie* 11 (1), lk 31–34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. ja Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study”, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1–2), lk 130–133.
- Kruisbergen, E. W., De Jong, D. ja Kleemans, E. R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence”, *The British Journal of Criminology* 51, lk 394–412.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. ja Whiteside, H. O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program”, *Evaluation and the Health Professions* 31, lk 226–239.
- Laudet, A., Becker, J. ja White, W. (2009), „Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission”, *Substance Use and Misuse* 44, lk 227–252.

- Lawless, M. ja Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed”, *International Journal of Drug Policy* 19, lk 255–264.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. ja Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), lk 12–25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. et al. (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial”, *JAMA* 304(14), lk 1576–1583.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (kättesaadav veebiversioonis).
- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. ja Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release”, *European Addiction Research* 16(3), lk 139–145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. ja White, J. M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence”, *Addiction* 105(1), lk 146–154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. ja Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain”, *European Heart Journal* 31(3), lk 318–329.
- Marsden, J. ja Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (kättesaadav veebiversioonis).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. ja Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study”, *Lancet* 377, lk 1429–1437.
- Marshall, K. S., Gowing, L. ja Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66(10), lk 1116–1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage”, *Lancet* 375, lk 1014–1028.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. ja Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, lk CD002209.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S. et al. (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), lk 111–120.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison”, *Addiction* 105, lk 1545–1554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. ja Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment”, *American Journal of Public Health* 95, lk 1259–1265.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia”, *Drug and Alcohol Review* 27, lk 404–413.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* 370, lk 319–328.
- O’Connor, P. G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges”, *JAMA* 304(14), lk 1612–1614.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach”, *OECD Economic Studies* 43, lk 115–154.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. ja Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, lk CD007024.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. ja Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, lk CD008373.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. ja Wolff, F. A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine”, *Addiction* 97(7), lk 773–783.
- Popova, S., Rehm, J. ja Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada” *Public Health* 120(4), lk 320–328.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?”, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, lk 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, lk 147–155.

- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. ja Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Circulation* 103, lk 502–506.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, lk 315–322.
- Reynaud-Maurupt, C. ja Hoareau, E. (2010), „Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»”, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (kättesaadav veebiversioonis).
- Richter, C., Romanowski, A. ja Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit”, *Psychiatrische Praxis* 36(7), lk 345–347.
- Roche, A., McCabe, S. ja Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence”, *European Addiction Research* 14, lk 219–225.
- Rome, A., Shaw, A. ja Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. et al. (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?”, *Addiction* 105, lk 1625–1632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. ja Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* [Finnish drug-related deaths in 2007. Cross-discipline study of forensic medical cause-of-death documents.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (kättesaadav veebiversioonis).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (kättesaadav veebiversioonis).
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. ja White, J. M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy”, *Substance Abuse* 31(2), lk 98–107.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D. et al. (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), lk 157–166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. ja Bird, S. M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland”, *BMJ* 341, lk c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R. ja Dursteler-Macfarland, K. M. (2010), „Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients”, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), lk 450–454.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. ja Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, lk 170 (kättesaadav veebiversioonis).
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. ja Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, lk 381–395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. ja Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, lk 1149–1160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. et al. (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention”, *Journal of Drug Policy* 21(1), lk 56–63.
- Tan, J. A., Joseph, T. A. ja Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving”, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), lk 1387–1395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (kättesaadav veebiversioonis).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V. ja Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brüssel.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. ja Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence”, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, lk 259–268.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC ja MCN (Government of Afghanistan ministry of counter narcotics) (2010), *Afghan opium survey 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin (kättesaadav veebiversioonis).
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, lk 143–151.

Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. ja Vergouwen, T.A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known”, *General Hospital Psychiatry* 31(4), lk 394–396.

Vandrey, R. ja Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?”, *CNS Drugs* 23(7), lk 543–553.

Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response”, *NIDA Notes* 23(3) (kättesaadav veebiversioonis).

WHO (1986), *Ottawa Charter for health promotion*, World Health Organization, Genf (kättesaadav veebiversioonis).

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Genf.

WHO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, World Health Organization, Genf.

WHO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, World Health Organization, Genf (kättesaadav veebiversioonis)

WHO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO, UNODC ja UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, World Health Organization, Genf.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. ja Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveill* 13(21):(kättesaadav veebiversioonis)

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. ja Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, lk 1049–1052.

Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey”, *Mixmag* March lk 49–59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. ja Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges”, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, lk ii29–ii37.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk”, ZIS, Hamburg (kättesaadav veebiversioonis).

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

2011. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus

2011 – 109 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-472-4

doi:10.2810/44829

Kust saab ELi väljaandeid?

Tasuta väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- Euroopa Liidu esindustest või delegatsioonidest. Nende kontaktandmed saab veebisaidilt <http://ec.europa.eu> või saates faksi numbrile +352 2929-42758.

Tasulised väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>).

Tasulised tellimused (nt Euroopa Liidu Teataja aastatellimused ja Euroopa Liidu Kohtu kohtulahendite kogumikud):

- Euroopa Liidu Väljaannete Talituse edasimüüjate kaudu (http://publications.europa.eu/others/agents/index_et.htm).

EMCDDA kohta

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on üks Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutustest. EMCDDA loodi 1993. aastal Lissabonis ning see on Euroopa narkootikumide ja narkomaaniat käsitlevate võrdlevate andmete keskne allikas.

EMCDDA kogub, analüüsib ja levitab faktilist, objektiivset, usaldusväärset ja võrreldavat teavet narkootikumide ja narkomaania kohta. Seeläbi varustab ta oma kasutajaskonda tõenditel põhineva ülevaatega narkoalasest olukorrast Euroopas.

Keskuse väljaanded on esmane teabeallikas paljudele sihtrühmadele, sealhulgas poliitikakujundajatele ja nende nõustajatele, narkovaldkonna asjatundjatele ja teadlastele ning laiemas plaanis ka meediale ja avalikkusele.

Aastaruanne on EMCDDA aastaülevaade narkoalasest olukorrast ELis ning see on oluline teabematerjal kõigile neile, kes otsivad kõige värskemast teavet narkootikumide kohta Euroopas.



Väljaannete talitus

ISBN 978-92-9168-472-4



9 789291 684724