



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ISSN 1830-0820

2012. AASTA ARUANNE

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

2012. AASTA ARUANNE

UIMASTIPROBLEEMIDE OLUKORD EUROOPAS

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 (<http://europa.eu>) kaudu.

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

Tasuta infotelefon: (*)

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Käesolev aruanne on saadaval bulgaaria, 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.

Kataloogiandmed on väljaande lõpus.

Luksemburg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2012

ISBN 978-92-9168-540-0

doi:10.2810/64868

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2012

Reprodutseerimine on lubatud allikale viitamisel.

Printed in Luxembourg

TRÜKITUD VALGELE KLOORIVABALE PAPERILE



**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. Narkopoliitika peamised ülesanded tänapäeva Euroopas – tugineda saavutustele, säilitada hoog ja reageerida muutustele	13
1. peatükk. Poliitika ja õigusnormid	
Arengud ELi ja rahvusvahelises ja poliitikas • Riiklikud strateegiad • Riiklikud kulutused • Riiklikud õigusaktid • Teadusuuringud	20
2. peatükk. Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas	
Ennetamine • Ravi • Sotsiaalne reintegratsioon • Kahjude vähendamine • Kvaliteedistandardid • Narkootikumidega seotud õiguskaitse ja narkoseaduste rikkumised	29
3. peatükk. Kanep	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Kahjulik mõju tervisele • Ravi	40
4. peatükk. Amfetamiinid, ecstasy, hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Mõju tervisele • Ennetamine meelelahutusasutustes • Ravi	50
5. peatükk. Kokaiin ja crack-kokaiin	
Pakkumine ja kättesaadavus • Tarbimise levimus ja harjumused • Tervisehäired • Probleemne kokaiinitarbimine • Ravi ja kahjude vähendamine	61
6. peatükk. Opioidide tarbimine ja narkootikumide süstimine	
Pakkumine ja kättesaadavus • Probleemne opioidide tarbimine • Narkootikumide süstimine • Ravi	71
7. peatükk. Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad	
Nakkushaigused • Ülevaade nakkushaigustest • Surmad ja suremus • Surmade vähendamine	80
8. peatükk Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused	
Uute uimastite suhtes võetavad meetmed • Tootmine ja pakkumine • Levimus • Reageerimine	90
Kasutatud kirjandus	97



Eessõna

Käesolev on EMCDDA 17. aastaaruanne narkoprobleemide olukorra kohta Euroopas ning eelnevatele aastatele tagasi vaadates on rõõmustav märkida, et Euroopa narkootikumidealase olukorra põhjaliku mõistmise suunas on tehtud suuri edusamme. See ei ole üksnes EMCDDA saavutus. Tunnustada tuleb ka Euroopa Liidu liikmesriike, kes on pikka aega väärtustanud Euroopa narkoprobleemidest tervikliku ülevaate koostamist. Kuigi me tunneme suurt uhkust EMCDDA töötajate tehtud töö üle, peame siiski tunnistama, et käesolev väljaanne on valminud kõigi ühiste jõupingutuste tulemusena. See aruanne sai avaldamisküpsiks üksnes tänu meie partnerite toetusele ja tõsisele tööle, eelkõige Reitoxi teabevõrgustiku liikmetele, kas varustasid meid riiklike andmetega, millel põhineb meie analüüs. Ühtlasi oleme tänu võlgu ka paljudele teistele Euroopa ja rahvusvahelistele asutustele ja organitele, kes meie tööd toetavad.

Käesoleva aasta aruanne avaldatakse Euroopale olulisel ja raskel ajal. Paljude riikide praegused finants- ja majandusraskused avalduvad ka meie aruandluses. Kasinusmeetmete võtmine on kaasa toonud mitmesuguseid probleeme ja seadnud poliitikakujundajad raskesse olukorda riiklike vahendite jaotamisel, sest valida tuleb konkureerivate prioriteetide vahel. Tark investeerimiskäitumine, mis põhineb probleemi olemuse mõistmisel ja kõige suuremat tõenäolist kasu andvate meetmete väljaselgitamisel, on sellistel aegadel tähtsam kui kunagi varem. EMCDDA on käesoleva analüüsi koostamisel teinud koostööd ekspertidega kogu Euroopast. Käesolevas väljaandes ja seda täiendavates veebipõhistes materjalides me esitame ajakohastatud, teaduslikult põhjendatud ja tervikliku ülevaate Euroopa praegustest narkoprobleemidest ning toome näiteid uuendusliku ja hea tava kohta.

Narkoteemale võidakse läheneda piiratult, keskendudes üksnes selle keerulise probleemi üksikute osade käsitlemisele, nagu eksisteeriksid need isoleeritult. Meie oleme valinud teistsuguse lähenemisviisi. Meie arvates põhineb EMCDDA analüüsi tugevus väga mitmekesise

teabe ühendamisel ja erinevate teemade käsitlemisel, mis ulatuvad narkootikumiturgudest ja keelustamismeetmetest narkootikumide tarvitamise, nõudluse vähendamiseks võetavate meetmete ning poliitiliste ja õiguslaste arenguteni. Seetõttu on meie analüüs tervikuna suurem selle koostisosade summast. Pakkumisega seotud küsimusi ei ole võimalik täielikult mõista, kui puudub ettekujutus narkootikuminõudlust mõjutavatest teguritest ning vastupidi. Näiteks selleks, et mõista heroini kättesaadavusega seoses praegu Euroopas toimuvaid muutusi, on vaja arvesse võtta peamiste kuritegelike organisatsioonide vastu suunatud keelustamismeetmete tõhusat mõju. Kriitilisuse säilitamise huvides ei tohi unustada ka asjaolu, et need muutused on toimunud ajal, mil suurenenud investeeringud ravisse on nõudlust turul oluliselt vähendanud. Meie käesoleva aasta aruandest nähtub, et usaldusväärse ülevaate saamiseks heroinitarbimisega seotud suundumusest Euroopas on vaja kõik need võrdset olulised osad omavahel kokku sobitada.

Kui tahame reageerida keerukale ja kiiresti muutuvale narkoprobleemile praeguses Euroopas, on meil tarvis just sellist mitmekülgset nägemust. Meil tuleb kokku puutuda mitmesuguste keeruliste probleemidega, millest mõned on uued ja mõned vanad. Need võivad olla seotud side- ja infotehnoloogia edusammude, uute psühhoaktiivsete ainete leviku ning sünteetiliste narkootikumide kättesaadavuse ja tarbimise kasvuga. Samas võivad need olla seotud ka probleemidega, mida me ei ole suutnud siiani lahendada ja mis tekitavad jätkuvalt kahju nii üksikisikutele kui ka tervetele kogukondadele. EMCDDA on võtnud endale kohustuse tagada Euroopa narkootikumidealase debati jätkuv varustamine tervikliku, erapooletu ja mis kõige olulisem, selles keerulises küsimuses orienteeruda aitava tõendibaasiga.

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 teenustusi ja eksperte kõigis liikmesriikides;
- EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmeid;
- Euroopa Parlamenti, Euroopa Liidu Nõukogu – eelkõige selle horisontaalset narkootikumide töörühma – ja Euroopa Komisjoni;
- Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskust (ECDC), Euroopa Ravimiametit (EMA) ja Europoli;
- Euroopa Nõukogu Pompidou gruppi, ÜRO Uimastikontrolli ja Kriminaalpreventsiooni Bürood (UNODC), Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbürood, Interpoli, Maailma Tolliorganisatsiooni, projekti ESPAD, alkoholi ja muude sõltuvusttekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN); Kanada Tervishoiuministeeriumi kontrollitud ainete ja tubaka direktoraati, USA ainete kuritarvitamise ja vaimse tervise ametit;
- Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskust ja Euroopa Liidu 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 EMCDDA veebilehel.



Sissejuhatav märkus

Käesolev aastaaruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriikide Horvaatia ja Türgi ning Norra riiklike aruannetena. Aastaaruandes on kasutatud 2010. 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 teatavad suundumused.

Suundumuste analüüs põhineb ainult nendel riikidel, kes esitasid piisavalt andmeid kõnealuse perioodi jooksul toimunud muutuste kirjeldamiseks. Narkootikumideturu suundumuste analüüsis võivad 2009. aasta näitajad asendada puuduvaid 2010. aasta väärtusi, muude suundumuste analüüsis võivad puuduvad andmed olla interpoleeritud.

Aastaaruande lugemisel tuleks pöörata tähelepanu allpoolsetele taustateabe märkustele.

Uimastite pakkumise ja kättesaadavuse andmed

Ebaseaduslike uimastite turgude ning nendega kaubitsemise süstemaatiline ja järjepidev teave on siiani puudulik. Hinnangulisi andmeid heroïni, 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 siseruumides (näiteks kanep).

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

Aastaaruande ja selle andmeallikate kättesaadavus internetis

Aastaaruanne 22 keeles allalaadimiseks on EMCDDA veebilehel. Elektrooniline versioon sisaldab linke kõikidele aastaaruandes viidatud veebipõhiste andmeallikatele.

Järgmised dokumendid on kättesaadavad üksnes internetis.

2012. aasta statistikabülletään sisaldab kõiki statistilises analüüsis allikatena kasutatud tabeleid. Bülletäänis 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 iga riigi uimastiolukorra põhiaspektide kohta graafilises vormis üldkõkkuvõte.

valimil ning üldiselt ei ole võimalik esitatud andmeid seostada uimastituru kindla tasandiga. Kõik puhtuse või kanguse ja jaehindade analüüsid põhinevad teatatud keskmistel või modaalsedel väärtustel või nende 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 konfiskeerimistest ELis, ning Rahvusvaheliselt Narkootikumide Kontrollinõukogult (INCB), kes on kaasatud ebaseaduslike uimastite tootmiseks kasutatavate lähtekemikaalide kõrvalesuunamisvastastesse rahvusvahelistesse algatustesse.

Kuna mitmes maailma 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 rahvastikuuringute 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 teatava ajavahemiku jooksul uimasteid tarbinud. Küsitlused annavad kasulikku taustateavet ka uimastitarbimise harjumuste, uimastitarbijate sotsiodemograafiliste tunnuste ja nende ettekujutuste kohta ebaseaduslike uimastitega seotud ohtudest ning uimastite kättesaadavusest.

Tihedas koostöös riiklike ekspertidega töötas EMCDDA välja täiskasvanute uuringutes rakendatavad ühtsed põhiteemad (nn Euroopa näidisküsimustiku). See küsimustik on nüüdseks kasutusele võetud enamikus ELi liikmesriikides. Sellest hoolimata on eri riikide meetodikates 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 veebilehel). 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 projektis (ESPAD) kasutatakse standardiseeritud meetodeid ja vahendeid, et mõõta representatiivsete valimite abil nende kooliõpilaste uimasti- ja alkoholitarbimist, kes saavad kalendriaasta jooksul 16-aastaseks. 2011. aastal koguti teavet 36 riigis, sh 24 ELi liikmesriigis, Horvaatias ja Norras, ning uuringu tulemused avaldati 2012. aastal. Lisaks korraldavad Hispaania ja Ühendkuningriik kooliõpilaste riiklikud uuringud, mille käigus saadakse uimastikasutamise kohta ESPADi uuringu tulemustega võrreldavaid andmeid.

Ravinõudlus

Anonüümsed andmed nende kohta, kes alustavad Euroopas ravi seoses uimastiprobleemidega, edastatakse EMCDDA ravinõudluse näitaja koostamiseks. Iga ravi alustavat klienti küsitletakse seoses tema uimastikasutuse, ravikontaktide ja sotsiaalse taustaga. Ravi alustamise andmeid kogutakse iga aasta kohta ajavahemikus 1. jaanuarist kuni 31. detsembrini. Kõnealuse aasta alguses juba ravil olevaid kliente/patsiente andmed ei kajasta. Kui esitatakse ravinõudluse osakaal esmase uimasti kohta, on nimetajaks juhtumite arv, mille korral esmane uimasti on teada.

Sekkumised

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





Ülevaade

Narkopoliitika peamised ülesanded tänapäeva Euroopas – tugineda saavutustele, säilitada hoog ja reageerida muutustele

Kooskõlastamise ja koostöö edendamine

Narkoprobleemide olukorda Euroopas käsitlevas värskemal analüüsis rõhutab EMCDDA vajadust ühelt poolt hoida silm peal laialt levinud narkootikumidega seotud probleemidel ning teisalt valmistuda reageerima uutele ohtudele ja probleemidele. Heroiini ja kokaiini arvele langeb endiselt suur osa narkootikumide tarvitamisega seotud kahjustest, haigestumusest ja suremusest Euroopas. Nende narkootikumidega seoses on vaja säilitada juba saavutatud olukord tõenditel põhinevate reageeringute väljatöötamiseks ja elluviimiseks. Kätte võidetud edu, küll mitmes mõttes ebaühtlane, on siiski märkimisväärne, kuid võib asjaolude muutumise või reageeringute tugevdamise ebaõnnestumise tõttu hõlpsasti ohtu sattuda. Analüüsis rõhutatakse, et seoses narkoturuga seotud probleemide üha keerulisemaks ja dünaamilisemaks muutumisega on vaja tugevdada nende tuvastamise ning neile reageerimise alast suutlikkust Euroopas.

Nimetatud vajaduste puhul tuleb aga arvesse võtta paljude Euroopa riikide rasket majanduslikku olukorda ning kõigi kirjeldatud tervise- ja sotsiaalsete probleemidega toimetulekuks vajalike vahendite nappusest tulenevaid piiranguid. Sellises olukorras on oluline tagada kättesaadavate rahaliste vahendite investeerimine sihipärastesse tõestatud tõhususega tegevustesse. Seda eesmärki aitab saavutada ELi liikmesriikide vaheline koostöö, mille raames püütakse kogemuste jagamise, koos töötamise või meetmete parema kooskõlastamise kaudu muuta tegevustest saadav kasu võimalikult suureks. ELi narkostrategia koos lisatud tegevuskavadega moodustab selleks vajaliku poliitilise raamistiku. Praegune ELi strateegia (2005–2012) on saanud positiivse hinnangu, kusjuures eriti oluliseks on peetud selle rolli teabevahetuse lihtsustamisel.

Nüüd on kaalumisel narkopoliitika uus raamistik ajavahemikku 2005–2012 hõlmavale strateegiale järgneva perioodi jaoks. On tõenäoline, et ka uues raamistikus lähtutakse tõendipõhise ja tasakaalustatud lähenemisviisi vajalikkusest ning nähakse ette nõudmise ja pakkumise vähendamise meetmete terviklik kogum. ELi lähenemisviisi põhielementideks jäävad tõenäoliselt seire, teadusuuringud ja hindamine, aga ka peamiste inimõiguste

austamine. Uue poliitikaraamistikuga tagatakse ka sünergia narkovaldkonnas võetavate meetmete ning julgeoleku ja tervisega seotud üldisemate valdkondade vahel, milles narkootikumid on vaid üks komponent – näiteks HIVi ennetamine või võitlus organiseeritud kuritegevuse vastu. Uus raamistik annab Euroopale võimaluse väljendada rahvusvahelisel narkootikumidealasel deatil jõuliselt ja ühehäälselt oma seisukohti.

Keeruline olukord Euroopa kanepiturul

EMCDDA käesoleval aastal avaldatud uus mahukas kanepituru analüüs maalib pildi üha keerulisemaks ja mitmekesisemaks muutuvast olukorrast, mis valitseb seoses selle Euroopas enim tarvitatava ebaseadusliku uimastiga. Euroopa turul praegu saadaval olevad nn kanepitooted jagunevad kahte suurde rühma: need on kanepiürdid ja kanepivaigud. Euroopa Liidus on kanepitootmise kasv tingitud sisseveetava kanepivaigu üha laialdasemast asendamisest kodusel teel valmistatud taimsete toodetega. Kodumaises kanepitootmises on suuri erinevusi. See võib toimuda suurtes intensiivtootmisele orienteeritud istandustes, kus kasutatakse kõrgetasemelist tehnikat, et muuta taimede saagikus ja kangus võimalikult suureks. Skaala teises otsas on kanepitarvitajad, kes kasvatavad väheseid taimi isiklikuks tarbimiseks.

Kuigi enamik kanepiga seotud õigusrikkumisi tulenevad endiselt selle uimasti tarbimisest või omamisest, teatavad paljud riigid, et peavad oma poliitikas esmatähtsaks ebaseadusliku uimastikaubanduse ja pakkumise vastu suunatud meetmeid. Sellega seoses on teatatud nüüd ka intensiivse kanepikasvatusega tegelevate tootmiskohtade vastu suunatud tegevuse tõhustamisest. Vaatamata konfiskeeritud taimede arvu suurenemisele ning mitme uue eksperimentaalse avastamise meetodi väljatöötamisele konfiskeeritakse Euroopas endiselt kanepivaiku palju rohkem kui kanepiürti. See viitab asjaolule, et keelustamise meetmeid on kodumaise kanepitootmise suhtes raskem rakendada, eriti kui on tegemist intensiivse kanepikasvatusega siseruumides. Selles valdkonnas toimuv areng tekitab üha suuremat muret: põhjuseks on nii kahju kohalikele kogukondadele, mis kaasneb kõnealuse uimasti

tootmiskohtade olemasoluga, kui ka tõendid organiseeritud kuritegelike rühmituste osaluse kohta selles äris.

Kanepituru suurus ja keerukuses ei ole iseenesest midagi üllatavat, peegeldab see ju Euroopa kõige populaarsema ebaseadusliku uimasti positsiooni. Pealegi lahknevad poliitiline ja avalikkuse arvamus selle aine puhul kõige enam. On huvitav, et kanepitarbimine püsib üldiselt suhteliselt stabiilsel tasemel ja mõnes riigis võib selle tarvitamine olla isegi vähenenud. Kuigi kanepiga seotud probleeme on raske mõõta, osatakse neist nüüd paremini aru saada ning ollakse teadlikud ka nende seotusest nimetatud uimasti intensiivse ja pikaajalise kasutamisega. Siin on teatavaid murekohti. Näiteks võivad kanepitarvitajad kanepiürdile üle minnes hakata kasutama selle uimasti kangemaid vorme. Lisaks kinnitavad uuringud, et paljud alustavad nüüd kanepitarbimist üsna noores eas. Hinnanguliselt kasutab seda uimastit igal päeval 1% Euroopa täiskasvanud elanikkonnast ning on riike, kus eelkõige noorte meeste hulgas on intensiivse kanepitarvitamise harjumus suhteliselt levinud. Kokkuvõtteks võib öelda, et levimustasemetest stabiliseerumisest tulenevat optimismi jahutab tõdemus, et kõnealune uimasti kujutab endiselt rahvatervisele tõsist ohtu, mida kinnitab ka kanepitarbimise tõttu narkomaaniaravile pääsemiseks esitatud taotluste arv.

Õpilased on tänapäeva Euroopas suurimat ettevaatlikkust nõudev elanikkonnarühm

Värskeim Euroopa kooliuring alkoholi ja muude narkootiliste ainete kasutamise kohta (ESPAD) annab väärtusliku pildi ajalistest suundumustest ainete tarvitamisel kooliõpilaste seas. Positiivne on see, et kõikide peamiste ainete puhul saab 2011. aasta tulemuste põhjal prognoosida tarbimise vähenemist või stabiilseerumist. Uuringu viie voo andmetel vähenes sigarettide suitsetamine aastatel 1999–2007 ja seejärel stabiliseerus. Alates 2003. aastast on õpilaste hiljutine alkoholitarbimine pikkamööda vähenenud kogu Euroopas ning viimased andmed näitavad, et raske episoodilise alkoholitarbimise kasvutendents, mida täheldati alates 1995. aastast kuni 2007. aastani, on nüüdseks oma tipptaseme juba läbinud. Üldiselt kasvasid õpilaste ebaseaduslike narkootikumidega (tavaliselt kanepiga) kokkupuute kogemused kuni 2003. aastani, kahanesid veidi 2007. aastal ja on seejärel püsinud samal tasemel. Need tulemused võivad anda meile vihjeid ka tulevikusuundumuste kohta, sest praegu tuvastatud tarbimisharjumused võivad hakata hiljem mõjutama vanemaid vanuserühmi.

Huvitav on tähelepanek selle kohta, et riigid, kes teatavad ühe aine hinnangulisest kõrgest levimusest,

teatavad tavaliselt ka muude ainete, nii seaduslike kui ka ebaseaduslike, suhteliselt kõrge levimusest, mis tõestab hiljutise rohke ja raske episoodilise alkoholitarbimise seotust ebaseaduslike narkootikumide ja inhalantide kasutamisega. Need tulemused toetavad ennetavaid lähenemisviise, milles tunnistatakse vajadust suunata noorte hulgas tehtav ennetustöö nii narkootikumidele kui ka alkoholile.

Narkootikumid ja perekond on märkamata jäänud valdkond ja alakasutatud võimalus

Narkootikume tarvitavad küll üksikisikud, kuid nende kasutamisest tulenevate probleemidega puutuvad sageli kokku ka pereliikmed. EMCDDA värskes uuringus analüüsitakse perekonna ning vanemlikku vastutust kandvate narkootikumitarbijatega seotud küsimusi. Aruandes järeldatakse, et narkoprobleemidega vanemad ei pea tingimata olema halvad vanemad, küll aga vajavad nad tõenäoliselt täiendavat toetust. Eriti peavad vanemlikku vastutust kandvate isikute vajadusi arvesse võtma raviteenuste pakkujad, sest mure laste hoolduse ja kaitsmise pärast võib olla takistuseks abi otsimisel. Teenuste pakkujate jaoks muudab narkootikume tarvitavate vanematega töötamise keeruliseks ka vanema ja lapse õiguste tasakaalus hoidmise vajadus: aruandes järeldatakse, et siin on suureks abiks hea tava ning hästi suunatud sekkumiste kasutamine. Sarnaseid tulemusi andis ka rasedatele narkootikumitarbijatele suunatud sekkumiste analüüs, milles esitati veenvaid tõendeid selle kohta, et asjakohane nõustamine ja toetus võivad parandada nii ema kui ka lapse suhtes saavutatavaid tulemusi.

Paljudes uuringutes on juhitud tähelepanu stressile ja sotsiaalsetele raskustele, mida võib tekitada narkoprobleemiga pereliige. Perekonna tugiteenused ei ole enamikus Euroopa riikides aga piisavalt välja arendatud. Seetõttu võib nii oluline taastumist toetav võimalus jääda märkamata. Keskendumine perekondlikule miljöole muutub üha olulisemaks ka narkootikumidealases ennetustöös, sest üha enam on tõendeid selle kohta, et laiapõhjaliste, samaaegselt nii keskkonnale kui ka üksikisikule suunatud ennetusstrateegiad on tõhusad. Perekond on seejuures eriti oluline, sest ümbritsevale keskkonnale suunatud ennetusstrateegiad, mille eesmärk on perekonna tugevdamine, võivad vähendada probleemse käitumise, sealhulgas ka narkootikumide tarvitamise riski. Põhjust, miks kõnealuse valdkonna positiivseid tulemusi andnud sekkumised jäetakse laiemalt välja arendamata, tuleb otsida üldisemat laadi probleemist, mis seisneb selles, et sageli jäetakse ennetusalase uurimistöo tulemused poliitikas ja praktikas üle võtmata.

Ülevaade Euroopa narkootikumitarbimise hinnangutest

Siin esitatud hinnangud on seotud täiskasvanud elanikkonnaga (15–64aastased) ja põhinevad kõige värskematel kättesaadavatel andmetel (ajavahemikul 2001 kuni 2010/2011, peamiselt aastatel 2008–2010 korraldatud uuringutel). Täielik andmekogu ja teave meetodika kohta on esitatud statistikabülletäänis.

Kanep

Tarvitamine elu jooksul: ligikaudu 80,5 miljonit (23,7% täiskasvanud eurooplastest)

Tarvitamine viimase aasta jooksul: ligikaudu 23 miljonit täiskasvanud eurooplast (6,8%) ehk iga kolmas elu jooksul kanepit tarbinud isik

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

Erinevused riigiti tarvitamises viimase aasta jooksul: jäävad üldiselt vahemikku 0,3–14,3%

Kokaiin

Tarvitamine elu jooksul: ligikaudu 15,5 miljonit (4,6% täiskasvanud eurooplastest)

Tarvitamine viimase aasta jooksul: ligikaudu 4 miljonit täiskasvanud eurooplast (1,2%) ehk iga neljas elu jooksul kokaiini tarbitanud isik

Tarvitamine viimase kuu jooksul: umbes 1,5 miljonit (0,5%)

Erinevused riigiti tarvitamises viimase aasta jooksul: jäävad üldiselt vahemikku 0,1–2,7%

Ecstasy

Tarvitamine elu jooksul: ligikaudu 11,5 miljonit (3,4% täiskasvanud eurooplastest)

Tarvitamine viimase aasta jooksul: ligikaudu 2 miljonit täiskasvanud eurooplast (0,6%) ehk iga kuues elu jooksul ecstasy't tarbitanud isik

Erinevused riigiti tarvitamises viimase aasta jooksul: jäävad üldiselt vahemikku 0,1–1,6%

Amfetamiinid

Tarvitamine elu jooksul: umbes 13 miljonit (3,8% täiskasvanud eurooplastest)

Tarvitamine viimase aasta jooksul: ligikaudu 2 miljonit täiskasvanud eurooplast (0,6%) ehk iga kuues elu jooksul amfetamiini tarbitanud isik

Erinevused riigiti tarvitamises viimase aasta jooksul: jäävad üldiselt vahemikku 0,0–1,1%

Opioidid

Probleemsed opioiditarbijad: ligikaudu 1,4 miljonit eurooplast

Narkootikumide tarvitamisest põhjustatud surmad moodustasid 4% kõikidest 15–39aastaste eurooplaste surmadest, kusjuures kolmveerand juhtudest olid seotud opioididega

Peamine narkootikum umbes 50%-l kõikidest narkomaaniaravi taotlejatest

2010. aastal sai võõrutusravi ligikaudu 710 000 opioiditarbijat

Narkootikume tarvitavad vangid on haavatav elanikkonnarühm

Kuigi pidevalt kasvab huvi vanglale alternatiivide leidmise vastu, kannavad igal aastal paljud narkoprobleemidega inimesed oma karistust endiselt Euroopa vanglates. Seda kajastavad ka uuringuandmed, mis näitavad, et narkoprobleemid on vanglas palju laiemalt levinud kui elanikkonna hulgas üldiselt. Ehkki mõned kinnipeetavad lõpetavad vanglas narkootikumide tarvitamise, siis teiste jaoks võib narkootikumide kättesaadavus (mõnes) vanglas olla tarvitamise alustamise või veelgi kahjulikumale käitumisviisile ülemineku põhjuseks. Näiteks jagavad süstivad narkomaanid kinnipidamisasutustes sagedamini süstimisvahendeid, suurendades vere kaudu levivate patogeenidega (HIV ja C-hepatiidi viirus) nakatumise riski.

Üleasustus, vilets hügieen ja tervishoiuteenuste puudumine iseloomustavad paljusid vanglaid ja on kinnipeetavate seas tuvastatud üldise halva tervisliku seisundi üheks põhjuseks. Narkoprobleemidega vangide olukord võib seetõttu olla kahekordselt ebasoodne ning oma füüsilise ja vaimse tervise probleemide tõttu võivad nad kinnipidamise ajal olla eriti haavatavad, kusjuures erilist muret tekitab nende puhul enastkahjustava tegevuse ja enesetapu kõrge risk. Seetõttu ollakse seisukohal, et vanglatervishoiu parandamiseks kavandatud lähenemisviisi edukus sõltub narkomaaniaravi kaasamisest, mida pakutakse psüühilise ja vaimse tervisega seotud üldisemat laadi meetmetega paralleelselt ning nendesse integreeritult.

Kui pakutavaid teenuseid on piisavalt, võivad kinnipeetavad kasutada oma vangistusaega narkootikumitarbimise vähendamiseks ja osutatavatest teenustest kasu saamiseks. Selles osas on võimalused pidevalt kasvanud, sest paljud riigid on suurendanud vanglas pakutavate sekkumiste arvu, eriti opioidisõlilastele ettenähtud asendusravi. Tavaliselt peegeldab vanglas pakutava narkomaaniaravi kättesaadavuse areng samalaadset arengut kogukonnas, ainult teatava ajavahega. Tervishoiuteenuste pakkumise tase vanglates on riigiti väga erinev ning osutatavate teenuste kvaliteedi parandamise ja edasiarendamise üldine vajadus on endiselt olemas. Vähe on selliseid vanglaid, kus pakutav hooldus on laiemale kogukonnale pakutava hooldusega võrdsel ja võrreldaval tasemel.

Sekkumiste rakendamise seisukohalt on väga oluline ka vanglast vabanemisele järgnev ajavahemik, sest üleannustamise risk kasvab sel perioodil märgatavalt, eriti nende isikute puhul, kes hakkavad uuesti heroini tarvitama, samal ajal kui nende opioiditaluvus on vähenenud. Oluline on pakkuda kinnipeetavatele enne vanglast vabanemist nõustamist ning jätkata hooldust ka siis, kui nad on juba vabaduses, mis aitab haavatavatel isikutel hoida kontakti

teenuseosutajatega, kes saavad nende taastumist toetada – lõppkokkuvõtteks on see ka ülimalt kulutõhus elude päästmise viis.

Valge pulber ja tabletid: võrdseid võimalusi pakkuv stimulantide turg

Tarvitajate silmade läbi vaadatuna võib kokaiini, amfetamiini, ecstasy't ja nüüd vahel ka sünteetilisi katinooone pidada võistlevateks ja teataval määral üksteist asendavateks toodeteks. Selles kontekstis on üsna tõenäoline, et ainete kättesaadavus, hind ja kvaliteet mõjutavad kasutajate valikuid ja tekitavad volatiilsuse, mida võib täheldada praegusel stimulantide turul. Viimased uuringud on näidanud, et on üsna tavaline, et stimuleerivate narkootikumide tarvitajad teatavad narkootikumide manustamisest tundmatute tablettide või valgete pulbrite kujul.

Euroopas on amfetamiinide ja ecstasy tarvitamise üldise levimuse hinnangud suhteliselt püsivad, kuigi pakkumisega seotud teguritel näib olevat mõju mõlema narkootikumi kättesaadavusele. Ecstasy-turg on juba üle saamas MDMA puudusest ja paljudes tablettides kasutatakse muid aineid. Samal põhjusel on mõningates Euroopa piirkondades hakanud amfetamiini teataval määral asendada metamfetamiin. See paneb muretsema, sest varem piirdus kõnealuse narkootikumi tarvitamine Euroopas peamiselt Tšehhi Vabariigi ja Slovakkia. Nüüd võib olukord muutuda ja kuigi kättesaadavad andmed on piiratud, tekitavad need ärevust. Konfiskeerimisandmed kinnitavad narkootikumi kättesaadavuse suurenemist ja selle tootmise kasvu mõnedes riikides. Üleannustamisest tingitud surmadest on teatanud Saksamaa ja seda narkootikumi mainitakse sagedamini ka muude riikide aruandluses. Muret tekitavad EMCDDA-le laekunud üksikud teated metamfetamiini suitsetamise ja kristallilise metamfetamiini, narkootikumi ülipuhta vormi kättesaadavuse kohta. Varem on Euroopas metamfetamiini suitsetatud üliharva, kuid mujalt kogutud tõendid kinnitavad selle tegevuse väga negatiivseid tagajärgi.

Euroopa Liidus on uute psühhoaktiivsete ainete eest varajase hoiatamise süsteemi raames läbi viidud 4-metüülamfetamiini riskihindamine. Seda ärgitasid tegema mitu surmaga lõppenud juhtumit, mis olid seotud nimetatud ainega, mida ilmselt müüdi amfetamiinina või segati amfetamiini hulka. Selle amfetamiini vormi, mida praegu enamikus Euroopa riikides ei kontrollita, valmistasid tõenäoliselt salajastes laborites amfetamiini tootmiseks uusi keemilisi viise otsivad tootjad. Iseenesest on see näide niihästi sünteetiliste narkootikumide tootmise kasvu kui ka

sellega kaasneda võivate soovimatute tervisetagajärgede kohta.

Sünteetiliste narkootikumide valik laieneb

Ajal, mil tähelepanu keskmes on olnud kas juba kasutusel olevate stimulantidega seotud probleemid või turule ilmuvad uued mittekontrollitavad psühhoaktiivsed ained, on Euroopa narkootikumiturule tulnud ja seal kanda kinnitanud ka mitu muud sünteetilist narkootikumi. Selliseid narkootikume nagu GHBd, GBLi, ketamiini ja viimasel ajal ka mefedrooni kasutavate eurooplaste arv on küll väike, kuid teatud ühiskonnarühmades on tuvastatud nende ainete tarvitamise suur sagedus ning neil näib olevat ka potentsiaali laiemaks levikuks. On saadud teateid kõigi nende ainete seotud terviseprobleemide, sealhulgas krooniliste kasutajate sõltuvusse sattumise kohta, samuti on täheldatud ootamatuid terviseprobleeme, näiteks põie haigestumist ketamiini kasutajatel. Kirjeldatud arengud, mis on suurel määral toimunud „seireradarite nägemisulatusest“ väljaspool, osutavad ühelt poolt vajadusele muuta tekkivate suundumuste ja uute terviseprobleemide kindlakstegemise süsteem tundlikumaks ning teiselt poolt mõista, millised sekkumised vähendavad nõudlust kõige paremini.

Kokaiin: on märke tarvitamise vähenemise ja staatuse languse kohta

Kuigi kokaiini tarvitamine on laialt levinud vaid mõningates lõuna- ja läänepoolsetes riikides, on see narkootikum üldiste näitajate alusel endiselt enim kasutatud ebaseaduslik stimulant Euroopas. Kokaiini populaarsus, mis kümnekonna aasta jooksul üha kasvas, on nüüd siiski hakanud vähenema ja kõige värskemad andmed viitavadki tarvitamise võimalikule langustendentsile. Ka võib ettekujutus kokaiinist olla muutumas, sest mõned uuringud näitavad kokaiini kõrge staatuse vähenemist.

Selle põhjuseks võivad olla mitu tegurit. Ühena neist nimetatakse kvaliteeti, sest väidatavalt on kokaiini madal puhtusaste sundinud tarvitajaid selle narkootikumi muude stimulantide vastu välja vahetama. Ka on võimalik, et potentsiaalsed kasutajad on nüüd teadlikumad kokaiini tarvitamise negatiivsetest tagajärgedest. EMCDDA hiljutises ülevaates kokaiinitarvitamise mõjust tervisele järeldati, et tõenäoliselt on kättesaadavates andmeallikates kokaiiniga seotud probleeme alahinnatud. Olemasolevad andmed akuutsete juhtumite kohta, mil kasutati kiirabi teenust, kinnitavad kokaiini tõttu haiglale esmaabiosakondadesse sattunud narkootikumitarbijate arvu kolmekordistumist 1990. aastate lõpust alates, kusjuures nende juhtumite esinemise tippaeg oli 2008. aasta paiku. Kokaiiniga seotud surmade arv oli kättesaadavatel andmetel samuti kõige

kõrgem 2008. aastal. Sama suundumus on täheldatav narkomaaniaravile pääsu käsitlevates andmetes, sest kokaiini tõttu esimest korda elus ravi alustajate arv suurenes kuni 2008. aastani ja hakkas seejärel langema. Samalaadse pildi loovad pakkumise kohta esitatud andmed. Näib, et kokaiini konfiskeerimiste arv Euroopas on hakanud kahanema: konfiskeeritud kokaiinikogused olid kõige suuremad 2006. aastal ja kõige rohkem konfiskeerimisi toimus 2008. aastal.

Heroiin: on tõendeid tarvitamise vähenemise kohta

Alates 1970. aastatest on heroini tarvitamine, eriti süstimine, olnud paljude narkoprobleemide allikaks Euroopas. Võttes arvesse heroiniga seotud kahjusid, mis hõlmavad üleannustamisest tingitud surmasid, HIVi ja C-hepatiidi viiruse levikut süstivate narkomaanide hulgas ning sellega seotud kuritegevust, ei ole sugugi üllatav, et Euroopa narkopoliitikas on keskendutud eelkõige heroiniga seotud probleemidele. Kuigi neist probleemidest ei ole veel suudetud vabaneda, on tarvitamise tasemed langenud, vahel on need vähenenud isegi väga olulisel määral, ning märgatav on tõhusate poliitikate mõju ja pikaajalise langustendentsi väljakujunemine selle narkootikumi tarvitamise, eriti süstimise osas. Üha tõenäolisemalt liigume uue ajastu suunas, kus heroin ei mängi enam Euroopa narkoprobleemides kesket rolli.

Sellise analüüsi tegemisel tuleb siiski olla ettevaatlik, sest tulevikusuundumusi on raske ennustada. Pealegi võivad paljud praegused heroiniitarvitajad selle narkootikumiga seotud probleemide pikaajalise ja kroonilise olemuse tõttu hakata abi vajama alles tulevikus. Sellele vaatamata osutavad näitajad kõnealuse narkootikumi üldise tarbimise langusele ja mis veelgi tähtsam, ka tarbimise alustajate arvu vähenemisele. Kogu Euroopas on kahanenud uute ravitaotluste arv ja heroiniiprobleemide tõttu narkomaaniaravi alustajate keskmine vanus on tõusnud.

Turunäitajad kinnitavad, et heroini kättesaadavus Euroopas on viimastel aastatel vähenenud ja seda on hakatud asendama muude ainetega, sealhulgas selliste sünteetiliste opioididega nagu fentanüül ja buprenorfiin. Mõnes Põhja-Euroopa riigis varises heroiniiturg kümme aastat tagasi kokku ega ole praeguseni täielikult taastunud. Hiljem on veel teatatud lühiajalistest turukõikumistest, mis on tõenäoliselt keelustamise meetmete eduka rakendamise tulemus. Euroopa kõige värskemad näitajad puhtuse, konfiskeerimiste, narkoseaduste rikkumiste ja jaemüügihinna kohta näitavad langust. Turgudel toimivate arengute tähelepanelik jälgimine aitab kindlaks teha, kas hiljutise heroiniinappuse tagajärjel kaob see narkootikum teatavatest riikidest pikemaks ajaks hoopis, ja kui nii

juhtub, siis millised ained hakkavad seda asendama. Võimalikeks asendusainete kandidaatideks peetakse lisaks sünteetilistele opioididele veel metamfetamiini, katinooni ja bensodiasepiini.

Üldiselt näib nii nõudluse kui ka pakkumisega seotud teguritel olevat oluline osa siin kirjeldatud heroiniitarvitamise harjumuste muutumises. Edukalt elluviidavaid keelustamise meetmeid tuleb vaadelda kõrvuti narkomaaniaravi, eriti võõrutusravi kättesaadavuse tugeva kasvuga, mistõttu turult on kadunud oluline osa nõudlusest. Kuna kättesaadavate andmete põhjal ei ole võimalik tuvastada otsest seost Afganistanis toimuva oopiumitootmise ja Euroopa heroiniitarvitamise harjumuste vahel, jääb kõnealuse suhte olemasolu lahtiseks. Ajaloolised andmed ei kinnita kartust, et tootmise suurendamine võiks tekitada uue heroiniitarvitamise laine Euroopa Liidu liikmesriikides. Vastupidi, lõpuks ometi on kauplemine selle tootega muutunud Euroopa Liidus vähemalt mõnes mõttes keerulisemaks.

Süstimine väheneb samuti, kuid on endiselt tõsine rahvaterviserisk

Süstimissuundumuste näitajad kinnitavad, et ka see väga kahjulik käitumine on hakanud taanduma. Parimaks teabeallikaks selles valdkonnas on teatatud süstijate määrad narkoprobleemide tõttu ravi alustavate patsientide hulgas. Ravi alustavate uute heroiniitarvitajate hulgas valitseb langustendents, mis on kõige silmatorkavam Lääne-Euroopas, kuid täheldatav ka mõningates Ida-Euroopa riikides. Kokkuvõtvalt võib öelda, et rohkem kui ühe kolmandiku (36%) heroiniiprobleemide tõttu ravi alustajate teatel on praegu nende peamiseks uimasti manustamise viisiks süstimine. Süstitakse ka muid narkootikume: ligikaudu veerand amfetamiiniiprobleemide tõttu ravi alustajatest on teatanud narkootikumi süstimisest, sama on teinud ligi 3% kokaiiniiprobleemide tõttu ravi alustajatest. Süstimise populaarsuse vähenemine on olnud väga positiivne. Sellele vaatamata jääb narkootikumide süstimine vältimatavate terviseprobleemide ja surma oluliseks põhjuseks noorte eurooplaste hulgas. Narkootikumi üleannustamine ja tõsised nakatumisjuhud ongi eelkõige süstimisega seotud. Hiljutised HIVi puhangud Kreekas ja Rumeenias tuletavad meile meelde, et vaatamata edule, mida Euroopa on saavutanud võitluses selle viiruse leviku vastu narkootikumitarbijate hulgas, on võimalus nakkuse kiireks levikuks teatavates elanikkonnarühmades endiselt olemas. See omakorda tuletab meelde vajadust tagada riskirühmadesse kuuluvatele isikutele piisav HIVi ennetamise ja kahjude vähendamise teenus.

Süstimise teiseks tõsiseks ja isegi elu ohustavaks tagajärjeks võivad olla bakternakkused. 2012. aasta juunis ja juulis teatas viis ELi liikmesriiki antaraksijuhumitest, mis võisid olla seotud saastunud heroini üldkasutatava allikaga. See puhang andis tõuke EMCDDA ja ECDC ühise riskide kiirhindamise korraldamiseks.

Uus lähenemine uutele sünteetilistele narkootikumidele

Internet on vähendanud ajast ja kohast tulenevaid piiranguid, võimaldades narkootikumitarbimise uutel viisidel ja suundumustel kiiresti üle geograafiliste piiride levida. EMCDDA ja USA riikliku uimastite kuritarvitamise instituudi korraldatud uute psühhoaktiivsete ainete foorum andis hulgaliselt tõendeid selle väite toetuseks. Praegu turustatakse sarnaseid „seaduslikke uimasteid“ Ameerika Ühendriikides, Jaapanis, Kagu-Asia teatavates piirkondades ja Euroopa riikides. Euroopa Liidul on rahvusvahelistele standarditele vastav tippasemel varajase hoiatamise ja riskihindamise mehhanism uute psühhoaktiivsete ainete turule ilmumisele reageerimiseks. Praegu vaadatakse seda mehhanismi läbi ja valmistatakse ette uut õigusraamistikku. Selles valdkonnas annavad tõenäoliselt kõige paremaid tulemusi riikide vahel kooskõlastatud meetmed, millele ELi tasandi mehhanism annab selge lisandväärtuse. 2012. aastal jätkatakse süsteemile teadete saatmist uute psühhoaktiivsete ainete kohta sagedusega umbes üks kord nädalas. Sünteetilised kannabinoidi retseptori agonistid ja katinoonid on laekuvates teadetes endiselt silmapaistvalt esindatud, kuid üha sagedamini teatatakse ka vähemtuntud kemikaalirühmadesse kuuluvatest ainetest. Kättesaadavate andmete kohaselt kalduvad uued ained imiteerima kanepi või selliste stimuleerivate narkootikumide nagu ecstasy või kokaiini toimet ja nagu pakendite põhjal võib järeldada, on need ained peamiselt suunatud meelelahutuslike narkootikumide turule. Vaid vähesed riigid on teatanud probleemsetest narkootikumitarvitajatest, kes on üle läinud katinoonide, näiteks mefedrooni ja MDPV süstimisele.

„Vannisoolad“ ja „taimetoit“: keeruliste ja muutuvate toodete ja segude tekitatud probleemid

Varajase hoiatamise süsteemi üks oluline ülesanne on kohtumediitsiinilase ja toksikoloogilise teabe jagamine. Psühhoaktiivsete kemikaalide tuvastamine toodetes võib osutada keeruliseks ülesandeks, sest tegemist võib olla tundmatute ühendite või kemikaalide segudega. Mitut psühhoaktiivset ainet sisaldavate toodete arv näib kasvavat ja mõnedest kontrolllostu valimitest on leitud nii kontrollitavaid kui ka mittekontrollitavaid aineid. Üldiselt kasutatava mõiste „seaduslikud narkootikumid“ puhul

on seetõttu sageli tegemist termini väärkasutamisega ning selliste toodete tarbijad tõenäoliselt ei teagi, mida nad tarvitavad ning milline on nende toodete õiguslik ja tervise mõju. Olukord on ebaselge ka rahvusvahelisel tasandil, sest selge terminoloogia ja kohtumediitsiinilase teabe puudumine pidurdab debatti. Näiteks hõlmab Ameerika Ühendriikides selline üldine mõiste nagu „vannisoolad“ mitut uut psühhoaktiivset ainet sisaldavat toodet, mida Euroopa Liidus müüakse sageli taimetoiduna.

Uued psühhoaktiivsed ained on probleem ka narkootikumitarbimist käsitlevate uuringute läbiviimisel, sest paljud narkootikumitarbijad ei tea, mida nad tegelikult kasutavad. Vähesed kättesaadavad uuringud viitavad üsna suurtele erinevustele riikide vahel, kusjuures tarbimistasemed on küll suhteliselt madalad, kuid kaugelki mitte tähtsusetud. Ka väidetakse neis uuringutes, et nimetatud ainete tarvitamine võib teatud elanikkonnarühmades väga kiiresti kasvada ja kahaneda. Oluliseks teguriks näib olevat kättesaadavus. Poolas sagesid pärast arvukate jaemüügikohtade avamist teatud uute psühhoaktiivsete ainete tarbimise ning sellega seotud haiglate esmaabiosakondade külastamiste arvu suurenemise kohta, mis pärast nimetatud ainete kättesaadavuse piiramiseks võetud meetmeid hakkasid taas vähenema. Saksamaal näitavad mõned andmed, et Spice'i (milles sageli leiti sünteetilisi kannabinoidi retseptori agoniste) tarbimine vähenes pärast erakorraliste keelustamismeetmete rakendamist, kuid ei kadunud täielikult. Sarnaselt sellele on mefedroon vaatamata ELi kontrollimeetmete rakendamisele teatud riikide ebaseaduslike narkootikumide turgudel endiselt kättesaadav.

Praegu on uusi uimasteid käsitlev poliitiline debatt suures osas keskendunud kontrollimeetmete väljatöötamisele, kusjuures riigid kasutavad turu reguleerimise, olemasolevate narkootikumikontrollialaste õigusaktide ja spetsiaalselt kavandatud uute seaduste kombinatsiooni. Tähteldatav on huvi kasv uute narkootikumidega seotud laiemate teemade vastu, eriti oluliseks peetakse nimetatud narkootikumide võimaliku tervise- ja sotsiaalse mõju mõistmise vajadust ning asjakohaste nõudluse vähendamise strateegiate koostamist. EMCDDA-le on teatatud uute psühhoaktiivsete ainete kasutamisega seotud erakorralise meditsiiniga seotud olukordadest ja surmajuhumitest. Praegu on neid andmeid raske tõlgendada ning kindlasti peab edaspidi saama üheks prioriteediks selle valdkonna järelevalve- ja analüüsimissuutlikkuse parandamine. ELi liikmesriigid on hakanud teatama ka uute psühhoaktiivsete ainete vastu suunatud erimeetmetest. Uute uuritavate lähenemisviiside hulka kuuluvad uuenduslikud veebipõhised ennetusprogrammid ja koolidele suunatud ennetussõnumid.



1. peatükk

Poliitika ja õigusnormid

Sissejuhatus

Käesolevas peatükis vaadeldakse Euroopa Liidu poliitika uuemaid arengusuundi; uuritakse, mil määral on liikmesriigid integreerinud oma seaduslike ja ebaseaduslike narkootikumide alaseid strateegiaid ning millised on narko- ja julgeolekupoliitika vahelised seosed. Ühtlasi tutvustatakse ELi mittekuuluvate riikide mitut sisemist ja rahvusvahelist strateegiat, tuues esile nii nende ühisosa Euroopa lähenemisviisiga uimastitele kui ka lahknevused sellest.

Vaadeldakse riiklike narkostrategiate eelarvega seotuse ulatust ning uuemaid trende uimastitega seotud riiklike kulutusi käsitlevatest uuringutest. Ühtlasi esitatakse värske analüüs selle kohta, kuidas liikmesriigid kujundavad ümber oma riigi seadusi, et tulla toime uutest uimastitest tulenevate probleemidega. Peatükk lõpeb ajakohastatud teabega uimastialaste teadusuuringute arengusuundade kohta Euroopas.

Arengud ELi ja rahvusvahelises poliitikas

ELi uue narkostrategia koostamine

Praeguse ELi narkostrategia (2005–2012) kohta koostati esmakordselt välis hinnang. Hindajad leidsid, et strateegia on andnud liikmesriikide uimastivaldkonnas tehtud jõupingutustele lisaväärtuse ning et tõendipõhiste sekkumiste edendamine ELi strateegia raames pälvis sidusrühmade heakskiitu (Rand Europe, 2012). Aruandes tõsteti esile teabe, teadusuuringute ja hindamise valdkonda, kus ELi lähenemisviis ja infrastruktuurid toetavad aktiivselt teadmiste edasiandmist Euroopas. Hindajad soovitasid järgmises, 2012. aastal koostatavas strateegias säilitada tasakaalustatud lähenemisviis, rakendada seaduslike ja ebaseaduslike aineid ning sealhulgas ka uusi psühhoaktiivseid aineid hõlmavaid integreeritud poliitikameetmeid, luua uimastite pakkumise vähendamist toetav tõendibaas ning selgitada ELi koordineerimisasutuste rolli.

Kuna uute psühhoaktiivsete ainete vastu võitlemise teema on tõusnud poliitilise huvi orbiiti ning ühtlasi omab see selget Euroopa mõõdet, peaks see tulevases strateegias olema olulisel kohal. Strateegias tuleb arvesse võtta mitut 2011. aastal käivitatud algatust, mille hulka kuuluvad Euroopa Liidu Nõukogus vastu võetud sünteetiliste uimastite vastu võitlemise Euroopa pakt (1) ning sünteetiliste uimastite ja uute psühhoaktiivsete ainete alane operatiivne tegevuskava (2), samuti Euroopa Komisjoni teatis „Euroopa uimastitevastase võitluse tugevdamine“, milles teavitatakse paljudest ebaseaduslike uimastite suhtes võetavatest meetmetest (3). Need meetmed hõlmavad uusi Euroopa õigusakte, mis on kavandatud eesmärgiga tegutseda kiiremini ja tõhusamalt ohtlike uute psühhoaktiivsete ainete vastu (nn seaduslikud uimastid, vt 8. peatükk). Veel kavatakse õigusloomet arendada sellistes valdkondades nagu uimastitega kaubitsemise, lähteainete kontrollimine, rahapesu ja kriminaaltulu konfiskeerimine. Lisaks on ette valmistatud ennetustegevusele, ravile ja kahjude vähendamisele minimaalsete kvaliteedistandardite kehtestamist käsitlev ettepanek.

Lääne-Balkani narkopoliitika

ELi narkostrategia hindamisel märgiti, et rahvusvaheline koostöö on kasulik ja mõjukas poliitiline abivahend, eriti kui seda tehakse kandidaatriikide ja ühinemiseelsete riikidega. Enne Euroopa Liidu viimaseid laienemisi 2004. ja 2007. aastal abistati tulevase ELi liikmesriike Euroopa Liidus kasutatava tasakaalustatud ja tõendipõhise lähenemisviisiga kooskõlas oleva narkopoliitika väljatöötamisel.

Samalaadne protsess toimub praegu ka Lääne-Balkanil, kus kolm kandidaatriiki ning kolm potentsiaalset kandidaatriiki võtsid hiljuti vastu terviklikud ja tasakaalustatud narkostrategiad ja tegevuskavad (vt tabel 1). Piirkonna riikidel on palju ühist, sealhulgas paiknemine Euroopa ajaloolisel uimastiäri marsruudil, mis toob kaasa heroini ja muude uimastitega seotud probleemid (4). Neis siseriiklikes poliitikadokumentides käsitletakse uimastipakkumise ja -nõudluse vähendamist ning teatavatel juhtudel

(1) Kättesaadav veebiversioonis.

(2) Vt kast „COSI: sisejulgeolekualase operatiivkoostöö alaline komitee“ (2. peatükk).

(3) KOM(2011) 689/2.

(4) Vt riikide ülevaateid EMCDDA veebisaidil.

kajastavad nende strateegilised eesmärgid, sihid ja struktuur ELi narkopoliitika dokumente, hõlmates ka seire- ja hindamissüsteeme ning koostöö mehhanisme. Sageli on tegevuskavad koostatud väga üksikasjalikult ning igale tegevusele on lisatud ajakava, vastutavad osalised, rakendamise näitajad ja kulukalkulatsioon.

Riiklikud narkostrategiad

Ühe soovitusena kohaselt tuleks ELi järgmises narkostrategias läheneda seaduslikele ja ebaseaduslikele uimastitele integreeritumalt ja kui võimalik, hõlmata narkostrategiaga ka sõltuvuskäitumise. Teiseks kaalumist vajavaks teemaks peetakse narkopoliitika paremat seostamist laiemate julgeolekupoliitika valdkondadega, näiteks võitlusega organiseeritud kuritegevuse vastu. Allpool uuritakse praegust olukorda nimetatud valdkondades ELi liikmesriikides, Horvaatias, Türgis ja Norras.

Seaduslike ja ebaseaduslike uimastite integreerimine

ELi narkopoliitika nurgakiviks on riiklike narkostrategiate ja tegevuskavade vastuvõtmine. See on hästi sisetöötatud abivahend, mida Euroopa riigid kasutavad oma narkopoliitika lähemate ja kaugemate eesmärkide kavandamiseks. Seaduslike ja ebaseaduslike uimastide hõlmavate poliitikadokumentide väljatöötamisel on riigid jõudnud erinevatesse etappidesse (joonis 1).

Viis riiki on vastu võtnud üldise kohaldamisalaga strateegia või tegevuskava, mis hõlmavad nii seaduslike kui ka ebaseaduslike uimastide ning mõningatel juhtudel ka sõltuvuskäitumist. Lähemisviisi laialdast hõlmavust kajastavad ka poliitikadokumentide nimetused: Belgia

Riikidevahelised narkostrategiad

Järgmisest ELi narkostrategiast saab üheksas narkostrategia või tegevuskava, mille Euroopa Liit on alates 1990. aastast vastu võtnud. Selle aja jooksul on ka teised riikidevahelised organisatsioonid maailma muudes osades töötanud välja samalaadseid dokumente.

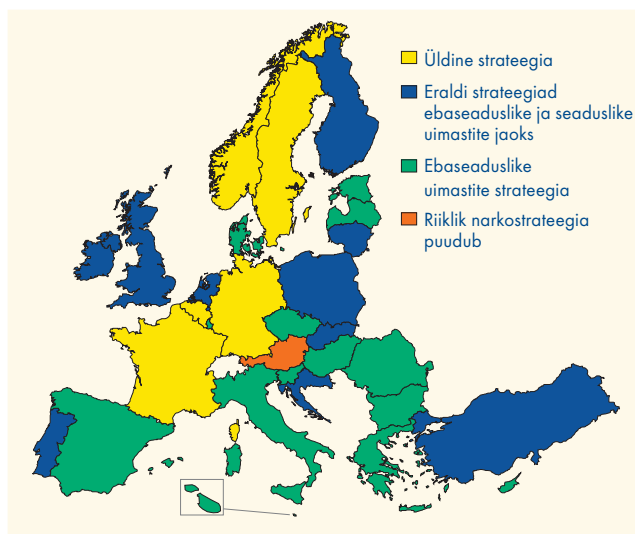
Aafrikas koostas Aafrika Liit uimastikontrolli ja kuritegevuse ennetamise tegevuskava (2007–2012) ning Lääne-Aafrika Riikide Majandusühenduse (ECOWAS) 15 liikmesriiki leppisid kokku poliitilise deklaratsiooni ja ebaseaduslike uimastitega salakaubitsemise, organiseeritud kuritegevuse ja uimastite kuritarvitamise piirkondliku tegevuskava (2008–2011) vastuvõtmise osas. Aasias kiitis kümnest riigist koosnev Kagu-Aasia Maade Assotsiatsioon (ASEAN) heaks ASEANi tööplaani võitluseks ebaseaduslike uimastite tootmise, kasutamise ja nendega kaubitsemise vastu (2009–2015). Ameerika Riikide Organisatsioon (OAS) võttis 2010. aastal vastu 35 Ameerika riiki hõlmava poolkera narkostrategia.

OASi strateegia on ELi lähenemisviisile kõige lähedasem, samal ajal kui teiste riikidevaheliste organisatsioonide kavades keskendutakse peamiselt pakkumise vähendamisele ja õiguskaitsealasele tegevusele. Näiteks on ASEANi tööplaanis põhiohk asetatud ebaseaduslike uimastite tootmise, töötlemise, kuritarvitamise ja nendega kaubitsemise täielikule väljajuurimisele, seades sihiks ASEANi riikide 2015. aastaks uimastivabaks muutmise. Aafrika Liidu koostatud kava üldiseks eesmärgiks on uimastikontrolli tugevdamine õiguskaitsealase tegevuse kaudu, ka on selles välja toodud seitse prioriteetset valdkonda, millest kuues keskendutakse uimastikontrollile ja kuritegevuse ennetamisele. ECOWASi strateegia põhineb küll tasakaalustataval lähenemisviisil, kuid ka selles on põhitähelepanu koondatud uimastikaubitsemisega seotud julgeolekuprobleemidele.

Tabel 1. Lääne-Balkani kandidaatriikide ja potentsiaalsete kandidaatriikide hiljuti vastu võetud uimastipoliitikaalased dokumendid

Riik	Poliitikadokumendi nimi	Ajavahemik	Põhiteema	Märkus
Albaania	Riiklik uimastivastane strateegia	2004–2010	Ebaseaduslikud uimastid	Potentsiaalne kandidaatriik
Bosnia ja Hertsegoviina	Narkootikumide ohjamise ning narkootikumide kuritarvitamise ennetamise ja keelustamise riiklik strateegia	2009–2013	Ebaseaduslikud uimastid	Potentsiaalne kandidaatriik
Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik	Riiklik narkostrategia	2006–2012	Ebaseaduslikud uimastid	Kandidaatriik
Kosovo ⁽¹⁾	Riiklik uimastivastane strateegia ja tegevuskava	2009–2012	Ebaseaduslikud uimastid	Potentsiaalne kandidaatriik
Montenegro	Riiklik strateegiline uimastivastane tegevuskava	2008–2012	Ebaseaduslikud uimastid	Kandidaatriik
Serbia	Riiklik uimastivastase võitluse strateegia	2009–2013	Ebaseaduslikud uimastid	Kandidaatriik

⁽¹⁾ See nimetus ei piira seisukohti seoses riigi staatusega ja on kooskõlas ÜRO Julgeolekunõukogu resolutsiooniga 1244 ning Rahvusvahelise Kohtu arvamusega Kosovo iseseisvusdeklaratsiooni kohta.

Joonis 1. Riiklike narkostrategiatega kohaldamisala

NB! Üldised strateegiad hõlmavad seaduslike ja ebaseaduslike uimastite ning mõningatel juhtudel ka sõltuvuskäitumist laiemalt. Mõningates ebaseaduslike uimastite strateegiates keskendutakse ka seaduslikele uimastitele. Kui Ühendkuningriigil on eraldi strateegiad ebaseaduslike ja seaduslike uimastite jaoks, siis nii Inglismaal kui ka Šotimaal on eraldi strateegiad ebaseaduslike uimastite, alkoholi ja tubaka jaoks ning nii Walesil kui ka Põhja-Iirimaal on üldised uimastistrateegiad, mis hõlmavad nii alkoholi kui ka eraldi tubakastrateegiaid.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

täielik ja integreeritud narkopoliitika; Prantsusmaa uimastite ja uimastisõltuvuse vastu võitlemise riiklik kava; Saksamaa uimasti- ja uimastisõltuvuspoliitika riiklik strateegia; Rootsi alkoholi, narkootilisi aineid, dopingut ja tubakat (ANDT) hõlmav sidus poliitika ning Norra uimasti- ja alkoholivaldkonna tegevuskava. Neis riikides puuduvad seaduslike uimastite või sõltuvuskäitumise alased eraldi riiklikud strateegiad, välja arvatud Norra, kellel on olemas eraldi strateegiad tubaka ja hasartmängude jaoks.

Kümnel riigil on olemas eraldi strateegiad või tegevuskavad seaduslike ja ebaseaduslike uimastite jaoks. Need riigid erinevad omavahel selle poolest, milliste seaduslike uimastite kohta on neil olemas eraldi poliitikadokumendid ja kas need dokumendid käsitlevad ka üksikaineid või mitte. Madalmaadel ja Slovakkial on eraldi strateegiad alkoholi ja tubaka jaoks, Leedul on ühine alkoholi- ja tubakastrateegia. Seitsmes muus riigis hõlmavad seaduslike uimastite alased strateegiad üksnes kas alkoholi või tubakat; nii Iirimaal kui ka Portugalis kaalutakse praegu ebaseaduslike uimastite strateegia ühendamisest alkoholistrateegiaga.

14 riigil on vaid üks narkostrategia või tegevuskava, milles keskendutakse ebaseaduslikele uimastitele. Kuid nad saavad lisada oma poliitikadokumendile suuremas või väiksemas matus seaduslike uimastite suhtes võetavaid meetmeid. Mõnedes nimetatud riikidest,

näiteks Hispaanias, on ilmnenud tugev suundumus kaasata poliitikadokumentidesse vajaduse korral alkoholi või tubaka suhtes võetavad erimeetmed. Muud riigid käsitlevad mõningal määral seaduslike uimastite või ravimeid (Bulgaria, Malta) või kutsuvad üles uimasti- ja alkoholivaldkonda tulevikus paremini integreerima (Kreeka, Luksemburg). Vaid ühel riigil, Eestil, on üksnes ebaseaduslikele uimastitele keskenduv strateegia.

Näib, et integreeritud lähenemisviisi ainetarbitsemisele on esmajärgulises kasutuses võtnud enne 2004. aasta liitumist ELis olnud liikmesriigid. Need riigid on üldise strateegia juba vastu võtnud või tegelevad praegu seaduslike ja ebaseaduslike uimastite strateegiate integreerimisega või on kaasanud paljud seaduslike uimastite suhtes püstitatud eesmärgid ebaseaduslikele uimastite käsitlevatesse strateegiatesse. Kesk- ja Ida-Euroopa riikidel on tavaliselt olemas üks eraldi strateegia või siis üksnes ebaseaduslikele uimastitele keskenduvad strateegiad, kus käsitletakse põgusalt ka seaduslike uimastite.

Hoolimata suundumusest integreerida poliitikadokumentides seaduslikud ja ebaseaduslikud uimastid, ei ole seda protsessi toetavaid riiklikke koordineerimis- ja eelarvestruktuure ilmselt veel vastavalt muudetud.

Narkostrategiad ja julgeolekuprobleemid

Pakkumise vähendamine on Euroopa narkopoliitika tähtsal kohal. Sellealase tegevuse kavandamine ja kooskõlastamine ei ole seotud üksnes narkostrategiaga, vaid ka poliitiliste arengutega julgeoleku valdkonnas laiemalt. ELi tasandil nähakse näiteks tõsiselt organiseeritud kuritegevuses ja sellega seotud uimastitega salakaubitsemises ühte neist ohtudest, mille vastu võitlemiseks on koostatud Euroopa Liidu sisejulgeoleku strateegia (Euroopa Liidu Nõukogu, 2010).

15 riiki on teatanud, et lisaks narkostrategiale on neil vähemalt üks riikliku tasandi poliitikadokument, kus on kindlaks määratud pakkumise vähendamiseks võetavad meetmed. Neist riikidest kaks nimetas julgeoleku valdkonna strateegiat, 11 kuritegevuse või organiseeritud kuritegevuse vastu võitlemise strateegiat ja kahes olid olemas mõlemat tüüpi strateegiad. 14 muus riigis on riiklik narkostrategia ainus dokument, milles on määratletud pakkumise vähendamiseks võetavad meetmed, Austrial puudub seda valdkonda käsitlev poliitiline dokument hoopis.

Enamikus neist riikidest, kus pakkumise vähendamine on kaasatud nii narkostrategiasse kui ka mõnda muusse strateegiasse, peavad narkospetsialistid riiklikku narkostrategiat selle valdkonna kõige olulisemaks dokumendiks. Kahe riigi (Madalmaad, Ühendkuningriik) andmetel on neil mõlemad dokumendid võrdselt olulised;

Belgia peab oma riiklikku julgeolekukava ning Sloveenia oma kuritegevuse ennetamise ja mahasurumise riiklikku programmi pakkumise vähendamiseks võetavate meetmete seisukohalt narkostrategieast olulisemaks.

Uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide kasv on olnud peamiseks põhjuseks, miks uimastid on viimase 20 aasta jooksul olnud hästi nähtav poliitiline prioriteet. Stabiilsem uimastialane olukord ja riikide uued poliitilised prioriteedid (eelarvepuudujääk, töötus) näivad praegu toetavat narkopoliitika kasvavat integreerimist laiemasse poliitikasse. Tegelikuses võib see tähendada ühelt poolt nõudluse vähendamise ning tervishoidu ja sõltuvuskäitumist käsitlevate poliitikate omavahelist lähenemist, teiselt poolt aga pakkumise vähendamise poliitika lähenemist organiseeritud kuritegevuse vastu võitlemiseks loodud julgeolekustrategiele. See tõstatab küsimuse, kas tänapäevastel terviklikel ja tasakaalustatud narkostrategieatel on üldse tulevikku.

Riiklikud kulutused

Riiklikud strateegiad ja tegevuskavad sisaldavad uimastiprobleemide vähendamiseks kavandatud meetmeid, mille rakendamist rahastab peamiselt valitsus. Selliste riiklike vahenditega seotud aruandlus võib olla poliitika hindamisprotsessis oluliseks abivahendiks. Käesolevas jaotises uuritakse erieelarvete seotust narkopoliitika dokumentidega ja seda, kas tegelike kulude kohta käiv teave on kättesaadav. Kuna rahalisi vahendeid eraldatakse erinevatel valitsustasanditel ja eelarvealase raamatupidamisarvestuse tavad on Euroopas riigiti erinevad, on kättesaadav üksnes esialgne ülevaade riikide tavadest selles valdkonnas.

Narkoprobleemiga seotud riiklike kulutusi võivad mõjutada kokkuhoiukavad, mida mõned riigid on rakendanud pärast hiljutist ülemaailmset majanduslangust. Sellele küsimusele heidab valgust uimastitega seotud riiklike kulutuste suundumusi käsitlevate andmete esmane ülevaade.

Narkostrategiead ja eelarved

Riiklikku narkostrategieat või tegevuskava omavast 29-st Euroopa riigist seitse teatab, et nad kasutavad praegu narkopoliitikadokumenti, millel on kas kõikehõlmav või valdkondlik eelarve. Küprosel lisatakse aastaid 2009–2012 hõlmavale narkostrategieale iga-aastane eelarve ning aastased kulutused avalikustatakse. Eestis lisatakse riiklikele narkostrategieatele eelarved ja koostatakse aastaste kulude prognoos. Tšehhi Vabariigis lisati näidiseelarve esimest korda aastaid 2010–2012 hõlmavale tegevuskavale. Kreekas on aastate 2011–2012 tegevuskavale lisatud

Narkopoliitikaalane nõustamine

Valitsused vajavad narkopoliitikaalaseid nõuandeid erinevatel põhjustel, näiteks kui nad töötavad välja uusi narkostrategieid, kaaluvad seadusandlike muudatuste tegemist või hindavad varasemaid poliitilisi otsuseid.

30 riigist 28 on teatanud ametliku nõustaja rolli täitva struktuuri olemasolust narkopoliitika valdkonnas: ühtedel juhtudel on nimetatud struktuur loodud seaduse abil, teistel juhtudel on see mitteriiklik. Pooltel riikidel on olemas spetsiaalselt kõnealuse valdkonnaga tegelev nõuandeorgan, ülejäänud riikides on nõustaja roll antud juba olemasolevatele struktuuridele – enamasti riiklikele uimastivaldkonna koordineerimisasutustele. Nõustamisstruktuuride 8–30 (ja enama) liikme hulka kuuluvad eelkõige poliitikakujundajad, ametnikud, teadlased, uimastivaldkonna spetsialistid ja kodanikuühiskonna esindajad. Struktuuri juhiks võib olla poliitik (Rootsi), akadeemik (Belgia) või vanemametnik (Eesti). Tööülesannete hulka võib kuuluda aineloendite koostamine narkoseaduste jaoks, teadusuuringute läbiviimine ja rahastamine ning poliitikakujundajate nõustamine.

Üheks näiteks Euroopa nõustamisstruktuuride kohta on 16-liikmeline riiklik uimastialane nõustamiskomitee Iirimaa, mida juhib akadeemik. Ühendkuningriigi 24-liikmeline uimastivastane nõuandev nõukogu koostab aineloendeid ja nõustab valitsust. Saksamaa 27-liikmeline uimastite ja sõltuvuse nõukogu, mida juhib föderaalne narkovolinik, toetab riikliku narkostrategie rakendamist ja arendamist ning riikliku ja kohaliku tasandi koostööd. Tšehhi Vabariigis koostavad aineloendeid ja teevad nõustamistööd viis komiteed ning mitu narkopoliitika koordineerimise riikliku nõukoguga seotud töörühma.

Nõuandeorganid näivad Euroopas kuuluvat tavapärasesse poliitilisse struktuuri, kuid neil on sellest erinev vorm, ülesanded ja liikmeskond. Üldiselt on nad valitsuse ja muude sektorite jaoks foorumiks, kus saab edastada, kooskõlastada ning kaaluda poliitiliselt olulist teavet.

eelarve. Prantsusmaa on samuti esitanud eelarve aastaid 2008–2011 hõlmava riikliku kava kohta (pikendatud kuni 2012. aastani), kuid selle täitmist ei hinnata avalikult. Ühendkuningriigi narkostrategieal puudub keskne eelarve, kuid Põhja-Iirimaa, Šotimaal ja Walesis on olemas strateegiatega seotud eelarved ning kuluprognosis tehakse teatavaks. Inglismaa ei ole koostanud spetsiaalset eelarvet, kuid avaldab korrapäraselt kuluaruandeid. Teatavatel juhtudel hõlmavad konkreetse valdkonna kohta koostatud eelarved vaid ühe osa narkostrategieast. Nii on see näiteks Rumeenias, kus on koostatud eelarve aastate 2009–2012 narkomeetmete kava tervishoiu- ja sotsiaalteenuste meetmete jaoks.

Kolm riiki teatab, et nad on loobunud narkostrategiaga seotud eelarvetest. Iirimaa, Portugal ja Slovakkia koostasid eelarve ja iga-aastased kuluprognosid küll eelmistele tegevuskavadele, kuid jätsid selle tegemata praegu rakendatava tegevuskava puhul. Nii Portugalis kui ka Slovakkias tegeleb kõnealuse valdkonna arendamisega ministeeriumidevaheline komitee.

Kaheksas riigis määratakse riikliku üldeelarve raames kindlaks iga-aastane eelarve, mis katab riikliku narkostrategia või tegevuskava tervikuna või osa sellest. Luksemburg toetab mitmeaastast tegevuskava uimastivaldkonna iga-aastase eelarvega ning esitab ka põhjalikud kuluprognosid. Horvaatias on iga-aastane narkovaldkonna eelarve tegevuskavaga tihedalt seotud. Bulgaarias, Taanis, Ungaris, Rootsis, Soomes ja Norras võtab valitsus uimastitega seotud algatuste rahastamiseks igal aastal vastu eelarve.

11 riiki ei ole viimasel ajal oma riiklikele poliitikadokumentidele narkovaldkonna eelarveid lisanud. Neil juhtudel saadakse narkostrategia või tegevuskava rahastamiseks vajalikud vahendid otse nimetatud dokumentide rakendamise eest vastutavaltel asutustelt.

Euroopas on palju erinevaid tegutsemistavasid, kuid vaid vähesed riigid kasutavad selget ja läbipaistvat lähenemisviisi uimastivaldkonna eelarveassigneeringutele ning nende läbivaatamisele. Põhjuseks võivad küll olla tehnilised raskused, kuid sellele vaatamata süvendab selline käitumine veelgi probleeme, mis vaevavad Euroopat seoses uimastitega seotud riiklike kulutuste prognoosimise ja narkopoliitika majandusliku hindamisega.

Suundumused seoses uimastitega seotud riiklike kulutustega

Praegu on võtmeküsimuseks äsjase majanduskriisi ning sellest tulenevate kokkuhoiemeetmete mõju narkopoliitikale ja uimastitega seotud eelarvetele. Selle teema uurimisel on tuginetud Euroopa riikide uimastitega seotud riiklike kulutuste hiljutistele prognoosidele. Nende andmete tõlgendamisel tuleb aga olla ettevaatlik, sest kättesaadava teabe kogus ja maht on riigiti väga erinev, uuringud on tehtud eri aastate kohta, kasutatud on erinevaid meetodeid ning alati ei ole prognoosid koostatud samade eelarvejaotuste kohta.

Valitsuste teatavad eraldatud vahendid uimastitega seotud ülesannetest tulenevate kulude katmiseks on riigi eelarves selliselt ka kajastatud (märgistatud kulud). Sageli ei ole suurem osa uimastitega seotud kulutustest aga esile tõstetud (märgistamata kulud) ning neid tuleb hinnata

modelleerimise abil. Kogu eelarve on uimastitega seotud märgistatud ja märgistamata kulude summa.

Viimaste aastate andmetel on uimastitega seotud riiklikud kulutused vähenenud kuues riigis. Ühendkuningriigis vähenesid Inglismaal ⁽⁵⁾ märgistatud riiklikud kulud aastatel 2010-2011 eelmise aastaga võrreldes 5%, mida ei korvanud märgistatud kulude mõningane kasv Põhja-Iirimaa, Šotimaal ja Walesis. 2010. aastal vähenesid Eestis märgistatud kulud 3% võrra 2009. aastaga võrreldes, ent 2008. aastaga võrreldes oli langus koguni 54%; Iirimaa vähenesid märgistatud kulud eelmise aastaga võrreldes 3%. Ungaris näitas aasta keskel tehtud 2010. aasta eelarve läbivaatamine, et märgistatud kulude rahastamine oli vähenenud 25%. Horvaatia kohta kättesaadavad andmed viitavad 2010. aasta eelarve uimastitega seotud riiklike märgistatud kulude vähenemisele 10% võrra 2009. aastaga võrreldes. Kuigi parema andmete katvusega Tšehhi Vabariigis prognoositi kulude suurenemist 2010. aastal, tõestab üksikasjalik analüüs, et ravi ja kahjude vähendamise rahastamiseks oli seal varasemast vähem vahendeid.

Nelja muu riigi kõige värskemates prognoosides uimastitega seotud kulude kohta ei ole eelarvekärbetist märke. Ajavahemikus 2004–2008 (enne majanduslangust) suurenesid Belgia uimastitega seotud riiklikud kulutused kokku 18,5%. Rootsi uimastitega seotud kogukulu suurenes 2011. aastal võrreldes 2007. aastaga oluliselt. Luksemburgis kasvas uimastitega seotud kogukulu 2010. aastal 5,6%. Soomes suurenesid 2009. aastal uimastitega seotud riiklikud kulutused kokku 1,6%.

Siiani tehtud uuringud kinnitavad, et riikide uimastitega seotud eelarvetes on suuri erinevusi sõltuvalt sellest, millisel viisil ja kui tõsiselt majanduskriis neid riike mõjutas.

Uusi psühhoaktiivseid aineid käsitlevad riiklikud õigusaktid

Viimastel aastatel on Euroopa olnud tunnistajaks paljude uute psühhoaktiivsete ainete kättesaadavuse laienemisele, mis on toimunud ennenägematus tempos. Kiirus, millega need uued ained turule tuakse, ning teabe puudumine nende kasutamisega seotud riskide kohta on raskesti proovikiviks menetlusele, mis on kehtestatud üksikainete lisamiseks uimastiseadustega kontrollitavate ainete nimekirjadesse. Kuigi Euroopa riikide enamik jätkab liikumist sissetallatud rada pidi, on neist mitu reageerinud olukorrale uuenduslike muudatuste tegemisega õigusaktidesse või õiguskaitsepoliitikasse ⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Inglismaal elab 84% Ühendkuningriigi elanikkonnast ja tema uimastitega seotud eelarve moodustab tavaliselt üle 80% üldeelarvest. Märgitud kulud on vaid väikene osa Ühendkuningriigi uimastitega seotud kogukulust.

⁽⁶⁾ Ülevaate saamiseks Euroopa riikide poliitikaküsimustest vt EMCDDA (2011d).

Kõige suurema muutuse on läbi teinud Iirimaa, Austria ja Rumeenia kriminaalõigus, kuna uute seaduste vastuvõtmine neis riikides võimaldab nüüd karistada psühhoaktiivsete ainete loata levitamise eest. Nimetatud riikide vahel on sarnasusi, kuid ka põhimõttelisi erinevusi. Kõigis kolmes riigis on psühhoaktiivne aine määratletud aiena, mis ergutab kesknärvisüsteemi või vähendab selle aktiivsust ning mida seostatakse sõltuvuse, hallutsinatsioonide ning motoorika- ja käitumishäirete tekitamisega. Iirimaa peavad need häired olema märkimisväärsed, Austrias tohib aine loendisse kanda üksnes juhul, kui teatavad ühiskonnarühmad võivad seda kuritarvitada ning see võib ohustada tarbija tervist. Rumeenia seadusest on välja jäetud täpselt määratletud kahjulikkuse nõue, mida samal aastal varem välja antud valitsuse määrus veel sisaldas. Austrias peab tervishoiuminister nimetama loendisse märgitavad ained või ainete rühmad oma määrusega, Iirimaa ja Rumeenias ainete nimetamist aga ei nõuta – hõlmatud on iga aine, millel on olemas õigusaktis määratletud omadused. Austrias on pakkumine kuritegu juhul, kui pakkuja tahab oma teost kasu saada ja soovib, et toodet kasutatakse selle psühhoaktiivse toime pärast; Iirimaa piisab juba teadmisest, et tõenäoliselt kasutatakse toodet inimtarbimiseks; Rumeenias ei esitata kumbagi nõuet. Maksimaalne karistus pakkumise eest on kaks aastat vangistust Austrias, viis aastat Iirimaa ja kaheksa aastat Rumeenias, kusjuures karistuse määr tõuseb Austrias ja Rumeenias oluliselt, kui pakkumine põhjustab tõsise kahjustuse või surma.

Mitu riiki on oma kehtivad uimastiseadused alles jätnud, kuid teinud neis täpsustusi, mis aitavad uute ainete uimastiloenditesse kandmist kiirendada ja tõhustada. Ungaris (2010) ja Soomes (2011) loodi ametlikult teaduslikud riskihindamiskomisjonid, mille ülesandeks on tõendibaasi loomine uute ainete kontrollimist käsitlevate otsuste tegemiseks. 2011. aastal kehtestas Ühendkuningriik uue menetlusena uimastite ajutise kontrollimise korra (*temporary class drug orders*), mis võimaldab aineloomisloendisse kantud aineid narkoseaduste abil kuni ühe aasta jooksul kiiresti kontrollida, andes võimaluse selle aja jooksul välja selgitada püsiva kontrolli sisseseadmise vajaduse. Slovakkia parlament kiitis heaks samalaadse ettepaneku ainete ajutise kontrollimise loendi koostamise kohta, kuid ettepaneku menetlemine peatati ajutiselt enne 2012. aasta valimisi. Teine parandus, mille mõned riigid on lisanud oma õigusaktidesse, käsitleb kehtivate uimastiseaduste reguleerimisala laiendamist sellega, et ained kantakse loendisse määratletud rühmadena, mitte individuaalselt, nagu varem tehti. Itaalia määratles 2009. ja Luksemburg 2011. aastal sünteetilised kannabinoidid kontrollitavate ainete rühmadena, Itaalia

lisan hiljem veel katinoonide rühmamääratluse. 2011. aastal lisan Küpros sünteetiliste kannabinoidide, katinoonide ja fenetüülamiinide rühmamääratlused oma uimastiseadusele, Prantsusmaa ja Saksamaa aga alles uurivad selle lähenemisviisi teostatavust.

Seadusandlike muudatuste tegemine võib olla aeganõudev protsess ning mõned riigid kasutavad uutele ainetele kiiremini reageerimiseks juba kehtivaid seadusi. Meditsiinivaldkonna seadusi on kasutatud raviväliste ainete kontrollimiseks vähemalt kaheksas riigis. Erinevat tüüpi tarbijaohutusseadused on jõustatud Itaalias, Poolas, Portugalis ja Ühendkuningriigis ning need kas hõlmavad psühhoaktiivseid tooteid üldiselt (on viinud poodide sulgemiseni) või keskenduvad üksikainetele. Näiteks müüdi mofedrooni „taimetoiduna“ või „vannisoolana“, kuigi ainet neil eesmärkidel ei kasutatud. Eespool nimetatud juhtudel võib tegemist olla kas kiire sekkumisega enne uimastiseaduse kaudu kontrolli kehtestamist või ka meetmega, mis annab riikidele aega uuenduslike reageeringute kavandamiseks.

Teine võimalus potentsiaalselt kahjulike ainete kontrollimiseks on kehtivate õigusaktide kohandamine. 2010. aastal jättis Poola „asendus-uimasti“ (aine, mida kasutatakse uimasti asemel uimastiga samal eesmärgil) määratlusest välja kahjulikkuse nõude ning välistas sellega üldiste tooteohutusseaduste rakendamise võimaluse. Paralleelselt sellega ajakohastati aga tervisekaitseadust, mida nüüd on võimalik rakendada juhul, kui tekib kahtlus, et asendus-uimasti võib olla inimtervisele ohtlik. Ungaris lisati 2012. aastal meditsiiniseadusele ajutine nimekiri ravivälistest uimastitest, mis mõjutavad kesknärvisüsteemi, muudavad vaimset seisundit, käitumist või tunnetust ning on seetõttu rahvatervisele sama ohtlikud kui uimastiloenditesse kantud ained. Kriminaalseadustiku uimasteid käsitlevat jaotist on muudetud selliselt, et selliste ainete pakkumine või levitamine on nüüd karistatav kuni kolmeaastase vangistusega. Rootsisis anti 2011. aastal õiguskaitseorganitele uued volitused tegutsemiseks rahvatervise kaitsmise nimel või selliste loendisse kantud ainete konfiskeerimiseks ja hävitamiseks, mille kohta on arvata, et neid võidakse kasutada joobe tekitamiseks ning mis võivad tekitada kahju või põhjustada surma. Austria ja Ühendkuningriigi uute seaduste kohaselt võib politsei teatavatel asjaoludel konfiskeerida mis tahes ainekoguse ka siis, kui rikkumist ei ole toime pandud.

Uute psühhoaktiivsete ainete reklaami ja müügi vastaste meetmete arv suureneb pidevalt. Psühhoaktiivse aine reklaamimise eest selle müümise eesmärgil karistatakse kuni viieaastase vangistusega Iirimaa ja ühe- kuni kolmeaastase vangistusega Rumeenias. Tšehhi Vabariigis on kaasaaitamise eest psühhoaktiivsest ainet sõltuvusse

sattumisele võimalik karistada kuni kaheksa aastat kestva vangistusega. Toodete müügi seaduslikku õigust väitva reklaami eest karistatakse Rumeenias 3–10aastase vangistusega. Poolas võidakse asendusuimastite pakkumise eest karistada suure rahatrahviga ning nende reklaamimise eest võib sattuda kuni üheks aastaks vanglasse. Rumeenias on ette nähtud suur trahv ebaseadusliku veebisaidi maha võtmata jätmise eest 12 tunni jooksul pärast seda, kui ministeerium on esitanud sellekohase nõude.

Uute tundmatute uimastite kiire turuleilmumine on olnud tõukejõuks paljude erinevate vastumeetmete võtmisele, mida pidevalt edasi arendatakse: alates 2009. aastast on vähemalt seitsmes riigis kasutusele võetud üks uuenduslik lahendus ja alustatud teise rakendamist. Psühhoaktiivsuse või võimaliku kahju määr ning sellele vastava kriminaalkaristuse suurus on Euroopas riigiti väga erinev. Siiski on jälgitavad kaks suundumust: pakkujate hirmutamine vanglaga ning kriminaalkaristuste kohaldamata jätmise isikute suhtes, kes omavad ainet isiklikuks kasutamiseks.

Uimastialased teadusuuringud

Eli narkostrateegiaga seatud prioriteetide täiendamiseks ja toetamiseks rahastab Euroopa Komisjon mitut uimastitega seotud teadustööd ja uuringut. 2007. aastast alates on komisjon teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse seitsmenda raamprogrammi raames investeerinud rohkem kui 18 miljonit eurot.

Kahe suure Euroopa uuringu keskseks teemaks on uimasti- ja alkoholisõltuvus ajutegevuse häirete kontekstis. Hiljuti lõpetatud projekti „Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe“ („Psühhosotsiaalsed tegurid, millel on oluline mõju ajutegevuse häiretele Euroopas“) (PARADISE) tulemused tõestasid aine kuritarvitamisest tuleneva häire seotust igapäevase elu probleemide ja mõjuga. Leiti, et kõige sagedamini tekkisid raskused kognitiivsetes funktsioonides, emotsionaalsetes funktsioonides, enese eest hoolitsemises, suhetes kaasinimestega, tööelus ja majandusküsimustes. 2011. aastal teatati teise suure Euroopa projekti tulemustele toetudes, et ajutegevuse häired, mõõdetuna häire tõttu kaotatud eluaastates, moodustavad kõige suurema osa kogu Euroopa Liidu haiguskoormusest (26,6% koguhaiguskoormusest) (Wittchen *et al.*, 2011). Selles uuringus liigitati uimasti- ja alkoholisõltuvus kõige üldisemalt levinud ajutegevushäirete hulka, millest levinumad on vaid ärevushäired, unetus, raske depressioon ja somatoformsed häired.

Projekti „Access to opioid medication in Europe“ („Juurdepääs opioidiravile Euroopas“) (ATOME) eesmärk on välja selgitada põhjused, miks ei ole mõõduka ja suure valu ning opioidisõltuvuse raviks kasutatavaid opioidravimeid sageli saada siis, kui neid vajatakse, ning miks ei ole nende kasutamine piisav ja asjakohane. Projekt kestab 2014. aasta lõpuni ja selle esimeste tulemuste hulka saab lugeda Maailma Terviseorganisatsiooni poliitikasuuniste avaldamise (2011) 14 keeles ning opioididele juurdepääsu ja nende kättesaadavuse võimalike takistuste uurimise. Projekt lõpeb riikide raportitega, mis sisaldavad soovitusi muudatuste tegemiseks õigusaktidesse.

Projekt „Addictions and lifestyles in contemporary Europe – reframing addictions project“ („Sõltuvused ja elustiilid tänapäeva Euroopas – sõltuvuste ümberkujumise projekt“) (ALICE RAP) kestab kuni 2016. aastani ning selles osaleb üle 100 teadustöötaja ja 70 teadusasutust rohkem kui 30 riigist. Projekti eesmärk on tugevdada seitsme suure tööpaketi kaudu teaduslikke töendeid, mis aitaksid teavitada avalikkust ja poliitilise dialoogi pidajaid probleemidest, mida uimastid ja muud sõltuvust tekitavad ained Euroopa ühiskonnale tekitavad, ning ergutaksid sõltuvuse puhul kasutatavate lähenemisviiside üle peetavat arutelu.

Projekti „Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU (LINKSCH)“ („Seose mõistmine: arusaamine rahvusvahelise uimastitevastaste meetmete soovimatutest tagajärgedest ELile“) alustati 2012. aasta veebruaris ning selle raames teevad koostööd seitse partnerit neljast riigist, kes annavad oma panuse terviklikuma uimastivastase poliitika väljatöötamise, mis aitaks minimeerida soovimatuid tagajärgi. 2013. aastal võetakse kasutusele teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse seitsmenda raamprogrammi kaudu rahastatav Euroopa teadusuuringute ühisruumi võrgustik (ERA-NET) ebaseaduslike uimastite jaoks.

Euroopa Komisjoni uimastitarbimise ennetamise ja teavitamise kava (DPIP) kaudu on samuti rahastatud mitut projekti, sealhulgas Euroopa Liidu ebaseaduslike uimastite turu ning sellele reageerimise edasine analüüsimise uuringut, mille raames uuriti Euroopa Liidu kanepi-, kokaiini-, amfetamiini- ja ecstasy-turu omadusi ja toimimist; ning poliitika ja programmide hindamise uute meetodiliste abivahendite projekti (DPE), millega töötatakse välja näitajad, mis on vajalikud ebaseaduslike uimastite pakkumise ja nõudluse seireks ning poliitika ja sekkumiste hindamiseks (?).

(?) Lisateave Euroopa uimastiprobleemi käsitlevate teadusuuringute kohta on kättesaadav EMCDDA teadusuuringute veebilehel.

Projekt DRUID: autojuhtimine uimastite, alkoholi või ravimite mõju all

2011. aastal lõppenud DRUID-projekti abil sooviti saada värskemad ülevaadet alkoholi, ebaseaduslike uimastite ja ravimite mõjust liiklusohutusele, mille alusel saaks koostada soovitud liiklusohutuspoliitika jaoks. Ligikaudu 50 000 juhuslikult valitud autojuhtilt 13 Euroopa riigis ning 4500 õnnetuses tõsiselt vigastada või surma saanud autojuhtilt kehavedelike proovide kogumiseks kasutati ühtlustatud andmete kogumise protokolle. Uuringu käigus leiti alkoholi 3,5% autojuhtide kehas. 1,5% juhtide vere alkoholisisaldus oli üle 0,5 grammi liitri kohta, mis on tavaline lubatud piirmäär, ning risk, et nad saavad surma liiklusõnnetuse läbi, oli nende puhul oluliselt suurem kui alkoholi mittetarbinud autojuhtidel.

Tetrahydrokannabinool (THC) (1,3%) ja kokaiin (0,4%) olid enimlevinud ebaseaduslikud uimastid, mille jälgi leiti juhuslikult proovi võtmiseks välja valitud autojuhtide verest. Tuvastati, et kui THC suurendas vaid veidi autojuhi vigastada saamise või surmaga lõppeva õnnetuse põhjustamise riski, siis kokaiini või amfetamiini kasutanud juhi risk oli oluliselt suurem. Psühhoaktiivseid ravimeid, eelkõige bensodiasepiine, leiti 1,4% autojuhtidelt ning need võisid oluliselt suurendada liiklusõnnetuses surmasaamise riski. Ainete segamine alkoholi ja muude uimastitega, mida Euroopas sageli tehakse, suurendas oluliselt kõiki riske.

Saadud tulemuste põhjal järeldati, et enamik maanteedel uimastite tegemiseks kasutatavatest vahenditest ja tehnikatest ei ole piisavalt täpsed. Tõhusad sekkumised on juhiloa äravõtmine kuni 12 kuuks ja rehabilitatsiooniprogrammid. Nende tõhusus sõltub aga vahetegemisest erinevat tüüpi rikkumiste vahel. Üheks kõige olulisemaks DRUID-projekti põhjal tehtud järelduseks oli siiski see, et uimastite mõju all autojuhtimise lõpetamiseks võetavad meetmed ei tohi ära võtta vahendeid tegevustelt, mille eesmärk on teha lõpp purjuspäi autojuhtimisele.

Sõltuvusuuringute valdkonnas toimunud arengud (1)

Viimase aasta jooksul on sõltuvusuuringute määr ELi liikmesriikides peaaegu kolmekordistunud, kuigi USA teadlaste arvele langeb endiselt üks kolmandik kõigist selle valdkonna uutest publikatsioonidest. Alkoholi, nikotiini ja psühhostimulantide kohta avaldatud trükiste arv kasvas 2011. aastal, märgatavalt suurenes ka sõltuvusalaste geneetika- ja tomograafiliste uuringute arv. Ent vaid vähem kui 7% uuringutest käsitleb kliinilisi katseid sõltuvuse uute ravistrateegiate väljatöötamiseks. See valdkond vajab kindlasti edasiarendamist.

Nimetatud valdkonnas avaldatud kõige olulisemates kliinilistes katsetes uuriti asendusravi või võõrutusravimite kasutamist metamfetamiinisõltuvuse ravis, buprenorfiini/naloksooni kasutamist opioidisõltuvuse ravis või uusi opioidide võõrutusravi viise, milles kasutatakse näiteks tetrodotoksiini. Muudes uuringutes keskenduti assotsiatiivsele või tingitud uimastite kuritarvitamise paradigmatel õppimise käitumuslikule, füsioloogilisele ja molekulaarsele baasile, otsides uusi võimalusi ravi arendamiseks.

Paljud sõltuvusega tegelevad neuroteadused keskenduvad rahuldustunde tekitamisele ajus ja dopamiinile, kuid nüüd on uued andmed viidanud ka muudele võimalustele. Näiteks on inimestel ja loomadel tehtud magnetresonantskuvamise uuringud näidanud, et suuraju otsmikusagara ajukoorel on uimastitarbimisele oluline mõju. Otsmikusagara dorsaal- ja ventraalosa vahelised seosed muutuvad sõltuvusprotsessi ajal, mis viitab selliste neurotransmitterite nagu noradrenaliini, serotoniini, glutamaadi ja kannabinoidide sekkumisele.

(1) Koostanud EMCDDA teaduskomitee liikmed Fernando Rodríguez de Fonseca ja Jean-Pol Tassin.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

2. peatükk

Ülevaade narkoprobleemide lahendamisest Euroopas

Sissejuhatus

Käesolevas peatükis esitatakse ülevaade narkoprobleemidega tegelemisest Euroopas, tuues võimaluse korral esile suundumused ja arengud. Kõigepealt 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. Viimases osas keskendutakse prioriteetide kehtestamisele narkootikumidega seotud õiguskaitstes ja narkoseaduste rikkumiste valdkonnas.

Ennetamine

Narkoennetustöö võib jagada erinevateks tasanditeks või strateegiateks, alustades ühiskonna kui terviku käsitlemisest (keskkonnaalane ennetus) kuni ohustatud üksikisikutele keskendumiseni (näidustatud ennetus). Ennetuspoliitika kõige keerulisem ülesanne on sobitada erinevad strateegiad kokku sihtrühmade haavatavuse astmega (Derzon, 2007) ning tagada sekkumiste tõendipõhisus ja piisav käsitlusala. Enamik ennetusstrateegiaid keskendub ainete kasutamisele üldiselt ja mõningad neist ka uimastikasutamisega seotud probleemidele, nagu vägivald ja ohtlik seksuaalkäitumine; vaid üksikud programmid keskenduvad konkreetsetele ainetele, näiteks alkohol, tubakas või kanep.

Keskkonnaalased strateegiad

Keskkonnaalaste ennetusstrateegiate eesmärk on muuta kultuurilist, sotsiaalset, füüsilist ja majanduslikku keskkonda, kus inimesed teevad oma otsuseid uimastitarbimise kohta. Need strateegiad hõlmavad tavaliselt selliseid heade tõhususnäitajatega meetmeid nagu alkoholi hinnapoliitika, tubakareklaami ja -suitsetamise keelamine. Teised keskkonnastrateegiad keskenduvad koolis kaitsva keskkonna kujundamisele. Euroopa riigid on teatanud näiteks positiivse ja kaitsva õpikeskkonna edendamise (Poola, Soome); teabe pakkumisest kodanikunormide ja -väärtuste kohta (Prantsusmaa) ning koolide turvaliseks muutmisest politsei läheduses viibimise kaudu (Portugal).

On väidetud, et mitut sotsiaalset probleemi, näiteks ainete kasutamist ning teismeliste rasedusi ja vägivalda esineb rohkem suure sotsiaalse ja tervishoiualase ebavõrdsusega riikides (Wilkinson ja Pickett, 2010). Paljud Põhjamaad, näiteks Soome, investeerivad jõuliselt laiemasse keskkonnapoliitikasse, mille kaudu edendatakse sotsiaalset kaasatust perekonnas, koolis, kogukonnas ja riigi tasandil ning panustatakse uimastitarbimise madala taseme saavutamisse ja sellel püsimisse. Neis riikides kasutatakse harvemini konkreetsetele probleemidele või uimastitele keskenduvaid ennetusprogramme ja sekkumisi.

Ennetamine: keskkonna mõju

Hiljuti sotsiaalsete neuroteaduste valdkonnas saadud tulemused (Steinberg, 2008) toetavad sotsiaaluuringutega saadud tõendeid selle kohta, et ümbritseval keskkonnal on oluline mõju teismeliste riskikäitumisse kaasamisele.

Puberteediaas hakatakse võtma rohkem riske aju sotsio-emotsionaalses süsteemis toimunud muutuste tõttu, mis tekitavad suurema vajaduse rahulduse järele ja vähendavad kontrolli impulsside üle eakaaslaste juuresolekul. Selline suurenenud tundlikkus teiste arvamuse ja tajutud normide suhtes võib olla põhjuseks, miks suur osa teismeliste riskikäitumisest, mis hõlmab ka kontrollimatut uimastite ja alkoholi tarbimist ning hulljulget autojuhtimist, ei toimu peaaegu kunagi väljaspool sotsiaalset keskkonda. Otsustavatel hetkedel ei pruugi noorte inimeste rühmad olla suutelised tegema teadlikke valikuid ega hindama riske ratsionaalselt.

Uuringust ilmneb, et noorte inimeste tarbeks kavandatavad ennetuslikud sekkumised peaksid teavitamisele keskendumise asemel olema pigem suunatud normide ja normaalsuse tunnetamisele. Rõhutatakse, et ennetuse seisukohalt on oluline pöörata tähelepanu ümbritsevale keskkonnale, mille moodustavad näiteks kool, perekond ja meelelahutusasutused. Uuringus rõhutatakse vanemliku kontrolli tähtsust ning avaldatakse toetust meetmetele, mille eesmärk on piirata kahjulike tagajärgede tekkimise võimalusi keskkonnas, kus noor inimene suhtleb rühmasiseselt, eriti meelelahutusasutustes ja ööklubides. Seega toetavad uuringuga kogutud tõendid eelkõige keskkonnale suunatud ennetavat lähenemisviisi, milles peetakse konteksti muutmist veenmisest olulisemaks.

Üldine ennetamine

Üldine ennetamine on suunatud kogu elanikkonnale ning seda tehakse eelkõige kooli ja kogukonna tasandil. Selle eesmärk on uimastitega seotud riskikäitumise vähendamine, andes noortele inimestele vajalikud teadmised uimastitarbimise alustamise vältimiseks või edasilükkamiseks. Ennetusprogrammi „Unplugged“ hiljutisel hindamisel Tšehhi Vabariigis leiti, et andmed esitanud suitsetavate õpilaste määr oli oluliselt vähenenud ning kahanenud oli ka suitsetamise, purjutamise, kanepi ja muude uimastite kasutamise sagedus (Gabrhelik *et al.*, 2012). Teisalt on hiljuti teatatud üldise ennetamistegevuse vähendamisest Kreekas ja Hispaanias ning ennetustöötajate arvu kahandamisest Lätis, mis toetab varasemaid oletusi selle kohta, et praegusel majanduslanguse perioodil on ennetus üheks valdkonnaks, mida tabavad praegused eelarvekärped (EMCDDA, 2011a).

Eli ennetustegevuse standardite käsiraamat (EMCDDA, 2011b) koostati selleks, et aidata liikmesriikidel ennetusprogrammide kvaliteeti tagada, ning juba ongi mitu riiki teatanud oma programmide täiustamisest. Hiljuti hindas Iirimaa oma riikliku ennetusprogrammi rakendamist koolide vanema astme õpilaste hulgas. Tšehhi Vabariik on teinud parandusi oma ennetustoetuste süsteemis, võttes kasutusele Euroopa esimese sertifitseerimissüsteemi, mille raames saab rahastamist taotleda üksnes sertifitseeritud programmidele. Uimastivaldkonna asjatundjate sertifitseerimisega loodetakse parandada ennetusprogrammide läbiviimise kvaliteeti ja tagada riiklike vahendite tõhus kasutamine.

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. Saksamaal, Taanis, Hispaanias, Portugalis ja Austrias rakendatud kutsekoolide õpilastele suunatud ennetusalaste sekkumistega on jõutud noorte inimeste rühmani, keda ähvardab suurem uimastitarbimisprobleemide väljakujunemise risk. Iirimaa kasutab ohustatud noortega tehtavas ennetustöös avaramat lähenemisviisi, aidates ebasoodsamas olukorras olevate õpilaste kirja- ja arutamisoskust parandada. Itaalia ja Põhja-Euroopa omavalitsused on teatanud kogukonna tasemel läbiviidavatest sekkumistest, mille sihtrühmaks on kõrge riskitasemega noorterühmad ja milles kasutatakse sihtrühmadele suunatud tööd, noorsootööd ning kohalike ametiasutuste ja vabavahenduste ametlikku koostööd eristrateegiate ühendamiseks

keskkonnastrateegiatega. Sellise lähenemisviisiga soovitakse jõuda kõrge riskitasemega noorteni neid eriprogrammidesse kaasamata.

Euroopas on sageli teatatud varajase sekkumise lähenemisviisidest, kuid nende programmide eesmärk ja sisu on riigiti erinev. Ühendkuningriigi viimase aja ennetuspoliitikas on varajasele sekkumisele antud tagasi selle esialgne tähendus: anda sotsiaalset, emotsionaalset ja õppimisabi ebasoodsates oludes elavatele lastele nende varasemal eluperioodil ⁽⁸⁾. Eesmärk on pigem probleemide (sealhulgas uimastite kasutamine) kujunemist ennetada või aeglustada, kui oodata, millal need tekivad (Allen, 2011). Kuigi vanematele kavandatud programmidel võib olla oluline roll varajase sekkumise lähenemisviisis, on ennetav töö vanematega ja nende koolitamine valikulisse ennetustegevusse harva kaasatud.

Näidustatud ennetamine

Näidustatud ennetamise eesmärk on teha kindlaks inimesed, kellest võivad käitumis- või psühholoogiliste probleemide tõttu saada hilisemas elus probleemsed uimastitarbijad, ja rakendada nende suhtes spetsiaalseid sekkumisi, kasutades individuaalset lähenemist. Enamikus Euroopa riikides põhineb näidustatud ennetamine endiselt nõustamise pakkumisel noortele uimastitarbijatele. Erandiks on Kanadas välja töötatud ja Ühendkuningriigi olukorrale kohandatud ning seal rakendatav programm „Preventure“ ⁽⁹⁾, mis on valikuliselt suunatud noortele sensatsioonihimulistele purjutajatele. Praegu saadaval olevatest programmidest on see üks kõige hinnatumaid ning seda rakendatakse nüüd ka Tšehhi Vabariigis ja Madalmaades.

Ravi

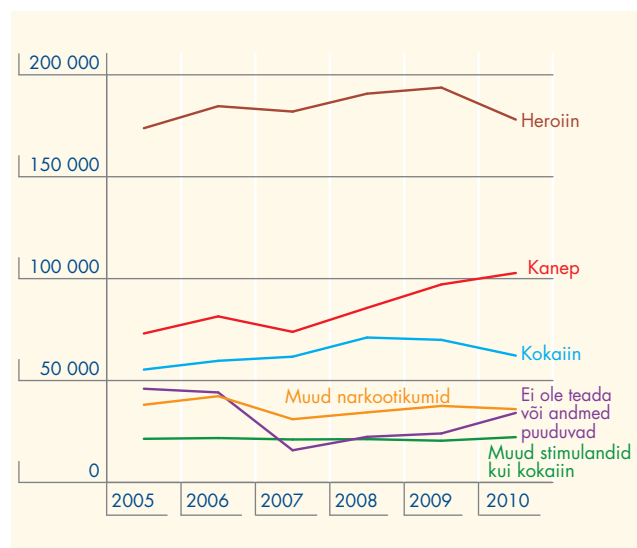
Euroopas kasutatakse uimastiprobleemide raviks peamiselt psühhosotsiaalseid sekkumisi, opioidide asendusravi ja võõrutusravi (detoksifitseerimist). Igas riigis sõltub raviks kasutatavate erinevate sekkumiste suhteline osatähtsus paljudest teguritest, sealhulgas riigi tervishoiusüsteemi korraldusest. Narkomaaniaraviga seotud teenuseid võidakse osutada mitmesugustes asutustes: eriarstiabi pakkuvates üksustes, sealhulgas ambulatoorse ja statsionaarse ravi keskustes, psühhoneuroloogiakliinikutes ja -haiglates, vanglate ravikeskustes, madala läve teenuseid pakkuvates asutustes ning perearstikabinettides.

Euroopas praegu narkomaaniaravi saavate uimastitarbijate rühma kirjeldamiseks tervikuna puudub asjakohane andmekogum. Selle rühma ühe olulise alagrupi kohta on

⁽⁸⁾ Erinevalt viimase aja uimastitarbimisega seotud varajasest sekkumisest keskendutakse neis uimastitarbimise alustamise ajale.

⁽⁹⁾ Kätesaadav narkootikumivõõrutuse vähendamise meetme vahetusprogrammi veebisaidil.

Joonis 2. Suundumused ravi alustavate patsientide hinnangulises arvus peamiste narkootikumide kaupa



NB! Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-1 (ii osa).
Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

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⁽¹⁰⁾. 2010. aastal registreeriti selle näitajaga ligikaudu 472 000 ravi alustajat, kellest 38% (178 000) alustas narkomaaniaravi esimest korda elus. Viimase viie aasta jooksul on ravi alustajate esmane uimasti olnud tavaliselt heroiin, kanep ja kokaiin, kusjuures kõige suuremat tarbimise kasvu on täheldatud kanepi puhul (vt joonis 2).

Toetudes erinevatele allikatele, sealhulgas ravinõudluse näitajale ja opioidide asendusravi registritele, võib väita, et Euroopa Liidus, Horvaatias, Türgis ja Norras sai 2010. aasta jooksul ebaseaduslike narkootikumide tarbimise vastast ravi hinnanguliselt 1,1 miljonit inimest⁽¹¹⁾. Üle poole patsientidest sai opioidide asendusravi, kuid märkimisväärset arvu isikuid raviti ka muul viisil seoses nende opioididest, stimulantidest, kanepist ja muudest ebaseaduslikest narkootikumidest tulenevate probleemidega⁽¹²⁾. Kuigi Euroopa Liidus pakutava narkomaaniaravi hinnang vajab veel täpsustamist, osutab see vähemalt opioiditarbijate puhul küllaltki kõrgele ravipakkumise tasemele. Seda tulemust on aidanud

saavutada spetsiaalsete ambulatoorsete ravikeskuste pakutavate teenuste mahu oluline kasv viimasel kahel aastakümnel ning esmase arstiabi andjate, vaimse tervisega seotud üldteenuste osutajate ning sihtrühmadele suunatud ja madala läve teenuste pakujate laialdane kaasamine.

Ambulatoorne ravi

Kättesaadavatel andmetel alustas 2010. aastal spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes ravi 400 000 uimastitarbijat. Peaaegu pool ravi alustajatest (48%) nimetas oma peamise narkootikumina opioide, põhiliselt heroini, samas kui 27% nimetas kanepit, 17% kokaiini ja 4% muid stimulante kui kokaiin⁽¹³⁾. Kõige sagedamini tullakse ravile omal algatusel (35%), millele järgneb ravile suunamine sotsiaal- ja tervishoiuteenuste (29%) ning kriminaalõigussüsteemi poolt. Ülejäänud kliendid tulevad ravile pere, sõprade ja mitteformaalsete võrgustike kaudu⁽¹⁴⁾.

Ambulatoorset ravi alustavad patsiendid on keskmiselt 31 aasta vanused. Selles rühmas ületab meeste arv naiste arvu peaaegu neljakordselt, mis osaliselt kajastab meeste ülekaalu probleemsemate narkootikumitarbijate hulgas. Meeste ja naiste osakaalu erinevus on suur kõikide ainete puhul, kuigi see erineb uimastite ja riikide kaupa⁽¹⁵⁾. Sugudevahelised erinevused on üldiselt suuremad Lõuna-Euroopa riikides ning kokaiini ja kanepi tarvitajate hulgas; sugudevahelised erinevused on väiksemad Põhja-Euroopas ning stimulantide ja opioiditarbijate hulgas⁽¹⁶⁾. Ambulatoorset ravi alustavatest patsientidest on peamiselt kanepit kasutavad patsiendid peaaegu kümme aastat nooremad (25) kui peamiselt kokaiini (33) ja opioide (34) kasutavad patsiendid. Üldiselt on noorimad kliendid (26–27) Ungaris, Poolas, Rumeenias ja Slovakkias ning vanimad Itaalias, Portugalis ja Norras (34–35)⁽¹⁷⁾.

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. 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

⁽¹⁰⁾ Ravinõudluse näitajaga koguti andmeid 29 riigi spetsiaalsetest narkomaaniaravi keskustest. Enamik riike esitas andmeid oma rohkem kui 60% üksuste kohta, mõnes riigis jäi hõlmatud üksuste arv siiski ebaselgeks (vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-7).

⁽¹¹⁾ Vt kast „Ravil olevate uimastitarbijate hinnanguline arv Euroopas“ ja 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-10.

⁽¹²⁾ Üksikasjalikum teave erinevate ainete puhul kasutatavate raviviiside kohta on esitatud vastavates peatükkides.

⁽¹³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-19.

⁽¹⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-16.

⁽¹⁵⁾ Teave patsientide ravimise kohta peamise kasutatava aine kaupa on esitatud vastavates peatükkides.

⁽¹⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-21.

⁽¹⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-9 (iv osa) ja TDI-103.

kokaiini ja amfetamiinide puhul⁽¹⁸⁾. Neid kasutatakse ka opioiditarbijate puhul, sageli koos asendusraviga.

Peaaegu kõikides riikides jagavad riigiasutused ja vabaihendused vastutust ambulatoorse psühhosotsiaalse ravi pakkumise eest. Kui 20 riigis pakuvad neid teenuseid peamiselt riigiasutused, siis kaheksas riigis⁽¹⁹⁾ on vabaihendused kõige olulisemad teenusepakkujad ning veel 11 riigis klientide osakaalult tähtsuset teised teenusepakkujad. Ärilised ettevõtted mängivad selles ravimooduses üldiselt vähem olulist rolli, kuid kaheksas riigis (Belgia, Bulgaaria, Taani, Küpros, Läti, Leedu, Slovakkia, Türgi) on nad siiski tähtsuset teised teenusepakkujad, kelle klientide osakaal moodustab 5–35%.

2010. aasta uuringus teatasid riiklikud eksperdid, et Euroopa Liidu 14 riigis on ambulatoorne psühhosotsiaalne ravi kättesaadav peaaegu kõigile, kes seda soovivad, ja 11 riigis suuremale osale soovijatest. Kolmes riigis (Bulgaaria, Eesti, Rumeenia) on ambulatoorne psühhosotsiaalne ravi kättesaadav hinnanguliselt siiski vähem kui pooltele seda aktiivselt taotlevaltele inimestele. Need hinnangud võivad peita märkimisväärselt suuri kõikumisi riikides ja erinevusi konkreetsetele sihtrühmadele, näiteks vanemaalastele uimastitarbijatele ja etnilistele vähemustele suunatud eriraviprogrammide kättesaadavuses. Mõned riigid teatavad raskustest seoses eriteenuste tagamisega majanduslanguse ja eelarvekärbete tingimustes.

Mis puudutab juurdepääsu ambulatoorsele psühhosotsiaalsele ravile, siis teatasid 29-st aruande esitanud riigist 12 eksperdid, et mingit ooteaega ei ole, samas 11 riigis on hinnanguline ooteaeg alla ühe kuu. Norras on keskmine ooteaeg hinnanguliselt umbes kaheksa nädalat, samas nelja riigi eksperdid ei suutnud hinnangut esitada. Taanis on seadusega ette nähtud, et ravile peab pääsema 14 päeva jooksul.

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⁽²⁰⁾. Üha olulisem roll on ka perearstikabinetiga ühishoolduse asutustel, mille juurde kuuluvad sageli spetsiaalsed ravikeskused. Opioidide asendusravi on kättesaadav kõigis ELi liikmesriikides ning Horvaatias, Türgis ja Norras⁽²¹⁾. Kokku sai Euroopas 2010. aastal hinnanguliselt asendusravi ligikaudu 710 000 opioiditarbijat. Võrreldes 2009. aastaga suurenes

Ravil olevate uimastitarbijate hinnanguline arv Euroopas

Alates 2008. aastast on EMCDDA kogunud igal aastal andmeid uimastiravi saanud patsientide koguarvu kohta Euroopas. Kõige värskemad andmekogumisvoorus esitas 14 riiki usaldusväärse miinimumhinnangu 2010. aastal raviteenuste osutajatega kontaktis olnud inimeste koguarvu kohta, mis andis tulemuseks kokku 900 000 patsienti. Ülejäänud 16 riiki puhul kasutati valikulist andmekogumit – kas ravinõudluste määra näitajat või sel aastal opioidide asendusravil olnud patsientide arvu olenevalt sellest, kumb koguarv oli suurem. Seega kasutati seitsme riigi puhul opioidide asendusravi saajate kohta kogutud andmeid (171 000 patsienti) ja ravinõudluste näitaja andmeid kasutati üheksa riigi puhul (48 000 patsienti). Koos näitavad need andmed, et 2010. aastal oli Euroopas vähemalt 1,1 miljonit inimest kontaktis raviteenuste pakkujatega. EMCDDA koos liikmesriikidega töötab selle nimel, et kindlustada ravi saava kogu elanikkonnaosa kohta antud riiklike hinnangute kvaliteet, mis parandab veelgi Euroopa kohta antavat hinnangut.

asendusravil olevate klientide arv enamikus riikides, kuigi Hispaania ja Slovakkia teatasid mõningasest klientide arvu vähenemisest⁽²²⁾.

Statsionaarne ravi

Olemasolevatel andmetel alustas Euroopas 2010. aastal statsionaarset uimastiravi umbes 50 000 uimastitarbijat⁽²³⁾. Pooled neist patsientidest märkisid oma peamiseks uimastiks opioidid (48%), järgnesid kanep (16%), amfetamiinid ja muud stimulandid kui kokaiin (13%) ning kokaiin (6%). Statsionaarset ravi saavad patsiendid on peamiselt noored mehed, kelle keskmine vanus on 31 aastat ning meeste ja naiste suhe patsientide hulgas on 3:1⁽²⁴⁾.

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 (detoksifitseerimine) 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 alustamine

⁽¹⁸⁾ Teave patsientide ravimise kohta peamise kasutatava aine kaupa on esitatud vastavates peatükkides.

⁽¹⁹⁾ Bulgaarias on riigiasutused ja vabaihendused klientide osakaalu arvestades võrdset kaastatud ambulatoorse (ja statsionaarse) psühhosotsiaalse ravi pakkumise.

⁽²⁰⁾ Vt 2012. aasta valikteema uimastitarbijate kohta vanglas.

⁽²¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid HSR-1 ja HSR-2.

⁽²²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-3. Lisateabe saamiseks asendusravi kättesaadavuse, juurdepääsetavuse ja suundumuste kohta vt 6. peatükk.

⁽²³⁾ Selle arv näitaja tõlgendamisel tuleks olla ettevaatlik, kuna see ei hõlma kõiki statsionaarset narkomaaniravi alustavaid uimastitarbijaid.

⁽²⁴⁾ Vt 2010. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 ja TDI-24.

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 teraapiakogukonnal põhinevat lähenemisi (25). Statsionaarset narkomaaniaravi pakutakse ka psühhiaatriaiglates, eriti patsientidele, kellel on kaasnevaid psühhiaatrilisi häireid.

22 riigis on peamiseks võõrutusravi pakkujaks riiklikud asutused, erasektor on peamine pakkuja Küprosel ja Luksemburgis ning suuruselt teisel kohal veel 12 riigis. Vabaühendused on suurimad pakkujad Madalmaades ja suuruselt teised veel kaheksas riigis. Riiklike ekspertide hinnangul on võõrutusravi kättesaadav peaaegu kõigile taotlejatele 12 riigis ja enamikule üheksas riigis. Seitsmes riigis (Eesti, Iirimaa, Kreeka, Ungari, Läti, Rumeenia, Norra) on võõrutusravi hinnanguliselt kättesaadav vähem kui pooltele selle aktiivsetest taotlejatest. 15 riigis on võõrutusravile pääsemise ooteaja keskmine pikkus hinnanguliselt vähem kui kaks nädalat. Hinnanguliselt on ooteaja keskmiseks pikkuseks kaks nädalat kuni üks kuu kaheksas riigis. Austrias ja Sloveenias on see hinnangute kohaselt üle ühe kuu. Kolme riigi eksperdid hinnangut ei andnud. Riikide hinnangud erinevatele raviviisidele pääsemise ooteaja pikkusele võivad oluliselt erineda.

Peamised statsionaarse ravi pakkujad on 14 riigis avalik-õiguslikud asutused ja 11 riigis vabaühendused. Eraorganisatsiooni on peamised pakkujad Taanis ja suuruselt teised pakkujad 6 riigis. Riiklike ekspertide arvates on statsionaarne psühhosotsiaalne ravi kättesaadav peaaegu kõigile selle soovijatele 10 riigis ja enamikule selle taotlejatest veel 11 riigis, kuid seitsmes riigis (Bulgaaria, Taani, Eesti, Küpros, Ungari, Rumeenia, Soome) on nimetatud raviviis hinnanguliselt kättesaadav vähem kui pooltele selle aktiivsetest taotlejatest.

Kreeka, Poola, Portugali, Slovakkia ja Horvaatia spetsialistide hinnangul puudub neil statsionaarsele ravile pääsemise ooteaeg hoopis. 13 riigis on oli keskmine ooteaeg hinnanguliselt ühest kuust lühem ja neljas riigis ühest kuust pikem.

Sotsiaalne reintegratsioon

Üldiselt on sotsiaalse tõrjutuse tase probleemsete uimastitarbijate seas kõrge, eriti opioiditarbijate hulgas. Andmed 2010. aastal uimastiravi alustanute sotsiaalsete tingimuste kohta näitavad, et neist rohkem kui pooled

Uimastitarbijate rehabilitatsioon teraapiakogukondades Euroopas

Ajalooliselt on teraapiakogukonda määratud uimastivaba keskkonnana, kus uimasti- ja muude probleemidega inimesed elavad organiseeritult ja struktureeritult koos, et üksteist sotsiaalselt ja psühholoogiliselt toetada. Patsientides nähakse enda ja teiste ravi aktiivset osapoolt ning patsiendid ja personal jagavad vastutust kogukonna igapäevase elu korraldamise eest. Viimastel aastatel on seda lähenemisi hakatud üha rohkem kasutama opioidide asendusravi patsientide, teismeliste, kodutute meeste ja naiste, emade ja laste, HIV-positiivsete ning vaimse tervise häiretega isikute vajaduste rahuldamiseks.

EMCDDA ülevaadete seeria 2013. aasta väljaandes antakse ülevaade teraapiakogukondade rollist uimastitarbijate ravis Euroopas.

(56%) olid töötud ja et viimase viie aasta jooksul oli see protsendiosa kasvanud 15 riigis neist 24-st, kes teatasid oma suundumusi käsitlevad andmed. Ravile tulevate patsientide haridustase on tavaliselt madal: neist 38%-l on algharidus ja 2%-l puudub seegi. Paljud on kodutud, sest 10% uimastiravi patsiente on teatanud, et neil puudub alaline eluase.

Töökoha saamise ja säilitamise suutlikkuse parandamine (tööalane konkurentsivõime) on üks uimastitarbijate sotsiaalse reintegratsiooni peamisi põhimõtteid. Selle valdkonna sekkumiste kavandamisel võetakse arvesse ka asjaolu, et uimastitarbimine ja sellega seotud probleemid ei ole ohuks üksnes tööturule sisenemisel või naasmisel, vaid ka tööalase konkurentsivõime säilitamisel. Euroopas pakutav kutseõpe hõlmab programmide suurt valikut, mille eesmärk on parandada töökoha leidmiseks ja säilitamiseks vajalikke oskusi ja omadusi, mille hulka kuuluvad töövestluseks vajalikud oskused ja esinemisoskus, aja kasutamine, arvutioskused, omaalgatus ning tööle pühendumine. Lisaks võivad narkomaaniaravi keskused ja professionaalsed teenusepakkujad, nagu riiklikud koolitusasutused ja tööhõivetalitused pakkuda konkreetse kutsealase pädevuse ja kvalifikatsiooni omandamise programme (EMCDDA, 2011a).

Paljulubav on toetavaid tegevusi (kutsenõustamine, vajalike oskuste õpetamine ja töötamine) uimastiravi programmidega ühendav lähenemisi. Uuritud mudelite hulka kuulub vajalike oskuste õpetamine töötutele uimastitarbijatele, kes saavad ambulatoorsetes raviasutustes psühhosotsiaalset ravi. Hinnatud on ka individuaalse kutsenõustamise, töötamise toetamise, töökoha tugiteenuste, üksikjuhtumite haldamise ja muude asendusravipatsientidele suunatud sekkumiste tõhusust.

(25) Vt kast „Uimastitarbijate rehabilitatsioon teraapiakogukondades Euroopas“.

Mitme uuringu tulemused julgustavad kasutama selliseid tulemuste mõõtmise viise nagu tööhõive määr, sissetulek ja heaolu (EMCDDA, 2012b). Siiski ei ole kindlaks tehtud püsivalt positiivseid tulemusi andvaid sekkumisi ning erinevused lähenemisviisis, uuritavas elanikkonnaosas ja hinnatavates tulemustes ning laialdasema kasutuse puudumine takistavad nende meetmete üldise tõhususe kohta kindlate järelduste tegemist (Foley *et al.*, 2010). Lisaks käsitlevad kättesaadavad tõendid peaaegu eranditult opioiditarvitajate sotsiaalsele reintegratsioonile suunatud sekkumisi, samas ei ole süsteemselt käsitletud teisi uimasteid kasutavate ravisaajate vajadusi.

Töö ja teised kaasatuse tunnet edendavad ja ühiskondlike kontaktide võimalusi pakkuvad tegevused võivad aidata ennetada uimastitarbijate ravist loobumist ja tagasilangust (McIntosh *et al.*, 2008). Mõnedes Euroopa riikides katsetavad sotsiaalse ettevõtluse organisatsioonid ravilt tavapärasele tööhõivele üleminekuvormina nn „taastumistöö“ ühistuid (Belgia, Tšehhi Vabariik, Hispaania, Läti, Soome). Need kogukondade väikesed äriühingud toetavad tavapärasesse tööhõivesse sisenevaid või naasvaid inimesi, keskendudes samal ajal ka toetamisele, üldkasulikule tööle ja kogukonna elus osalemisele. Muud uimastiravise ja rehabilitatsiooniprogrammidesse integreeritud spetsialiseeritud sekkumised võivad suurendada positiivsete tulemuste saavutamise tõenäosust. Need hõlmavad tööhõivealast tuge inimrühmadele, kellel on keeruline tööd leida, näiteks uimasteid tarbivad õigusrikkujad või vaimse tervise häiretega uimastitarbijad (EMCDDA, 2012b). Programmide abil on küll võimalik edukalt õpetada tööalase konkurentsivõime saavutamiseks vajalikke oskusi, kuid praegusel ajal, mil paljudes riikides valitseb kõrge tööpuudus, peavad uimastitarbijad tööturul teiste töötajatega konkureerima.

Kahjude vähendamine

Alates 25 aasta tagusest ajast, mil HIV hakkas uimastitarbijate hulgas levima, on Euroopa olnud tunnustajaks uimastitarbimise kahjude vähendamiseks võetavate meetmete kasvule ja tugevnemisele, aga ka nende sagedasemale ühendamisele mitme muu tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalteenusega. Kahjude vähendamine hõlmab nüüd probleemsete uimastitarbijate, eelkõige sotsiaalselt tõrjutud isikute tervishoiulaseid ja sotsiaalseid vajadusi laiemale. Selle valdkonna peamiste sekkumiste hulka kuuluvad opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmid, millega püütakse ennetada üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumeid ja nakkushaiguste levikut. Täiendavalt kasutatavate

Ülevaade ravi saavate uimastitarbijate tööturul osalemise võimaluste parandamisest

EMCDDA uues ülevaates käsitletakse uimastitarbijate sotsiaalse reintegratsiooni valdkonnas toimunud arenguid ning tööalast konkurentsivõimet suurendavate sekkumiste tõhususe kohta kogutud tõendeid. Selle väljaande koostamisel on eesmärgiks olnud poliitikakujundajate ja uimastialal tegutsevate inimeste abistamine uimastitarbijate sotsiaalset reintegratsiooni edendavate tõhusate strateegiate väljatöötamisel.

Valikteema: lastega uimastitarbijad

Käesoleval aastal avaldatud EMCDDA valikteemas keskendutakse lastega uimastitarbijatele. Uuritakse järgmisi valdkondi: rasedate uimastitarbijate ravivõimalused, takistuste vähendamine ravile pääseda soovivatele uimasteid tarvitavatele vanematele ja uimasteid kasutavatele vanematele suunatud ennetusprogrammid.

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

lähenemisviiside hulka kuulub sihtrühmadele suunatud töö, tervishoiu edendamine ja teavitamine ning muude süstimisvahendite kui nõela ja süstla pakkumine. Kahjude vähendamine hõlmab suurt valikut käitumisprobleeme ja kahjusid, sealhulgas neid, mis seostuvad alkoholi ja meelelahutusasutustes uimastite tarbimisega (EMCDDA, 2010b).

2003. aastal soovitas Euroopa Ülemkogu ELi liikmesriikidele uimastisõltuvusega seotud tervisekahjudega võitlemiseks mitut poliitikat ja sekkumist ⁽²⁶⁾. 2007. aasta järeelmeetmete aruandes kinnitas Euroopa Komisjon, et uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on rahvatervisealane eesmärk kõikides maades ⁽²⁷⁾. Riiklikud narkopoliitikad hõlmavad üha suuremal määral ELi narkostrategia kahjude vähendamisega seotud eesmärke. Paljud riigid on tunnistanud nakkushaiguste leviku ning üleannustamisest põhjustatud haigestumuse ja suremuse ning muude kahjude vähendamise olulisust.

Kahe viimase aastakümne jooksul on kahjude vähendamise poliitikaga toetatud tõendipõhiste lähenemisviiside kasutuselevõttu ja teenustele lihtsustatud juurdepääsu. Ühe tulemusena võib välja tuua tervishoiuteenuste osutajatega kontaktis olevate ning ravi saavate uimastitarbijate arvu olulise suurenemise Euroopas. Kahjude vähendamisele suunatud sekkumisi pakutakse nüüd kõigis ELi liikmesriikides ning kuigi mõned neist alles alustavad pakutavate teenuste väljaarendamist, teatab enamik teenuste pakkumise ja katvuse kõrgest tasemest.

⁽²⁶⁾ Nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovitus: 2003/88/EÜ.

⁽²⁷⁾ KOM(2007) 199 (lõplik).

Kahjude vähendamise meetmed on küll aidanud Euroopas süstivate narkomaanide hulgas HIVi kontrolli alla saada ning teadete arv uute nakatumiste kohta on oluliselt vähenenud, kuid sellele vaatamata on HIV jätkuvalt tõsine rahvaterviseprobleem ja on teatatud ka selle uutest puhangutest⁽²⁸⁾. Poliitikakujundajate vajadustele vastu tulles avaldas EMCDDA koos Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega (ECDC) uimastite ja nakkushaiguste valdkonna suunised, milles sünteesitakse uimasteid süstivate narkomaanide hulgas levivate nakkushaiguste ennetamise ja kontrollimise kohta praegu kättesaadavaid tõendeid (ECDC ja EMCDDA, 2011). Ühiste suuniste eesmärk on parandada kui mitte kõiki siis vähemalt enamikku süstimisega seotud HIVi nakatumiste ennetamise võimalusi Euroopas.

Kvaliteedistandardid

Euroopa Komisjoni tellitud EQUUS-uuringu eesmärk on saavutada Euroopas üksmeel seoses nõudluse vähendamisele suunatud minimaalsete kvaliteedistandarditega. 2012. aasta lõpparuandes pakuti 33 uimastitarbimise ennetamise, 22 uimastiravi või rehabilitatsiooni ja 16 kahjude vähendamise miinimumstandardit Euroopa jaoks⁽²⁹⁾. Need miinimumstandardid toimivad kolmel erineval tasandil (sekkumised, teenused ja süsteem) vastavalt uimastivaldkonna töötajate, teenuste haldajate ja poliitikakavandajate erinevatele vajadustele.

EQUUS-uuringule oli lisatud 24 Euroopa riigi ekspertide kaasabil koostatud ülevaade olemasolevatest kvaliteedistandarditest, mida riigid on juba rakendanud. Uimastiravi valdkonnas rakendatud standardid käsitlesid kõige sagedamini patsiendiandmete konfidentsiaalsust ja patsientide varasema uimastitarbimise hindamist, vähem oli rakendatud regulaarsele koostööle teiste teenuseosutajatega ning personali täiendõppele keskenduvaid standardeid. Ravitulemuste valdkonnas oli teatatud andmete kohaselt kõige sagedamini rakendatud kahte tüüpi standardeid, mille eesmärgid olid seotud tervise parandamise ja narkootiliste ainete tarbimise vähendamisega. Välishindamist ja patsientide uimastiravi lõpetamise seiret käsitlevate standardite kohaldamise tõenäosus oli nende rakendamisega seotud probleemide tõttu väiksem.

Uuringust nähtub, et Euroopas on jõutud laialdasele üksmeelele uimastite nõudluse vähendamisele miinimumstandardite kehtestamise suhtes, ja see võib olla kasulikuks lähtekohaks edaspidiste arengute seirele

Valikteema: uimastid ja vangla

Uimastitarbijad moodustavad olulise osa kinnipeetavatest ning uimastitarbimisega seotud tervishoiuvalaste ja sotsiaalsete probleemide mõju neile on ebaproportsionaalselt suur. Euroopas on vangistuses viibivatel uimastitarbijatel võimalik saada abi erinevat liiki sekkumiste, ravi ja teenuste näol.

Käesoleval aastal avaldatud EMCDDA valikteemas uimastite ja vangla kohta esitatakse ajakohastatud ülevaade kinnipeetavate uimastitarbimisest ja sellega seotud probleemidest, nende tervishoiuvalastest ja sotsiaalsetest tingimustest ning uimastitarbimisele ja selle tagajärgedele suunatud sekkumistest Euroopas.

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

Euroopas. EQUUS-uuringu standardite täieliku loetelu ja tulemustega on võimalik tutvuda parima tava portaalis.

Narkootikumidega seotud õiguskaits

Narkootikumidega seotud õiguskaits on riikide ja ELi uimastipoliitika oluline osa. See hõlmab mitmesuguseid sekkumisi, mida teostavad peamiselt politsei ja politseisarnased asutused (nt toll). Allpool antakse kokkuvõtlik ülevaade õiguskaitsesutuste jaoks olulisest teemast: strateegiliste ja tegevuslike prioriteetide koostamisest. Käesoleva osa lõpus esitatakse kokkuvõtte narkoseaduste rikkumistest.

Strateegiliste ja tegevusprioriteetide kehtestamine

Enamik narkootikumidega seotud õigusrikkumistest on vastastikusel nõusolekul põhinevad kuriteod, mida hinnatakse individuaalselt või institutsionaalselt, et langetada otsus nende uurimise vajalikkuse, sügavuse ja ajalise kestuse kohta. Politseiüksusel ei ole võimalik tegeleda kõigi avastatavate uimastiseaduste rikkumistega ja seetõttu peab ta kasutama teataval määral kaalutlemisõigust (Dvorsek, 2006). Prioriteetide kehtestamise protsessis kasutatakse õiguskaitsesandmeid ja uurimisalaseid kogemusi või uimastivaldkonnaga tegeleva õiguskaitsesutustajate teadmisi. Kuigi uimastivaldkonnaga tegelevate õiguskaitsesutuste prioriteetid ei ole alati läbipaistvad, ei ole need omavolilised, sest need on üldiselt piiratud arvukate seadusjärgsete ja organisatsiooniliste kohustustega. Mõnikord on üksuse ülesandeks uurida ühte konkreetset kuritegevuse liiki, näiteks uimastite vahendamise või hulgimüügi juhtumeid, või antakse talle ametlik volitus keskenduda teatavale valdkonnale, näiteks kriminaaltulu jälitamisele. Teinekord saab prioriteediks

⁽²⁸⁾ Vt kast „HIVi puhangud Kreekas ja Rumeenias“ (7. peatükk).

⁽²⁹⁾ Lõpparuanne on kättesaadav veebiversioonis.

konkreetne uimasti selle tekitatud kahju või probleemide või siis meedia suure tähelepanu tõttu (Kirby et al., 2010). Prioriteetide kehtestamist võib mõjutada ka heade tulemusnäitajate saavutamise vajadus (Stock ja Kreuzer, 1998). Uuritud juhtumite suur arv võib rõhutada konkreetse uimastiprobleemi olulisust ja kiireloomulisust muude julgeolekuohtudega võrreldes või siis olla õigustuseks konkreetsetele õiguskaitsealastele meetmetele, mida selles valdkonnas võetakse. Kõikidel juhtudel võib inimressursside ja rahaliste vahendite kättesaadavus ühtesid võimalusi toetada ning teisi piirata.

Ühelt poolt kasutatakse andmeid strateegiliste ja tegevusprioriteetide kehtestamiseks, teisalt mõjutavad prioriteetidid ka kogutavaid ja avalikustatavaid andmeid (Stock ja Kreuzer, 1998). Uimastite konfiskeerimised võivad näiteks mõjutada nii prioriteetide kehtestamise protsessi kui ka olla üks selle tulemusi. Õigusemõistmisel võidakse teavet konfiskeerimiste taseme kohta kasutada õigusrikkumise tõsiduse näitajana. Lisaks võib konfiskeerimiste kõrge tase viidata uurimise ja vahendite lisavajadusele. Üldiselt tunnistatakse, et konfiskeerimiste arv on peamiselt õiguskaitsealase tegevuse näitaja ning et selle tõlgendamine vajab arusaamist kontekstist, milles see arv on saadud. Konfiskeerimised on tulemus, millele eelneb konkreetsete kahtlusaluste ennetav uurimine või õiguskaitse üldine kohalolek teatavates kohtades, nagu sadamates ja lennuväljadel. Suurte uimastikoguste konfiskeerimiseni aitab jõuda eelkõige varjatud jälgimine ja ebaseaduslike uimastite pakkumisele keskenduvad varjatud operatsioonid. Vähem selge on tegevuseesmärkide kehtestamisest otseselt tulenevate ja juhuslike uimastikonfiskeerimiste suhe.

Õiguskaitsealase tegevuse otseseks näitajaks on ka andmed narkoseaduste rikkumiste kohta (vt järgmine jagu), sest need käsitlevad vastastikusel nõusolekul põhinevaid kuritegusid, millest potentsiaalsed ohvrid tavaliselt ei teata. Kuigi need hõlmavad üksnes õiguskaitse tähelepanu alla sattunud tegevusi, peetakse neid sageli uimastitarbimise ja ebaseadusliku uimastikaubanduse kaudseteks näitajateks. Õiguskaitsealaste andmete tõlgendamisel, olgu siis tegemist narkoseaduste rikkumise, vahistamiste või konfiskeerimistega, on seetõttu kindlasti vaja arvesse võtta kasutatud strateegiliste ja tegevusprioriteetide kehtestamise protsesse ning nende tagajärgi.

Narkoseaduste rikkumised

Ainsate uimastialast kuritegevust käsitlevate andmetena on Euroopas pidevalt kättesaadavad riiklike narkoseaduste rikkumise esialgsed raportid, mis pärinevad peamiselt politseilt⁽³⁰⁾. Need andmed viitavad tavaliselt uimastitarbimisega seotud õigusrikkumistele (kasutamine ja

COSI: sisejulgeolekualase operatiivkoostöö alaline komitee

Uimastivaldkonna õiguskaitsealase operatiivtöö prioriteetide kehtestamine Euroopa tasandil kuulub nõukogu sisejulgeolekualase operatiivkoostöö alalise komitee (COSI) pädevusse ja toimub Europoli organiseeritud kuritegevuse ohtude hinnangute alusel⁽¹⁾. COSI loodi 2010. aastal Lissaboni lepingu põhjal nõukogu otsusega (Euroopa Liidu Nõukogu, 2009). Komiteel, mille liikmeteks on liikmesriikide siseministriteeriumide kõrged ametnikud ja komisjoni esindajad, on laiad volitused: hõlbustada, edendada ja tugevdada sisejulgeolekuvaldkonna pädevate asutuste operatiivkoostööd.

COSI peamised ülesanded on sisejulgeolekustrateegia väljatöötamine, seire ja rakendamine ning mitmeaastase poliitikatsükli toetamine, mille eesmärk on võidelda raske kuritegevuse vastu Euroopa Liidus liikmesriikide õiguskaitseasutuste, ELi institutsioonide ja asutuste vahelise koostöö suurendamise kaudu. Koostöös COSIga kehtestas nõukogu hiljuti aastateks 2011–2013 kaheksa poliitilist prioriteeti, millest kolm käsitlevad narkootikumidega seotud õiguskaitset. Üks prioriteetidest käsitleb sünteetiliste uimastite, sealhulgas uute psühhoaktiivsete ainete tootmist ja levitamist Euroopa Liidus. Lisatud operatiivtegevuskavas tehakse Europolile ja EMCDDA-le ülesandeks seada sisse Euroopa sünteetiliste uimastitega seotud rajatiste lammutamise seire. Aastaid 2013–2017 hõlmava järgmise perioodi poliitika koostamisel võetakse aluseks Euroopa Liidu raske ja organiseeritud kuritegevuse 2013. aasta ohuhinnang.

⁽¹⁾ Narkopoliitika valdkonna prioriteetide kehtestamine Euroopa Liidu tasemel kuulub horisontaalse narkootikumide tööühma ülesannete hulka.

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). Need andmed kajastavad tõenäoliselt ka erinevusi riikide õigusaktides, prioriteetides ja vahendites. Lisaks sellele võivad Euroopa riikide infosüsteemid, eriti rikkumistest teatamise ja registreerimise kord 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 22 liikmesriigi esitatud andmetel, mis esindavad 93% Euroopa Liidu elanikkonnast vanuses 15–64 aastat, on narkoseaduste rikkumiste arv aastatel 2005–2010 hinnanguliselt kasvanud 15%. Kõiki aruandluses osalenud riike arvestades näitavad andmed

⁽³⁰⁾ Uimastite ja kuritegevuse vahelisi seoseid käsitleva arutelu ning mõiste „uimastikuriteed“ tähenduse kohta vt EMCDDA (2007b).

vaatlusaluse ajavahemiku jooksul tõusu 19 riigis ja üldist langust seitsmes riigis ⁽³¹⁾.

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 2010. aastal põhiosa narkoseaduste rikkumisega seotud kuritegudest uimastite tarbimise või tarbimise eesmärgil omamisega seotud õigusrikkumised, mille osakaal oli suurim Hispaanias, Prantsusmaal, Ungaris, Austrias ja Türgis (85–93%) ⁽³²⁾.

Ajavahemikus 2005–2010 kasvas Euroopas uimastitarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv hinnanguliselt 19%. Analüüs viitab mõningatele erinevustele riikide vahel, sest uimastitarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv kasvas sel perioodil 18 riigis ja vähenes seitsmes. Viimastel andmetel (2009–2010) on uimastitarbimisega seotud narkoseaduste rikkumiste arv üldiselt siiski vähenenud (joonis 3). Uimastite pakkumisega seotud rikkumiste arv Euroopa Liidus on ajavahemikus 2005–2010 hinnanguliselt ligikaudu 17% kasvanud. Selle perioodi kohta teatasid 20 riiki pakkumisega seotud õigusrikkumiste arvu kasvust, samas kui Saksamaa, Eesti, Madalmaad, Austria ja Poola teatasid sedalaadi õigusrikkumiste arvu üldisest vähenemisest ⁽³³⁾.

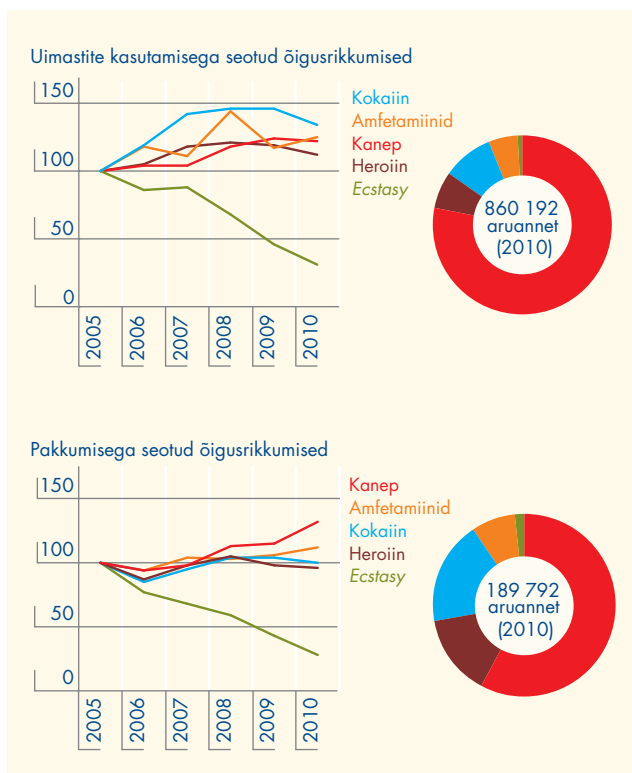
Suundumused narkootikumide kaupa

Kanep on endiselt narkoseaduste teatatud rikkumiste puhul kõige sagedamini nimetatud ebaseaduslik uimasti Euroopas ⁽³⁴⁾. Enamikus Euroopa riikides moodustasid kanepiga seotud rikkumised 2010. aastal 50–90% kõigist narkoseaduste teatatud rikkumistest. Ainult neljas riigis oli muudel narkootikumidel õigusrikkumistes kanepist suurem osakaal: Tšehhi Vabariigis ja Lätis metamfetamiinil (54% ja 34%) ning Leedus ja Maltal heroiinil (34% ja 30%).

Aastatel 2005–2010 tõusis kanepiga seotud narkoseaduste rikkumiste arv 15 aruande esitanud riigis, andes kogu ELis hinnanguliseks tõusuks 20%. Langustendentsist teatasid Saksamaa, Itaalia, Malta, Madalmaad ja Austria ⁽³⁵⁾.

Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv kasvas ajavahemikus 2005–2010 kaheteistkümnes aruande esitanud Euroopa riigis, kuid Saksamaa, Kreeka, Austria ja Horvaatia teatasid langustendentsist. Samas ajavahemikus kasvas kogu Euroopa Liidus kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arv

Joonis 3. Aruanded uimastite kasutamise või kasutamise eesmärgil omamise ning uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste kohta ELi liikmesriikides: indekseeritud suundumused ajavahemikus 2005–2010 ja jaotus uimastite kaupa vastavalt 2010. aasta aruannetele



NB! Suundumuste aluseks on võetud kõikide ELi liikmesriikide esitatud teave narkoseaduste rikkumisi (kuriteod ja väärted) käsitlevate aruannete arvu kohta riigis; 2005. aastal on kõikide seeriade indekseerimise aluseks 100 ning seda on kaalutud vastavalt iga riigi rahvastiku arvule, mille põhjal on tuletatud üldine ELi suundumus; narkootikumide kaupa esitatud jaotus põhineb 2010. aastal esitatud aruannete koguarvul. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni jooniseid DLO-4 ja DLO-5.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

hinnanguliselt 12%, kuid kahel viimasel aastal on see arv vähenenud ⁽³⁶⁾.

2009. aastal täheldatud kokaiiniga seotud õigusrikkumiste arvu vähenemine jätkus ka 2010. aastal. Nimetatud kuritegude ELi keskmine on püsinud üldiselt suhteliselt stabiilsena, kuid ajavahemikus 2005–2010 see hinnanguliselt siiski kasvas 7%. Heroiiniga seotud õigusrikkumiste arv on vähenenud enam kui pooltes aruande eitanud riikides (12), samas üldisest kasvust teatasid samal perioodil üheksa riiki ⁽³⁷⁾.

⁽³¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DLO-1 ja tabel DLO-1.

⁽³²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DLO-2.

⁽³³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DLO-1 ja tabel DLO-5.

⁽³⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DLO-3.

⁽³⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-6.

⁽³⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-8.

⁽³⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DLO-3 ja tabel DLO-7.

Amfetamiinidega seotud teatatud rikkumiste arv Euroopa Liidus on ajavahemikus 2005–2010 kasvanud hinnanguliselt 24%, kuigi näib, et viimasel kahel aastal on

selliste rikkumiste arv stabiliseerunud. Ecstasy'ga seotud rikkumiste arv on, vastupidi, samal perioodil üle kahe kolmandiku võrra vähenenud (71%).

Eurojust: õiguslane koostöö Euroopa Liidus

Organiseeritud kuritegevuse võrgustikud tegutsevad piiriülevalt, seetõttu on vajalik riikide koostöö, mis aitab tagada kurjategijate tabamise ja süüdimõistmise hoolimata sellest, kus nad viibivad. Euroopa Liidu õiguslase koostöö organ Eurojust loodi 2002. aastal just selle probleemiga tegelemiseks. Sellega oli astunud viimane samm Euroopa Liidu õiguslase koostöö arendamise ajaloolises protsessis, mis oli alanud valitsuste jõudmisega ühisele arusaamisele kohtuorganite otsesema koostöö vajadusest.

Eurojusti ülesanne piiriüleste kriminaalasjade käsitlemisel on hõlbustada ja koordineerida teabevahetust, ühiseid uurimisrühmi, kontrollitud tarneid, Euroopa vahistamismääruse

täitmist, tõendite ja kriminaalmenetluste edastamist, vastastikuse õigusabi taotluste rahuldamist, kohtualluvusega seotud konfliktide ennetamist ja lahendamist ning rahvusvahelise kriminaaltulu konfiskeerimist. Hiljutine analüüs näitab, et uimastitega salakaubitsemine on kõige sagedasem kuritegu, millega Eurojustil tuleb tegeleda, ning selle arvele langeb umbes üks viiendik kõigist registreeritud juhtumitest (Eurojust, 2012). 2011. aastal suunati Eurojustile 242 ebaseadusliku uimastikaubanduse juhtumit ja selles valdkonnas tegutses kaheksa ühist uurimisrühma. Andmed näitavad, et kõige sagedamini on ebaseadusliku uimastikaubandusega seotud õiguslases koostöös osalenud Madalmaad ja Hispaania, kellele järgnevad Itaalia, Saksamaa ja Prantsusmaa.



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 üldiste uuringute andmed ja ESPADi kooliuringute uued andmed kanepitarbimise suhtelisele stabiliseerumisele. 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.

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 iseloom näib tugevasti varieeruvat. Märkimisväärne osa Euroopas kasutatavast kanepist saadakse tõenäoliselt siiski piirkonnasisese kaubitsemise teel. EMCDDA viimase analüüsi kohaselt mainitakse Euroopas kättesaadava kanepiürdi päritolumaadena ka Šveitsi ja Venemaad. Lisaks neile on Kesk- ja Kirde-Euroopas konfiskeeritud kanepiürdi olulisteks päritolumaadeks Albaania ja vähemal määral ka Kosovo⁽³⁸⁾, endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik ja Serbia (EMCDDA, 2012a).

Osa kanepiürdist imporditakse Euroopasse, peamiselt Aafrikast (eriti Lõuna-Aafrikast) ja harvemini Ameerikast (eriti Kariibi mere saartelt) (EMCDDA, 2012a).

Hiljutise uuringu kohaselt on Afganistan asendanud kanepivaigu suurima tootjana Maroko. Hinnanguliselt jääb kanepivaigu aastane tootmismahd Afganistanis vahemikku 1200–3700 tonni (UNODC, 2011). Kuigi ka osa Afganistanis toodetud kanepivaigust müüakse Euroopas, on selle uimasti peamine Euroopale tarnija tõenäoliselt Maroko. Maroko kanepivaik tuuakse Euroopasse salakaubana Pürenee poolsaare kaudu ning järgmised jaotus- ja ladustamiskeskused on Madalmaad ja Belgia. Viimased aruanded viitavad sellele, et Maroko kanepivaik liigub Eesti, Leedu ja Soome kaudu Venemaale.

Konfiskeerimised

2010. aastal konfiskeeriti maailmas hinnanguliselt 6251 tonni kanepiürti ja 1136 tonni kanepivaiku (tabel 2), mis on ligikaudu sama palju kui eelmisel aastal. Jätkuvalt konfiskeeriti suurem osa kanepiürti Põhja-Ameerikas (69%), suurem osa kanepivaigust konfiskeeriti nagu varemgi Lääne- ja Kesk-Euroopas (47%) (UNODC, 2012).

Kanepiürdi konfiskeerimiste arv Euroopas on alates 2005. aastast järjepidevalt kasvanud ja hinnanguliselt 382 000 konfiskeerimisega on see 2010. aastal ületanud esmakordselt kanepivaigu konfiskeerimiste arvu (tabel 2). 2010. aastal peeti kinni hinnanguliselt 106 tonni kanepiürti, millest Türgi arvele langes rekordiline kogus⁽³⁹⁾ ehk peaaegu pool (44 tonni). Täheldada võib lahknevaid trende, mille puhul püsis ajavahemikus 2005–2010 Euroopa Liidus kinni peetud kanepiürdi kogus suhteliselt stabiilsena, kasvades samas Türgis neljakordseks.

2010. aastal pärast kogu viimase kümnendi jooksul toimunud järjekindlat kasvu on kanepivaigu konfiskeerimiste arv vähenenud 358 000-ni. Konfiskeeritud kanepivaigu kogus on viimase kümnendi jooksul üldiselt vähenenud, jäädes 2010. aastal seni kõige madalamale tasemele ehk 563 tonni juurde. Konfiskeeritud kanepivaigu kogused

⁽³⁸⁾ See nimetus ei piira seisukohti seoses riigi staatusega ja on kooskõlas ÜRO Julgeolekunõukogu resolutsiooniga 1244 ja Rahvusvahelise Kohtu arvamusega Kosovo iseseisvusdeklaratsiooni kohta.

⁽³⁹⁾ Käesolevas peatükis toodud andmed uimastite konfiskeerimise kohta Euroopas on esitatud 2012. aasta statistikaülevaade tabelites SZR-1 kuni SZR-6.

Tabel 2. Kanepiürdi ja -vaigu konfiskeerimised, hind ja kangus

	Kanepivaik	Kanepiürt	Kanepitaimed ⁽¹⁾
Ülemaailmne konfiskeeritud kogus	1 136 tonni	6 251 tonni	Andmed puuduvad või ei ole kohaldatavad
ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis) konfiskeeritud kogus	534 tonni (563 tonni)	62 tonni (106 tonni)	3,1 miljonit taime ja 35 tonni (3,1 miljonit taime ja 35 tonni) ⁽²⁾
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahe­mik (Kvartiilhaare) ⁽³⁾	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	Andmed puuduvad või ei ole kohaldatavad
Keskmine kangus (THC sisaldus protsentides) Vahe­mik (Kvartiilhaare) ⁽³⁾	1-12 (4,5-10,0)	1-12 (4,5-10,0)	Andmed puuduvad või ei ole kohaldatavad

⁽¹⁾ Riigid teatavad kas konfiskeeritud taimede arvu või kaalu; käesolevas tabelis on esitatud mõlemad kogused.
⁽²⁾ Pooled kõikidest 2010. aastal konfiskeeritud kanepitaimedest konfiskeeriti Madalmaades. Näitajad ei ole täielikud, kuid annavad olukorrast piisavalt hea ettekujutuse.
⁽³⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik.
 NB! Kõik andmed on 2010. aasta kohta.
 Allikad: Ülemaailmsed väärtused: UNODC (2012); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

ületavad jätkuvalt oluliselt kanepiürdi koguseid ⁽⁴⁰⁾. Nagu varasematel aastatel, langes ka 2010. aastal Hispaania arvele pool kanepivaigu konfiskeerimiste koguarvust ja ligikaudu kaks kolmandikku konfiskeeritud kogusest.

Kanepitaimede konfiskeerimiste arv on alates 2005. aastast kasvanud, jõudes 2010. aastal hinnanguliselt 37 000 korrani. Riigid teatavad konfiskeeritud kogused konfiskeeritud taimede arvul põhineva hinnangu või taimede kaalu põhjal. Taimede arvu põhjal teatatud konfiskeerimised on Euroopas aastatel 2005–2007 püsinud samal tasemel ehk ligikaudu 2,5 miljoni juures ⁽⁴¹⁾; 2008. ja 2009. aasta suundumusi ei ole võimalik välja tuua, sest Madalmaad, kes on ajalooliselt teatanud suurtest kogustest, ei ole viimaseid andmeid esitanud. 2010. aastal moodustasid selles riigis toodetud taimed hinnanguliselt enam kui pooled 3,1 miljonist Euroopas konfiskeeritud taimest. Madalmaadele järgnes Ühendkuningriik. Taimede kaalu järgi teatatud konfiskeerimised enam kui kolmekordistisid ajavahemikus 2005–2008, enne kui hakkasid veidi vähenema, langes 2010. aastal 35 tonnini, millest enamik langes Hispaania (27 tonni) ja Bulgaaria (4 tonni) arvele.

Kangus ja hind

Kanepitoote kanguse määrab selle põhilise toimeaine, delta-9-tetra­hüdrokannabinooli (THK) sisaldus. Kanepi

kangus erineb suuresti nii riigisiselt ja riigiti kui ka eri kanepitoodete ja 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.

2010. aasta andmete põhjal oli kanepivaigu keskmine THK sisaldus 1–2%. Kanepiürdi (sealhulgas kõige suurema kangusega kanepiürdi vormi sinsemilla) keskmine kangus jäi vahemikku 1–16,5%. Sinsemilla keskmine kanguse teatas vaid kolm riiki: Rootsis oli see 8%, Saksamaal 11% ja Madalmaades 16,5%. Ajavahemikus 2005–2010 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 Bulgaarias, Eestis, Prantsusmaal, Itaalias, Slovakkias ja Itaalias. Ajavahemikus 2005–2010 püsis sinsemilla kangus stabiilsena Saksamaal ja langes veidi Madalmaades ⁽⁴²⁾.

Kanepivaigu keskmine jaehind oli 2010. aastal andmed esitanud 26 riigis 3–17 eurot gramm, kusjuures 14 riigi sõnul oli see vahemikus 7–10 eurot. Kanepiürdi keskmine jaehind jäi teavet edastanud 23 riigis vahemikku 3–25 eurot gramm; neist 13 teatasid hinnaks 6–10 eurot.

⁽⁴⁰⁾ Saadetiste suuruse ja läbitavate vahemaade ning riigipiiride ületamise vajaduse tõttu on konfiskeerimise oht kanepivaigu korral suurem kui riigisiselt toodetud kanepiürdi korral.

⁽⁴¹⁾ Analüüs ei sisalda Türgis tehtud konfiskeerimisi, sest nende kohta ei ole alates 2005. aastast andmeid esitatud. Varasemad andmed viitavad märkimisväärselt suurtele konfiskeerimistele Türgis (20 miljonit kanepitaimet 2004. aastal).

⁽⁴²⁾ Kanguse ja hinnaandmete kohta vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid PPP-1 ja PPP-5. Kanepitoodete määratlused on esitatud sõnaseletuste loendi veebiversioonis.

Ajavahemikus 2005–2010 püsis nii kanepivaigu kui ka -ürdi jaehind stabiilne või kasvas enamikus andmeid esitanud riikides.

Kanepitoodete hinnangulised turuosad

Mitmesugused andmeallikad viitavad 2009. aastal kanepiürdi ülekaalule Euroopas. 30 andmeid esitanud riigist kahes kolmandikus näib kanepiürt olevat levinuim, samas ülejäänud kolmandikus tarvitatakse enam kanepivaiku (vt joonis 4). Näib, et mõnes riigis on need turuosad säilinud stabiilseina läbi aegade, mis võib viidata pikaajalistele tarbimisharjumustele; teistes riikides on turuosad välja kujunenud hiljutiste muutuste tulemusel (EMCDDA, 2012a).

Tarbimise levimus ja harjumused

Kanepitarbimine rahvastikus

Tagasihoidliku hinnangu kohaselt on ligikaudu 80,5 miljonit eurooplast, seega peaaegu iga neljas kõikidest 15–64aastastest elanikest, vähemalt ühe korra (elu jooksul) kanepit tarbinud (vt andmete kokkuvõtet tabelist 3). Erinevused riikide näitajates on üsna suured, tarbimise levimus kõigub vahemikus 1,6–32,5%. Hinnangute kohaselt jääb levimus enamikus riikides vahemikku 10–30% täiskasvanutest.

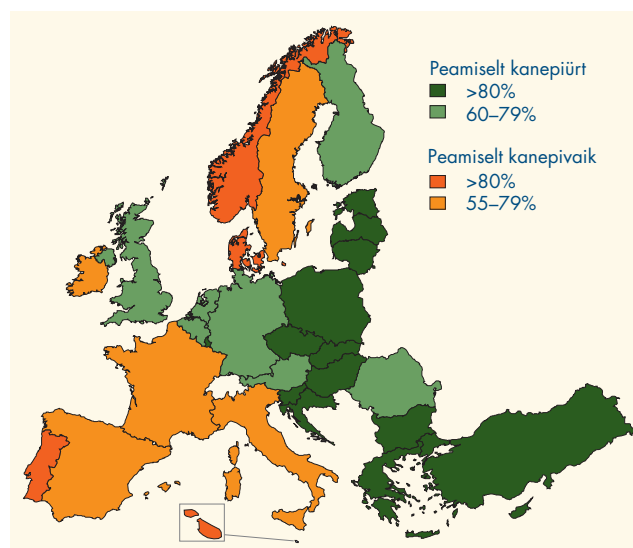
Viimase aasta jooksul on kanepit tarbinud hinnanguliselt ligikaudu 23 miljonit ehk keskmiselt 6,8% kõikidest 15–64aastastest eurooplastest. Viimase kuu kanepitarbimise hinnang hõlmab uimasti regulaarsemaid tarbijaid, kes siiski ei pruugi seda tingimata teha igal päeval või intensiivselt. Hinnanguliselt 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 tarbimismäärade teatatakse tavaliselt 15–24aastaste seas⁽⁴³⁾.

Rahvastiku-uuringute andmetel on keskmiselt 32,5% Euroopa noortest täiskasvanutest (15–34aastased) elu jooksul kanepit tarbinud, 12,4% 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 (15,4%) või viimase kuu (7,8%) jooksul kanepit tarbinud.

Joonis 4. Euroopas tarbitavate kanepitoodete hinnangulised turuosad, 2008/2009



Allikas: EMCDDA, 2012a.

Kanepitarbimise levimuse hinnangud erinevad riigiti oluliselt kõikide näitajate puhul (tabel 3).

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⁽⁴⁴⁾.

Rahvusvahelised võrdlused

Nii Austraalia, Kanada kui ka Ameerika Ühendriikide näitajad noorte täiskasvanute kanepitarbimise kohta elu jooksul ning viimasel aastal on suuremad Euroopa keskmistest, mis on vastavalt 32,5% ja 12,4%. Näiteks Kanadas (2010) on noortest täiskasvanutest tarbinud kanepit elu jooksul 50,4% ja viimase aasta jooksul 21,1%. Ameerika Ühendriikides on riikliku uimastitarbimise- ja terviseuuringu (SAMHSA, 2010) hinnangul elu jooksul kanepit tarbinud 52,1% (16–34aastased, EMCDDA poolt ümber arvestatud) ja viimase aasta jooksul 24,5%, samas kui Austraalia (2010) vastavad näitajad noorte täiskasvanute seas on 43,3% ja 19,3%.

Kanepitarbimise suundumused

1990ndate lõpus ja 2000ndate alguses teatas mitu Euroopa riiki nii rahvastiku-uuringute kui ka kooliuuringute põhjal kanepitarbimise kasvust. Hiljem on paljud riigid teatanud kanepi kasutamise stabiliseerumisest või isegi vähenemisest⁽⁴⁵⁾.

⁽⁴³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis GPS-1.

⁽⁴⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel GPS-5 (iii osa ja iv osa).

⁽⁴⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis GPS-4 (ii osa).

Tabel 3. Kanepitarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	80,5 miljonit	23 miljonit	12 miljonit
Euroopa keskmine	23,7%	6,8%	3,6%
Vahemik	1,6–32,5%	0,3–14,3%	0,1–7,6%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (1,6%) Bulgaaria (7,3%) Ungari (8,5%) Kreeka (8,9%)	Rumeenia (0,3%) Kreeka (1,7%) Ungari (2,3%) Bulgaaria, Poola (2,7%)	Rumeenia (0,1%) Kreeka, Poola (0,9%) Rootsi (1,0%) Leedu, Ungari (1,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Taani (32,5%) Hispaania, Prantsusmaa (32,1%) Itaalia (32,0%) Ühendkuningriik (30,7%)	Itaalia (14,3%) Hispaania (10,6%) Tšehhi Vabariik (10,4%) Prantsusmaa (8,4%)	Hispaania (7,6%) Itaalia (6,9%) Prantsusmaa (4,6%) Tšehhi Vabariik, Madalmaad (4,2%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	42,5 miljonit	16 miljonit	8,5 miljonit
Euroopa keskmine	32,5%	12,4%	6,6%
Vahemik	3,0–49,3%	0,6–20,7%	0,2–14,1%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (3,0%) Kreeka (10,8%) Bulgaaria (14,3%) Poola (16,1%)	Rumeenia (0,6%) Kreeka (3,2%) Poola (5,3%) Ungari (5,7%)	Rumeenia (0,2%) Kreeka (1,5%) Poola (1,9%) Rootsi, Norra (2,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Tšehhi Vabariik (49,3%) Prantsusmaa (45,1%) Taani (44,5%) Hispaania (42,4%)	Tšehhi Vabariik (21,7%) Itaalia (20,3%) Hispaania (19,4%) Prantsusmaa (17,5%)	Hispaania (14,1%) Itaalia (9,9%) Prantsusmaa (9,8%) Tšehhi Vabariik (8,0%)
15–24aastaste			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	18 miljonit	9,5 miljonit	5 miljonit
Euroopa keskmine	29,7%	15,4%	7,8%
Vahemik	3,0–52,2%	0,9–23,9%	0,5–17,2%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (3,0%) Kreeka (9,0%) Küpros (14,4%) Portugal (15,1%)	Rumeenia (0,9%) 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 (52,2%) Hispaania (39,1%) Prantsusmaa (38,1%) Taani (38,0%)	Hispaania (23,9%) Tšehhi Vabariik (23,7%) Itaalia (22,3%) Prantsusmaa (20,8%)	Hispaania (17,2%) Prantsusmaa (11,8%) Itaalia (11,0%) Ühendkuningriik (9,0%)
NB!	Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Euroopa hinnangulise uimastitarbijate koguarvu välja arutamiseks kohaldatakse nende riikide suhtes, kelle kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtrühma kuuluvast rahvastikust), Eli keskmist. Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased: 338 miljonit; 15–34aastased: 130 miljonit; 15–24aastased: 61 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2004–2010/2011 (peamiselt 2008–2010), ei käi andmed ühe aasta kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2012. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.		

Kuigi peaaegu kõik Euroopa riigid on viimastel aastatel korraldanud rahvastiku-uuringuid, on neist vaid 16 esitanud piisavaid andmeid kanepitarbimise pikaajaliste suundumuste analüüsimiseks. Neist viis riiki (Bulgaaria, Kreeka, Ungari, Rootsi, Norra) on alati teatanud 15–34aastaste vanuserühma puhul viimase aasta madalast kanepitarbimise levimusest, mis ei ületa 10%.

Veel viis riiki (Taani, Saksamaa, Eesti, Lirimaa, Slovakkia, Soome) on teatanud oma viimase uuringu põhjal kõrgemast levimusest, mis ei ületa siiski 15%. Taani, Saksamaa ja Lirimaa teatasid kanepitarbimise märkimisväärsest kasvust

1990ndatel ja 2000ndate aastate alguses, millele järgnes tarbimise üha kasvav stabiliseerumine ja vähenemine. Viimase kümne aasta või pikema aja jooksul Eestis ja Soomes täheldatud kasv ei ole näidanud stabiliseerumise märke.

Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia, Ühendkuningriik ja Tšehhi Vabariik on viimase 10 aasta jooksul teatanud levimuseks noorte täiskasvanute seas 20% või rohkem. Tarbimisharjumused on neis riikides 2000. aastate keskpaigast alates üha enam lahknenud, kusjuures Hispaania ja Prantsusmaa puhul võib täheldada üldiselt

stabiilset taset, Itaalia teatas tõusust 2008. aastal ja Ühendkuningriigis on toimunud oluline langus ning seal on viimase aasta kanepitarbimine noorte täiskasvanute hulgas praegu Euroopa keskmisel tasemel.

Aastatel 2010–2011 esitas seitse riiki oma uue uuringu andmed, mis võimaldavad teha mõningaid järeldusi kanepitarbimise viimase aja suundumuste kohta. Võrreldes eelmiste uuringutega, mis tehti 1–5 aastat tagasi, teatas neist riikidest kuus noorte täiskasvanute rühma viimase aasta levimuse suhteliselt stabiilsest tasemest ning üks riik (Soome) teatas tõusust.

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. Riski tajumine mängib olulist rolli kanepitarbimise harjumustes ning väärib märkimist, et üleeuroopaline suhtumist käsitletud uuring näitas, et enamik (91%) noortest eurooplastest teadvustab kanepi pideva tarbimisega seotud terviseriske, kuigi juhusliku tarbimisega seotud terviseriske teadvustatakse vähem (52%).

15–64aastastest, kes on kunagi elus kanepit tarbinud, ei ole 70% seda viimase aasta jooksul teinud⁽⁴⁶⁾. 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. Euroopa keskmisest kõrgem kanepitarbimise tase on sagedane teatavate noorterühmade, näiteks ööklubide ja tantsukohtade sagedaste külastajate seas. 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 (EMCDDA, 2009b).

Kanepitoote liigist ja selle tarbimisviisist sõltuvalt võivad kaasnevad riskid olla erinevad. Suuremaid kanepikoguseid hõlmavate tarbimisharjumuste tõttu võib tarbijal olla suurem oht jääda sõltuvusse või puutuda kokku muude probleemidega (EMCDDA, 2008). Nimetatud harjumuste hulka kuuluvad väga kõrge THK sisaldusega kanepi või suurte kanepikoguste ning vesipiibu kasutamine.

Uuringutes eristatakse harva kanepi eri liikide kasutamist, kuid Briti 2009/2010. aasta kuritegevuse uuringu

prognooside kohaselt on ligikaudu 12,3% täiskasvanuid (vanuses 15–59 aastat) tarbinud kanepisorti, mille nad uskusid olevat nn skunk (uimasti kangema variandi nimi slängis). 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). Üldised rahvastiku-uuringud 17 riigis⁽⁴⁷⁾, kus elab kokku peaaegu 80% Euroopa Liidu ja Norra täisealisest rahvastikust, viitavad sellele, et veidi üle 40% kanepitarbijatest, kes teatasid selle uimasti kasutamisest viimase kuu jooksul, olid seda kasutanud ühel kuni kolmel päeval. Võib oletada, et ligikaudu 1% Euroopa Liidu ja Norra täisealistest inimestest (15–64aastased) ehk umbes kolm miljonit⁽⁴⁸⁾ kasutab kanepit iga päev või peaaegu iga päev (levimus eri riikides ulatub 0,1%-st kuni 2,6%-ni). Umbes kolmveerand neist tarbijatest on noored täiskasvanud vanuses 15–34 aastat. Selles rühmas kasutavad mehed naistest ligikaudu 3,5 korda suurema tõenäosusega kanepit iga päev. 11 riigist, kus elab 70% ELi rahvastikust, kelle puhul on võimalik kindlaks teha intensiivse kanepitarbimise suundumusi, teatas üheksa olukorra stabiliseerumisest alates 2000. aastast⁽⁴⁹⁾. Kahes riigis täheldati muutusi viimase viie-kuue aasta jooksul: Ühendkuningriigis täheldati sagedase kanepikasutamise vähenemist, samas Portugal teatas selle suurenemisest 2007. aastal.

Üha enam tunnustatakse, et sõltuvus võib olla korrapärase kanepitarbimise tagajärg isegi nooremate tarbijate seas, ning mõnes Euroopa riigis on kasvamas kanepitarbimise tõttu abi otsivate inimeste arv (vt allpool). Tarbijatel, eriti sagedastel tarbijatel, võib tekkida probleeme ka ilma, et nad tingimata vastaksid sõltuvuse kliinilistele kriteeriumitele.

Kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas

2011. aasta ESPADi uuringuga (Hibell *et al.*, 2012) koguti andmeid kanepitarbimise harjumuste ja suundumuste kohta kooliõpilaste hulgas ning 30 EMCDDA liikmesriigist osales uuringus 26. Kõrgeimatest näitajatest 15–16aastaste vanuserühma kanepi tarbimise kohta elu jooksul teatasid Tšehhi Vabariik (42%) ja Prantsusmaa (39%) (joonis 5). Ükski teine uuringus osalev riik ega ka Hispaania ei teatanud elu jooksul tarbimise tasemest, mis oleks ületanud 27%. Üksnes Tšehhi Vabariik ja Prantsusmaa teatasid kanepitarbimisest elu jooksul kõrgemal tasemel, kui see oli olnud võrreldaval vanuserühmal Ameerika Ühendriikides 2011. aastal (35%).

⁽⁴⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabulletääni joonis GPS-2.

⁽⁴⁷⁾ Ajavahemikus 2003–2011 tehtud uuringud, mis hõlmasid mitmesuguseid meetodikaid ja kontekste. Vt 2012. aasta statistikabulletääni tabelid HSR-10 ja HSR-121.

⁽⁴⁸⁾ Seoses andmete piiratusega on esitatud minimaalne hinnang, sest mõned kanepit intensiivselt kasutavad rühmad jäid valimist välja, ka ei hõlmanud uuring eelmisel aastal intensiivselt kanepit tarvitanud inimesi, kelle kasutamissagedus eelnenud kuul oli väike.

⁽⁴⁹⁾ Selles analüüsis võeti arvesse üksnes pärast 2000. aastat kogutud andmeid.

ESPADi 2011. aasta aruanne: Euroopa kooliuring sõltuvusainete tarbimise kohta

Alkoholi ja muid uimasteid käsitlev Euroopa kooliuringuprojekt (ESPAD) annab korrapäraselt kiirülevaateid uimastitarbimise tasemetest, suundumustest ja sellega seotud hoiakutest 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas kogu Euroopas.

Selle standarduuringuga, mis toimub iga nelja aasta tagant, saadakse võrreldavaid andmeid ebaseaduslike uimastite, alkoholi, sigarettide ja muude ainete kasutamise kohta kooliõpilaste hulgas. Ka annab kõnealune uuring teavet nimetatud ainete oletatava kättesaadavuse ja kasutamise alustamise vanuse ning nende ainete seotud ohtude ja kahjude tajumise kohta.

2011. aasta uuringu käigus (Hibell *et al.*, 2012) intervjueriti 1995. sündinud õpilasi 36 Euroopa riigis. Uuringus osales 30 EMCDDA riigist 26. Esimest korda kasutati statistilist meetodit, et määrata kindlaks, kas niihästi 2011. ja 2007. aasta uuringute kui ka poiste ja tüdrukute vahelised erinevused on olulised (95% tase). Eelnevates ESPADi uuringutes oli oluliseks peetud vaid vähemalt nelja protsendipunktilist erinevust.

Käesolevas peatükis vaadeldakse kanepitarbimist käsitlevaid ESPADi tulemusi. Kui see on asjakohane, tutvustatakse ka Hispaanias ja Ühendkuningriigis läbi viidud võrdlusuuringute tulemusi. *Ecstasy*, amfetamiinide ja kokaiini tarbimist käsitlevad tulemused on esitatud järgmistes peatükkides.

Teatatud kanepitarbimine viimase kuu jooksul varieerub 15–16aastaste vanuserühmas 24%-st Prantsusmaal kuni 2%-ni Rumeenias ja Norras.

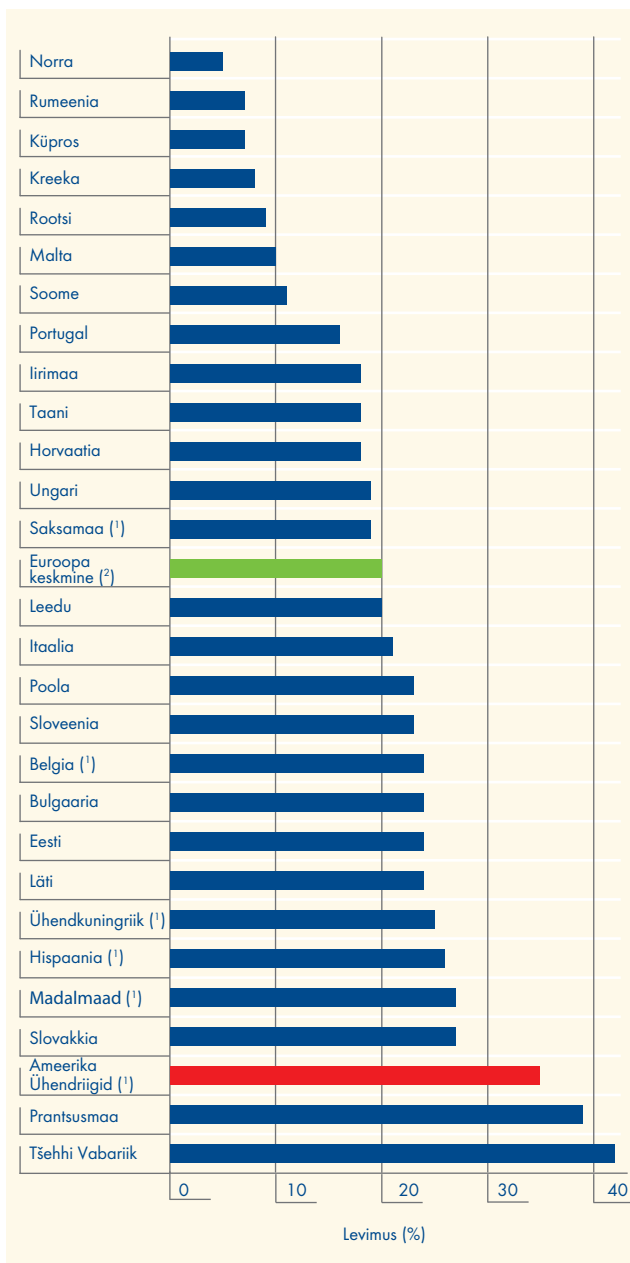
Sugudevahelised erinevused kõiguvad Euroopa piires, kusjuures elu jooksul kanepit kasutanud poisse ja tüdrukuid on võrdselt Hispaanias, Prantsusmaal ja Rumeenias, kuid Kreekas ja Küprosel on poiste ja tüdrukute suhe 2,5:1.

Suundumused kooliõpilaste hulgas

ESPADi uuringuga hõlmatud 16 aasta jooksul on elu jooksul kanepi tarbimise levimus Euroopa kooliõpilaste hulgas igal pool kasvanud. Nimetatud ajavahemikus täheldati tõusutendentsi kanepi eluaegses kasutamises 15–16aastaste hulgas kuni 2003. aastani, siis tekkis langus kuni 2007. aastani ning seejärel on tarbimise tase olnud stabiilne kuni 2011. aastani. Neist 23 riigist, kes osalesid nii 2011. aasta uuringus kui ka kas 1995. aasta või 1999. aasta uuringus, on kanepitarbimise levimus selle aja jooksul vähemalt 4% kasvanud 14 riigis ja samavõrra langenud kahes riigis.

Kõnealuse perioodi trendid saab rühmitada tarbimistaseme ja geograafia alusel. Kaheksa peamiselt Põhja- või

Joonis 5. 2010. ja 2011. aasta ESPADi ja samaväärsetest uuringutest selgunud elu jooksul kanepi tarbimise levimus 15–16aastaste kooliõpilaste seas



(*) Piiratud võrreldavus: Belgia andmed viitavad flaami kogukonnale; Saksamaa andmed viitavad viiele liidumaale; Ühendkuningriigis osales ESPADi uuringus vaid väike osa valimisse kuulunud koole, kuid usaldusväärne riiklik uuring andis 2010. aastal väga sarnase levimuse (27%); ESPADi uuringus mitteosaleva Hispaania andmed pärinevad riiklikust uuringust, mis viidi läbi 2010. aastal; ESPADis samuti mitteosalevate Ameerika Ühendriikide andmed koguti 2011. aastal, kusjuures keskmine hinnanguline vanus oli 16,2 aastat, mis on kõrgem ESPADi uuringus osalenute keskmisest vanusest 15,8 aastat.

(*) Esitatud on Euroopa riikide kaalumata keskmine.

Allikad: Euroopa andmed pärinevad ESPADi uuringust ja Reitoxi riiklikest teabekeskustest; Ameerika Ühendriikide andmed Johnston *et al.* (2012).

Lõuna-Euroopas asuvat riiki (joonis 6, vasakul) teatas madalast kanepitarbimise levimusest kogu elu jooksul kogu selle perioodi vältel. Neist riikidest viies on kanepitarbimine

2011. aastal mitte üle kolme protsendipunkti kaugusel varasemate, 1995. või 1999. aastal läbi viidud ESPADi uuringute tasemest. Neist riikidest kolmes on kanepitarbimise levimus praegu siiski oluliselt kõrgem kui 1990. aastate alguses läbi viidud uuringus: Portugalis (9 protsendipunkti), Soomes (6 protsendipunkti) ja Rumeenias (6 protsendipunkti). Ajavahemikus 2007–2011 teatasid neist riikidest viis statistiliselt olulisest tõusust ning üks riik teatas märgatavast langusest.

Teise rühma moodustavad kaheksa Lääne-Euroopa riiki, kes teatasid suhteliselt kõrge kanepitarbimisest kõige varasemates ESPADi uuringutes (joonis 6, keskel). Neist kahes on kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas selle 16 aasta jooksul tugevasti langenud: Iirimaa 19 protsendipunkti ja Ühendkuningriigis 16 protsendipunkti. Langust on täheldatud ka Saksamaal (9 protsendipunkti) ja Belgias (7 protsendipunkti) esimese, 2003. aastal tehtud uuringu ja viimase, 2001. aasta uuringu andmete võrdlemisel. Kaks riiki sellest rühmast, kelle kanepitarbimine oli 1995. aastal kõige madalamal tasemel (Taani ja Itaalia) teatavad taseme muutumatuna püsimisest 2011. aastal. Selle rühma riikidest on vaid Prantsusmaal teatanud vähemalt 4 protsendipunktilisest vahet esimese (1999) ja viimase ESPADi uuringu andmete vahel. Lisaks, kui kaheksast riigist seitset on aastatel 2007–2011 iseloomustanud langev või stabiilne suundumus, siis Prantsusmaa on ainsana teatanud tõusust (8 protsendipunkti).

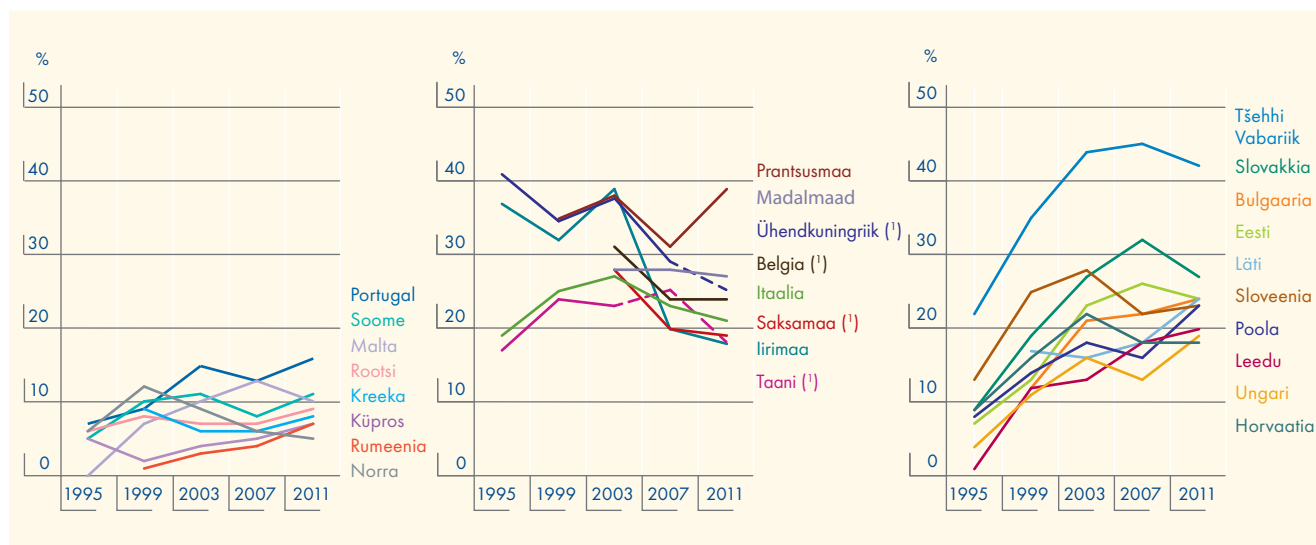
Kolmandas, Läänemere ja Balkani poolsaare vahel paiknevast 10 riigist koosnevas rühmas on kanepitarbimine 1995. või 1999. aastal läbi viidud esimese uuringu ja 2011. aasta vahel suurenenud, kusjuures kaheksa riiki on teatanud vähemalt 10 protsendipunktilisest tõusust (joonis 6, paremal). Tšehhi Vabariik paistab silma teistest kõrgemate levimustasemetega. Enamikus muudes sellesse rühma kuuluvates riikides on kooliõpilaste madal elu jooksul kanepitarbimise levimus kasvanud Euroopa keskmisele või sellest veidi kõrgemale tasemele. Selle rühma riikide kanepitarbimise levimuses toimusid kõige suuremad muutused enne 2003. aastat ning kuni 2007. aastani võis täheldada stabiliseerumist. Alates 2007. aastast on kanepitarbimine kasvanud oluliselt kolmes selle rühma riigis (Läti, Ungari, Poola), vähenenud ühes (Slovakkia) ja jäänud samale tasemele kuues.

ESPADi uuringu kahe viimase voo võrdlemine näitab, et kooliõpilaste elu jooksul kanepitarbimise levimus on püsinud ühtlasel tasemel pooltes 26 osalevast EMCDDA riigist, neljas riigis on toimunud märgatav langus ja üheksas riigis on see oluliselt kasvanud. Kõige suuremast kasvust, mis jääb 6–8 protsendipunkti vahele, on teatanud Prantsusmaa, Läti, Ungari ja Poola.

Kanepitarbimise harjumused kooliõpilaste hulgas

2011. aasta ESPADi uuring näitab, et kanepitarbimist peavad ohtlikumaks kõigi nende riikide õpilased, kus tarbijaid on vähe. Riskidest ja ohtudest loodud

Joonis 6. Viie viimase ESPADi uuringu jooksul avaldunud erinevused suundumustes elu jooksul kanepitarvitamise levimuses 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas



(¹) Piiratud võrreldavus: Belgia andmed viitavad flaami kogukonnale; Saksamaa andmed viitavad viiele liidumaale; Ühendkuningriigi 2011. aasta andmed ja Taani 2007. aasta andmed põhinevad valimisse kuulunud väikesel arvil koolidel.

Allikad: ESPAD ja Reitoxi riiklikud teabekeskused.

ettekujutustes teevad õpilased selget vahet juhusliku ja korrapärase tarbimise vahel, kusjuures 12–47% neist teatab, et kanepi ühe- või kahekordne kasutamine on suur terviserisk, korrapärasest tarbimisest peab suureks terviseriskiks 56–80% vastanutest ⁽⁵⁰⁾.

Varajast kanepitarbimise alustamist on seostatud hiljem väljakujuneva intensiivsemate ja probleemsemate uimastitarbimise vormidega ning kaheksa riiki (Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Hispaania, Eesti, Prantsusmaa, Madalmaad, Slovakkia, Ühendkuningriik) teatavad 13aastaselt või nooremana kanepitarbimist alustanute määraks 5% või rohkem ⁽⁵¹⁾. Ameerika Ühendriikides on see näitaja 15%.

Poisid teatavad sagedamini kui tüdrukud kanepitarbimise varajases alustamisest ja selle uimasti sagedasest kasutamisest. Üheksa Euroopa riigi 15–16aastastest meessoost õpilastest 5–11% teatas, et on kasutanud kanepit oma elu jooksul 40 või enamal korral. Enamikus riikides oli see naissoost õpilaste tarbimismääruga võrreldes vähemalt kahekordne.

Kanepitarbimise kahjulik mõju tervisele

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

Kindlaks on tehtud mitmesugused kanepitarbimisega seotud akuutsed ja kroonilised terviseprobleemid. Akuutne kahjulik mõju hõlmab iiveldust, koordinatsiooni ja sooritusvõime halvenemist, ärevust ja psühhootilisi sümptomeid, mida täheldatakse sagedamini esmakordsetel tarbijatel. Epidemioloogilised vaatlusuuringud on näidanud, et kanepitarbimine suurendab ka autojuhtide ohtu sattuda liiklusõnnetusse (Asbridge *et al.*, 2012).

Kanepi kasutamise krooniliste mõjude hulgas on sõltuvuse tekkimine ja hingamisteede haigused. Teismeliste korrapärane kanepitarbimine võib kahjustada noorte täiskasvanute vaimset tervist, tõendeid on olemas psühhootiliste sümptomite ja häirete riski suurenemise kohta, mis tõuseb koos kasutussageduse ning koguste kasvuga (Hall ja Degenhardt, 2009).

Ravi

Ravinõudlus

2010. aastal oli kanepi peamine narkootikum ligikaudu 108 000 teatatud ravi alustajale 29 riigis (25% kõikidest ravi alustajatest), olles seega teatamissageduselt heroini järel teisel kohal. Ühtlasi oli kanepi enimlevinud teise narkootikumina; seda nimetasid ligikaudu 98 000 patsienti. Peamiselt kanepit kasutavad uimastitarbijad moodustavad üle 30% ravi alustajatest Belgias, Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal, Küprosel, Ungaris, Madalmaades ja Poolas, ent alla 10% Bulgaarias, Eestis, Luksemburgis, Maltal, Rumeenias ja Sloveenias ning ülejäänud riikides 10–30% ⁽⁵²⁾. Ligikaudu 70% Euroopas ravi alustanud kanepitarbijatest tegid seda Saksamaal, Hispaanias, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis.

Kanepitarbimise levimuse ja sellega seotud probleemide erinevused aitavad seletada mõningaid riikidevahelisi erinevusi ravi alustamise tasemes. Tähtsad on ka muud näitajad, nagu ravile suunamise korraldus ning pakutava ravi liik. Näiteks Prantsusmaal toimib peamiselt kanepitarbijatest noortele klientidele suunatud nõustamiskeskuste süsteem ⁽⁵³⁾, samas Ungaris pakutakse kanepiga seotud õigusrikkumiste sooritajatele karistamise alternatiivina narkomaaniaravi. Mõlemad süsteemid paisutavad ravi alustamise näitajaid.

Viimase viie aasta jooksul on 25 andmeid esitanud riigis kanepitarbimise tõttu ravi alustavate patsientide arv üldiselt suurenenud (73 000 kliendilt 2005. aastal kuni 106 000 kliendini 2010. aastal), eriti nende klientide arv, kes alustavad ravi esimest korda elus.

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 15–19aastastest ravi alustajatest 76% ja alla 15aastastest 86%. Meeste ja naiste suhe on uimastite tõttu ravi saajate hulgas suurim (ligikaudu viis meest iga naise kohta). Üldiselt on ligi pooled peamiselt kanepit tarbijatest patsientidest igapäevased tarbijad, umbes 21% tarbib seda 2–6 korda nädalas, 13% kasutavad kanepit korra nädalas või harvem ning 17% on juhuslikud tarbijad, kellest mõned ei ole seda ravile asumisele eelnenuid kuul kasutanud. Riikide vahel esinevad märkimisväärsed erinevused. Näiteks Ungaris, kus

⁽⁵⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis EYE-1 (iv osa).

⁽⁵¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel EYE-23 (i osa).

⁽⁵²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis TDI-2 (ii osa) ning tabelid TDI-5 (ii osa) ja TDI-22 (i osa).

⁽⁵³⁾ Peale selle ravivad paljusid opioiditarbijaid Prantsusmaal perearstid ning ravinõudluse näitaja koostamisel ei esitata nende kohta andmeid, mistõttu suureneb muude uimastite tarbijate osakaal.

enamik kanepitarbijaid satub ravile kriminaalkohtusüsteemi kaudu, on suurem osa neist juhuslikud tarbijad või ei ole nad ravile saabumisele eelnendud kuu jooksul uimastit kasutanud ⁽⁵⁴⁾.

Ravipakkumine

Euroopas on kanepiravis kasutatavate meetmete skaala lai, hõlmates internetipõhist ravi, nõustamist, struktureeritud psühhosotsiaalseid sekkumisi ja statsionaarset ravi. Samuti kattuvad sageli valikuline ja näidustatud ennetus ning ravisekkumised (vt 2. peatükk).

2011. aastal teatasid rohkem kui pooled Euroopa riigid, et neil on spetsiaalsed raviprogrammid aktiivselt ravi otsivatele kanepitarbijatele. Seda on 2008. aastaga võrreldes kolmandiku võrra rohkem. Oma kõige värskemal hinnangul väitsid Kreeka, Saksamaa, Itaalia, Horvaatia, Leedu, Luksemburgi, Madalmaade, Sloveenia, Slovakkia ja Ühendkuningriigi eksperdid, et need programmid on kättesaadavad enamikule ravi vajavatest kanepitarbijatest, samal ajal Belgia, Tšehhi Vabariigi, Taani, Hispaania, Austria, Portugali, Rumeenia ja Norra hinnangul olid kõnealused programmid kättesaadavad vaid vähemusele neist. Bulgaaria, Eesti, Küpros, Ungari ja Poola teatasid, et järgmiseks kolmeks aastaks on kavandatud spetsiaalsed programmid kanepitarbijate jaoks.

Kanepisõltuvuse ravi toimub peamiselt ambulatoorsetes raviasutustes, olulisteks ravile suunajateks on kriminaalõigussüsteem, päästeteenistus ja kiirabi ning vaimse tervise raviüksused. Ungaris on umbes kaks kolmandikku 2010. aastal ravi alustanud kanepitarbijatest saanud nõustamist akrediteeritud organisatsioonide võrgustiku kaudu.

Mitmemõõtmelist pereteraapiat ja kognitiiv-käitumisteraapiat pakutakse kanepitarbimisega seotud probleeme omavatele noortele ning nende vanematele Belgias, Saksamaal, Prantsusmaal ja Madalmaades käimasoleva kliinilise katse raames, mis on läbi viidud ka Šveitsis (vt allpool). Pärast Kopenhaagenis käivitatud katseuuringu edukat lõpetamist on Taanis hakatud rühmapõhise lühiravi lähenemisviisi kasutama kanepiga seotud probleemide ravis. Ravi sisaldab motiveerivate intervjuude, kognitiiv-käitumisteraapia ja lahendusele keskenduva teraapia elemente.

Üha suurem arv Euroopa riike pakub internetipõhist kanepiravi, et hõlbustada nende klientide ravilepääsu, kes ei soovi pöörduda abi saamiseks spetsiaalse uimastiravisüsteemi poole. Ungaris pakutakse internetis

veebipõhise ravi programmi inimestele, kes tahavad kanepitarbimist vähendada või selle lõpetada, ning selles on ka lingid ambulatoorsetele ravikeskustele Budapestis. See eneseabiprogramm on välja töötatud teiste Euroopa riikide kanepitarbijate veebiravi kogemuste põhjal.

Viimased kanepitarbijate ravi käsitlevad uuringud

Kanepiravi hindamiseks läbiviidud uuringute kättesaadavus on järk-järgult suurenenud. Enamik uuringutest keskendub sellistele psühhosotsiaalsetele sekkumistele nagu pereteraapia ja kognitiiv-käitumisteraapia.

EMCDDA tellis hiljuti Euroopa ja USA uuringute metaanalüüsi mitmemõõtmelise pereteraapia kohta. USA uuringud kinnitavad, et see lähenemisviis võib anda positiivseid tulemusi, vähendades aine tarbimise kordasid ja õigusrikkumiste arvu võrreldes individuaalselt pakutava kognitiiv-käitumisteraapiaga ning käsiraamatupõhise teismeliste rühmateraapiaga, mille aluseks on sotsiaalse õppimise põhimõte ja kognitiiv-käitumisteraapia (Liddle *et al.*, 2009). USA kriminaalõigussüsteemi raviasutustes aitas mitmemõõtmeline pereteraapia vähendada noorte kanepitarbimist tõsisemate juhtumite korral (Henderson *et al.*, 2010). Euroopa analüüs viitab ka selle ravivõimaluse olulisusele tõsisemate tarbimisprobleemidega ja käitumishäiretega teismeliste jaoks. Need on siiski vaid esialgsed järeldused, mis on tehtud Euroopas rohkem kui ühes kohas läbiviidava rahvusvahelise kanepiravi vajaduse uuringu (INCANT) põhjal, mida korraldatakse alates 2003. aastast Belgias, Saksamaal, Prantsusmaal, Madalmaades ja Šveitsis.

Lühisekkumisteks saab lugeda nõustamist, mille eesmärk on seaduslike ja ebaseaduslike uimastite tarbimise vähendamine. Hiljutises rahvusvahelises uuringus seostati alkoholi, suitsetamist ja narkootiliste ainete kasutamist käsitlev sõeluuring lühisekkumistega ning järeluuring näitas vähenenud kanepitarbimist (Humeniuk *et al.*, 2011).

Uuritud on ka ravimeid, mis võivad toetada kanepiprobleemide ravis kasutatavaid psühhosotsiaalseid sekkumisi, kuna vähendavad võõrutusnähte, tarbimissoovi ja uimastitarbimist. Seoses kanepisõltuvusega püütakse uuringutega välja selgitada THC suukaudse asendusravi võimalusi, sest rimonabant (agonist) on andnud positiivseid tulemusi, vähendades kanepisuitsetamisega seotud akuutseid psühhosotsiaalseid probleeme (Weinstein ja Gorelick, 2011).

⁽⁵⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-10 (iii osa), (iv osa), TDI-21 (ii osa) ja TDI-111 (viii osa).



4. peatükk

Amfetamiinid, ecstasy, hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin

Sissejuhatus

Paljudes Euroopa riikides on amfetamiinid (üldine mõiste, mis hõlmab nii amfetamiini kui ka metamfetamiini) või ecstasy ebaseaduslikest uimastitest tarvitamissageduselt teisel kohal pärast kanepit. 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 hiljem ka Slovakkia. Viimastel aastatel on aga metamfetamiin ilmunud ka muude riikide uimastiturgudele, eelkõige Põhja-Euroopas (Norra, Rootsi, Läti ja vähemal määral ka Soome), kus see paistab olevat osaliselt asendanud amfetamiini. 2010. aastal teatasid probleemsele metamfetamiinikasutusele (tõenäoliselt siiski madalal tasemel) viitavatest märkidest veel Saksamaa, Kreeka, Ungari, Küpros ja Türgi. Samas on selle uimasti konfiskeerimiste arv suurenenud Eestis ja Austrias.

Mõistega *ecstasy* tähistatakse sünteetilisi aineid, mis on amfetamiinidega keemiliselt sarnased, kuid erinevad teataval määral mõju poolest. Tuntuim *ecstasy*-rühma uimasti on 3,4-metüleendioksümetamfetamiin (MDMA), kuid aeg-ajalt leidub *ecstasy*-tablettides ka muid analooge (MDA, MDEA). Selle uimasti populaarsust on ajalooliselt seostatud klubimuusikakultuuriga, kuigi värskemad uuringud on näidanud teatavat langust *ecstasy* tarbimises ja kättesaadavuses Euroopas. Kõige hilisemad andmed osutavad MDMA tagasitulekule mõnedes Euroopa riikides.

Selliste hallutsinogeenide nagu lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD) ja hallutsinogeensete seente levimuse tase on üldiselt madal ning püsunud viimastel aastatel suhteliselt ühtlane.

Alates 1990. aastate keskpaigast on Euroopas teatatud ketamiini ja gammahüdroksübutüraadi (GHB) (mõlemad on anesteetikumid) meelelahutuslikust kasutamisest teatavates uimastitarbijate subkultuurides. Selle probleemi olemasolu on hakatud laialdasemalt tunnistama ning juba pakutakse teenuseid sellesse sihtrühma kuuluvatele uimastitarbijatele. Ka on hakatud rohkem tähelepanu pöörama nende

ainetega seotud terviseprobleemidele, eriti pikaajalise ketamiini kasutamisega seotud põiehaigusele.

Pakkumine ja kättesaadavus

Narkootikumide lähteained

Amfetamiin, metamfetamiin ja *ecstasy* on sünteetilised narkootikumid, mille tootmisprotsessis on vaja keemilisi lähteaineid. Mõningane ülevaade kõnealuste ainete ebaseaduslikust tootmisest on võimalik saada aruannetest, mis käsitlevad nende valmistamiseks vajalike ja seaduslikust kaubandusest kõrvalejuhitud kontrollitavate kemikaalide konfiskeerimist.

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 (INCB, 2012b).

Rahvusvahelise Narkootikumide Kontrollinõukogu teatel suurenesid nii amfetamiini kui ka metamfetamiini ebaseaduslikuks tootmiseks kasutatava 1-fenüül-2-propanooni (P2P, BMK) ülemaailmselt konfiskeeritud kogused viiekordseks ehk 4900 liitrit 2009. aastal 26 300 liitri 2010. aastal. Konfiskeerimised Mehhikos (14 200 liitrit 2010. aastal), Kanadas (6000 liitrit) ja Belgias (5000 liitrit) moodustasid 95% Rahvusvahelisele Narkootikumide Kontrollinõukogule teatatud ülemaailmsest kogusest (2012a). Ka konfiskeeritud 1-fenüül-2-propanooni kogus suurenes Euroopa Liidus hüppeliselt, kasvades 863 liitrit 2009. aastal 7493 liitri 2010. aastal (Euroopa Komisjon, 2011). 1-fenüül-2-propanooni lähteaine fenüüläädikhappe ülemaailmne konfiskeerimine neljakordistus 2010. aastal (INCB, 2012a). Selle kemikaali 2010. aastal konfiskeeritud kogused Euroopa Liidus (1,5 kilogrammi) olid võrreldes 2009. aastaga väikesed (277 kilogrammi) (Euroopa Komisjon, 2011). 2010. aastal vähenesid metamfetamiini kahe põhilähteaine efedriini ja pseudoefedriini ülemaailmselt konfiskeeritud kogused

Tabel 4. Amfetamiini, metamfetamiini, *ecstasy* ja LSD konfiskeerimised, hind ja puhtus

	Amfetamiin	Metamfetamiin	Ecstasy	LSD
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)	19	45	3,8	Andmed puuduvad või ei ole kohaldatavad
ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis) konfiskeeritud kogus	5,1 tonni (5,4 tonni)	500 kilogrammi (600 kilogrammi)	Tabletid 3,0 miljonit (3,9 miljonit)	97 900 ühikut (98 000) ⁽¹⁾
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)	36 200 (36 600)	7300 (7300)	7800 (9300)	970 (990)
Keskmine jaehind eurodes Vahemik (Kvartiilhaare)	Grammid 6–41 (9,6–21,2)	Grammid 10–70	Tabletid 2–17 (3,9–8,4)	Annused 3–26 (6,5–13,1)
Keskmine puhtus (<i>ecstasy</i> MDMA sisaldus) Vahemik (Kvartiilhaare)	5–39% (7,8–27,2%)	5–79% (28,6–64,4%)	3–104 mg (33,0–90,4 mg)	Andmed puuduvad või ei ole kohaldatavad

(¹) 2010. aastal konfiskeeritud LSD kogu kogus on näidatud tõenäoliselt tegelikkusest väiksemana, sest puuduvad 2010. aasta andmed Rootsi kohta, kes teatas 2009. aastal suhteliselt suurtest konfiskeeritud kogustest.
 NB! Kõik andmed on 2010. aasta kohta.
 Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2012); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

(INCB, 2012a). Nende lähteainete konfiskeeritud kogused Euroopa Liidus siiski suurenesid 2010. aastal: efedriini puhul 1,2 tonni (685 kilogrammi 2009. aastal) ja pseudofedriini puhul 1,5 tonni (186 kilogrammi 2009. aastal) (Euroopa Komisjon, 2011).

Kahte lähtekemikaali seostatakse peamiselt MDMA tootmisega: 3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanoon (3,4-MDP2P, PMK) ja safrool. 2010. aastal ulatus kogu maailmas konfiskeeritud PMK kogus kahe liitrini, mis on oluliselt vähem 2009. aastal konfiskeeritud 40 liitrist, samas konfiskeeritud safrooli kogus langes 2009. aasta 1048 liitrit 2010. aastal 168 liitriks. Euroopa Liidus ei konfiskeeritud 2010. aastal PMKd ning safrooli konfiskeeriti vaid neljal korral ning selle kogus ulatus 85 liitriks.

2010. aastal jätkus Euroopa Liidus GHB lähteaine gammabütürolaktooni konfiskeerimine. Kokku 139 konfiskeerimise käigus peeti kinni 253 liitrit lähteainet.

Amfetamiin

Ülemaailmne amfetamiinitootmine on endiselt koondunud Euroopasse, kus asuvad peaaegu kõik amfetamiinilaborid, millest 2010. aastal teatati (UNODC, 2010). Amfetamiini konfiskeerimised vähenesid 2010. aastal kogu maailmas 42%, ulatudes umbes 19 tonnini (vt tabel 4). Jätkuvalt konfiskeeriti 2010. aastal suured kogused amfetamiini Lääne- ja Kesk-Euroopas, kuigi ka seal vähenesid

konfiskeeritud kogused 8,9 tonnilt 2009. aastal 5,4 tonnini 2010. aastal. Suurimast konfiskeeritud amfetamiini koguste vähenemisest teatati ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (UNODC) Lähis-Ida ja Edela-Aasia piirkonnas. Suur osa selles piirkonnas konfiskeeritud amfetamiinist on Captagoni tablettide kujul (UNODC, 2012), millest osa võib pärineda Euroopa Liidust.

Suurem osa Euroopas konfiskeeritud amfetamiinist toodetakse (tähtsuse järjekorras) Madalmaades, Belgias, Poolas, Bulgaarias, Türgis ja Eestis. Europoli teatel avastati 2010. aastal Euroopa Liidus 28 amfetamiini tootmise, pakendamise või ladustamise kohta ⁽⁵⁵⁾.

2010. aastal toimus Euroopas hinnanguliselt 36 600 konfiskeerimist ja võeti ära viis tonni amfetamiinipulbrit ja 1,4 miljonit amfetamiinitabletti ⁽⁵⁶⁾. Üldise vähenemise taustal on amfetamiini konfiskeerimiste arv viimase viie aasta jooksul kõikunud. Tänu konfiskeerimiste vähenemisele Türgis on Euroopas konfiskeeritud amfetamiinitablettide arv aastatel 2005–2010 järsult kahanenud. Pärast rekordiliste koguste (ligikaudu kaheksa tonni) konfiskeerimist ajavahemikul 2007–2009 vähenesid konfiskeeritud amfetamiinipulbri kogused 2010. aastal viie tonnini ⁽⁵⁷⁾.

2010. aastal Euroopas kinnipeetud amfetamiini proovide puhtus oli jätkuvalt väga erinev, ulatudes vähem kui 8%-st Bulgaarias, Itaalias, Portugalis, Austrias, Sloveenias, Horvaatias ja Türgis rohkem kui 20%-ni riikides, kus

⁽⁵⁵⁾ 28-st kümnes tegeleti ka muude uimastite, peamiselt metamfetamiini tootmise, pakendamise ja ladustamisega.

⁽⁵⁶⁾ Kolmandik kinnipeetud amfetamiinitablettidest olid märgistatud Captagonina ja konfiskeeriti Türgis. Ebaseaduslikul uimastiturul Captagonina müüdavad tabletid sisaldavad tavaliselt amfetamiini ja kofeiini segu.

⁽⁵⁷⁾ Käesolevas peatükis toodud andmed uimastite konfiskeerimise kohta Euroopas on esitatud 2012. aasta statistikabülletääni tabelites SZR-11 kuni SZR-18.

on teatatud amfetamiinitootmisest (Belgia, Läti, Leedu, Madalmaad) või kus tarbimise tase on suhteliselt kõrge (Soome, Rootsi, Norra), samuti Tšehhi Vabariigi ja Slovakkias⁽⁵⁸⁾. Enamikus suundumuste analüüsi koostamiseks piisavaid andmeid esitanud riikides on amfetamiini puhtus viimasel viiel aastal vähenenud või jäänud stabiilseks.

2010. aastal oli amfetamiini keskmine jaehind enam kui pooltes andmeid esitanud 18 riigist 10–22 eurot gramm. Amfetamiini jaehind langes või jäi samale tasemele 14 riigis 20-st, kes esitasid andmeid aastatel 2005–2010⁽⁵⁹⁾.

Metamfetamiin

2010. aastal konfiskeeriti maailmas kokku 45 tonni metamfetamiini, mis oli märgatavalt suurem kogus kui 2009. aastal konfiskeeritud 31 tonni. 2010. aastal konfiskeeriti suurem osa uimastit Põhja-Ameerikas (34%), kusjuures olulises tootjamaas Mehhikos konfiskeeriti sellest erakordselt suur osa ehk 13 tonni. Suured kogused konfiskeeriti ka Ida- ja Kagu-Aasias, mis moodustasid 2010. aastal kogu maailmas konfiskeeritud kogusest 32% ehk 20 tonni. Selles piirkonnas on peamiseks tootjariigiks Myanmar Liit (UNODC, 2012).

Euroopas on metamfetamiini ebaseaduslik tootmine koondunud Tšehhi Vabariiki, kus 2010. aastal avastati 307 tootmiskohta, milleks olid enamjaolt väikesed nn köögilaborid (langus võrreldes 2009. aastaga, mil neid avastati 342). Kõnealust uimastit toodetakse ka Slovakkias, samuti Saksamaal, Leedus, Madalmaades ja Poolas. Saksamaa teatas konfiskeeritud metamfetamiini koguste märkimisväärsest kasvust 2010. aastal (2009. aasta 7,2 kilogrammilt 26,8 kilogrammini). Suurem osa uimastist saadi kätte Saksi- ja Baierimaal, mis piirnevad Tšehhi Vabariigiga, kust uimasti tõenäoliselt pärineb.

Esitatud andmetel konfiskeeriti 2010. aastal Euroopas metamfetamiini peaaegu 7300 korral, saades kokku kätte ligikaudu 600 kg uimastit. Nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka kogused suurenesid ajavahemikus 2005–2010, kusjuures kasv oli eriti jõuline aastatel 2008–2009 ning stabiliseerus taas 2010. aastal.

Metamfetamiini puhtus oli 2010. aastal 20 andmeid esitanud riigis väga erinev: keskmine puhtus ulatus vähem kui 15%-st Belgias ja Taanis rohkem kui 60%-ni Tšehhi Vabariigis, Slovakkias, Ühendkuningriigis ja Türgis. Seitsmes asjaomaseid andmeid esitanud riigis erinesid 2010. aastal suuresti ka metamfetamiini jaehinnad, ulatudes 10–15 euronit gramm Bulgaarias, Lätis, Leedus ja Ungaris ning 70 euronit gramm Saksamaal ja Slovakkias.

Ecstasy

Esitatud andmetel vähenes ecstasy't tootvate likvideeritud laborite arv 2010. aastal, langedes 44-ni (2009. aastal 52). Enamik neist laboritest asusid Austraalias (17), Kanadas (13) ja Indoneesias (12). Näib, et selle uimasti tootmise geograafiline laienemine jätkub ning tootmine on lähenenud tarbijaturgudele Ida- ja Kagu-Aasias, Põhja- ja Lõuna-Ameerikas ja Okeaanias. Siiski on tõenäoline, et Lääne-Euroopa on jätkuvalt oluline ecstasy tootmiskoht.

Maailmas konfiskeeriti 2010. aastal 3,8 tonni ecstasy't (UNODC, 2012), millest Põhja-Ameerikas konfiskeeritud kogused moodustasid 20%, ning sellele järgnesid Lääne- ja Kesk-Euroopa (13%).

Nii ecstasy konfiskeerimiste arv kui ka kogused on Euroopas alates 2005. aastast vähenenud. Ajavahemikus 2005–2010 vähenes Euroopas konfiskeeritud ecstasy-tablettide kogus neljakordselt, kuid siis teatati 2010. aastal jälle koguste suurenemisest, peamiselt konfiskeerimiste tõttu Türgis ja Prantsusmaal. 2010. aastal teatati Euroopas ecstasy konfiskeerimisest ligikaudu 9300 korral, mille tulemusel peeti kinni üle 3,9 miljoni ecstasy-tableti, millest 1,6 miljonit konfiskeeriti Prantsusmaal ja Türgis.

19 andmeid esitanud riigis oli 2010. aastal analüüsitud ecstasy-tablettide keskmine MDMA-sisaldus 3–104 mg. Peale selle teatas mitu riiki (Belgia, Bulgaaria, Saksamaa, Madalmaad, Horvaatia) suureannuseliste, rohkem kui 130 mg MDMA-d sisaldavate ecstasy-tablettide kättesaadavusest. Ajavahemikus 2005–2010 vähenes ecstasy-tablettide MDMA-sisaldus 10 riigis ja suurenes üheksas.

Viimastel aastatel on ebaseaduslike uimastitabeltide koostis Euroopas muutunud: kui varem sisaldas suurem osa analüüsitud tablettidest ainsa psühhoaktiivse aineana MDMA-d või mõnda muud ecstasy-laadset ainet (MDEA, MDA), siis praegu on tablettide koostis mitmekesisem ja need sisaldavad vähem MDMA-laadseid aineid. Selline muutus hoogustus 2009. aastal, mil üksnes kolm riiki teatas, et suurem osa analüüsitud tablette sisaldas MDMA-laadseid aineid. 2010. aastal teatasid kaheksa riiki, et suurem osa tablette sisaldas MDMA-laadseid aineid.

Poolas, Sloveenias ja Türgis analüüsitud tabletid sisaldavad suhteliselt sageli amfetamiini, mõnikord koos MDMA-laadsete ainetega. Enamik aruandvaid riike on teatanud, et analüüsitud tablettidest on leitud piperasiini ja eriti mCPP-d kas eraldi või koos muude ainetega. Selliseid aineid leiti enam kui 20%-s Belgias, Taanis, Saksamaal, Küprosel,

⁽⁵⁸⁾ Käesolevas peatükis esitatud andmed uimastite puhtuse kohta Euroopas on pärit 2012. aasta statistikabülletääni tabelist PPP-8. Eli suundumuste näitajad on esitatud 2012. aasta statistikabülletääni joonisel PPP-2.

⁽⁵⁹⁾ Käesolevas peatükis esitatud andmed uimastite hindade kohta Euroopas on pärit 2012. aasta statistikabülletääni tabelist PPP-4.

Ungaris, Austrias, Soomes, Ühendkuningriigis ja Horvaatias analüüsitud tablettides.

Ecstasy on 1990ndatega võrreldes tunduvalt odavnenu, mis tähendab, et enamiku riikide teatel on selle keskmine jaehind 4–9 eurot tablett. Ajavahemikul 2005–2010 on ecstasy jaehind langenud või jäänud samaks 18 riigis 23-st, mille kohta oli võimalik analüüsi koostada.

Hallutsinogeenid ja muud ained

LSD tarbimist ja sellega kaubitsemist peetakse Euroopas marginaalseks. LSD konfiskeerimiste arv kasvas aastatel 2005–2010, samas kui kogused on pärast 2005. aasta tippnäitajat 1,8 miljonit ühikut jäänud kõikuma 50 000 ja 150 000 ühiku vahele. Enamikus aruandvates riikides on LSD jaehinnad sama perioodi jooksul langenud või püsivad ühtlasel tasemel. 2010. aastal oli keskmine hind 6–14 eurot ühiku kohta enamikus andmed esitanud 14 riigist.

Hallutsinogeensete seente, ketamiini ning GHB ja GBLi konfiskeerimisest teatasid 2010. aastal sõltuvalt uimastist vaid kolm või neli riiki. Ei ole selge, mil määral kajastavad teatatud konfiskeerimised kõnealuste uimastite piiratud kättesaadavust või asjaolu, et õiguskaitseasutused ei pööra neile pidevalt tähelepanu.

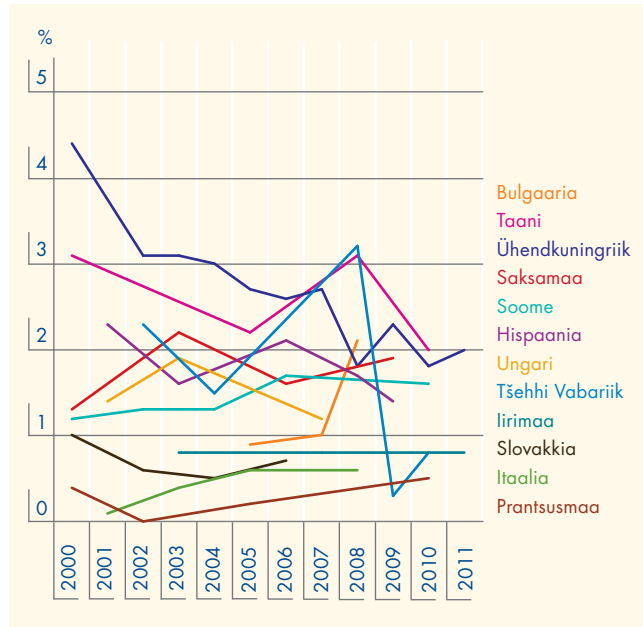
Tarbimise levimus ja harjumused

Üksikutes riikides tarbib amfetamiini või metamfetamiini (tihti süstimise teel) oluline osa kõikidest probleemsetest uimastitarbijaist ja narkoprobleemidele abi otsijaist. Amfetamiin ja ecstasy't, mida sageli manustatakse suukaudselt või tõmmatakse pulbrina ninna, seostatakse eelkõige ööklubide ja tantsupidudel käimisega. On teatatud ecstasy või amfetamiinide kasutamisest koos alkoholiga ning alkoholi sagedase või suurtes kogustes tarvitajate teatatud amfetamiini või ecstasy tarbimise tasemed on elanikkonna keskmisest palju kõrgemad (EMCDDA, 2009b).

Amfetamiinid

Hinnanguliselt on amfetamiin proovinud ligikaudu 13 miljonit eurooplast ja umbes kaks miljonit neist on seda uimastit tarbinud viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtte tabelis 5). Noorte täiskasvanute (15–34aastased) hulgas on amfetamiinide elu jooksul tarbimise levimus riigiti väga erinev, ulatudes 0,1%-st kuni 12,9%-ni, andes Euroopa kaalutud keskmiseks 5,5%. Selles vanuserühmas on viimase aasta jooksul amfetamiini tarbinud 0–2,5% ning enamiku riikide teatatud levimustase jääb vahemikku 0,5–2,0%. Hinnangute kohaselt on viimase aasta jooksul amfetamiini tarbinud 1,5 miljonit noort eurooplast (1,2%). Uuringute kohaselt on nende

Joonis 7. Suundumused viimase aasta jooksul amfetamiinitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 aastat) seas



NB! Käesolev joonis hõlmab vaid riike, mis on osalenud vähemalt kolmes uuringus. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonist GPS-8.

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

noorte hulgas, kes külastavad tantsukohti ja ööklubisid, viimase aasta jooksul amfetamiinide tarbimise tase kõrgem, olles 2010. aasta uuringute tulemustel Tšehhi Vabariigis, Madalmaades ja Ühendkuningriigis 8–27%.

2011. aastal korraldatud uuringu kohaselt on 24 ELi liikmesriigis, Horvaatias ja Norras 15–16aastastest kooliõpilastest elu jooksul amfetamiini tarbinud 1–7%, kuigi üle 4% levimusest teatasid üksnes Belgia, Bulgaaria ja Ungari⁽⁶⁰⁾. Hispaania riiklik kooliuuring andis tulemuseks 1%, samas Ühendkuningriigi oma 9%.

Ajavahemikus 2005–2010 on amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul püsivad enamikus Euroopa riikides suhteliselt madalal ja ühtlasel tasemel: kõikides aruandvates riikides on levimuse tase olnud alla 3%. Sel perioodil teatas levimuse suurenemisest üksnes Bulgaaria, kes täheldas viimase aasta jooksul amfetamiinide tarbimise suurenemist noorte täiskasvanute hulgas ühe protsendipunkti võrra (joonis 7). 2011. aastal läbi viidud ESPADi kooliuuringud näitavad, et üldiselt on 15–16aastaste kooliõpilaste hulgas amfetamiinide ja ecstasy'ga eksperimenteerimise suhtes vähe muutusi.

⁽⁶⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel EYE-11.

Tabel 5. Amfetamiinide tarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	13 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	3,8%	0,6%
Vahemik	0,1–11,6%	0,0–1,1%
Madalaima levimusega riigid	Kreeka, Rumeenia (0,1%) Küpros (0,7%) Portugal (0,9%) Slovakkia (1,2%)	Rumeenia, Kreeka (0,0%) Prantsusmaa, Portugal (0,2%) Tšehhi Vabariik, Küpros, Slovakkia (0,3%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (11,6%) Taani (6,2%) Rootsi (5,0%) Iirimaa (4,5%)	Eesti, Ühendkuningriik (1,1%) Bulgaaria, Läti (0,9%) Rootsi, Soome (0,8%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	5,5%	1,2%
Vahemik	0,1–12,9%	0,0–2,5%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,1%) Kreeka (0,2%) Küpros (1,2%) Portugal (1,3%)	Rumeenia (0,0%) Kreeka (0,1%) Portugal (0,4%) Prantsusmaa (0,5%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (12,9%) Taani (10,3%) Iirimaa (6,4%) Läti (6,1%)	Eesti (2,5%) Bulgaaria (2,1%) Taani, Ühendkuningriik (2,0%) Saksamaa, Läti (1,9%)
<i>NB!</i>	Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastitarbijate koguarv Euroopas, kohaldatakse Eli keskmist nende riikide suhtes, kelle kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad kuni 6% sihtrühma kuuluvatest noortest täiskasvanutest, viimase aasta hinnangulise tarbimise ja muude hinnangute puhul kuni 3% sihtrühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased: 338 miljonit; 15–34aastased: 130 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2004–2010/2011 (peamiselt 2008–2010), ei käi need ühe aasta kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on 2012. aasta statistikabilletaani osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.	

Probleemne amfetamiinitarbimine

Värsked uuringud probleemse amfetamiinitarbimise levimuse kohta on kättesaadavad kahes riigis ⁽⁶¹⁾. Hinnanguliselt oli Tšehhi Vabariigis 2010. aastal 27 300–29 100 probleemset metamfetamiinitarbijat (3,7–3,9 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas), mis ületab rohkem kui kaks korda probleemsete opioiditarbijate hinnangulise arvu. 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 hinnangulisest arvust.

Viimastel aastatel on metamfetamiin ilmunud ka muude riikide uimastiturgudele, eelkõige Põhja-Euroopas (Läti, Rootsi, Norra ja vähemal määral ka Soome), ilmselt

osaliselt amfetamiini asemele. 2010. aastal teatasid probleemsele metamfetamiinkasutusele (tõenäoliselt siiski madalal tasemel) viitavatest märkidest veel Saksamaa, Kreeka, Ungari, Küpros ja Türgi, kusjuures selle uimasti konfiskeerimiste arv on suurenenud Eestis ja Austrias.

Euroopas nimetab oma peamise narkootikumina amfetamiine vaid väike osa ravi alustajatest: 2010. aastal tegi seda ligikaudu 6% narkoravil viibivatest isikutest (23 000 patsienti) ⁽⁶²⁾. Lisaks nimetas peaaegu 20 000 muude peamiste narkootikumidega seotud probleemide tõttu ravi alustavat patsienti oma teise narkootikumina muid stimulante kui kokaiini. Amfetamiine peamise uimastina tarvitavad isikud moodustavad küllaltki suure osa teatatud ravi alustajatest Rootsis (28%), Poolas (24%), Lätis (19%) ja Soomes (17%) ning metamfetamiin on peamiseks uimastiks suurel osal ravialustajatest Tšehhi

⁽⁶¹⁾ Probleemne amfetamiinitarbimine on määratletud süstimisena või pikaajalise ja/või korrapärase ainete tarbimisena.

⁽⁶²⁾ Saksamaa, Leedu ja Norra poolt EMCDDA-le teatatud andmetes ei ole võimalik amfetamiinide, MDMA ja muude stimulantide tarbijate vahel vahet teha, kuna nad kõik sisestatakse andmetesse „muude stimulantide kui kokaiini“ tarbijatena. Üldiselt moodustavad amfetamiinitarbijad andmeid esitanud riikide kõigest „muude stimulantide kui kokaiini“ tarbijatest umbes 90%.

Vabariigis (63%) ja Slovakkias (35%). Esitatud andmetel moodustavad amfetamiinipatsiendid kuues muus riigis (Belgia, Taani, Saksamaa, Ungari, Madalmaad, Norra) ravialustajatest 5–15%; mujal on nende osakaal alla 5%. Esmase uimastina amfetamiine kasutavate ravialustajate suundumused on aastatel 2005–2010 enamikus riikides püsinud samal tasemel, välja arvatud Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias: mõlemad riigid on teatanud metamfetamiini tõttu ravi alustajate arvu ja üldise osakaalu olulisest kasvust ajavahemikus 2009–2010⁽⁶³⁾.

Ravi alustavate amfetamiinitarbijate keskmine vanus on 30 ning meeste ja naiste osakaalu vahe (kaks ühele) on nende hulgas väiksem kui ühegi muu ebaseadusliku narkootikumi tarbijate hulgas. Riikides, kus ravialustajatest moodustavad suure osa amfetamiinitarbijad, on paljud neist teatanud uimasti süstimisest. Tšehhi Vabariigis, Lätis, Soomes, Rootsis ja Norras süstib uimastit teatatud andmetel 63–80% patsientidest⁽⁶⁴⁾. Madalamast süstimistasemest on teatanud Slovakkia (34%), kus alates 2005. aastast on valitsenud langustendents⁽⁶⁵⁾.

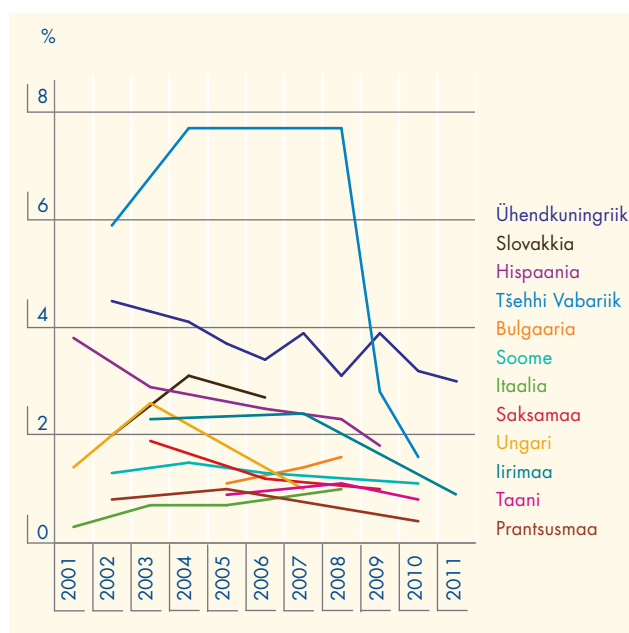
Ecstasy

Uimastite levimushinnangute kohaselt on ecstasy't proovinud 11,5 miljonit eurooplast ning ligikaudu 2 miljonit neist on tarbinud seda viimase aasta jooksul (vt andmete kokkuvõtet tabelis 6). Uimasti viimase aasta tarbijateks on peamiselt noored täiskasvanud, kusjuures kõigis riikides on mehed teatanud kõrgematest tarbimismääradest kui naised. Ecstasy elu jooksul tarbimise levimus 15–34aastaste vanuserühmas jääb vahemikku 0,6–12,4% või on sellest madalam; enamikus riikide hinnangul püsib see 2,1% ja 5,8% vahel⁽⁶⁶⁾.

2011. aasta uuringuga hõlmatud Euroopa riikides jäi ecstasy elu jooksul tarbimise levimus 15–16aastaste kooliõpilaste vanuserühmas 1% ja 4% vahele⁽⁶⁷⁾, üksnes Ühendkuningriigi teatas 4%-lisest levimustasemest nii ESPADi uuringus kui ka inglise riiklikus kooliuuringus. Hispaanias oli see riikliku kooliuuringu kohaselt 2%. Võrdluseks võib märkida, et Ameerika Ühendriikides on samas vanuserühmas hinnanguline tarbimine elu jooksul 7%.

Sihtuuringud võimaldavad heita pilgu stimuleerivate uimastite meelelahutuslikule tarbimisele Euroopa mitmesuguseid õiseid meelelahutusasutusi külastavate noorte täiskasvanute seas. 2010.-2011. aasta andmed ecstasy viimase aasta tarbimise kohta õiste meelelahutusasutuste külastajate hulgas on kättesaadavad kahe riigi kohta, need on Tšehhi Vabariik (43%) ja

Joonis 8. Viimase aasta ecstasy tarbimise levimuse suundumused noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 aastat) seas



NB! Esitatud on üksnes selliste riikide andmed, kes on osalenud vähemalt kolmes uuringus. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis GPS-21.

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

Madalmaad (Amsterdam, 33%). Kahes valimis oli ecstasy tarbimine rohkem levinud kui amfetamiinide tarbimine. 2012. aastal Ühendkuningriigis läbi viidud internetiuuringu andmetel ületab Ühendkuningriigi regulaarsete klubiküllastajate ecstasy viimase aasta tarbimine kanepitarbimist (Mixmag, 2012). Taani ööklubisid hõlmanud uuringus teatas intervjueritute 40% (keskmine vanus 21 aastat), et nad on mingil hetkel proovinud mõnda muud ebaseaduslikku uimastit kui kanep (tavaliselt kokaiini, amfetamiini või ecstasy't). Saitide valimite ja internetiuuringute andmetesse tuleks siiski suhtuda ettevaatusega.

Viies riigis kuuest, kelle teatatud andmetel oli neis viimase aasta ecstasy-tarbimine keskmistest tasemetest kõrgem ja kelle puhul oli võimalik välja tuua ka suundumused, oli 15–34aastaste vanuserühmas tarbimine tavaliselt kõige suurem 2000. aastate alguses ja hakkas siis langema (Tšehhi Vabariik, Eesti, Hispaania, Slovakkia, Ühendkuningriik) (joonis 8). Ajavahemikus 2005–2010 on need riigid teatanud noorte täiskasvanute (15–34aastased) tarbimise püsimisest samal tasemel või langusest.

⁽⁶³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 (ii osa) ja TDI-22.

⁽⁶⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 (iv osa) ja TDI-37.

⁽⁶⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-2 (i osa), TDI-3 (iii osa), TDI-5 (ii osa) ja TDI-36 (iv osa). Vt ka tabel TDI-17 2007. ja 2012. aasta statistikabülletäänides.

⁽⁶⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel GPS-1 (iii osa).

⁽⁶⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel EYE-11.

Tabel 6. Ecstasy tarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte		
Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik	
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul
15–64aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	11,5 miljonit	2 miljonit
Euroopa keskmine	3,4%	0,6%
Vahemik	0,4–8,3%	0,1–1,6%
Madalaima levimusega riigid	Kreeka (0,4%) Rumeenia (0,7%) Norra (1,0%) Poola (1,2%)	Rootsi (0,1%) Kreeka, Rumeenia, Prantsusmaa (0,2%) Taani, Poola, Norra (0,3%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (8,3%) Iirimaa (6,9%) Madalmaad (6,2%) Hispaania (4,9%)	Slovakkia (1,6%) Läti (1,5%) Madalmaad, Ühendkuningriik (1,4%) Eesti (1,2%)
15–34aastased		
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	7,5 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	5,7%	1,3%
Vahemik	0,6–12,4%	0,2–3,1%
Madalaima levimusega riigid	Kreeka (0,6%) Rumeenia (0,9%) Poola, Norra (2,1%) Portugal (2,6%)	Rootsi (0,2%) Kreeka, Rumeenia, Prantsusmaa (0,4%) Norra (0,6%) Poola (0,7%)
Kõrgeima levimusega riigid	Ühendkuningriik (12,4%) Madalmaad (11,6%) Iirimaa (10,9%) Läti (8,5%)	Madalmaad (3,1%) Ühendkuningriik (3,0%) Slovakkia, Läti (2,7%) Eesti (2,3%)
<i>NB!</i>	Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arvutada välja hinnanguline uimastitarbijate koguarv Euroopas, kohaldatakse Eli keskmist nende riikide suhtes, kelle kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtühma kuuluvast rahvastikust). Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased: 338 miljonit; 15–34aastased: 130 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2004–2010/2011 (peamiselt 2008–2010), ei käi need ühe aasta kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on 2012. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.	

Ecstasy'ga seotud probleemide tõttu soovivad ravile pääseda vaid üksikud uimastitarbijad. Euroopa riikides nimetas 2010. aastal ecstasy't peamise uimastina 1% või vähem (kokku ligi 1000 patsienti) ravialustajaid ⁽⁶⁸⁾.

Hallutsinogeenid, GHB ja ketamiin

Euroopa noorte täiskasvanute hulgas (15–34aastased) jääb elu jooksul LSD tarbimine hinnangutel vahemikku 0,1–5,4%. Viimase aasta tarbimise kohta teatatud levimusmäärad on aga palju madalamad ⁽⁶⁹⁾. Vähestest võrreldavaid andmeid esitanud riikidest enamiku teatel ületas hallutsinogeensete seente kasutamise tase LSD tarbimist nii elanikkonna seas üldiselt kui ka kooliõpilaste hulgas. Noorte täiskasvanute puhul jäid hinnangud hallutsinogeensete seente elu jooksul tarbimise kohta vahemikku 0,3–8,1% ja viimase aasta levimus piirdus 0,0–2,2%-ga. 15–15aastaste vanuserühmas teatati hallutsinogeensete seente elu jooksul tarbimise määraks hinnanguliselt 1–4% ⁽⁷⁰⁾.

GHB ja ketamiini tarbimise levimus täiskasvanute ja kooliõpilaste seas on hinnangutel ecstasy näitajatest palju madalam. Madalmaades, kus GHB kaasati 2009. aastal esimest korda rahvastiku-uuringusse, teatas uimasti kasutamisest viimase aasta jooksul 0,4% täiskasvanud elanikkonnast (15–64aastased), mis on amfetamiini viimase aasta levimusega samal tasemel. Briti kuritegevusuuringus, mis on üks väheseid ketamiini kasutamist seiravaid riiklikke uuringuid, tuvastati 16–24aastaste vanuserühmas viimase aasta tarbimise tõus 0,8%-lt 2006. ja 2007. aastal 2,1%-le aastatel 2010–2011.

Meelelahutusasutustes läbiviidavad sihtuuringud annavad efektiivsuse neis asutustes kättesaadavatest uimastitest, kuigi levimusmäärased on raske tõlgendada. Tšehhi Vabariigis ja Madalmaades läbi viidud hiljutiste uuringute ning Ühendkuningriigis korraldatud internetiuuringu andmetel jäävad GHB elu jooksul tarbimise hinnangud vahemikku 4–11% ja ketamiinitarbimise hinnanguliseks määraks on

⁽⁶⁸⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5, TDI-8 ja TDI-37.

⁽⁶⁹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel GPS-1.

⁽⁷⁰⁾ ESPADi andmed kõikide riikide, v.a Hispaania kohta. Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis EYE-3 (v osa).

8–48%, sõltuvalt asutusest või vastajate rühmast. Taanis korraldatud uuring näitas, et ööklubiküllastajatest 10% oli kasutanud ketamiini, GBH, hallutsinogeenseid seeni või LSD. 2011. aastal Lõuna-Londoni „gei-sõbralikes“ klubides korraldatud uuring tõi esile nende ainete kõrge kasutusmäära elanikkonna teatavates subkultuurides, kuna 24% vastanutest märkis GHB oma lemmikuimastiks ja teatas, et kavatseb seda uuringu läbiviimise ööl kasutada; ketamiini kohta andis samasisulise vastuse 10% küsitletuist (Wood *et al.*, 2012b). Ühendkuningriigi internetiuuringus osalenud regulaarsetest klubiküllastajatest teatas viimasel aastal ketamiini kasutamisest 40% vastanutest ja 2% kinnitas sama GHB kohta (Mixmag, 2012).

Amfetamiinide mõju tervisele

Amfetamiinide tarbimise mõju tervisele on põhjalikumalt uuritud neis riikides, kus suure osa uimastiprobleemist moodustab kristallilisel kujul metamfetamiini suitsetamine, mis Euroopas peaaegu puudub. Kuigi paljud sealsetes uuringutes dokumenteeritud tervisemõjud esinevad ka amfetamiinide tarbijatel, ei ole kindel, kas neid uuringutulemusi saab Euroopa olukorda otse üle kanda.

Ebaseaduslike amfetamiinide tarbimist on seostatud akuutse kahjuliku mõjuga, mis hõlmab ärevust, peavalu, värinaid, iiveldust, maokrampe, higistamist, uimasust ja söögiisu vähenemist (EMCDDA, 2010c). Akuutne psühholoogiline ja psühhiaatriline kahjulik mõju on kõige suurem eelnevate vaimse tervise probleemidega uimastitarbijatele ning selle skaala võib ulatuda rõhutusest, erutusest, agressiivsusest ja depressioonist kuni akuutse paranoilise psühhoosini. Kui stimulandi mõju kaob, võib uimastitarbija tunda uimasust ning tema otsustus- ja õppimisvõime võib halveneda.

Amfetamiinide tarbimisega seotud krooniline kahjulik mõju hõlmab südame-veresoonkonna komplikatsioone, mis tekivad südame- ja pärgarterite haiguste ning pulmonaalhüpertensiooni üha kasvavast riskist. Eelneva südame-veresoonkonna patoloogia korral võivad amfetamiinide tarbimisel olla tõsised tagajärjed ning see võib lõppeda isegi surmaga (müokardi isheemia ja infarkt). Lisaks võib pikaajaline kasutamine tekitada aju ja närvisüsteemi kahjustusi, psühhoosi ning mitut isiksuse- ja meeleoluhäiret.

On kindlaid tõendeid amfetamiinisõltuvuse sündroomi tekkimise kohta pärast regulaarset intensiivset kasutamist. Sellega seotud võõrutusnähud võivad hõlmata tarbimissoovi ja depressiooni koos kaasneva kõrgeenenud enesetapuriskiga (Jones *et al.*, 2011).

Amfetamiinide süstimine suurendab nakkushaiguste (HIV ja hepatiit) ohtu ning samal ajal muudavad seksuaalse

riskikäitumise kõrged määrad uimastitarbijad kaitsetuks seksuaalsel teel levivate haiguste ees. Lisaks võib tervisele halvasti mõjuda loobumine unest ja toidust. Amfetamiinide tarbimine raseduse ajal võib olla vastsündinu madala sünnikaalu, enneaegse sünnituse ja loodete suremuse kasvu põhjuseks.

Ennetus meelelahutusasutustes

Hoolimata mõningates meelelahutusasutustes täheldatud uimastite rohkest kasutamisest, teatas vaid 11 riiki ennetus- või kahjude vähendamise strateegiate rakendamist sellistes kohtades. Strateegiad näivad keskenduvat pigem individuaalsele või keskkonnatasandile. Individuaalsele tasemele keskenduvad projektid hõlmavad eakaaslaste koolitamisele suunatud sekkumisi ja liikuvaid töörihmi. Seda on kasutatud Belgias, Tšehhi Vabariigis ja Ühendkuningriigis, kus pakutakse nõustamist ja teavet uimastite kohta, antakse meditsiinilist ravi ning levitatakse kahjude vähendamist käsitlevaid materjale. Teised individuaalse fookusega lähenemisviisid, mille kohta on andmeid, hõlmavad sekkumisi muusikafestivalide ja suurte meelelahutusürituste ajal, kus sihtrühmaks on riskirühmadesse kuuluvad noored. Kasutatud on näiteks kiiret skaneerimist uimastiprobleemide avastamiseks, esmaabi ja negatiivseid elamusi (*bad trip*) tekitavaid sekkumisi.

Mitmes regulatiivses lähenemisviisis on sihikule võetud ööelu keskkond ning sageli keskendutakse neis alkoholi müügikohtade litsentseerimisele ja alkoholi vastutustundlikumale serveerimisele. Nende sekkumiste eesmärk on öiste meelelahutusasutuste personali ja küllastajate ohutuse tagamine ametliku koostöö loomise kaudu pidude korraldamise keskkonna peamiste sidusrühmade vahel (kohalikud ametiasutused, politsei ja ruumide omanikud).

Keskkonnale suunatud lähenemisviis võib hõlmata rahvahulga ohjamise algatusi, tasuta joogivee kättesaadavaks muutmist ja ohutut öist transporti. Sloveenias subsideeritakse noorte inimeste (16–34aastaste) taksotransporti „After taxi“ nimelise projekti kaudu. Kogutud tõendid viitavad aga sellele, et see võib küll vähendada õnnetuste arvu, kuid ei vähenda alkoholi või uimastitega seotud kahjusid (Calafat *et al.*, 2009). Üheks näiteks keskkonnale suunatud ennetava lähenemisviisi kasutamisest meelelahutusasutustes on veel ohutute pidude märgised, mille kasutamist edendatakse Belgias, Taanis, Hispaanias, Madalmaades, Sloveenias ja Rootsis Euroopa projekti „Party+“ abil. Tõendid kinnitavad, et öistes meelelahutusasutustes riskikäitumise ennetamiseks kasutatavate regulatiivsete meetmete edukus sõltub rakendamisteguritest. Pubidele ja klubidele keskenduvad

uimastiennetuselased sekkumised peaksid hõlmama ka nende asutuste personali uimasti- ja alkoholikasutamist ning hoiakuid uimastite ja alkoholi suhtes.

Hiljuti rakendatud algatus Healthy Nightlife Toolbox (tervisliku ööelu tagamise vahendid) koosneb kolmest andmebaasist (hinnatud sekkumised, kirjanduse ülevaated ja andmed selle ala ekspertide kohta) ning tervisliku ja ohutu ööelu loomise juhendist. Selles rõhutatakse alkoholi ja ebaseaduslike uimastite kooskäsitlemise vajadust meelelahutusasutuste suhtes kohaldatavates meetmetes, kuna mõlemad põhjustavad ühesuguseid probleeme ning neid kasutatakse sageli koos. Ka rõhutatakse fakti, et meelelahutusasutustes läbiviidavad sekkumised võivad olla kasulikud probleemse käitumise ja kahjudega tegelemisel, mille skaala ulatub uimastite ja alkoholiga seotud akuutsetest terviseprobleemidest vägivalvani, autojuhtimiseni uimastite või alkoholi mõju all ning kaitsmata vahekorra ja soovimatute seksuaalkontaktideni.

Ravi

Probleemne amfetamiinitarbimine

Euroopas on amfetamiinitarbijatele kättesaadavad ravivõimalused riigiti väga erinevad. Nendes Põhja- ja Kesk-Euroopa riikides, kus amfetamiinitarbimist on pikka aega ravitud, on ka mõningaid amfetamiinitarbijate vajadustele kohandatud programme. Kesk- ja Ida-Euroopa riikides on ulatuslik probleemne amfetamiinitarbimine hiljutisem nähtus ja seal on ravisüsteemi arendatud peamiselt probleemsete opioiditarbijate vajadustest lähtuvalt, kuigi üha rohkem on hakatud tähelepanu pöörama ka amfetamiinitarbijate vajadustele. Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikides, kus probleemne amfetamiinide tarbimise tase on madal, on puudus spetsialiseeritud teenustest ja see võib takistada amfetamiinitarbijate ravile pääsemist (EMCDDA, 2010c).

2011. aastal teatas 12 riiki ravile pääseda soovivatele amfetamiinitarbijatele kavandatud spetsiaalsete raviprogrammide olemasolust, mis 2008. aastaga võrreldes märgib olulist tõusu. Tšehhi Vabariigi, Saksamaa, Leedu, Slovakkia ja Ühendkuningriigi spetsialistide hinnangul on need programmid kättesaadavad enamikule ravi vajavatest amfetamiinitarbijatest, ülejäänud seitsmes riigis on sellised programmid saadaval üksnes vähemuse jaoks. Bulgaaria ja Ungari teatasid, et eriprogrammid amfetamiinitarbijate jaoks kavatakse ellu viia järgmise kolme aasta jooksul.

Ambulatoorseses raviasutustes rakendatavad psühhosotsiaalsed sekkumised on peamine ravivõimalus amfetamiinitarbijate jaoks. Need hõlmavad motiveerivat

intervjueerimist, kognitiivset käitumisteraapiat, enesekontrollikoolitust ja käitumisalast nõustamist.

Seoses metamfetamiini- ja amfetamiinisõltuvusega on kõige põhjalikumalt uuritud selliseid psühhosotsiaalseid lähenemisviise nagu kognitiiv-käitumisteraapia ning edusammude tunnustamine, käsitledes neid vahel ka koos (Lee ja Rawson, 2008). Mõlemad lähenemisviisid näivad olevat andnud positiivseid tulemusi. Probleemsematele uimastitarbijatele, 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 antidepressante, rahusteid või antipsühhootilise toimega aineid; tavaliselt toimub see spetsiaalsete statsionaarsete ravikeskuste psühhiaatriaosakonnas.

Amfetamiinide kroonilisest tarbimisest tingitud kehvade psühhopatoloogiate puhul nähakse mõnikord ette pikaajalisem ravi antipsühhootiliste ainetega. Euroopa asjatundjad kinnitavad, et probleemsetel amfetamiinitarbijatel esinevad psühholoogilised sümptomid, nagu ennastkahjustav tegevus, vägivald, ärevus ja depressioon võivad vajada vaimse tervise terviklikku hindamist, ravi ja hoolikat järelevalvet. Selliseid juhtumeid käsitletakse sageli koos vaimse tervisega seotud teenuste osutajatega.

Amfetamiinisõltuvuse ravi käsitlevad uuringud

Võrreldes muude sõltuvust tekitavate ainete tarbijatega on amfetamiinisõltuvuse raviks mõeldud sekkumisteta taastumise tasemed amfetamiinitarbijatel kõrgemad ning kõnealuse aasta jooksul taastus igast kahest inimesest peaaegu üks (Calabria *et al.*, 2010).

Uuringud näitavad, et amfetamiini- ja metamfetamiinisõltuvust saab ravida mitme ravimiga, kuid raviviiside kohta on veel vaja põhjalikumaid tõendeid (Karila *et al.*, 2010). Kuigi modafiini, bupropiooni või naltreksooni ravis kasutamine on esitatud andmetel amfetamiini või metamfetamiini tarbimist vähendanud, on siiski vaja täiendavaid uuringuid, et välja selgitada nende ainete võimalik roll amfetamiinidest sõltuvuses olevate patsientide ravis.

Deksamfetamiin ja metüülfenidaat pakuvad samuti teatavaid amfetamiini ja metamfetamiini asendusravi võimalusi. Katseuuringu tulemused kinnitavad, et deksamfetamiin võib suurendada amfetamiinisõltlaste huvi ravi vastu (Shearer *et al.*, 2001), kuna hiljutises katses osalenud patsientide hulgas suurendas pikatoimeline deksamfetamiin patsientide ravil püsimist ja vähendas metamfetamiinisõltuvuse taset (Longo *et al.*, 2010). Randomiseeritud uuring tõestas, et

tugeva amfetamiinisõltuvuse korral aitab metüülfenidaat tõhusalt vähendada uimasti veenisisest kasutamist (Tiihonen *et al.*, 2007).

Gammahüdroksübutüraadi sõltuvus ja selle ravi

Sõltuvus gammahüdroksübutüraadist (GHB) on tunnustatud kliiniline seisund, mille võõrutusnähtud võivad olla väga tõsised, kui uimastist pärast selle korrapärasest või kroonilist 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).

Tänapäevani on uuringutes keskendunud üksnes GHB võõrutusnähtude ja sellega seotud komplikatsioonide kirjeldamisele, mida võib olla hädaolukorras raske ära tunda (van Noorden *et al.*, 2009). Kõnealused sümptomid võivad hõlmata rahutust, ängistust, unetust ja ärevust. Uimastist loobuvatel patsientidel võib tekkida ka psühhoos või deliirium. Mõõdukate võõrutusnähtude puhul piisab ambulatoorsest ravist, muudel juhtudel soovitatakse statsionaarset järelvalvet. Seni ei ole GHB võõrutusnähtude raviks standardprotokolle koostatud.

Enimlevinud ravimid GHB kasutamisega seotud akuutsete probleemide raviks on bensodiasepiinid ja barbituraadid. Madalmaades uuritakse praegu farmakoloogilise GHB kohandatud doosi kasutamise võimalusi GHB kontrollitud võõrutusravis.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

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 integreeritud pidevaid tarbijaid ning marginaalsemaid ja sageli sõltuvuses olevaid tarbijaid, kes süstivad kokaiini või kasutavad crack-kokaiini.

Pakkumine ja kättesaadavus

Tootmine ja kaubitsemise

Kokaiini saadakse kokapõõsast, mille kasvatamine on jätkuvalt koondunud kolme Andide piirkonna riiki: Colombiasse, Perusse ja Boliiviasse. UNODC (2012) hinnangul kasvatati

2010. aastal kokapõõsaid kokku 149 000 hektaril, mis tähendab 6% vähenemist võrreldes 2009. aastal hinnanguliselt kasutuses olnud 159 000 hektariga. Sellist vähenemist on suurel määral seostatud kokapõõsaste all oleva pindala vähenemisega Colombias, mille mõju on küll osaliselt kahandanud sellise pindala suurenemine Peruus ja Boliivias. Kõnealused 149 000 hektarit kokapõõsaid võimaldavad toota 788–1060 tonni puhast kokaiini, võrreldes hinnanguliselt 842–1111 tonniga 2009. aastal (UNODC, 2012; vt ka tabel 7).

Suurem osa kokalehtede kokaiini vesinikkloriidiks muutmise protsessist toimub Colombias, Peruus ja Boliivias, kuid seda võidakse teha ka muudes riikides. Colombia tähtsust kokaiiniproduktina kinnitavad ka andmed likvideeritud laborite ja kaaliumpermanganaadi, kokaiini vesinikkloriidi sünteesimisel kasutatava reaktiivi konfiskeerimiste kohta. 2010. aastal likvideeriti Colombias 2623 kokaiinilaborit (UNODC, 2010) ja konfiskeeriti kokku

Tabel 7. Kokaiini ja crack-kokaiini tootmine, konfiskeerimised, hind ja puhtus

	Kokaiinipulber (hüdrokloriid)	Crack (kokaiini lähteaine) (1)
Hinnanguline ülemaailmne toodang (puhas kokaiin tonnides)	788–1060	Andmed puuduvad
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (kokaiin tonnides, puhtus teadmata)	694	Andmed puuduvad
ELis ja Norras konfiskeeritud kogused (tonnides) (sh Horvaatias ja Türgis)	61 (61)	0,07 (0,07)
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sh Horvaatias ja Türgis)	86 000 (88 000)	7000 (7000)
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartilhaare) (2)	45–144 (49,9–73,4)	49–58
Keskmine puhtus (%) Vahemik (Kvartilhaare) (2)	22–55 (27,9–45,9)	10–62

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

(2) Teatatud andmete keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2010. aasta kohta.

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

26 tonni kaaliumpermanganaati (81% ülemaailmsetest konfiskeerimistest) (INCB, 2012a).

Euroopasse veetakse kokaiinisaadetisi ilmselt läbi enamiku Lõuna- ja Kesk-Ameerika riikide, kuigi põhiliselt läbi Argentina, Brasiilia, Ecuadori, Mehhiko ja Venezuela. Uimasti ümberlaadimisel selle Euroopasse vedamiseks kasutatakse sageli ka Kariibi mere saari. Viimastel aastatel on avastatud alternatiivseid marsruute läbi Lääne-Aafrika (EMCDDA ja Europol, 2010) ja Lõuna-Aafrika (INCB, 2012b).

Kokaiini peamised sissetoomiskohad Euroopas on ilmselt Madalmaad, Portugal ja Belgia. 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). Üha sagedamini veetakse kokaiini läbi Kagu- ja Ida-Euroopa, eelkõige mööda Balkani marsruute (INCB, 2012b) ning Läti ja Leedu sadamatesse. 2010. aastal konfiskeeriti ebatavaliselt suured kokaiinikogused eelkõige Eestis, Lätis, Leedus ja Türgis.

Konfiskeerimised

Kokaiin on kanepiürdi ja kanepivaigu järel maailmas kõige enam kaubitsetud narkootikum. 2010. aastal jäid maailmas konfiskeeritud kokaiinikogused üldiselt stabiilseks, püüdes 694 tonni piires (tabel 7) (UNODC, 2012). Lõuna-Ameerikas konfiskeeriti jätkuvalt kõige suurem kogus kokaiini, mis moodustas 52% kogu maailma kogusest, järgnesid Põhja-Ameerika 25%-ga ja Euroopa 9%-ga (UNODC, 2012).

Kokaiini konfiskeerimiste arv Euroopas, mis pärast 20 aastat kestnud tõusu kerkis 2008. aastal umbes 100 000 juhtumiga tipptasemele, langes 2010. aastal taas hinnanguliselt 88 000 juhtumile. Konfiskeeritud kokaiini koguhulk oli kõige suurem 2006. aastal ning vähenes poole võrra 2009. aastal, moodustades 59 tonni, mille põhjuseks oli eelkõige Hispaanias ja Portugalis konfiskeeritud koguste vähenemine ⁽⁷¹⁾. 2010. aastal Euroopas konfiskeeritud kokaiinikogused veidi kasvasid, ulatudes hinnanguliselt 61 tonnini ja selle põhjuseks oli peamiselt konfiskeerimiste oluline vähenemine Belgias ning langeva trendi peatumine Portugalis ja Hispaanias. Hispaania teatas ka 2010. aastal jätkuvalt niihästi kõige suuremast konfiskeeritud kokaiinikogusest kui ka kõige suuremast konfiskeerimiste arvust Euroopas.

Puhtus ja hind

2010. aastal jäi analüüsitud kokaiininäidiste keskmine puhtus pooltes andmeid esitanud riikides vahemikku 27–46%. Madalaimatest näitajatest teatasid Ungari (22%), Taani ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales) (mõlemal jaemüügis vaid 24%), ning kõige kõrgemad näitajad olid Belgial (55%), Türgil (53%) ja Madalmaadel (52%) ⁽⁷²⁾. Piisavaid andmeid kokaiini puhtuse suundumuste analüüsimiseks ajavahemikus 2005–2010 esitasid 23 riiki, kellest 17 teatasid vähenemisest ja kolm stabiliseerumisest või kasvust (Saksamaa, Läti, Portugal). Kokkuvõttes vähenes kokaiini puhtus aastatel 2005–2010 Euroopa Liidus hinnangutel keskmiselt 22% ⁽⁷³⁾.

Enamikus 2010. aastal andmeid esitanud riikides jäi kokaiini keskmine jaehind vahemikku 49–74 eurot gramm. Madalmaades ja Poolas oli see kõige madalam (45 eurot), Luksemburgi teatatud hind oli kõige kõrgem (144 eurot). 23-st võrdluseks piisavalt andmeid esitanud riigist 20 teatasid jaehinna stabiliseerumisest või langusest aastatel 2005–2010. Nimetatud ajavahemikus vähenes kokaiini jaehind Euroopa Liidus hinnangutel keskmiselt 18% ⁽⁷⁴⁾.

Üdlennunduse kasutamine ebaseaduslikuks uimastikaubanduseks

Viimastel aastatel on uimastite salakaubavedu õhu teel kujunenud suureks probleemiks, kusjuures UNDOC (2011b) teatel on enamik heroini, kokaiini ja amfetamiini tüüpi stimulantidest saabunud Aafrikast Euroopasse lennutranspordiga. Euroopa Nõukogu Pompidou rühma lennujaamarühm moodustati selleks, et arendada ja ühtlustada abivahendeid ja süsteeme, mis aitaksid Euroopa lennujaamades paremini uimasteid avastada. Maailma Tolliorganisatsiooni jälitustegevuse Lääne-Euroopa sideasutuste abil vaatavad 35 peamiselt Euroopas paikneva riigi ametnikud igal aastal läbi õhustranspordi ja postiteenustega seotud konfiskeerimisandmed. 2010. aastal konfiskeerisid osalevate riikide tollitöötajad lennujaamades ja postiasutustes ligikaudu 15 tonni ebaseaduslike uimasteid, millest üle poole moodustas kokaiin.

Üdlennundus, st mitteäriksel eesmärkil lende sooritavad keskmise suurusega ja kerged lennukid, mis kasutavad tavaliselt väikeseid lennuvälju, on kerkinud tähelepanu orbiiti, sest kuritegelikud organisatsioonid võivad kasutada seda transpordiliiki uimastikaubanduses. Lähememisiiside ühtlustamiseks avaldas lennujaamarühm 2003. aastal üdlennunduse kontrolli korraldamise ja läbiviimise käsiraamatu. Reageerides Euroopa Liidu Nõukogu 2010. aasta järeldustele, kus kutsuti liikmesriike selle riskiga tegelema, moodustas ka lennujaamatöörühm alltöörühma, mis on koostanud 20 riskinäitajat, mis iseloomustavad kõige paremini üdlennunduse kasutamist uimastitega ebaseaduslikuks kauplemiseks.

⁽⁷¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid SZR-9 ja SZR-10.

⁽⁷²⁾ Andmeid puhtuse ja hinna kohta vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelitest PPP-3 ja PPP-7.

⁽⁷³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis PPP-2.

⁽⁷⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis PPP-1.

Tarbimise levimus ja harjumused

Mõnes Euroopa riigis paljud inimesed üksnes proovivad kokaiini üks või kaks korda (Van der Poel *et al.*, 2009). Kokaiini regulaarsemalt ja intensiivsemalt tarbivad inimesed jagunevad kahte suuremasse rühma. Esimesse rühma kuuluvad sotsiaalselt integreeritud tarbijad, kes kasutavad tavaliselt kokaiini nädalalõppudel, pidudel või muudel erijuhtudel, tarbides seda vahel suurtes kogustes. Paljud sellised kokaiinitarbijad kontrollivad oma uimastitarbimist, kehtestades endale reeglid näiteks kasutatava koguse, kasutamissageduse või -konteksti kohta. Teise rühma moodustavad kokaiini ja crack'i intensiivsed tarbijad, kes kuuluvad sotsiaalselt tõrjutumatesse või ebasoodsamas olukorras rühmadesse, mis hõlmavad endisi või praegusi opioiditarbijaid, kes tarbivad crack'i või süstivad kokaiini.

Kokaiinitarbimine rahvastikus

Viimase kümne aasta jooksul on kokaiin end Euroopas kehtestanud kui kõige enam tarvitatav ebaseaduslik stimulant, olgugi et suurem osa tarbijatest asub üksikutes kõrge levimusega riikides, millest mõnes on suur rahvaarv. Hinnanguliselt on vähemalt korra elus kokaiini tarbinud ligikaudu 15,5 miljonit eurooplast ehk keskmiselt 4,6% täiskasvanutest vanuses 15–64 aastat (vt andmete kokkuvõtet tabelist 8). Riikide näitajad jäävad vahemikku 0,3–10,2%, 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%). Hiljutiste riiklike uuringute kohaselt jääb viimase aasta tarbimise hinnanguline levimus vahemikku 0,1–2,7%. 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 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 kaheksa miljonit ehk keskmiselt 6,3% noortest täiskasvanutest (15–34aastastest) vähemalt korra elus kokaiini kasutanud. Riikide näitajad jäävad vahemikku 0,7–13,6%. Euroopa keskmine hinnanguline tarbimine viimase aasta jooksul on selles vanuserühmas 2,1% (umbes kolm miljonit inimest) ja viimase kuu jooksul 0,8% (üks miljon inimest).

Reovee analüüsimine: 19 linna uuring

Kanalisatsiooni epidemioloogiliste uuringute läbiviimine ehk reovee analüüsimine on kiirelt arenev teadusharu, mis võimaldab jälgida ebaseadusliku uimastitarbimisega seotud elanikkonnaosa suundumusi. Võttes proove reovee allikast, näiteks reovee puhastusjaama sissevoolust, saavad teadlased hinnata kogukonna tarbitud uimastite üldkogust, mõõtes ebaseadusliku uimasti ainevahetussaaduse kogust väljutatud uriinis.

2011. aasta märtsis koguti ja analüüsiti Euroopa katseuuringu käigus 19 linna proove 12 Euroopa riigis (¹), mis kokku esindasid ligikaudu 15 miljonit eurooplast (Thomas *et al.*, avaldamisel).

Kokaiini tarbimise hindamiseks mõõdeti kokaiini ainevahetuse saaduse bensoöülekononiini sisaldust reovees. Tulemused olid linnade ja riikide lõikes väga erinevad. Kõige kõrgemad määrad leiti Belgia ja Madalmaade linnade reoveest, kus hinnanguline kokaiinitarbimine kogukonnas jäi vahemikku 500–2000 milligrammi 1000 elaniku kohta päevas. Kõige madalamaks hinnati tarbimismäärad Põhja- ja Ida-Euroopa riikides (2–146 milligrammi 1000 elaniku kohta päevas). Enamikus linnades suurenes kokaiinitarbimismäär nädalalõppudel, viidates selle uimasti kasutamisele meelelahutuslikul eesmärgil.

Reoveeuuringute andmete tõlgendamisel tuleks olla siiski ettevaatlik. Linnapõhise ühekordse uuringu tulemusi ei saa ekstrapoleerida selliselt, et need esindaksid riikide tarbimismäärasid. Lisaks ei pruugi erinevate linnade tulemused olla alati võrreldavad valimite erinevuste ja laboritevaheliste mõõtmiste usaldusväärsusega seotud mõõtemääramatuse tõttu. Olgugi et sellised uuringud ei anna üksikasjalikke levimusandmeid, mida võib saada uimasteid käsitlevate uuringutega (nt tarbimine elu jooksul, hiljuti, praegu), võimaldavad need objektiivselt ja ajakohaselt hinnata sihtrühmaks olevate elanikkonnaosade ebaseaduslike uimastite tarbimist ning on seetõttu kasulik täiendus juba olemasolevatele seirevahenditele.

(¹) Täpsem teave EMCDDA veebisaidil.

Tarbimine on eriti kõrgel tasemel noorte (15–34aastaste) meeste hulgas, kelle puhul jäi viimase aasta jooksul tarbimise levimus Taanis, Iirimaa, Hispaanias, Itaalias ja Ühendkuningriigis vahemikku 4–6,5% (⁷⁵). Andmeid esitanud riikidest kuuteistkümnes oli meeste ja naiste suhe kokaiinitarbimise viimase aasta levimuses noorte täiskasvanute seas vähemalt kaks ühele (⁷⁶).

Suunatud uuringud tõstsid esile sagedasema kokaiinitarbimise regulaarselt klubisid ja muid lõbustusasutusi külastavate noorte seas. Näiteks teatasid 2010. aastal Amsterdamis pubide külastajate uuringus osalenud, et viimase aasta kokaiinitarbimise levimus nende seas oli 24%. Tšehhi Vabariigis 2010. aastal elektroonilise tantsumuusikakanali küsimustikule vastanud

(⁷⁵) Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis GPS-13.

(⁷⁶) Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel GPS-5 (iii osa ja iv osa).

Tabel 8. Kokaiinitarbimise levimus rahvastikus – andmete kokkuvõte

Vanuserühm	Kasutamise ajavahemik		
	Elu jooksul	Eelmise aasta jooksul	Eelmise kuu jooksul
15–64aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	1,5 miljonit	4 miljonit	1,5 miljonit
Euroopa keskmine	4,6%	1,2%	0,5%
Vahemik	0,3–10,2%	0,1–2,7%	0,0–1,3%
Madalaima levimusega riigid	Rumeenia (0,3%) Leedu (0,5%) Kreeka (0,7%) Poola (0,8%)	Kreeka, Rumeenia (0,1%) Ungari, Poola, Leedu, Soome (0,2%) Tšehhi Vabariik (0,3%)	Rumeenia, Kreeka, Soome (0,0%) Tšehhi Vabariik, Rootsi, Poola, Leedu, Eesti (0,1%)
Kõrgeima levimusega riigid	Hispaania (10,2%) Ühendkuningriik (8,9%) Itaalia (7,0%) Iirimaa (6,8%)	Hispaania (2,7%) Ühendkuningriik (2,2%) Itaalia (2,1%) Iirimaa (1,5%)	Hispaania (1,3%) Ühendkuningriik (0,8%) Küpros, Itaalia (0,7%) Austria (0,6%)
15–34aastased			
Hinnanguline tarbijate arv Euroopas	8 miljonit	3 miljonit	1 miljonit
Euroopa keskmine	6,3%	2,1%	0,8%
Vahemik	0,7–13,6%	0,2–4,4%	0,0–2,0%
Madalaima levimusega riigid	Leedu, Rumeenia (0,7%) Kreeka (1,0%) Poola (1,3%) Tšehhi Vabariik (1,6%)	Kreeka, Rumeenia (0,2%) Poola, Leedu (0,3%) Ungari (0,4%) Tšehhi Vabariik (0,5%)	Rumeenia, Soome (0,0%) Kreeka, Poola, Leedu, Norra (0,1%) Tšehhi Vabariik, Ungari, Eesti (0,2%)
Kõrgeima levimusega riigid	Hispaania (13,6%) Ühendkuningriik (12,8%) Iirimaa (9,4%) Taani (8,9%)	Hispaania (4,4%) Ühendkuningriik (4,2%) Itaalia (2,9%) Iirimaa (2,8%)	Hispaania (2,0%) Ühendkuningriik (1,6%) Küpros (1,3%) Itaalia (1,1%)
NB!	Hinnang Euroopa kohta on välja arvatud levimuse riiklike hinnangute põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Selleks, et arutada välja hinnanguline uimastitarbijate koguarv Euroopas, kohaldatakse ELi keskmist nende riikide suhtes, kelle kohta puuduvad levimust käsitlevad andmed (esindavad mitte rohkem kui 3% sihtühma kuuluvast rahvastikust elu jooksul tarbimise ja viimase aasta tarbimise puhul, kuid 18% viimase kuu hinnangulise tarbimise puhul). Aluseks võeti järgmised elanikkonna rühmad: 15–64aastased: 338 miljonit; 15–34aastased: 130 miljonit. Kuna Euroopa kohta antud hinnangud põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2004–2010/2011 (peamiselt 2008–2010), ei käi need ühe aasta kohta. Käesolevas tabelis kokkuvõtlikult esitatud andmed on saadaval 2012. aasta statistikabülletääni osas „Üldised rahvastiku-uuringud“.		

enam kui 1000 inimesest teatas 29%, et nad on viimase 12 kuu jooksul kokaiini tarvitanud. Üks 2011. aastal Ühendkuningriigis korraldatud veebiuuring näitas, et enam kui 7000 vastanust 42% olid eelmise aasta jooksul kokaiini tarbinud (Mixmag, 2012).

Kokaiini tarbimine lõbustusasutustes on tugevalt seotud alkoholi ja ebaseaduslike uimastite tarbimisega. Üheksa riigi rahvastiku-uuringute andmetel on kokaiinitarbimise levimus kohati rohkelt alkoholi tarbivate inimeste seas kaks kuni üheksa korda suurem⁽⁷⁷⁾ kui rahvastikus üldiselt (EMCDDA, 2009b). Briti 2010/2011. aasta kuritegevuse uuringust nähtub, et regulaarselt alkoholi tarvitavate täiskasvanute jaoks on kokaiinitarbimine tõenäoliselt vastuvõetavam kui nende täiskasvanute jaoks, kes tarvitavad alkoholi harva või üldse mitte; lisaks sellele tuvastati side ööklubide ja pubide külastamise sageduse suurenemise ning kasvava kokaiinitarbimise vahel.

Rahvusvahelised võrdlused

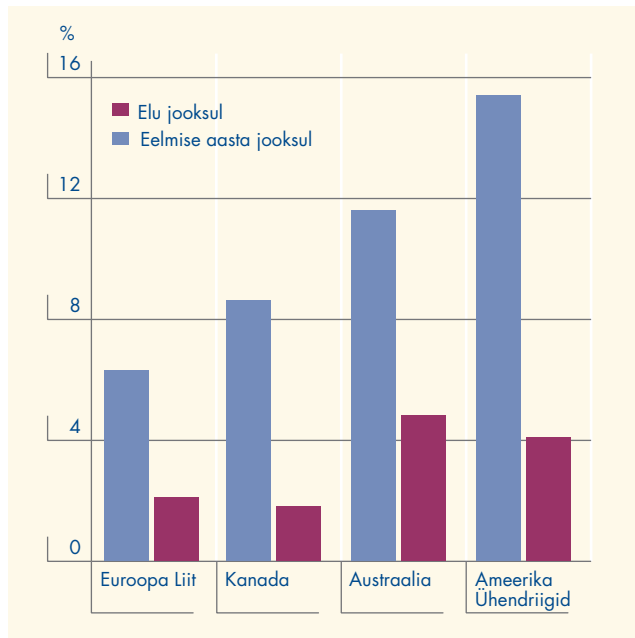
Võrreldes maailma mõnede teiste osadega, mille kohta on olemas usaldusväärsed andmed, on hinnanguliselt kokaiinitarbimise viimase aasta levimus Euroopa noorte täiskasvanute hulgas (2,1%) madalam kui noorte täiskasvanute tarbimismäärad Austraalias (4,8%) ja Ameerika Ühendriikides (4,0% 16–34aastaste vanuserühmas), kuid küllaltki lähedane Kanada teatatud näitajale (1,8%). Kahe Euroopa riigi, Hispaania (4,4%) ja Ühendkuningriigi (4,2%) tarbimismäär on lähedane Austraalia ja Ameerika näitajatele (joonis 9).

Kokaiinitarbimine kooliõpilaste hulgas

ESPADi viimase kooli-uuringu andmetel jääb 24 uuringus osalevast ELi liikmesriigist, Horvaatiast ja Norrast 13 riigis kokaiinitarbimine elu jooksul 15–16aastaste vanuserühmas vahemikku 1–2%. Ülejäänud 12 riigist kõik peale ühe on teatanud levimustasemeks 3–4%. Ühendkuningriigi

⁽⁷⁷⁾ Kohatise rohke alkoholitarbimise (pummeldamise) all mõistetakse siinkohal kuue või enama klaasi alkohoolse joogi tarbimist ühe ürituse käigus vähemalt korra nädalas viimase aasta jooksul.

Joonis 9. Viimase aasta ja elu jooksul kokaiinitarbimise levimus noorte täiskasvanute (vanuses 15–34 aastat) seas Euroopas, Austraalias, Kanadas ja Ameerika Ühendriikides



NB! Euroopa prognoosid on välja arvatud levimuse riiklike prognooside põhjal, kaaludes neid asjaomasesse vanuserühma kuuluva rahvastikuga igas riigis. Kuna Euroopa prognoosid põhinevad uuringutel, mis korraldati ajavahemikus 2004 kuni 2010/2011 (peamiselt 2008–2010), ei viidata neis ühele aastale. Väljaspool Euroopat asuvate riikide uuringud viidi läbi 2010. aastal. USA uuringus osalenute vanusevahemik oli 16–34 aastat (algandmete põhjal ümber arvatud).

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

ESPADi uuringu ja inglise riikliku kooliuuringu andmetel on Ühendkuningriigis tarbimismäär 5% (⁷⁸). Hispaanias oli see riikliku kooliuuringu kohaselt 3%. Võrdluseks võib märkida, et Ameerika Ühendriikides on sama vanuserühma hinnanguline elu jooksul tarbimine 3%. Kätesaadavad andmed vanemate kooliõpilaste kohta (17–18aastased) näitavad, et nende elu jooksul kokaiinitarbimise levimus on üldiselt kõrgem, ulatudes Hispaanias 7%-ni (⁷⁹).

Kokaiinitarbimise suundumused

Väikeses rühmas Euroopa riikides, kus levimustasemed on kõige kõrgemad, võis rohkem kui kümne aasta jooksul näha tõusutendentsi, mis tipnes aastatel 2008–2009. Kuid hiljutistes uuringutes täheldatud positiivsed märgid suurendavad võimalust, et kõnealuse uimasti populaarsus on neis riikides kahanema hakanud. Meelelahutusasutustes läbi viidud kvalitatiivsed uuringud viitavad samuti kokaiini kui kõrge positsiooniga uimasti kuvandi võimalikule muutumisele (Taanis ja Madalmaades).

Seitsmes andmeid esitanud riigis oli kokaiini viimase aasta levimus noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas Euroopa keskmisest (2,1%) kõrgem (⁸⁰). Oma viimases uuringus täheldasid Taani, Iirimaa, Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriik langust või stabiliseerumist noorte täiskasvanute viimase aasta kokaiinitarbimises, mis läheb kokku Kanadas ja Ameerika Ühendriikides valitseva suundumusega, kuid erineb Austraaliast, kes teatas tõusutrendist (joonis 10). Kahest muust kõrgeima levimusega riigist teatas Küpros oma viimase uuringu põhjal tõusust 0,7%-lt 2006. aastal 2,2%-le 2009. aastal; Madalmaade andmetel oli nende viimase aasta kokaiinilevimus noorte täiskasvanute hulgas 2009. aastal 2,4%, kuid meetodika muutmise tõttu ei ole võrdlus varasemate aastatega asjakohane.

12 muus riigis, kus viidi läbi kolm kordusuuringut, on kokaiinitarbimine suhteliselt madalal ja enamasti stabiilsel tasemel. Võimalikud erandid on siinkohal Bulgaaria, Prantsusmaa ja Rootsi, kes on teatanud tõusumärkidest, ning Norra, kus paistab olevat langustendents. Tuleb aga meeles pidada, et madala levimuse korral tuleb väikesi muutusi tõlgendada ettevaatlikult. Bulgaarias tõusis kokaiini viimase aasta jooksul tarbimise määr noorte täiskasvanute seas 0,7%-lt 2005. aastal 1,5%-ni 2008. aastal, Prantsusmaal 1,2%-lt 2005. aastal 1,9%-ni 2010. 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.

2011. aastal ja ka 1995. või 1999. aastal ESPADi uuringus osalenud 23 riigist teatas 18 kokaiinitarbimise tõusust elu jooksul 1–3 protsendipunkti võrra, samas langust ei täheldanud ükski riik. Kuigi levimuse tasemed jäävad kõikjal madalaks, nõuab riikide üldine tõusutendents valvsust.

Kokaiinitarbimise mõju tervisele

Kokaiinitarbimise mõju tervisele kaldutakse tõenäoliselt alahindama. See võib tuleneda pikaajast kokaiinitarbimisest tekkinud patoloogiate sageli mittespetsiifilisest või kroonilisest laadist (vt 7. peatükk). Korrapärane kokaiinikasutamine, sealhulgas ninnatõmbamine, võib olla seotud südame-veresoonkonna, neuroloogiliste ja psühhiaatriliste probleemidega, suurendada õnnetuste riski ning nakkushaigustesse nakatumist kaitsmata vahekorra (Brugal *et al.*, 2009) ja võimalik, et ka kõrte jagamise tõttu (Aaron *et al.*, 2008). Kõrge kasutustasemega riikides tehtud uuringud osutavad, et märkimisväärne osa noorte inimeste südameprobleeme võib olla seotud kokaiinitarbimisega.

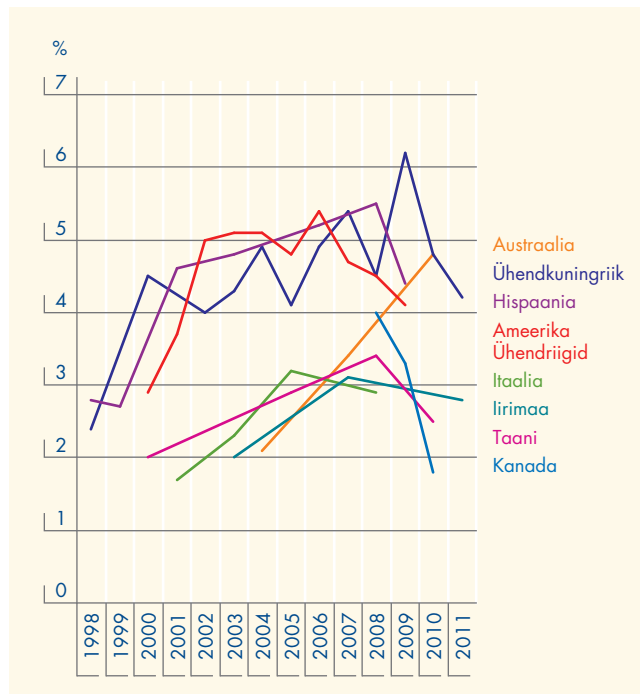
⁽⁷⁸⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel EYE-11.

⁽⁷⁹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid EYE-10–EYE-30.

⁽⁸⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel GPS-2.

⁽⁸¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis GPS-14 (i osa)

Joonis 10. Viimase aasta suundumused kokaiinitarbimise levimuses noorte täiskasvanute (15–34aastased) seas viies suurima tarbimisega Eli liikmesriigis, Austraalias, Kanadas ja Ameerika Ühendriikides



NB! Lisateabe saamiseks vt 2012. a statistikabülletääni joonis GPS-14 (ii osa). Väljaspool Euroopat tehtud uuringute vanusevahemikud on järgmised: Ameerika Ühendriigid: 16–34aastased; Kanada: 15–34aastased; Austraalia: 2010. aastal 15–34aastased, varasemate uuringute puhul 14–39aastased. Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Kokaiini süstimist ja crack'i kasutamist seostatakse kokaiinitarbijate kõige suuremate terviseriskidega, sealhulgas südame-veresoonkonna ja vaimse tervise probleemidega (EMCDDA, 2007a). Haiglate esmaabiosakondade värsked andmed Hispaaniast näitavad ka süstivate või suitsetavate uimastitarbijate ülesindatust kokaiini laiemas tarbijaskonnaga võrreldes.

Probleemne kokaiinitarbimine

Kokaiinitarbimise kõige kahjulikumad vormid on selle uimasti regulaarne või pika aja vältel tarbimine või kasutamine süstimise teel. Kuna ühegi Euroopa riigi probleemset kokaiinitarbimist ei ole viimasel ajal riigi tasandil kaudselt hinnatud, saab kokaiinitarbimise kahjulikumate vormide kohta teavet peamiselt sellistest allikatest nagu rahvastiku-uuringud, andmed ravi alustavate uimastitarbijate kohta ja crack-kokaiini tarbimist käsitlevad uuringud.

Kokaiiniga seotud erakorralise haiglaravi vajadus: varajase sekkumise võimalus?

Hiljuti Euroopa kohta koostatud ülevaates tõdeti, et alates 1990. aastate lõpust on kokaiiniga seotud erakorralise haiglaravi vajadus kolm korda kasvanud, jõudes tippnäitajateni 2008. aasta paiku Ühendkuningriigis ja Hispaanias (Mena et al., avaldamisel). See vastab tarbimise levimuse tendentsile rahvastiku seas üldiselt ja andmetele kokaiiniga seotud surmade kohta. Kuuest riigist, kes aastatel 2008–2010 teatasid seoses kokaiiniga erakorralise haiglaravi vajaduse kõige kõrgematest näitajatest, on viies (Taani, Iirimaa, Hispaania, Madalmaad, Ühendkuningriik) kokaiini levimus Euroopa keskmisest kõrgem. Levimuse andmetega on kooskõlas ka see tõsiasi, et enamik kokaiiniga seotud erakorralise haiglaravi vajajatest olid noored täiskasvanud ja neist kaks kolmandikku olid mehed.

Mõned Euroopa riigid on nüüd sisse seadnud kokaiiniga seotud kahjude seire, kasutades haiglate esmaabiosakondadesse sattunud isikute ja patsientide ravile paigutamise kohta kogutud andmeid. Haigusjuhtumite andmed võivad pärineda ka toksikoloogiaosakondadest, uimastitarbijatele esmaabiteenuste osutajatel, mürgistusteabekeskustesse tehtud telefonikõnedest või politsei narkorühmade aruannetest. Eriti põhjalikke andmeid koguvad Hispaania ja Madalmaad. Muud riigid kasutavad sageli haiglate valikul põhinevaid kontrollsüsteeme.

Kuigi Euroopa erakorralise haiglaravi vajadust käsitlev andmepilt on kirju, on see kasulikult abivahendiks suundumuste väljaselgitamisel ja heidab ka valgust suure uurimispotentsiaaliga valdkonnale, mis hõlmab hindamist, varajast sekkumist ning tuhandete kokaiinitarbijate ravile suunamist igal aastal.

Mitu riiki on kogunud andmeid intensiivse kokaiinitarbimise kohta rahvastiku-uuringute kaudu. Need uuringud ei kajasta tavaliselt marginaalsemaid tarbijaid, kuid võimaldavad jõuda sotsiaalselt integreeritud intensiivsete kokaiinitarbijateni. Hispaania 2009. aasta rahvastiku-uuringus mõõdeti tarbimissagedust ja leiti, et riigis on hinnanguliselt rohkem kui 140 500 intensiivset kokaiinitarbijat⁽⁸²⁾, seega ligi 4,5 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Norras Oslos korraldatud uuringus vaadeldi mitme erineva uuringuga (kogu elanikkond, kinnipeetavad ja süstivad uimastitarbijad) mõõdetud tarbimissagedust ning tuvastati 1600–2000 probleemset kokaiinitarbijat⁽⁸³⁾, seega neli juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Saksamaal hinnati kokaiiniga seotud probleemide levimust uurides teatavat sõltuvusskaalat kasutades „tõsiseks“ kaks juhtumit iga 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas.

⁽⁸²⁾ Määratletud kas isikutena, kes olid üle 20aastased ja olid kasutanud kokaiini vähemalt 30 päeval viimase aasta jooksul või vähemalt 10 päeval viimase kuu jooksul või isikutena, kes olid alla 20aastased ja olid kasutanud kokaiini 10 või enamal päeval viimase aasta jooksul või vähemalt ühel päeval viimase kuu jooksul.

⁽⁸³⁾ Määratletud isikutena, kes kasutasid uimastit rohkem kui üks kord nädalas.

Crack'i kasutamine sotsiaalselt integreeritud kokaiinitarbijate hulgas on väga ebatavaline ning levinud peamiselt marginaliseerunud ja ebasoodsas olukorras olevate rühmade seas, näiteks seksitöötajad ja probleemsed opioiditarbijad. Euroopas on see enamasti linnades esinev nähtus (Connolly *et al.*, 2008; Prinzleve *et al.*, 2004) ja on märke selle väga madalast üldisest levimusest. Londonis peetakse crack'i kasutamist linna uimastiprobleemi väga oluliseks osaks. Piirkondlikud hinnangud crack'i kasutamise kohta on kättesaadavad üksnes Inglismaa kohta, kus aastatel 2009–2010 hinnati probleemsete crack'i-tarbijate arvuks 184 000 ehk 5,5 (5,2–5,7) tarbijat iga 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Esitatud andmetel kasutavad paljud crack'i-tarbijad ka opioide.

Ravinõudlus

Täpsema ülevaate probleemsetest 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 (Reynaud-Maurupt ja Hoareau, 2010).

Kokaiini, peamiselt kokaiinipulbrit, nimetas 2010. aastal ravilemineku peamise põhjusena ligikaudu 15% ravi alustanud uimastitarbijatest. Esimest korda ravi alustavate isikute hulgas on peamise uimastina kokaiini kasutavate uimastitarbijate osakaal suurem (21%).

Peamiselt kokaiini tarbivate patsientide osakaalu ja arvu poolest on riikide lõikes suuri erinevusi: nende osakaal on suurim Hispaanias (44%), Itaalias (29%) ja Madalmaades (26%). Belgias, Lirimaa, Küprosel, Luksemburgis, Maltal, Portugalis ja Ühendkuningriigis moodustavad kokaiinipatsiendid 10–15% kõigist uimastiravipatsientidest. Mujal Euroopas moodustavad kokaiinitarbijaid narkomaaniaravi alustajatest 10% või vähem ja seitsmes aruandvas riigis on vähem kui 1% kõigist ravialustajatest märkinud oma peamiseks uimastiks kokaiini. Viie riigi (Hispaania, Saksamaa, Itaalia, Madalmaad, Ühendkuningriik) arvele langeb umbes 90% kõigist 29 Euroopa riigi teatatud kokaiinipatsientidest⁽⁸⁴⁾.

Aastatel 2005–2010 andmeid esitanud 25 riigis on peamise uimastina kokaiini kasutavate ravialustajate arv kasvanud kuni 2008. aastani (55 000 kliendilt 71 000 kliendile), misjärel see 2009. aastal stabiliseerus (70 000) ja 2010. aastal veidi vähenes (67 000)⁽⁸⁵⁾.

Ajavahemikus, mis jääb aastate 2007–2008 ja 2010 vahele, vähenes kokaiinipatsientide arv 13 riigis, kusjuures mõned riigid (Hispaania, Madalmaad, Portugal, Ühendkuningriik) on teatanud kuni 40% tõusust esimest korda elu jooksul ravi alustajate arvus. Madalmaades on kokaiinipatsientide arv ajavahemikus 2009–2010 vähenenud, ent taas ravile tulnud kokaiinitarbijate arv, eriti kui nad on märkinud oma teiseks uimastiks opioideid, on püsunud stabiilsena (Ouweland *et al.*, 2011).

Ambulatoorset ravi saavate patsientide profiil

Peamiselt kokaiini tõttu ambulatoorset ravi alustavate patsientide seas on suur meeste ülekaal (umbes viis meest ühe naise kohta) ja nende keskmine vanus (ligikaudu 33 aastat) on narkomaaniaravi patsientide hulgas üks kõrgemaid. Kokaiini peamise uimastina tarbivate isikute sõnul alustasid nad kõnealuse uimasti kasutamist keskmiselt 22aastaselt ning 87% neist tegi seda enne 30. eluaastat⁽⁸⁶⁾.

Enamiku kokaiini tõttu ravil viibivate isikute sõnul on uimasti peamine manustamisviis selle ninnatõmbamine (65%) või suitsetamine (27%). Süstimine on peamine tarbimisviis vaid 6%-l ravialustest. Peaaegu pooled kokaiini tõttu ravil viibivatest isikutest olid kasutanud uimastit raviletulekule eelneva kuu jooksul kuni kuus korda nädalas, umbes veerand oli seda kasutanud igal päeval ja ülejäänud veerand ei olnud kokaiini kõnealuse aja jooksul tarbinud või oli seda teinud üksnes juhuslikult⁽⁸⁷⁾.

Kokaiini kasutatakse sageli koos muude uimastite, eriti alkoholi, kanepi, muude stimulantide ja heroiiniga. Madalmaades 2011. aastal tehtud analüüsi kohaselt kasutab enamik kokaiini koos mõne muu ainega (64%), enamasti alkoholiga (Ouweland *et al.*, 2011).

Euroopas on ambulatoorset ravi alustavate kokaiinitarbijate alarühmaks 7500 kokaiini peamise uimastina tarbivat isikut⁽⁸⁸⁾. Nad moodustavad 13% kõigist kokaiinipatsientidest ja vähem kui 2% kõigist ambulatoorset ravi alustavatest uimastipatsientidest. Kõige rohkem crack'i-patsiente (ligikaudu 5000) on alustanud ravi Ühendkuningriigis, kus nad moodustavad 36% ravi saavatest kokaiinipatsientidest ja 4% kõikidest ambulatoorse uimastiravi patsientidest. Ülejäänud 2000 crack'i-patsiendist on teatanud peamiselt Prantsusmaa ja Madalmaad, kus nad moodustavad vastavalt 23% ja 30% kokaiinipatsientidest, ning Hispaania ja Itaalia (3% ja 1% kokaiinipatsientidest). Crack'i-patsiendid kasutavad uimastit sageli koos teiste ainetega, ka võivad nad süstida heroini (EMCDDA, 2007a; Escot ja Suderie, 2009).

⁽⁸⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 (i osa) ja (ii osa) ja TDI-24.

⁽⁸⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonised TDI-1 ja TDI-3.

⁽⁸⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-4 (ii osa), TDI-10 (iii osa), TDI-11 (iii osa) ja TDI-18 (ii osa).

⁽⁸⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-17 ja TDI-18 (ii osa).

⁽⁸⁸⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-115.

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. Kokaiinisõltuvuse puhul on esmased ravivõimalused psühhosotsiaalsed sekkumised, sealhulgas motivatsiooniintervjuud, kognitiiv-käitumisteraapia, käitumusliku enesekontrolli õpetamine, tagasilanguse ennetamisele suunatud sekkumised ja nõustamine.

11 liikmesriiki, sealhulgas kõik kõrge kokaiinitarbimise ja ravinõudlusega riigid, on teatanud lisaks tavalistele raviprogrammidele ka kokaiini või crack-kokaiini tarbijatele kavandatud spetsiaalsete raviprogrammide kättesaadavaks muutmisest. Saksamaa, Itaalia, Leedu ja Ühendkuningriigi riiklike ekspertide hinnangul olid nendes riikides programmid kättesaadavad enamikule ravi vajavatest kokaiinitarbijatest, kuid Belgias, Taanis, Iirimaa, Austrias, Rumeenias ja Sloveenias olid sealsete ekspertide hinnangul nimetatud programmid kättesaadavad üksnes väikesele osale abivajajatest.

Mõned riigid on teatanud oma kokaiiniravi kohandamisest konkreetsete gruppide vajadustele. Näiteks Ameerika Ühendriikides peavad eriarstiabi pakkuvad asutused esmatähtsaks probleemsetele uimastitarbijatele, sealhulgas ka crack-kokaiini tarbijatele raviteenuste osutamist. Taani ja Austria aruandluse kohaselt pakutakse neis riikides kokaiinitarbijatele ravi mitme uimasti ravi käsitleva programmi raames. Taanis on katsetatud kokaiini-, kanepi- ja alkoholiprobleemi hõlmavat ravimudelit. Välja on töötatud ravijuhend ja järgmise nelja aasta jooksul võtavad sama mudeli kasutusele mitu kohalikku omavalitsust. Lisaks teatavad Bulgaaria, Malta ja Madalmaad, et järgmiseks kolmeks aastaks on nad kavandanud spetsiaalsed raviprogrammid kokaiinitarbijate jaoks.

Kokaiinisõltuvuse ravi käsitlevad uuringud

EMCDDA ja Cochrane'i uimastite ja alkoholi grupp avaldas hiljuti kokkuvõtte kokaiinisõltuvuse farmakoloogiliste raviviiside kohta koostatud ülevaadetest (Amato *et al.*, avaldamisel). Selles analüüsi psühhostimulantide, antikongulsantide, antipsühhootikumide, dopamiini agonistide ja disulfirami kasutamise lubatavust, tõhusust ja ohutust kokaiinisõltuvuse ravis. Enamik neist ainetest toimib kokaiinist saadava rahuldusefekti vähendajana või tõkestajana. Lisaks võivad antipsühhootikumid leevendada kokaiinist põhjustatud psühhosotsiaalseid sümptomeid. Need uuringud ei ole otseselt võrreldavad, sest nende eesmärgid ja tulemuste mõõtmise viisid on erinevad ning

need hõlmavad laia teemade skaalat, alustades tarbimise ja võõrutusnähtude vähendamisest ning lõpetades asendusravi vajaduse kindlakstegemisega.

Psühhostimulante käsitletud ülevaates olid välja toodud mõned positiivsed tulemused, mis aitavad kokaiini tarbimisest loobuda. Paljulubavad olid opioididist ja kokaiinist samaaegselt sõltuvuses olevate patsientide bupropiooni- ja deksamfetamiiniravi tulemused. Samas aga leiti, et psühhostimulantide kasutamine asendusravis ei anna häid tulemusi. Antipsühhootikumide ja antikongulsantide kasutamise kohta kokaiinisõltuvuse ravis ei saa teha lõplikke järeldusi. Praegused tõendid ei toeta dopamiini agonistide kasutamist kokaiinisõltuvuse ravis. Kuigi disulfiram andis positiivseid tulemusi seoses patsientide ravil hoidmisega, tuleb saadud kasu hindamisel arvesse võtta selle aine võimalikku kahjulikku kõrvaltoimet.

Lisaks kokaiinisõltuvuse ravis kasutatavatele farmakoloogilistele sekkumistele on jätkuvalt kõige tõhusam edusammude tunnustamine (Vocci ja Montoya, 2009). Hiljuti Belgias läbiviidud uuringu andmetel on pärast kuuekuulist osalemist kogukonnalt toetust saavas edusammude tunnustamise programmis kokaiinitarbijate ravil püsimise määr kõrgem tavalist ravi saavate patsientide ravil püsimise määra (Vanderplasschen *et al.*, 2011).

Vaktsiinid ebaseaduslike uimastite vastu

Uimastivastaste vaktsiinide loomkatsed viidi läbi juba 1972. aastal (Berkowitz ja Spector), kuid hiljuti tekkinud huvi kokaiinisõltuvuse farmakoloogilise ravi väljatöötamise vastu on selle teema taas päevakorda tõstnud.

Uimastivastaste vaktsiinide eesmärk on sundida vereringet tootma antikehi, ja kui see õnnestub, võib väheneda uimasti psühhootiline mõju ja kaduda tarbimissoov (Fox *et al.*, 1996). Praeguseks on uuritud kokaiini-, nikotiini-, metamfetamiini- ja heroiniivastaseid vaktsiine (Shen *et al.*, 2011). Kõige kaugemale on jõutud kokaiini- ja nikotiinisõltuvuse raviks kasutatavate vaktsiinide väljatöötamisel ja nende tõhusus patsientide uimastivabana püsimisel on tõestatud. Peamiseks täheldatud takistuseks on olnud enamiku patsientide nõrk reageering antikehadele (Hatsukami *et al.*, 2005; Martell *et al.*, 2005). Teadustöö selle puuduse kõrvaldamiseks on aga jätkunud ja peatselt peaksid nikotiiniivastased kaubanduslikud tooted kättesaadavaks muutuma (Polosa ja Benowitz, 2011). Metamfetamiiniivastase vaktsiini uuringud on alles kliiniliste katsete eelses faasis ja praegu keskendutakse neis antikeha omaduste väljaselgitamisele. Välja on töötatud opioidivastased vaktsiinid, mille tõhusust on tõestanud rottidel tehtud katsed ja praegu keskenduvad jõupingutused vere antikehade sisalduse säilitamiseks vajalike kasutamiskordade vähendamisele (Stowe *et al.*, 2012).

Kahjude vähendamine

Sotsiaalselt enam integreeritud kokaiinitarbijatele (peamiselt pulberkokaiini kasutavatele uimastitarbijatele) suunatud sekkumisi kahjude vähendamiseks saab rakendada õistes meelelahutusasutustes sihtrühmadele ettenähtud eriprogrammide kaudu. Kaks näidet selliste programmide kohta on hiljutine Šoti kokaiinialane kampaania „Know the Score” (Tea tulemusi) ja Belgia Partywise-kampaania „How is your friend on coke?” (Kuidas su kokaiini tarbinud sõbral läheb?) Nende kampaaniate eesmärk on teadlikkuse tõstmine ja teavitamine (täiendav teave meelelahutusasutustes korraldatavate sekkumiste kohta on 4. peatükis).

Probleemse kokaiinitarbimise ja crack-kokaiini kasutamise tõttu tekkinud kahjude vähendamiseks kasutatavad sekkumised on paljudes liikmesriikides muutunud uueks töövaldkonnaks. Üldiselt on kokaiinisüstitajatele pakutavate teenuste ja vahendite väljatöötamisel lähtutud opioiditarbijate vajadustest. Kokaiini süstimisega kaasnevad aga spetsiaalsed riskid. Nendeks on eelkõige võimalik suurem süstimissagedus, kaootiline süstimiskäitumine ja ulatuslikum seksuaalne riskikäitumine. Ohutuma uimastitarbimise soovitusi tuleb kohandada vastavalt selle

rühma vajadustele. Võimaliku suurema süstimissageduse tõttu ei tohiks steriilsete vahendite kättesaadavus süstitajatele olla piiratud, pigem tuleks lähtuda kohalikest hinnangutest kokaiinitarbimise harjumuste ja süstijate sotsiaalse olukorra kohta (Des Jarlais *et al.*, 2009).

Kahjude vähendamise eriprogrammide pakkumine crack-kokaiini suitsetajatele on Euroopas piiratud. Kolmes riigis (Saksamaa, Hispaania, Madalmaad) on olemas mõned narkootikumide tarbimiseks ettenähtud kohad, kus pakutakse vahendeid uimastite, sealhulgas crack-kokaiini sissehingamiseks. Belgia, Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Luksemburgi ja Madalmaade teatel jagatakse crack-kokaiini suitsetajatele puhtaid crack'i-piipe või nn crack'i manustamisvahendite komplekte (klaastoru koos huulikuga, metallplaat, huulepalsam ja salvrätikud käte puhastamiseks) kohati ka mõnes madala läve asutuses. 13 ELi liikmesriigis jagatakse heroini või kokaiini suitsetajatele mõnedes madala läve asutustes ka fooliumi. Ühendkuningriigis käsitles uimastivastane nõuandev nõukogu hiljuti fooliumi kasutamist kahjusid vähendava sekkumisena ja leidis tõendeid selle kohta, et selle pakkumine võib suitsetamise edendamisega tõrjuda süstimise tahaplaanile (ACMD, 2010).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

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 heroini probleemid põhiliselt kasvasid, täheldati Euroopas 1990. aastate lõpul ja käesoleva sajandi algul heroinitarbimise ning sellega kaasnevate probleemide vähenemist. Viimasel aastakümnel ei ole see suundumus aga enam nii ühene. Pilt on kirju, kuid Euroopa teatavates osades on siiski üha märgatavamaks muutunud uute heroinitarbijate arvu kahanemine, uimasti kättesaadavuse langus ja viimasel ajal on mõnedes riikides tekkinud terav puudus sellest ainest. Sellega on kaasnenud teated heroini asendamise kohta muude uimastitega, sealhulgas sünteetiliste opioididega, nagu fentanüül, kuid ka selliste stimuleerivate uimastite nagu amfetamiini, metamfetamiini ja sünteetiliste katinoonide süstimisega. Koos stimuleerivate uimastite süstimise suurenemisega kasvab ka mure terviseriskide kasvu pärast.

Pakkumine ja kättesaadavus

Euroopa ebaseaduslike narkootikumide turudel on imporditud heroini läbi aegade pakutud kahel kujul: põhiliselt Afganistanist pärit laiemalt kättesaadava pruuni heroiniina (keemiline baasvorm) ning tunduvalt vähem levinud valge heroiniina (soolavorm), mis on enamasti pärit Kagu-Aasiast. Kuigi valge heroiniin on muutunud haruldaseks, on mõned riigid hiljuti teatanud valgetest kristallilistest heroiniinoodetest, mis pärinevad tõenäoliselt Edela-Aasiast. Peale selle toodetakse ka Euroopas piiratud määral opioide, põhiliselt kodusel teel valmistatud unimagunatooteid (nt unimagunavarred, purustatud unimagunavartest või kopardest valmistatud kontsentraat), millest on teatanud Eesti, Leedu ja Poola.

Tootmine ja kaubitsemine

Euroopas tarbitav heroiniin pärineb peamiselt Afganistanist, kelle arvele langeb enamik maailma ebaseaduslikust

oopiumitoodangust. Seda uimastit toodavad ka Myanmari Liit, kes varustab peamiselt Ida- ja Kagu-Aasia turge, Pakistan ja Laos; järgnevad Mehhiko ja Colombia, keda peetakse suurimaks Ameerika Ühendriikide heroiniiniga varustajateks (UNODC, 2012). Hinnangu kohaselt on maailma oopiumitootmise potentsiaal tõusnud 4700 tonnilt 2010. aastal 7000 tonnile 2011. aastal, ulatudes eelmiste aastatega võrreldavale tasemele. Suures osas tuleneb toodangumahu taastumine Afganistani oopiumitootmise potentsiaali tõusust 3600 tonnilt 2010. aastal 5800 tonnile 2011. aastal (UNODC, 2012). Viimaste prognooside kohaselt on heroiniinootmise ülemaailmne potentsiaal praegu 467 tonni (vt tabel 9), samal ajal kui 2010. aastal oli see hinnanguliselt 384 tonni (UNODC, 2012).

Tabel 9. Heroini tootmine, konfiskeerimine, hind ja puhtus

Tootmine ja konfiskeerimine	Heroiin
Hinnanguline ülemaailmne toodang (tonnides)	467
Ülemaailmsed konfiskeeritud kogused (tonnides)	81
ELis ja Norras konfiskeeritud kogused (tonnides) (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)	6 (19)
Konfiskeerimiste arv ELis ja Norras (sealhulgas Horvaatias ja Türgis)	50 000 (55 000)
Hind ja puhtus Euroopas ⁽¹⁾	Heroiini lähteaine ('pruun') ⁽²⁾
Keskmine jaehind (eurot gramm) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	23–160 (24,6–73,6)
Keskmine puhtus (%) Vahemik (Kvartiilhaare) ⁽²⁾	13–57 (17,7–28,0)

⁽¹⁾ Kuna vaid vähesed riigid on teatanud valge heroini (hüdrokloriid) jaehinna ja puhtuse, ei ole need andmed tabelis esitatud. Nendega on võimalik tutvuda 2012. aasta statistikabülletääni tabelites PPP-2 ja PPP-6.

⁽²⁾ Teatatud andmete keskmise poole vahemik.

NB! Kõik andmed on 2010. aasta kohta, v.a ülemaailmse toodangu hinnangulised kogused, mis on esitatud 2011. aasta kohta.

Allikad: ülemaailmsed väärtused: UNODC (2012); Euroopa andmed: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Heroiini tuakse Euroopasse kaht peamist salakaubateed pidi, kuigi uimasti salakaubana sissevedamise meetodid ja marsruudid on muutunud üha mitmekesisemaks. Ajalooliselt tähtsal Balkani marsruudil liigub Afganistanis toodetud heroini Pakistani, Iraani ja Türgi kaudu edasi muude, põhiliselt Lääne- ja Lõuna-Euroopa transiit- või sihtriikide suunas. Heroiini veetakse ka Siiditeed mööda läbi Kesk-Aasia Venemaa suunas. Osa sellest heroiinist liigub seejärel salakaubana Valgevene, Poola ja Ukraina kaudu teistesse sihtkohtadesse, näiteks Skandinaavia riikidesse. Aafrika näib muutuvat üha olulisemaks heroini õhuteed mööda Euroopasse sisseveo marsruudiks ja on juba praegu peamine transiidipiirkond (INCB, 2012b). Euroopa Liidus on järgmiste jaotuskeskustena oluline roll Madalmaadel ja vähemal määral ka Belgial.

Konfiskeerimised

Esitatud aruannete põhjal vähenes kogu maailmas konfiskeeritud opioidide kogus 653 tonnilt 2009. aastal 492 tonnile 2010. aastal. Iraani arvele langes sellest üldkogusest ligikaudu 80% ja Afganistani arvele ligi 12%. 2010. aasta andmetel suurenes ülemaailmselt konfiskeeritud heroinikogus (81 tonni) ja morfiinikogus (19 tonni) kummalgi juhul viie tonni võrra (UNODC, 2012).

Euroopas toimus 2010. aastal hinnanguliselt 55 000 konfiskeerimist, mille käigus saadi kätte 19 tonni heroini, kaks kolmandikku sellest (12,7 tonni) Türgis. Suurimast konfiskeerimiste arvust teatas jätkuvalt Ühendkuningriik (kellele järgnes Hispaania) ⁽⁸⁹⁾. 28 aruandva riigi andmed aastate 2005–2010 kohta näitavad, et kokkuvõttes on konfiskeerimiste arv kasvanud, kuigi 2010. aastal toimus kerge langus. Aastatel 2005–2010 on Euroopas konfiskeeritud kogused kõikunud, kusjuures 2010. aastal täheldatud vähenemise tingis peamiselt Bulgaarias ja Ühendkuningriigis kättesaadud koguste vähenemine. Ka Türgi teatas konfiskeeritud koguste märgatavast vähenemisest 2010. aastal ning seda tuleks mõista varem rakendatud keelustamismeetmete kontekstis, mis näivad olevat tekitanud häireid Euroopa teatavatel heroiniiturgudel.

Heroiini tootmiseks kasutatava äädikhappe anhüdrüidi ülemaailmselt konfiskeeritud kogused suurenesid umbes 21 000 liitrit 2009. aastal 59 700 liitri 2010. aastal. Euroopa Liidu arvanded on viimastel aastatel tugevasti kõikunud: 2008. aastal tipptasemelt, mis oli 151 000 liitrit, 912 liitri 2009. aastal. Bulgaarias ühekorraga konfiskeeritud 21 100 liitrit oli peaaegu võrdne kogu 2010. aasta jooksul konfiskeeritud kogusega, mis oli 21 200 liitrit (INCB, 2012a).

Viimase kümnendi jooksul on Eesti esitatud andmed viidanud sellele, et üldiselt on ebaseaduslike uimastite

turgudel heroini asemele tulnud fentanüül. Hiljuti on ka Slovakkia teatanud samalaadsest nähtusest, kuigi konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused on püsivad väikesed. Slovakkia teatas 2010. aastal fentanüüli konfiskeerimisest 17 korral. Eestis konfiskeeriti seda sünteetilist opioidi pool kilo.

Puhtus ja hind

2010. aastal analüüsitud pruuni heroini keskmine puhtus jäi enamikus aruandvates riikides vahemikku 17–28%; väiksemast keskmisest puhtusest teatasid Prantsusmaa (13%) ja Austria (ainult jaemüük, 13%) ning suuremast Malta (30%), Hispaania (32%) ja Türgi (57%). Aastatel 2005–2010 suurenes pruuni heroini puhtus neljas riigis, jäi samale tasemel neljas riigis ja vähenes kahes. Valge heroini keskmine puhtus oli viies vastavaid andmeid esitanud Euroopa riigis üldiselt kõrgem (25–45%) ⁽⁹⁰⁾.

Pruuni heroini jaehind oli Põhjamaades jätkuvalt oluliselt kõrgem kui mujal Euroopas – 2010. aastal teatas Rootsi keskmiseks hinnaks 160 eurot (2010. aasta järsust tõusust tulenevalt) ja Taani 83 eurot gramm. Üldiselt jäi hind pooltes aruandvates riikides vahemikku 24–74 eurot gramm. Aastatel 2005–2010 vähenes pruuni heroini jaehind ajaliste suundumuste kohta andmeid esitanud 14 riigist kümnes. Valge heroini keskmine hind oli kolmes vastavaid andmeid esitanud Euroopa riigis üldiselt kõrgem (61–251 eurot).

Probleemne narkootikumide tarbimine

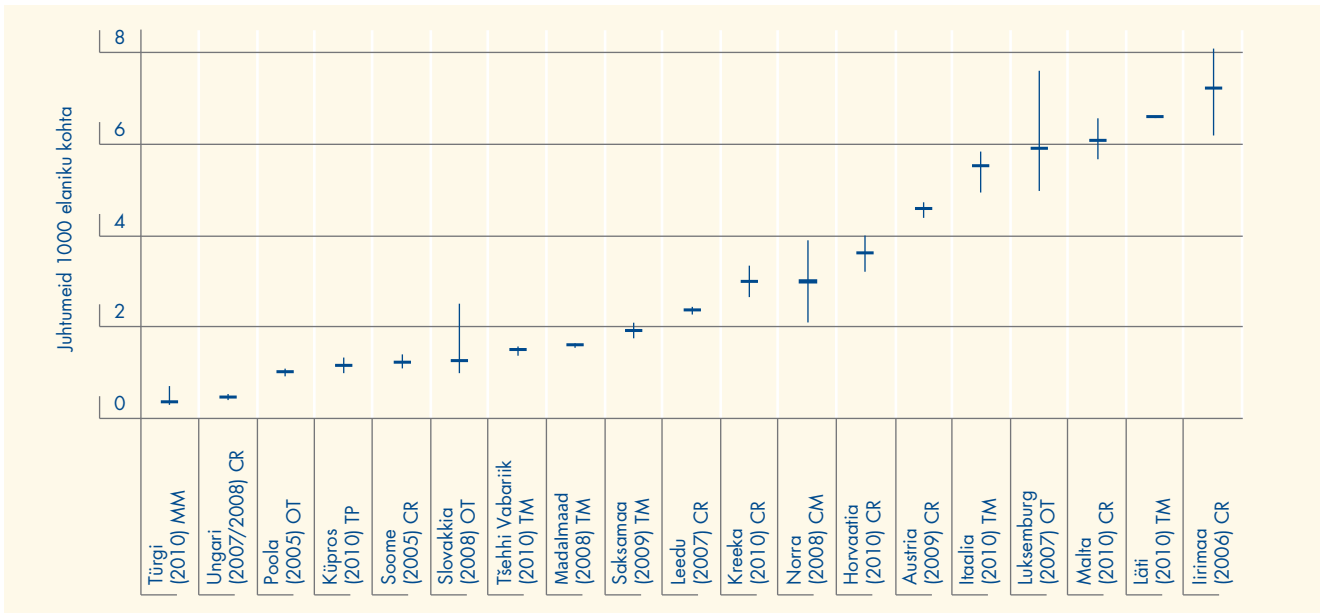
EMCDDA määratleb probleemset narkootikumide tarbimist narkootikumide süstimisena või opioidide, kokaiini või amfetamiini pikaajalise või korrapärase kasutamisena. Euroopas moodustavad narkootikumide süstimine ja opioidide kasutamine suurema osa probleemsest narkootikumide tarbimisest, kuigi üksikutes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

Probleemne opioiditarbimine

Praegu suudab enamik Euroopa riike esitada hinnanguid probleemse opioiditarbimise levimuse kohta. Riikide

⁽⁸⁹⁾ Vt 2012. aasta statistikabulletääni tabelid SZR-7 ja SZR-8.

⁽⁹⁰⁾ Andmeid puhtuse ja hinna kohta vt 2012. aasta statistikabulletääni tabelitest PPP-2 ja PPP-6.

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

NB! Horisontaalne märgis tähistab punkthinnangut ja vertikaalne märgis määramatusvahemikku: see võib olla kas 95% usaldusvahemik või vahemik, mis põhineb tundlikkuseanalüüsil. Eri meetoditest ja andmeallikatest tulenevalt võivad sihtrühmad mõnevõrra erineda, mistõttu tuleks võrdlemisel olla ettevaatlik. Ebastandardseid vanuserühmi kasutati Soome (15–54) ja Poola (kõik vanuserühmad) uuringutes. Mõlema riigi määrased korrigeeriti vastavaks vanuserühmale 15–64 aastat. Hinnangumeetodite lühendid: CR = püüdmine-tabamine; TM = ravikordisti; MM = suremuse kordisti; CM = kombineeritud meetodid; TP = Poissoni jaotuse järgi kärbitud; OT = muud meetodid. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonist PDU-1 (ii osa) ja tabelit PDU-102.

hiljutiste hinnangute kohaselt jääb see vahemikku vähem kui üks kuni seitse juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (joonis 11). Kõige kõrgematest probleemse opioiditarbimise määradest on teatanud Lirimaa, Läti, Luksemburg ja Malta ning kõige madalamatest Küpros, Ungari, Poola ja Soome. Türgi on teatanud vähem kui ühest juhtumist 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas.

Riiklike uuringute põhjal arvatud keskmine probleemse opioiditarbimise levimus Euroopa Liidus ja Norras on hinnanguliselt 4,2 juhtumit (vahemikus 3,9–4,4) 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. See tähendab, et Euroopa Liidus ja Norras oli 2010. aastal ligikaudu 1,4 miljonit probleemset opioiditarbijat ⁽⁹¹⁾.

Võrdlevad andmed Euroopa Liidu naaberriikide kohta näitavad palju kõrgemat hinnangulist levimust: Venemaal 16,4 probleemse opioiditarbimise juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (UNODC, 2011b) ja Ukrainas 10–13 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas (UNODC, 2010).

Nii Austraalia kui ka Ameerika Ühendriigid teatavad hinnanguliselt kõrge probleemse opioiditarbimise levimusest, vastavalt 6,3 ja 5,8 juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas, samas Kanadas

on see näitaja 3,0 juhtumit. Riikide võrdlemisel tuleb olla ettevaatlik, sest asjaomased sihtrühmad võivad olla määratletud erinevalt. Näiteks kui lisada retseptiravimitena väljakirjutatavate opioidide kasutamine mittemeditsiinilisel otstarbel, tõuseb levimusnäitaja kuni 39–44 juhtumini 1000 põhja-ameeriklase kohta 15–64aastaste vanuserühmas (UNODC, 2011b).

Ravi alustavad opioiditarbijad

Opioidide nimetas ravi alustamisel peamise narkootikumina ligikaudu 200 000 inimest ehk 48% kõikidest inimestest, kes alustasid 2010. aastal 29 Euroopa riigis spetsiaalset narkomaaniaravi. Euroopa eri piirkondades esineb aga märkimisväärseid erinevusi: opioiditarbijad moodustavad seitsmes riigis rohkem kui 70% kõikidest ravi alustajatest, 12 riigis 40–70% ja 10 riigis vähem kui 40% (joonis 12). Esitatud andmetel on ligi 80% kõikidest Euroopas ravi alustavatest opioiditarbijatest pärit viiest riigist: Saksamaalt, Hispaaniast, Prantsusmaalt, Itaaliast ja Ühendkuningriigist ⁽⁹²⁾.

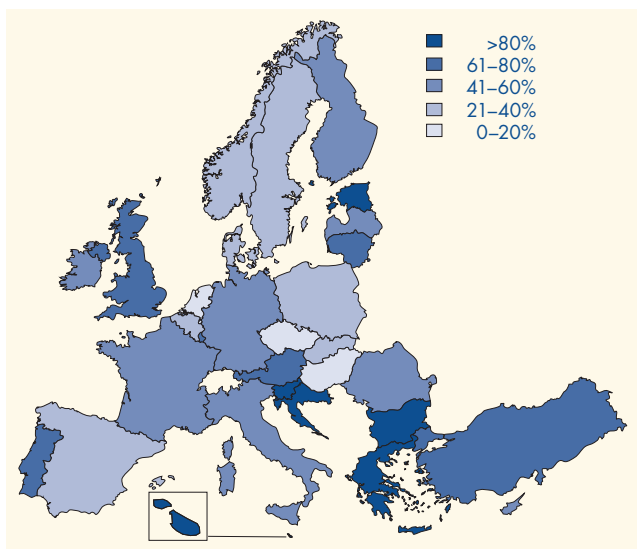
Muud opioidi kui heroïini on nimetanud peamise uimastina suur osa ravialustajatest mitmes riigis: fentanüüli Eestis, buprenorfiini Soomes ning muid opioide Taanis, Lätis ja Austrias ⁽⁹³⁾.

⁽⁹¹⁾ 18 riigi teatatud hinnangutel välja arvatud keskmiseks levimuseks on 3,1 (3,0–3,2) juhtumit 1000 elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas. Kaasates veel kaheksa riigi kaalutud keskmisena välja arvatud probleemse uimastitarbimise, tõuseb keskmine levimusmäär 4,2-le (3,9–4,4) ja seda väärtust ongi 2010. aasta Euroopa Liidu ja Norra elanikkonna suhtes kohaldatud.

⁽⁹²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-5 ja TDI-22.

⁽⁹³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-113.

Joonis 12. Opioidide peamise narkootikumina tarvitavate isikute osakaal 2010. aastal narkomaaniaravile pöördujate hulgas



NB! Andmed on esitatud nende isikute osakaalu kohta, kelle puhul on teada, millist uimastit nad peamiselt tarvitavad (92% teatatud patsientidest). Andmed on kättesaadavad 2010. või viimase aasta kohta. Leedu andmed hõlmavad patsiente, kes ilmusid ravile esimest korda elus. Mõnest riigist, sh Belgiast, Tšehhi Vabariigist, Saksamaalt ja Prantsusmaalt laekunud andmed opioidide peamise uimastina tarvitavate isikute kohta võivad olla puudulikud, sest paljud neist saavad ravi perearstide juures või psühhiaatrikliinikutes ning seetõttu ei pruugi nende andmed sisaldada ravivajaduse indikaatoris.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Spetsialiseeritud ravi alustavate opioiditarbijate keskmine vanus on 33 aastat, ent enamikus riikides on naissoost patsiendid nooremad (⁹⁴). Euroopas ületab meessoost opioiditarbijatest patsientide arv naissoost patsientide arvu umbes kolm korda. Enamik opioidiravi patsiente on alustanud uimasti tarbimist enne 30. eluaastat ning peaaegu pooled (46%) on seda teinud juba enne 20. eluaastat (⁹⁵). Üldiselt on opioiditarbijate seas rohkem kodutuid ja töötuid, nende haridustase on madalam kui peamise uimastina mõnda muud ainet kasutavatel isikutel ning nad on koondunud linnapiirkondadesse.

Probleemse opioiditarbimise suundumused

Probleemse opioiditarbimise levimuse kohta korduvalt hinnanguid esitanud üheksa riigi andmed aastate 2005–2010 kohta osutavad suhteliselt muutumatule olukorrale. Kuid levimuse mõõtmine ei pruugi alati välja tuua uimasti kasutamise alustamise suundumusi ja saadud andmeid tuleb vaadata muude andmeallikate kontekstis. Ajavahemikus 2005–2010 suurenes peamise uimastina heroini kasutavate esimest korda elus spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate isikute arv 24 Euroopa riigis 2005. aasta 51 000-lt 2007. aasta tippnäitajani (61 000),

et siis 2010. aastal langeda 46 000-le (⁹⁶). Langus ilmneb kõige selgemalt Lääne-Euroopa riikides.

Esmakordse heroini kasutamise ja ravi alustamise vahele jääv ajavahemik võib olla oluline. Seetõttu kajastab esimest korda elus ravi alustavate heroinitarbivate arv nii uimastitarbimise alustamise ajaloolist suundumust (haigestumust) kui ka hetkeolukorda. Hoiatuseks tuleks öelda, et nimetatud andmete tõlgendamist võivad mõjutada aruandluse esitamise viisi erinevused ning et Euroopa näitajad kajastavad suuremate riikide suundumusi ebaproportsionaalselt. Olulistele riikidevahelistele erinevustele vaatamata kinnitavad tõendid, et kõikjal Euroopas on uute heroinitarbivate arv vähenemas.

Lisaks trendidele võib kõnealuse analüüsi tegemiseks kasutada ka teisi näitajaid, näiteks süstimisega seotud uimastitarbimist (vt allpool), uimastite tarbimisega seotud suremust ja uimastitega seotud kuritegusid, kuigi on vaieldav, kas need andmeallikad on haigestumusest paremad levimuse näitajad. Viimastel aastatel on Euroopas heroiniga seotud narkoseaduste rikkumiste arv vähenenud. Andmed uimastite tarbimisega seotud suremuse kohta on ebamäärasamad. Suurenemist või stabiilset olukorda täheldati riikides kuni 2008. aastani; 2009. aasta andmed kinnitasid selgelt olukorra stabiilsust ning 2010. aasta esialgsed andmed viitavad viimasel ajal toimunud langusele (⁹⁷).

Täiendavat teavet kõnealuse teema kohta on andnud ka opioidituru näitajad. 2010. lõpul ja 2011. aasta alguses mitmelt riigilt saadud teave terava heroini puuduse (EMCDDA, 2011a) ja hiljem ka heroini konfiskeerimiste vähenemise kohta viitab muutustele heroini kättesaadavuses Euroopas, mis võib olla seotud tarbimisharjumuste muutumisega. See võib esitatud andmetel seisneda katinoonide (Ungari) ning kofeiini ja kreatiini sisaldavate segude (Rumeenia) süstimise laiemas levikus, bensodiasepiinide ja muude ravimite tarbimise kasvus (Iirimaa, Sloveenia, Ühendkuningriik), amfetamiinide süstimise suurenemises (Ungari, Läti) ja sünteetilise opioidi fentanüüli kasutamises, mille kohta on murettekitavaid andmeid esitanud nt Eesti ja Slovakkia.

Kokkuvõtteks võib öelda, et kogutud teave viitab uute heroinitarbivate arvu järkjärgulisele vähenemisele Euroopas, mis on toimunud kõnealuse uimasti ravi kättesaadavuse ja katvuse suurenemise taustal. Heroini tarbijaskond tervikuna näib olevat vanemaks muutunud ja üldiselt iseloomustab seda suhteliselt kõrge teenustega kokkupuudete tase. Kuigi see ilmneb kõige ilmekamalt ELis enne 2004. aasta ühinemist olnud liikmesriikides, kinnitavad värsked andmed, et sama protsess võib toimuda ka paljudes uutes ELi liikmesriikides.

⁽⁹⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-10, TDI-21, TDI-32 ja TDI-103.

⁽⁹⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid TDI-33, TDI-106 (i osa) ja TDI-107 (i osa).

⁽⁹⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonised TDI-1 ja TDI-3.

⁽⁹⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DRD-2 (i osa).

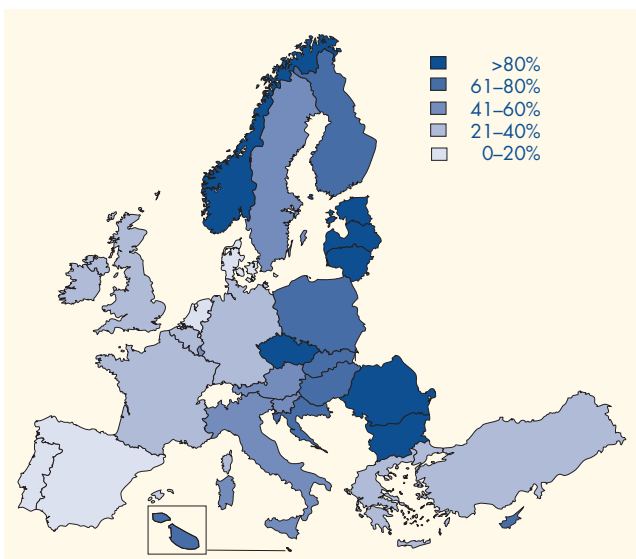
Narkootikumide süstimine

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 opioiditarbimisega, kuid mõnes riigis ka amfetamiinide kasutamisega.

Vaid 14 riiki suutsid esitada uuemad hinnangud narkootikumide süstimise levimuse kohta ⁽⁹⁸⁾. 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 kõrgest tasemest – 15 juhtumit 1000 elaniku kohta. Hinnangulise süstijate arvu teatanud 13 riigis on 15–64aastaste vanuserühmas keskmiselt 2,4 süstivat narkomaani 1000 elaniku kohta. Lisaks aktiivsetele süstijatele on Euroopas ka palju endisi süstivaid narkomaane (Sweeting *et al.*, 2008), kuid andmed nende kohta puuduvad.

Ligikaudu 37% 2010. aastal spetsiaalset narkomaaniaravi alustavatest peamiselt opioide tarbivatest patsientidest, kellest enamik kasutab heroini, nimetavad tavalise manustamisviisina süstimist. Süstimise tase opioiditarbijate hulgas on riigiti väga erinev, ulatudes 7%-st Madalmaades 94%-ni Lätis. Süstijate osakaal on suur nii Kesk- kui ka Ida-Euroopa riikides, ent samuti mõningates põhjapoolsemates riikides (joonis 13).

Joonis 13. 2010. aastal narkomaaniaravi alustanud peamiselt opioide tarbivad patsiendid, kes kasutavad tavaliselt manustamisviisina süstimist.



NB! Andmed näitavad nende teatatud patsientide osakaalu, kelle puhul on manustamisviis teada. Andmed on kättesaadavad 2010. või viimase aasta kohta. Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-5 (iii osa) ja (iv osa).

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

Andmete puudumise ja mõnel juhul hinnangute statistilise määramatuse tõttu on keeruline teha korduvate levimushinnangute põhjal järeldusi uimastite süstimise levimuse suundumuste kohta ajas. Suundumuste analüüsimiseks piisavalt andmeid esitanud kaheksa riigi hulgas oli süstivate narkomaanide arv vähenenud Ühendkuningriigis ja jäänud enam-vähem samale tasemele Kreekas, Ungaris, Küprosel, Slovakkias, Horvaatias ja Norras. Tšehhi Vabariik teatas süstijate, eelkõige metamfetamiinitarbijate arvu kasvust aastatel 2005–2010 ⁽⁹⁹⁾.

Paljude muude näitajate põhjal tuletatud andmed osutavad opioidide ja eeskätt heroini süstimise üldisele vähenemisele Euroopas. Enamiku Euroopa riikide teatel vähenes ajavahemikus 2005–2010 süstivate narkomaanide osakaal peamiselt heroini kasutavate esmakordselt elus

Süstimine ja muud manustamisviisid

Andmete kogumine ravi alustavate uimastitarbijate kohta on kõige laialdasem ja terviklikum teabeallikas uimastiprobleemidega isikute uimastitega seotud käitumise kohta Euroopas ⁽¹⁾.

Üldiselt oli süstimine 2010. aastal opioidiprobleemide tõttu ravi alustanud uimastitarbijate sõnul manustamisviisidest teisel kohal. Ambulatoorsetes raviasutustes ravi alustanud 140 000 opioide peamise uimastina kasutavast isikust, kelle manustamisviis oli teada, teatas 36% uimasti süstimisest, 45% märkis manustamisviisiks suitsetamise või sissehingamise ja 19% nuusutamise või allaneelamise. Võrreldes neid andmeid samades raviasutustes ravi alustanud kokaiinitarbijatega, selgub, et 3% 53 000-st kokaiinitarbijast teatas uimasti süstimisest, 68% märkis manustamisviisiks nuusutamise ja ülejäänud suitsetamise või sissehingamise. Esitatud andmetel kasutas 9000 amfetamiinide või muude stimuleerivate ainete kui kokaiini tarbijatest 24% süstimist, 40% uimasti allaneelamist, 32% nuusutamist ja 4% muid manustamisviise.

Uimastitarbimise harjumused on aja jooksul muutunud. Aastatel 2000–2009 ravi alustanute kohta kogutud andmete analüüs näitas, et uimasti süstimine on vähenenud esmase uimastina heroini kasutavate patsientide hulgas kõigis Euroopa riikides (58%-lt 36%-le), eriti Euroopa lääneosas (EMCDDA, 2012c). Lisaks on ambulatoorsetes raviasutustes ravi saavate opioiditarbijate hulgas alates 2009. aastast olnud uimasti süstijaid vähem kui selle suitsetamise teel manustajaid ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Tuleks märkida, et ravi alustamist käsitlevaid andmeid ei saa ekstrapoleerida kogu ravil olevale elanikkonna osale ning need ei pruugi olla representatiivsed uimasti laiemal tarbijaskonnas suhtes, kuhu kuuluvad ka ravi mittesaanud uimastitarbijad. Rohkem teavet kogu ravi saanud elanikkonnaosa kohta on võimalik saada EMCDDA veebisaidilt.

⁽²⁾ Vt 2010., 2011. ja 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-17.

⁽⁹⁸⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis PDU-2.

⁽⁹⁹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel PDU-6 (iii osa).

ravi alustavate patsientide hulgas. Sellist suundumust kinnitavad ka pikemaajalised analüüsid (2000–2009), mis käsitlevad herooinitarbijaid, kes alustavad Euroopas esmakordselt eriravi (EMCDDA, 2012c). Heroiini süstimise vähenemist täheldatakse kõikides riikides, kuigi langus on märgatavam Lääne-Euroopa riikides. 2009. aastal, kui Lääne-Euroopa riigid teatasid, et heroini suitsetamisest on saanud peamine uimasti manustamise viis enam kui poolte herooinitarbijate jaoks (53%), väitis Ida-Euroopa riikides 70% herooinisõltlastest, et peamiseks manustamisviisiks on süstimine (EMCDDA, 2012c). Hiljutised lirimaal ja Norras läbiviidud uuringud näitavad ka seda, et ajavahemik heroini esmakordse tarbimise ja esimese heroiniisüsti vahel muutub üha pikemaks (Bellerose et al., 2011; Bretteville-Jensen ja Skretting, 2010).

Probleemse opioiditarbimise ravi

Pakkumine ja ulatus

Kõikides ELi liikmesriikides, Horvaatias, Türgis ja Norras on opioiditarbijatele 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 olulisel kohal statsionaarse ravi asutused⁽¹⁰⁰⁾. Üksikutes riikides pakutakse krooniliste herooinitarbijate valitud rühmale ka heroini toetusel antavat ravi.

Opioiditarbijate puhul eelneb uimastivabale 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. Kuigi uimastivaba ravi võib toimuda nii ambulatoorsetes kui ka statsionaarsetes raviasutustes, on esitatud aruannete põhjal kõige sagedamini kasutatavateks raviviisideks statsionaarne ravi ja haiglates pakutav ravimivaba ravi.

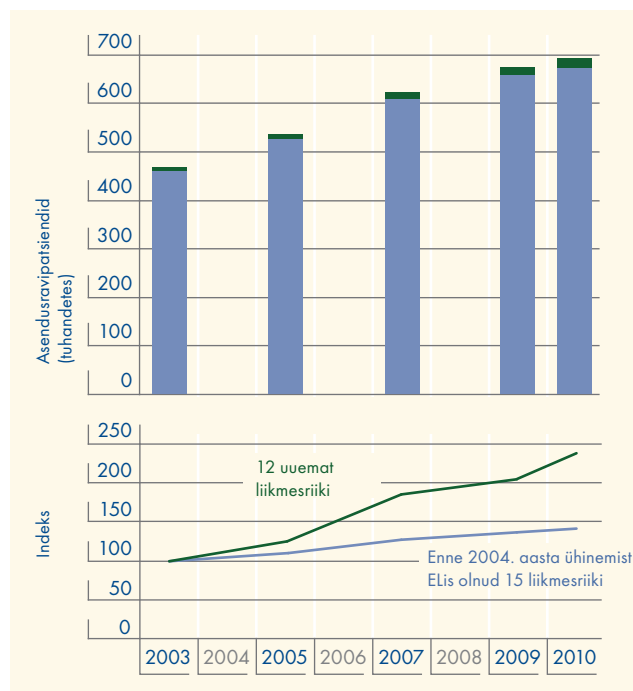
Kõige levinumaks opioidisõltuvuse ravimise viisiks Euroopas on asendusravi, millega üldjuhul kaasneb psühhosotsiaalne hooldus ja mida on tavaliselt võimalik saada spetsiaalsetes ambulatoorsetes ravikeskustes. 16 riigi sõnul osutavad seda ka perearstid. Mõnes riigis pakuvad perearstid seda tüüpi ravi ühishooldusasutustes, mille juurde kuuluvad sageli spetsiaalsed ravikeskused. Asendusravi saavate opioiditarbijate koguarvuks Euroopa Liidus, Horvaatias, Türgis ja Norras hinnati 2010. aastal 709 000 (neist 698 000 ELi liikmesriikides), kusjuures 2008. aastal oli

see arv 650 000 ja 2003. aastal umbes pool miljonit⁽¹⁰¹⁾. Valdav osa asendusravist toimub endiselt 15 riigis, kes olid ELi liikmesriigid enne 2004. aastat (ligikaudu 95% kogu pakutavast ravist), ning nende riikide asjaomased näitajad kasvasid aastatel 2003–2010 pidevalt (joonis 14). Nimetatud riikidest kasvas ravipakkumine kõige enam Kreekas, Austrias ja Soomes, kus ravinäitajad peaaegu kolmekordistusid.

Euroopa Liiduga pärast 2004. aastat ühinenud 12 riigis täheldati veelgi kiiremat kasvu. Nendes riikides kasvas asendusravipatsientide arv 7800-lt 2003. aastal 20 400-ni 2010. aastal, kusjuures suur osa kasvust toimus pärast 2005. aastat. Proportsionaalselt oli asendusravi levik neis riikides seitsmeaastase perioodi vältel kõige kõrgem Eestis (16-kordne kasv 60 patsiendilt rohkem kui 1000 patsiendile, kuigi see moodustab vaid 5% opioidisüstitajatest) ja Bulgaarias (kaheksakordne kasv). Kõige väiksemast kasvust teatasid Leedu, Ungari ja Slovakkia.

Asendusravi saavate patsientide arvu võrdlus probleemsete opioiditarbijate arvuga osutab sellele, et asendusravi saamise tase on Euroopas erinev. 18 riigist, mille kohta on kättesaadavad probleemsete opioiditarbijate arvu usaldusväärsed hinnangud, moodustab üheksa teatel

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



NB! Aastad, mille kohta ei ole andmeid kogutud, on märgitud halliga. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonist HSR-2.
Allikad: Reitoixi riiklikud teabekeskused.

⁽¹⁰⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-24.

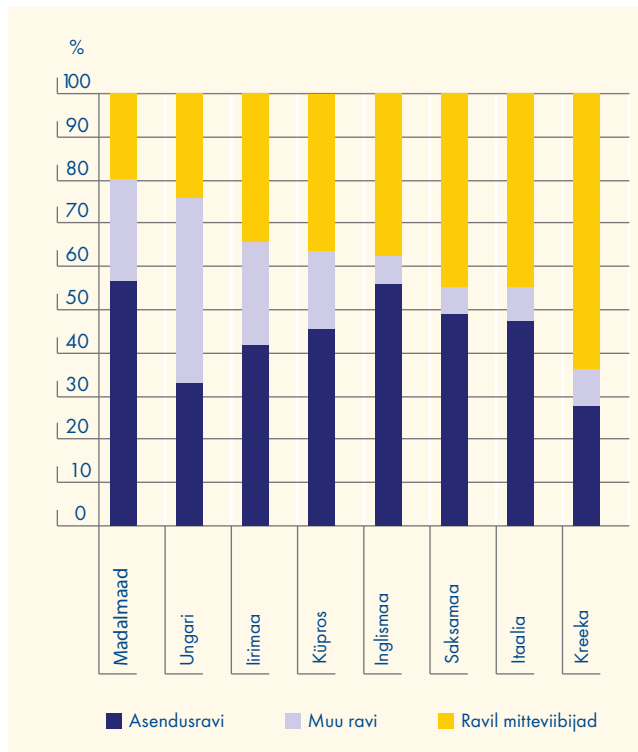
⁽¹⁰¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-3.

asendusravi saajate arv 50% või enam asjaomasest sihtühmest⁽¹⁰²⁾. Neist riikidest kuus on enne 2004. aastat Euroopa Liiduga ühinenud liikmesriigid, ülejäänud riigid on Malta, Tšehhi Vabariik ja Norra.

Asendusravile on võimalik pääseda keskmiselt umbes pooltel Euroopa Liidu ja Norra probleemsetest opioiditarbijatest, kuid riikide vahel on suuri erinevusi ning ravile pääsemise tase on keskmisest näitajast oluliselt madalam Kreekas (28%), Leedus (17%), Slovakkias (12%), Poolas (8%) ja Lätis (2%).

Opioiditarbijate hinnangulist osakaalu mis tahes tüüpi ravisaajate seas on võimalik välja selgitada kaheksa riigi esitatud andmete põhjal (joonis 15). Esitatud hinnangutel saab Iirimaa, Küprosel, Ungaris, Madalmaades ja Ühendkuningriigis (Inglismaal) ravi rohkem kui 40% opioiditarbijatest, Kreekas on nende osakaal alla 40%. Andmed kinnitavad ka erinevate opioidisõltuvuse ravivõimaluste olemasolu. Muud raviviisid kui opioidide asendusravi (peamiselt uimastivabad sekkumised) moodustavad vähem kui 10% Saksamaal, Kreekas, Itaalias

Joonis 15. Raviga hõlmatud probleemsed opioiditarbijad valitud Euroopa riikides: ravil viibivate ja ravil mitteviibivate probleemsete opioiditarbijate hinnanguline osakaal (%)



NB! Kaasatud on riigid, kes omavad usaldusväärset hinnangut probleemsete opioiditarbijate osakaalu kohta rahvastikus ning asendusravi saavate inimeste ja ravil viibivate probleemsete opioiditarbijate koguarvu kohta. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonist HSR-1.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

ja Ühendkuningriigis (Inglismaa) opioiditarbijatele pakutava ravi kogumahust. Iirimaa, Küprosel ja Madalmaades moodustavad muud raviviisid kui opioidide asendusravi 15–25% probleemsetele opioiditarbijatele pakutava ravi kogumahust, Ungaris on nende raviviiside osakaal 43%. Samuti näitavad Kreeka ja Ungari esitatud andmed opioidide asendusravi piiratud katvust (umbes 30%) ja suuri erinevusi nende opioiditarbijate osakaalus, kellel hinnanguliselt puuduvad igasugused kontaktid raviasutustega. Kreekas on neid üle 60%, Ungaris aga vaid 25%. See osutab niihästi saadaval oleva asendusravi taseme kui ka muude raviviiside kättesaadavuse kaalumise vajadusele.

Asendusravi ooteaja pikkus võib olla oluline ravile pääsemise takistus. 2011. aastal läbi viidud uuringus tuvastati, et ravi piiratud kättesaadavus ja vahendite puudumine ning menetluslikest põhjustest tingitud viivitused on ooteaja tekkimise peamised põhjused. 12 riigi eksperdid 29 andmeid esitanud riigist hindasid ooteaja pikkuseks keskmiselt vähem kui kaks nädalat ja kuue riigi ekspertide hinnangul oli ooteaeg kahest nädalast kuni ühe kuuni. Viies riigis (Leedu, Ungari, Rumeenia, Soome, Norra) oli ooteaeg ühest kuni kuue kuuni ja Kreekas veelgi pikem. Riigi poolt nimetatud keskmine ooteaeg võib aga sisaldada olulisi piirkondlikke erinevusi. Raviteenuste osutamise piiratud suutlikkuse tõttu hinnati näiteks Ateenas ja Thessaloníkis ooteaja pikkuseks kolm aastat, muudest Kreeka linnadest tuli aga 2010. aastal teateid lühemate ooteaegade kohta. Nelja riigi eksperdid ei suutnud ooteaja kohta hinnangut anda.

Euroopas on kõige tavalisem opioiditarbijatele väljakirjutatav asendusravim metadoon, mida saab kuni kolmveerand patsientidest. Buprenorfiinipõhised asendusravimeid kirjutatakse välja kuni veerandile Euroopa asendusravi patsientidest ning need on peamised asendusravimid Tšehhi Vabariigis, Kreekas, Prantsusmaal, Küprosel, Soomes ja Rootsis⁽¹⁰³⁾. Buprenorfiini-naloksooni kombinatsiooni on võimalik kasutada 15 riigis. Ravi pikatoimelise morfiini (Bulgaaria, Austria, Sloveenia), kodeiini (Saksamaa, Küpros) ja diatsetüülmorfiiniga (Belgia, Taani, Saksamaa Hispaania, Madalmaad, Ühendkuningriik) moodustab vaid väikese osa ravi kogumahust.

Opioidide võõrutusravi tõhusus ja tulemused

Üha rohkem on tõendeid selle kohta, et opioidide võõrutusravi tulemused paranevad, kui seda toetatakse psühhoteraapiaga ja sellele järgneb tagasilanguse ennetamine farmakoloogilisel teel. Hiljutiste uuringute analüüsimisel selgus, et see ravikombinatsioon aitab patsientidel ravi lõpule viia, vähendab nende

⁽¹⁰²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis HSR-1.

⁽¹⁰³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-3.

opioiditarbimist ja nagu järeluuringutest nähtub, on sellest kasu ka uimastite kasutamisest täielikul loobumisel (Amato *et al.*, 2011). Lisaks selgus, et ravil püsimise määr oli kõrgem patsientide hulgas, kellele pakuti psühholoogilist tuge. Day ja Strang (2011) leidsid, et statsionaarsed raviasutused aitasid patsientidel tõhusamalt võõrutusravi lõpuni teha kui ambulatoorsed raviasutused (51% võrreldes 36%-ga ambulatoorse uimastiravi patsientide rühmas).

Tagasilanguse ennetamist pärast heroini võõrutusravi saab toetada naltreksooniga (opioidi antagonist). Siiski jäid

ravimi manustamise ja ravil püsimise määrad uuringuga hõlmatud elanikkonna osas naltreksooniravi puhul madalaks. Leiti, et naltreksoon on tõhus selle ravialuste rühma puhul, kes on sunnitud end ravima tõsisemate tagajärgede vältimiseks, nagu tervishoiutöötajad ja õigusorganite järelevalve all olevad isikud (Minozzi *et al.*, 2011). Ehkki üldiselt näib võõrutusravi olevat vähem tõhus kui asendusravi, soovitab Maailma Terviseorganisatsioon (2009) siiski pakkuda võõrutusravi ühe võimalusena, et motiveerida patsiente ravile pöörduma.

Asendusravil olevate uimastitarbijate elukvaliteet

Opioidisõltlaste rühma elukvaliteet on madalam kui elanikkonnal üldiselt ning muid meditsiinilisi haigusi põdevatel isikutel. Seda probleemi on hiljuti uuritud Saksamaal, Lätis ja Ühendkuningriigis ning saadud tulemused kinnitavad asendusravi väärtust. Halb elukvaliteet on samuti tagasilangusele kallutavaks teguriks, eriti vanemate uimastitarbijate hulgas (EMCDDA, 2010d). Hiljuti läbi viidud süstemaatiline uuring (De Maeyer *et al.*, 2010) tõestas, et ravil osalemine parandab inimeste elukvaliteeti juba raviloleku esimestest kuudest alates. Kõik asendusravi võimalused näivad

parandavat elukvaliteeti võrdse tõhususega, ehkki need, kellele on välja kirjutatud metadoon, tunnetavad tavaliselt muutusi oma elus varem (umbes pärast ühte kuud) kui buprenorfiini saavad patsiendid. Ravialused ise pidasid buprenorfiini metadoonist palju paremaks, mille põhjuseks võib olla ka see, et seda ravimit ei ole vaja manustada iga päev. Hea elukvaliteedi saavutamine on uimastiravi üks peamisi eesmärke ja vaja oleks täiendavaid uuringuid kättesaadavate asendusravivõimaluste suhtelise tõhususe kohta.



7. peatükk

Uimastitega seotud nakkushaigused ja surmad

Sissejuhatus

Uimastitarbimisel on mitu otsest ja kaudset negatiivset tervise- ja sotsiaalset tagajärge. On leitud, et need probleemid on ebaproportsionaalselt suured pikaajalistel opioidide ja teatavat tüüpi stimulantide tarbijatel ning uimastite süstijatel. Üleannustamisest tingitud surmasid seostatakse eelkõige opioidide kasutamisega ja selle probleemi ulatust ilmestab asjaolu, et üleannustamise tõttu on viimase aastakümne jooksul Euroopas igas tunnis surnud üks inimene. Kuid ei tohi unustada, et krooniliste uimastitarbijate risk surra muudel põhjustel on samuti palju suurem. Nende surma põhjuseks võivad olla orgaanilised haigused, enesetapp, õnnetused ja traumad. Sõltumata kasutatud ainest, on uimasti süstimine endiselt nakkushaigustesse (sealhulgas HIVi ja C-hepatiiti) nakatumise oluline põhjus ning hiljutised HIVi puhangud mõnedes Euroopa Liidu riikides rõhutavad veelgi vajadust tõhusate rahvatervisealaste meetmete järele selles valdkonnas.

Narkootikumidega seotud nakkushaigused

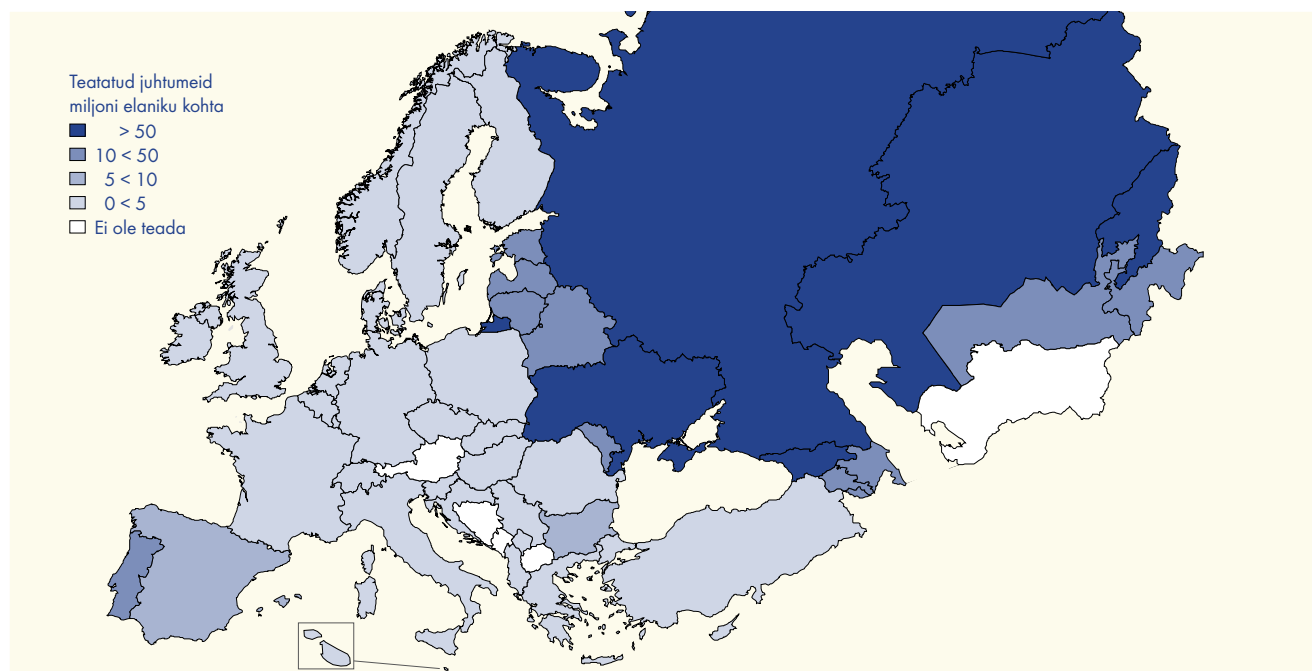
EMCDDA jälgib süsteemselt HIVi ning B- ja C-hepatiiti nakatumist süstivate uimastitarbijate seas⁽¹⁰⁴⁾. Nimetatud viiruste tekitatud haigestumus ja suremus kuuluvad kõige tõsisemate uimastitarbimisest tingitud tervisehäirete hulka. Uimastitarbijaid võivad ebaproportsionaalselt mõjutada ka muud nakkushaigused, sealhulgas A- ja D-hepatiit, sugulisel teel levivad haigused, tuberkuloos, teetanus, botulism, antraks ja inimese T-lümfotroopne viirus.

HIV ja AIDS

2010. 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 (joonis 16).

Uute diagnoositud nakatumisjuhtude keskmine määr ELi 26 liikmesriigis, kes olid suutelised 2010. aasta kohta

Joonis 16. 2010. aastal Euroopas ja Kesk-Aasias diagnoositud uute HIVi juhtumite arv süstivate narkomaanide hulgas



NB! Värv näitab 2010. aastal diagnoositud äsja HIVi nakatunute määra miljoni elaniku kohta süstivate narkomaanide riskirühmas. Vene Föderatsiooni, Türgi ja Albaania kohta on esitatud 2009. aasta andmed.
Allikas: ECDC ja WHO, 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Meetodite ja määratluste üksikasjade kohta vt 2012. aasta statistikabülletään.

andmeid esitama, on 2,54 juhtumit miljoni elaniku kohta ehk 1192 uut teatatud juhtumit ⁽¹⁰⁵⁾. USA-s oli vastav määr 19,7 juhtumit miljoni elaniku kohta (CDC, 2009) ja Venemaal 104,3 juhtumit miljoni elaniku kohta (mõlemal riigil 2009. aasta andmed) ning Ukrainas 151,5 juhtumit miljoni elaniku kohta 2010. aastal (ECDC ja MTO, 2011). Kättesaadavad Euroopa Liidu andmed HIVi levimuse kohta süstivate narkomaanide valimites näitavad paremat olukorda ka ida poole jäävate naaberriikide levimusandmetega võrreldes ⁽¹⁰⁶⁾, kuigi riikide võrdlemisel tuleks olla ettevaatlik uurimismeetodite ja hõlmavuse erinevuste tõttu.

Vähemalt osaliselt võib selle põhjuseks olla ennetustegevuse ning ravi ja kahjude vähendamise meetmete, sealhulgas asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmide kättesaadavuse paranemine. Oluline roll võib olla ka muudel teguritel, näiteks mitmes riigis täheldatud uimastite süstimise vähenemisel (EMCDDA, 2010e).

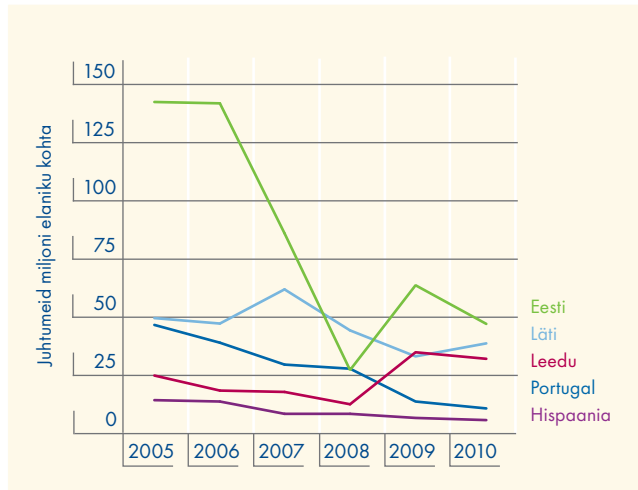
Vaatamata üldiselt positiivsele üldpildile kinnitavad uued andmed uimastite süstimisest põhjustatud HIVi nakatumiste jätkumist 2010. aastal ning uutest HIVi nakatumise puhangutest narkomaanide hulgas on 2011. aastal teatanud eelkõige kaks riiki (Kreeka ja Rumeenia) ⁽¹⁰⁷⁾. Mõlemas riigis eelnes nimetatud puhangutele C-hepatiidi levimuse tõus narkomaanide hulgas, mis kinnitab väidet selle kohta, et C-hepatiidi viiruse (HCV) levimus võib olla narkomaanide süstimisega seotud riskide varajane näitaja, viidates ohule võib-olla juba enne HIVi levima hakkamist (Vickerman et al., 2010).

HIVi nakatumise suundumused

2010. aasta andmetest uimastisüstimisega seotud uute diagnoositud nakkusjuhtude kohta selgub, et pärast aastatel 2001–2002 täheldatud kõrgpunkti näitavad nakatumismäärad Euroopa Liidus üldiselt jätkuvalt langustendentsi. Viiest riigist, kes teatasid ajavahemikul 2005–2010 süstivate narkomaanide seas uute diagnoositud nakkusjuhtude kõrgeimastest määradest, jätkus langustendents Hispaanias ja Portugalis. Trend oli veidi tõusev üksnes Lätis (joonis 17) ⁽¹⁰⁸⁾.

Need andmed on küll positiivsed, kuid sealjuures ei tohi unustada, et mõnedes riikides on ikka veel olemas uute HIVi puhangute tekkimise võimalus. Kaheaastases perspektiivis (aastad 2008–2010) täheldati tõusu Eestis (26,8 juhtumilt 46,3 juhtumile miljoni elaniku kohta) ja

Joonis 17. Suundumused viies ELi liikmesriigis, kus viimastel andmetel on HIVi nakatunute määr süstivate narkomaanide seas kõige kõrgem



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

Allikas: ECDC ja WHO, 2011.

Leedus (12,5 juhtumilt 31,8 juhtumile miljoni elaniku kohta). Ajalooliselt väga madala nakatumismääraga Bulgaaria jõudis samuti tippasemele 9,7 juhtumiga miljoni elaniku kohta 2009. aastal, kuid 2010. aastal langes seal nakatumiste arv 7,4 juhtumile miljoni elaniku kohta.

Ajavahemikku 2005–2010 hõlmavad süstivate narkomaanide valimite levimuse näitajad on kättesaadavad 25 Euroopa riigi kohta ⁽¹⁰⁹⁾ ja kuigi valimites esinevate erinevuste tõttu tuleks olla ettevaatlik nende andmete tõlgendamisel, on need siiski täiendavaks teabeallikaks. Neist riikidest 17 riigis jäi HIVi levimus samaks. Seitsmes riigis (Saksamaa, Hispaania, Itaalia, Läti, Poola, Portugal ja Norra) näitasid HIVi levimuse andmed langust. Vaid üks riik (Bulgaaria) teatas HIVi levimuse suurenemisest pealinnas Sofias, kuna seal kasvas uute diagnoositud nakkusjuhtude arv. Kreeka ja Rumeenia teatasid 2011. aastal HIVi nakatunute arvu kasvust, kuigi enne 2011. aastat esitatud levimuse ja HIVi nakatumise juhtumite andmetes see suundumus ei kajastunud. Ka on märke HIVi nakatumise võimalikust jätkumisest noorte süstivate narkomaanide (alla 25aastased) väikestes valimites kuues riigis. Aastatel 2005–2010 tuvastati 5% ületav levimustase Eestis, Prantsusmaal, Lätis, Leedus ja Poolas ning levimuse suurenemine Bulgaarias.

⁽¹⁰⁵⁾ Andmed ei ole kättesaadavad Austria ja Türgi kohta. ELi liikmesriikides ja lisaks Horvaatias, Türgis ja Norras oli see määr 2,52 juhtumit miljoni elaniku kohta ehk 1204 uut teatatud juhtumit 2010. aastal.

⁽¹⁰⁶⁾ Vt 2012. aasta statistika-bülletääni tabelid INF-1 ja INF-108 ning joonis INF-3 (i osa).

⁽¹⁰⁷⁾ Vt kast „HIVi puhangud Kreekas ja Rumeenias“.

⁽¹⁰⁸⁾ Hispaania andmed ei ole üleriigilised. Hiljutise tõusu Eestis võivad olla põhjustanud alates 2009. aastast jälgimissüsteemis tehtud muudatused, nende mõju ulatus ei ole siiski selge.

⁽¹⁰⁹⁾ Suundumusi käsitlevad andmed ei ole kättesaadavad Eesti, Iirimaa, Prantsusmaa, Madalmaade ja Türgi kohta. Vt 2012. aasta statistika-bülletääni tabel INF-108.

AIDSi haigestumus ja aktiivse retroviirusevastase ravi kättesaadavus

Kuigi andmed AIDSi haigestumuse kohta ei näita hästi HIVi nakatumise määra, võivad need olla olulised sümptomaatilise haigestumise taseme kindlakstegemisel. AIDSi haigestumuse 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).

Lätis on narkootikumide süstimisega seotud AIDSi haigestumus endiselt kõige kõrgem. 2010. aasta näit oli hinnanguliselt 27,1 uut juhtumit miljoni elaniku kohta, mis võrreldes 2006. aasta 20,8 uue juhtumiga miljoni elaniku kohta näitab olulist tõusu. Suhteliselt kõrgest AIDSi haigestumusest süstivate narkomaanide seas on teatanud ka Eesti (9,7 uut juhtumit miljoni elaniku kohta), Portugal (8,3), Leedu (6,0) ja Hispaania (5,7), kuigi aastate 2005–2010 trend kõigis neis riikides oli langev⁽¹¹⁰⁾.

B- ja C-hepatiit

Kõikjal Euroopas on süstivate narkomaanide seas laialt levinud viiruslik hepatiit, eriti C-hepatiidi viirusest (HCV)

HIVi puhangud Kreekas ja Rumeenias

2011. aastal varajase hoiatamise süsteemide kaudu Kreekas ja Rumeenias avastatud HIVi nakatumise puhangutele reageeriti kiiresti mõlemas riigis. Vastusena Euroopa Komisjoni üleskutsule koostasid ECDC ja EMCDDA riskide kiirhindamise uute võimalike HIVi puhangute kohta Euroopas (EMCDDA ja ECDC, 2012).

Kreekas, kus enne 2011. aastat oli diagnoositud 9–19 uut HIVi nakkusjuhtu süstivate narkomaanide hulgas aastas, tõusis nakkusjuhtude arv 2011. aastal 241-le ja Rumeenias 1–6 juhtumilt enne 2010. aastat 114 juhtumile 2011. aastal. Kuna selle tõusu tekkides oli Kreekas ja Rumeenias ennetusteenuste osutamise tase madal või vähenemas, võisid olulist rolli mängida ka muud tegurid, näiteks stimulantide tarbimise suurenemine.

Nakkuspuhangutele reageerides suurendas Kreeka oluliselt nõela ja süstla vahetamise programmide katvusala ja uimastiravi mahtu, avades 2011. aasta detsembris 22 uut opioidide asendusravi üksust.

Riskide kiirhindamise aruandes kinnitatakse, et samalaadsed puhangud võivad tekkida ka mõnes muus Euroopa riigis, kus esitatud andmete põhjal on suurenenud C-hepatiiti nakatumine (süstimisrisiki näitaja) ja kaetus HIVi ennetamiseks pakutavate teenustega on madal.

põhjustatud nakkus (joonis 18). Ajavahemikus 2009–2010 jäi HCV antikehade levimusmäär süstivate narkomaanide üleriigilistes valimites vahemikku 14–70%, kusjuures 11-st riigist seitse (Kreeka, Itaalia, Küpros, Austria, Portugal, Soome ja Norra) teatas oma üleriigilistes andmetes 40% ületavast levimusest⁽¹¹¹⁾. Selline tase võib aga juba viidata süstimisega kaasnevale riskidele, mis on HIVi nakatumiseks piisavad (Vickerman *et al.*, 2010). Taanis, Luksemburgis ja Horvaatias näitavad kõige värskemaid riigi tasandil kogutud andmed 40% ületavat HCV antikehade levimusmäära, sama on teatanud veel üheksa piirkondlikke või kohalikke andmeid esitanud riiki (2005–2010). Tšehhi Vabariik, Ungari, Sloveenia (siseriiklikud andmed aastate 2009–2010 kohta) ja Türgi (piirkondlikud ja kohalikud andmed 2008. aasta kohta) teatel jäi HCV levimus neis riikides alla 25% (5–24%), kuid ka sellisel tasemel nakatumise määr kujutab tõsist rahvaterviseprobleemi.

Ajavahemikus 2005–2010 teatasid HCV levimuse langusest süstivate narkomaanide seas riiklikul või sellest madalamal tasandil kuus riiki ning viies riigis täheldati tõusu (Austria, Bulgaaria, Küpros, Kreeka ja Rumeenia). Itaalias on ajavahemikus 2005–2009 (hilisemad andmed ei ole kättesaadavad) riiklikul tasandil täheldatud langust, kuigi 21 piirkonnast kolmes on toimunud tõus (Abruzzo, Umbria, Valle D'Aosta).

Noori süstijaid (alla 25aastased) hõlmavate uuringute kohaselt on Slovakkias HCV levimus kohalikul ja piirkondlikul tasandil vähenenud, mis võib osutada nakatumise määra vähenemisele. Bulgaaria, Kreeka, Küpros ja Austria teatasid kasvust noorte süstivate narkomaanide seas, kuigi Kreeka, Küprose ja Austria valimid olid väikesed. Kreeka siseriiklikel ja ühe piirkonna kohta teatatud andmetel on HCV levimus noorte süstivate narkomaanide seas (süstivad vähem kui kaks aastat) kasvanud⁽¹¹²⁾. Need uuringud, mida on metodoloogilistel põhjustel keeruline tõlgendada, tõestavad kujukalt, et paljud süstijad nakatuvad endiselt viirusesse peatselt pärast süstimise alustamist ning et ajavahemik, mil hakata võtma HCV ennetusmeetmeid, on sageli lühike.

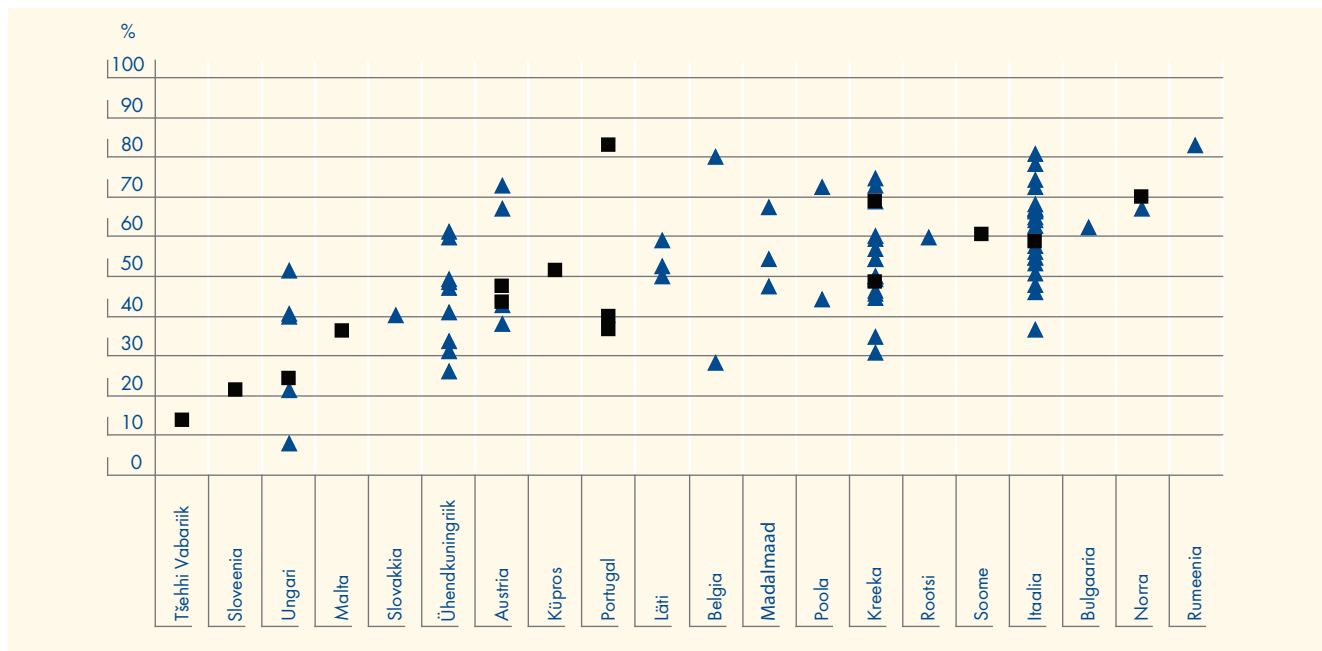
Andmete madala kvaliteedi tõttu ei ole võimalik teatatud B- ja C-hepatiidi juhtumite põhjal suundumusi välja tuua. Teatava ülevaate nende nakkuste epidemioloogiast annab aga süstivate narkomaanide osakaal kõigi teatatud juhtumite hulgas, mille riskitegurid on teada (Wiessing *et al.*, 2008). 16 riigi puhul, kelle kohta on aastaid 2009–2010 käsitlevad andmed kättesaadavad, moodustavad süstivad uimastitarbijad keskmiselt 48% kõikidest teatatud HCV juhtumitest ja 32% teatatud akuutsetest HCV juhtumitest, mille puhul on riskikategooria teada. B-hepatiidi puhul langeb süstivate narkomaanide

⁽¹¹⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel INF-104 (iii osa) ja joonis INF-1 (i osa).

⁽¹¹¹⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid INF-2 ja INF-INF-111 ning joonis INF-6 (i osa).

⁽¹¹²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid INF-112 ja INF-INF-113 ning joonis INF-6 (ii osa) ja (iii osa).

Joonis 18. C-hepatiidi antikehade levimus süstivate narkomaanide seas



NB! 2009. ja 2010. aasta andmed. Mustad ruudud tähistavad riiklike valimeid, sinised ruudud valimite riiklikust väiksemat (kohaliku või piirkondliku) ulatust. Riikidevahelisi erinevusi tuleks tõlgendada ettevaatusega, kuna nende põhjuseks võivad ka olla 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. Lisateabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni joonist INF-6.

Allikad: Reitoxi riiklikud teabekeskused.

arvele 6% kõikidest teatatud juhtumitest ja 12% akuutsetest juhtumitest. Need andmed kinnitavad, et hepatiidiviirusesse nakatumise puhul moodustavad süstivad narkomaanid Euroopas jätkuvalt olulise riskirühma⁽¹¹³⁾.

Muud nakkused

Peale viirusnakkuste on süstivad narkomaanid vastuvõtlikud ka bakteriaalsetele haigustele. Euroopas süstivate narkomaanide seas toimunud antraksipuhang (vt EMCDDA, 2010a) tõestas ilmekalt, et spore 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 ning leiti, et ajavahemikus 2000–2009 esines suuri erinevusi süstivate narkomaanide haigestumismäärades, kusjuures ei osatud seletada teatatud haigusjuhtumite koondumist sellistesse Loode-Euroopa riikidesse nagu Iirimaa, Ühendkuningriik ja Norra (Hope et al., 2012).

Euroopas esineb sellist bakteriaalset haigust nagu tuberkuloos valdavalt riskialtides rühmades, näiteks sissereändajate, kodutute, uimastitarbijate ja vangide hulgas. HIV-positiivsetel on haiguse väljakujunemise risk suurem, suhe on 20:30 (MTO, 2010). Viie riigi kohta kättesaadavad andmed aktiivse tuberkuloosi levimuse kohta

ravi saavate uimastitarbijate seas näitavad varieerumist nullist Austraalias ja Slovakkias kuni 3,1%-ni Leedus, kusjuures vahepealsetest levimusmääradest on teatanud Kreeka (0–0,5%) ja Portugal (0,1–1%). Lisaks teatas Norra väga harva esinevatest juhtumitest. Peale selle esitasid neli riiki andmed, kui palju on uimastitarbijaid uute tuberkuloosijuhtumite seas, mille riskitegurite andmed 2010. aastal on teada: 0,9% Ungaris, 1,2% Belgias (süstivad narkomaanid), 3,3% Ühendkuningriigis (Inglismaa ja Wales, probleemsed uimastitarbijad) ja 5,9% Lätis.

Nakkushaiguste ennetamine ja nendega toimetulek

Nakkushaiguste ennetamine uimastitarbijate seas on Euroopa Liidu rahvatervisealane oluline eesmärk ja enamiku liikmesriikide uimastipoliitika üks osa. Riigid püüavad ennetada ja kontrollida nakkushaiguste levikut uimastitarbijate hulgas mitme kombineeritud lähenemisviisiga, mis hõlmavad sterilsete süstimisvahendite jaotamist, vaktsineerimist, nakkushaiguste testimist ja ravi ning uimastiravi, eriti opioidide asendusravi. Lisaks jagavad sihtrühmani jõudmise või madala läve teenuseid pakkuvad asutused teavet, korraldavad koolitusi ja pakuvad käitumuslikke sekkumisi. Eli agentuurid peavad neid meetmeid narkomaanide HIVi nakatumise ennetamise, ravi ja hoolduse puhul põhisekkumisteks (ECDC ja EMCDDA, 2011).

⁽¹¹³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelid INF-105 ja INF-106.

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).

Nõela ja süstla vahetamise programmide kättesaadavus ja katvusala Euroopas kasvab: 2011. aasta uuringus osalenud 30 riigist pidas nõela ja süstla vahetamise programme esmatähtsaks 26 (2008. aastal oli selliseid riike 23). Rootsis on süstla vahetamise programme rakendatud juba 1986. aastast alates (Skåne maakonnas siiski piiratud ulatuses) ja 2011. aastal kavatseti Stockholmis hakata ellu viima uut programmi. Asjatundjad püüavad praegu kahes kolmandikus Euroopa riikides välja selgitada süstlapakkumisprogrammide olemasoleva taseme vastavust süstivate narkomaanide enamiku vajadustele ning viie riigi eksperdid ongi juba teatanud, et puhtad steriilsed süstlad ja muu puhas süstimisvarustus on kättesaadav vaid süstivate narkomaanide vähemusele. Sellele vaatamata on aastatel 2008–2011 nõela ja süstla vahetamise programmidega täielikust või ulatuslikust kaetusest teatanud riikide arv kasvanud 15-lt 20-le.

Teave 2005. ja 2010. aastal spetsialiseeritud programmide kaudu jagatud süstalde arvu kohta on kättesaadav 22 Eli liikmesriigi ja Norra kohta ⁽¹¹⁴⁾. Nende riikide andmed näitavad süstlavahetuse programmide kaudu jagatavate süstalde arvu olulist kasvu: 34,5 miljonilt 2005. aastal enam kui 51 miljonile 2010. aastal (37%). Üldise tõusu taga on varjul erinevad piirkondlikud suundumused. 10 riigis, mille kohta on kättesaadavad süstivate narkomaanide arvu usaldusväärsed hinnangud, on 2010. aastal jagatud spetsialiseeritud programmide kaudu 110 süstalt iga süstiva narkomaani kohta ⁽¹¹⁵⁾.

Euroopas saavad vaid vähesed süstivad narkomaanid C-hepatiidi viiruse vastast ravi. Viirusesse nakatumise vähendamise võimalikkust kinnitavad haiguse ravimisel saavutatud edu ⁽¹¹⁶⁾ ja üha kasvav tõendibaas (hõlmab ka modelleerimisuuringuid) ravi tõhususe kohta süstivate narkomaanide seas (Martin *et al.*, 2011), mis viitavad süstivate narkomaanide seas levinud C-hepatiidi ravimise strateegiate laiendamise võimalustele.

19 riigi asjatundjad peavad süstivate narkomaanide hulgas leviva C-hepatiidi ennetamisel esmatähtsaks vabatahtlikku

nõustamist koos konfidentsiaalse testimisega. Alates 2008. aastast on üle 50% suurenenud nende riikide arv, kus ekspertide arvates kaetus HCV testidega on piisav ja veidi on kasvanud ka nende riikide arv, kes teatavad, et vähemalt pool sihtrühmast saab nakkushaiguste riskide alast nõustamist. 2010. aastal viidi Inglismaal läbi hilisemate andmetega seostamata anonüümsel seirel põhinev uuring, milles osalenud süstivatest narkomaanidest 83% teatas vabatahtliku konfidentsiaalse HCV testi läbimisest, 2000. aastal oli nende osakaal olnud 40%. HCV-nakkuse kandjatest oli 2010. aastal oma seisundist teadlik 55% võrreldes 2000. aasta 40%-ga (HPA, 2011). Budapestis alustati 2010. aastal ainulaadse kahjude vähendamise programmi elluviimist, mille käigus sihtrühmadele suunatud sekkumiste naissoost läbiviijad pakuvad HIVi ning B- ja C-hepatiidi testimise võimalust uimasteid süstivatele või uimasteid süstivate narkomaanidega seotud naistele.

Vastupidiselt C-hepatiidi viirusele (HCV) on B-hepatiidi viiruse (HBV) ennetamiseks olemas ohutu ja tõhus vaktsiin. Praegu tegeldakse 25 Euroopa riigis HBV vastase vaktsineerimise riiklikesse programmidesse kaasamisega ja 16 riiki on teatanud, et neil on olemas süstivatele narkomaanidele suunatud HBV-vastase vaktsineerimise eriprogramm ⁽¹¹⁷⁾.

C-hepatiidi ravi süstivate narkomaanide jaoks: uued ravimid

Kroonilist C-hepatiidi viirust kandvaid patsiente, sealhulgas uimastitarbijaid on võimalik farmakoloogiliselt ravida.

2001. aastal esmakordselt kasutusele võetud pegüleeritud interferoonid (peg-IFN) alfa-2a ja alfa-2b on muutunud kroonilise C-hepatiidi standardravimiteks. Euroopas on need kaks pegüleeritud interferooni vormi litsentseeritud kasutamiseks koos erinevates annustes (sõltuvalt HCV genotüübist) suu kaudu manustatava ribaviriiniga. Peg-IFN alfa plus ribaviriini peetakse parimaks saadaolevaks ravimiks. Selle ravimi toime tõhusus on tõestatud vähemalt 50% ravialuste puhul (Rosen, 2011) ja ka HCV-nakkust kandvate süstivate narkomaanide ravis on sellega saavutatud sama häid tulemusi (Hellard *et al.*, 2009). Ravi edukalt läbinud patsientide veres säilib madal viirusesisaldus veel mitu kuud pärast ravi lõpetamist ja patsiendid võivad saavutada suhteliselt hea elukvaliteedi, kui nad ei kaldu kõrvale tervislikust eluviisist. Kuna kombineeritud ravi võib siiski avaldada toksilist mõju, töötavad teadlased välja uusi ravistrateegiaid, mis aitavad vältida kõrvalmõjusid ja edendavad praegust HCV ravi. Uuringus käsitletakse selliseid sekkumisi nagu ravi proteaasi inhibiitorite telapreviiri ja botsepreviiriga, mis kiideti USAs 2011. aastal heaks pärast edukaid kliinilisi katseid (Rosen, 2011).

⁽¹¹⁴⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel TDI-5 (i osa) ja (ii osa).

⁽¹¹⁵⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis HSR-3.

⁽¹¹⁶⁾ Vt kast: „C-hepatiidi ravi süstivate narkomaanide jaoks: uued ravimid“.

⁽¹¹⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-6.

Uimastitega seotud surmad ja suremus

Uimastitarbimine on noorte üks peamisi terviseprobleemide ja surma põhjusi Euroopas. Uimastitarbimisega seotud suremus hõlmab surmasid, mille otseseks või kaudseks põhjuseks on uimastite kasutamine. Siia kuuluvad uimasti üleannustamisega seotud surmad (uimastitest põhjustatud surmad), HIV/AIDS, õnnetused, vägivald, enesetapud ja uimastite korduvast kasutamisest tulenevad kroonilised terviseprobleemid⁽¹¹⁸⁾. 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 puhul kasutatakse üldist suremuse statistikat, mille põhjal hinnatakse uimastitarbimisega seotud surmade osakaalu. 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 suremuse määr iga konkreetse põhjuse puhul ning võrrelda rühma suremust elanikkonna üldise suremusega⁽¹¹⁹⁾.

Sõltuvalt värbamiskohast (nt narkomaaniaravikeskused) ja osalemiskriteeriumidest (nt süstivad narkomaanid, herooinitarbijad) näitab enamik kohortuuringuid probleemsete uimastitarbijate suremuse määraks 1–2% aastas. Üle 30 kohortuuringuga kuni 2010. aastani kogutud raviandmete analüüs näitas, et Euroopas sureb igal aastal hinnanguliselt 10 000–20 000 opioiditarbijat (EMCDDA, 2011c). Tavaliselt on suremuse määr 10–20 isikut 1000 elaniku kohta aastas ja seega on liigsuremus 10–20 korda prognoositud suurem. Enamasti surevad 30ndate eluaastate keskpaika jõudnud mehed. On võimalik välja tuua neli üldist surmapõhjust: üleannustamine, haigus, enesetapp ja trauma. Erinevate surmapõhjuste suhteline tähtsus varieerub elanikkonnarühmade ja riikide vahel ning on ajaliselt erinev. Üldiselt on uimasti üleannustamine peamiseks ja kõige paremini dokumenteeritud probleemsete uimastitarbijate surmapõhjuseks Euroopas.

Narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmad

Värskeimatel hinnangutel oli ELi liikmesriikides ja Norras 2010. aastal ligikaudu 7000 narkootikumide tarbimisest

põhjustatud surmajuhtumit, mis 2009. aastal teatatud 7600 surmajuhtumiga võrreldes viitab surmajuhtumite vähenemisele⁽¹²⁰⁾. Need arvud on tõenäoliselt tagasihoidlikud, sest riikide andmeid võib mõjutada asjaolu, et kõikidest narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmadest ei ole teatatud või pole neid kinnitatud. Aastatel 1996–2009 teatasid ELi liikmesriigid ja Norra 6300–8400 narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmajuhtumit aastas. 2009. 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.

2010. aastal oli ELi keskmine üleannustamisest tingitud suremuse määr hinnanguliselt 20 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta 15–64aastaste vanuserühmas, kusjuures riikidevahelised erinevused olid suured. Rohkem kui 20 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta esines 30-st Euroopa riigist 14-s ja rohkem kui 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta seitsmes riigis.

Opioididega seotud surmad

Heroiin

Enamiku narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade korral, mis Euroopa Liidus registreeritakse, on tegemist opioididega, peamiselt heroïini või selle metaboliitidega. 23 riigis, kes esitasid andmeid 2009. või 2010. aasta kohta, põhjustasid opioidid valdava osa kõikidest juhtumitest, kusjuures nimetatud riikidest 15 teatas 80%-lisest või kõrgemast (kuues riigis üle 90%) opioididest põhjustatud surmade osakaalust. Koos heroïiniga kasutatakse sageli alkoholi, bensodiasepiine, muid opioide ja mõnes riigis kokaiini. Sellest nähtub, et märkimisväärne osa kõikidest uimastitest põhjustatud surmajuhtumitest võib olla põhjustatud mitme uimasti koostarbimisest.

Euroopas on suurema osa üleannustamisest tingitud surmajuhtumite puhul tegemist meestega (üldine näitaja 80%)⁽¹²¹⁾. Suhtarvud on siiski Euroopa eri piirkondades erinevad, kusjuures meeste suuremast osakaalust on teatanud Lõuna-Euroopa riigid (Kreeka, Itaalia, Portugal, Rumeenia, Horvaatia) ning Eesti, Läti, Leedu ja ka Türgi. Teatatud andmetel on narkootikumidest põhjustatud surmade tõenäosus meeste ja nooremate inimeste puhul suurem ka Euroopa Liiduga pärast 2004. aastat liitunud riikides.

⁽¹¹⁸⁾ Vt 2011. aasta valikteema uimastitarbimisega seotud suremuse kohta.

⁽¹¹⁹⁾ Teavet suremuse kohortuuringute kohta vt EMCDDA veebisaidi jaotisest Võtmenäitajad.

⁽¹²⁰⁾ Euroopa hinnang põhineb 2010. aasta andmetel ELi 27st liikmesriigist 20 kohta ning 2009. aasta andmetel seitsme ülejäänud liikmesriigi ja Norra kohta. Välja on jäetud Belgia, kelle kohta ei ole andmed kättesaadavad. Täpsema teabe saamiseks vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DRD-2 (i osa).

⁽¹²¹⁾ Kuna enamik EMCDDA-le teatatud uimastitest põhjustatud surmadest on tingitud opioidide (peamiselt heroïini) üleannustamisest, on siin heroïinist põhjustatud surmade kirjeldamisel ja analüüsimisel kasutatud teatatud surmade üldisi tunnuseid. Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonis DRD-1.

Taani, Hispaania, Madalmaad ja Norra on teatanud suuremast surmajuhtumite arvust eakamate heroiinitarbijate seas. Enamikus riikides surrakse heroini üleannustamise tagajärjel keskmiselt kolmekümnendate eluaastate keskepaigas ja paljudes riikides on keskmine vanus hakanud tõusma. See osutab noorte heroiniitarbijate arvu võimalikule stabiliseerumisele või langusele ning probleemsete opioiditarbijate rühma vananemisele. Üldiselt on Euroopas teatatud üleannustamisest tingitud surmajuhtumitest 11% puhul tegemist alla 25aastaste isikutega ja 57% puhul 35aastaste ja vanematega ⁽¹²²⁾.

Surmaga lõppenud ja muid heroini üleannustamisi põhjustavad mitu tegurit. Nende hulka kuulub süstimine; muude ainete, eriti alkoholi ja bensodiasepiinide samaaegne kasutamine; kaasnevad haigused, varasemad üleannustamise kogemused, narkomaaniaravi vältimine ja kodutus. Eriti suur üleannustamise oht on kohe pärast vanglast vabanemist või narkomaaniaravi lõpetamist, nagu on näidanud ka mitu pikaajalist uuringut (EMCDDA, 2011c). Surmade riski suurendab ka üleannustamise ajal üksinda olemine.

Muud opioidid

Peale heroini nimetatakse toksikoloogilistes aruannetes ka mitut muud opioidi, sealhulgas metadooni (EMCDDA, 2011a) ja harvem buprenorfiini ⁽¹²³⁾. Rahvusvahelisel tasandil, eeskätt Austraalias, Kanadas ja Ameerika Ühendriikides tekitavad üha enam muret retseptiravimitena väljakirjutatavate valuvaigistite (näiteks oksükodoon) kuritarvitamisega seotud surmad. Kuigi Euroopas on vähe tõendeid retseptiravimina välja kirjutatud opioididest analgeetikumide põhjustatud surmade kohta, on siin siiski esinenud sünteetiliste opioididega seotud üleannustamise puhanguid, nagu hiljuti Eestis, kus põhjuseks oli ebaseaduslikult toodetud 3-metüülfentanüül. Seetõttu on vaja hoolikalt jälgida uimastiitarbimise harjumustes toimuvaid muutusi, mis võivad olla seotud suremusriskide suurenemisega.

Muude narkootikumidega seotud surmad

Ägedast kokaiinimürgistusest põhjustatud surmasid näib esinevat suhteliselt harva ja vaid harva on tuvastatud, et narkootikumide tarbimisest põhjustatud surma ainsaks põhjuseks on kokaiin. Kuid kuna kokaiini üleannustamisi on opioididest raskem määratleda ja tuvastada, võivad need olla aruandluses alaesindatud (vt 5. peatükk).

2010. aastal teatasid 16 riiki vähemalt 640 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 alates 2008. aastast.

Muude stimulantidest kui kokaiin, näiteks amfetamiinidest või ecstasy'st (MDMA) põhjustatud surmadest teatatakse harva ja kui seda tehakse, siis paljudel juhtudel ei nimetata kõnealust uimastit otsese surma põhjuseks ⁽¹²⁴⁾. Praegu mittekontrollitavate psühhoaktiivsete ainete kättesaadavust on meedias ja toksikoloogilistes aruannetes samuti seostatud uimastitest põhjustatud surmadega, ehkki selle valdkonna seiret on raske läbi viia. Katinoonidega, sealhulgas mefedrooni ja MDPVga seotud surmadest on teatatud, kuid nendegi arv on väike. Mõningaid surmajuhtumeid on seostatud muude uute ainetega, mille kohta üheks viimase aja näiteks on 4-metüülamfetamiin, mille suremusandmed on andnud EMCDDA-le ja Europolile tõe Euroopa tasandi hindamise läbiviimiseks ⁽¹²⁵⁾.

Narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade suundumused

1980. aastatel ja 1990. aastate alguses kasvas Euroopas uimastitest põhjustatud surmade arv järsult (see toimus paralleelselt heroiniitarbimise ja süstimise leviku suurenemisega) ja hiljem jäi vastav näitaja pidama suhteliselt kõrgele tasemele ⁽¹²⁶⁾. Ajavahemikus 2000–2003 teatas enamik ELi liikmesriike surmajuhtumite vähenemisest, millele aastatel 2003 kuni 2008-2009 järgnes surmajuhtumite arvu tõus ja seejärel olukord stabiliseerus. Esialgsed kättesaadavad andmed 2010. aasta kohta osutavad surmajuhtumite üldarvu jäämisele 2009. aastast madalamale tasemele, kusjuures surmajuhtumite arvu jätkuvalt langusest on teatanud Saksamaa, Hispaania, Itaalia, Madalmaad, Austria, Ühendkuningriigi ja Türgi.

Enamik 2010. aasta keskmisest kõrgema suremusmääraga riikidest asub Põhja-Euroopas ning paljud Euroopa keskmisest madalama suremusmääraga riigid asuvad Lõuna-Euroopas. Joonisel 19 esitatud andmed kajastavad valikut riikidest, mis ühinesid Euroopa Liiduga enne 2004. aastat, ja Norrat. Metodoloogiliste erinevuste tõttu tuleb riikide võrdlemisel olla ettevaatlik.

Uuemate ELi liikmesriikide ja kandidaatriikide tendentside hindamine on raskem, sest teatatud surmade arv on väike ja aruandlussuutlikkuse parandamiseks tehtavad jõupingutused võivad vähendada andmete võrreldavust pikaajalises perspektiivis. Hoolimata kirjeldatud raskustest suundumuste väljaselgitamisel on täheldatud

⁽¹²²⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonised DRD-2 ja DRD-3 ja tabel DRD-1 (i osa).

⁽¹²³⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DRD-108.

⁽¹²⁴⁾ Andmeid muude uimastite kui heroiniiga seotud surmade kohta vt 2012. aasta statistikabülletääni tabelist DRD-108.

⁽¹²⁵⁾ Täiendavat teavet uute ainete ja Euroopa varajase hoiatamise süsteemi kohta vt 8. peatükist.

⁽¹²⁶⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni joonised DRD-8 ja DRD-11.

narkootikumidest põhjustatud surmadega seotud suremuse määra kasvu Eestis ja vähemal määral ka Tšehhi Vabariigis, Ungaris, Leedus, Horvaatias ja Türgis.

Põhjuseid, miks narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade arv näitajad 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 suurenemise 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.

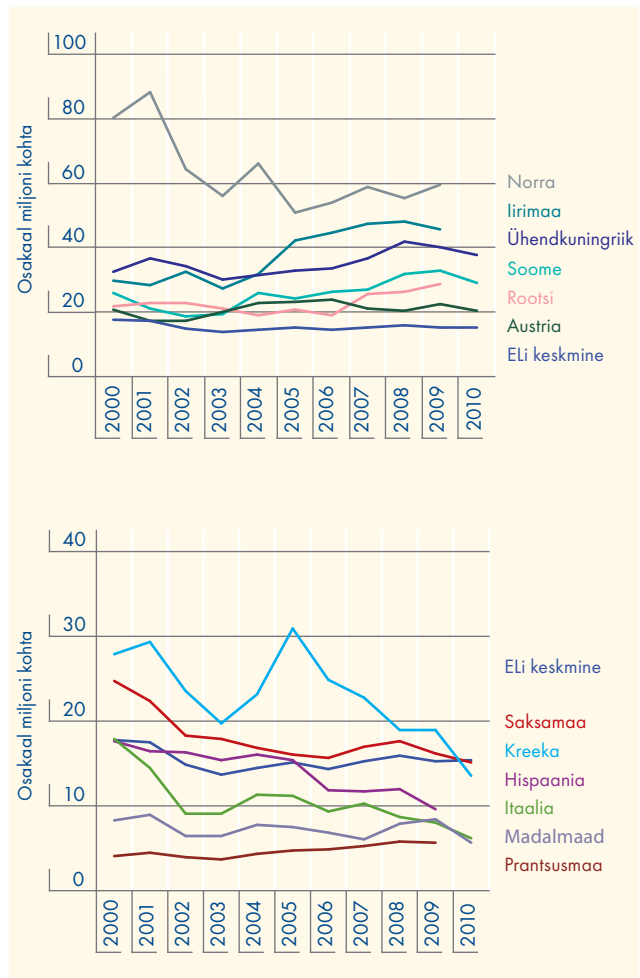
Uimastitarbimisega kaudselt seotud surmad

Olemasolevaid Eurostati ja HIVi/AIDSi seireandmeid ühendades on EMCDDA järeldanud, et 2009. aastal suri Euroopa Liidus hinnanguliselt uimastitarbimisest põhjustatud HIVi/AIDSi umbes 1830 inimest⁽¹²⁷⁾, kusjuures 90% surmajuhtumitest langes Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia ja Portugali arvele. Riikidest, mille hinnangulised suremusmäärad oli palju kõrgemad teiste riikide omast, vähenesid 2008. aastaga võrreldes uimastite süstimisega seostatavast HIVist/AIDSist tingitud suremusmäärad Hispaanias, Itaalias ja Portugalis, kuid suurenesid Lätis ja Leedus. Hiljuti teatatud HIV-juhtumite puhangud Kreekas ja Rumeenias (EMCDDA ja ECDC, 2012) vajavad patsientide hoolduse ning HIVi/AIDSiga seotud surmade tasemete osas hoolikat seiret.

Muud haigused, mille arvele langeb osa surmajuhtumeid uimastitarbijate seas, hõlmavad kroonilisi haigusi, nagu maksahaigused, mille peamiseks põhjuseks on C-hepatiidi viirusesse (HCV) nakatumine, mida sageli raskendab rohke alkoholitarbimine ja samaaegne HIVi nakkus. HCV-nakkuse tagajärjed võivad olla eriti tõsised uimastitarbijate jaoks, sest tõendid kinnitavad, et see võib nende uimasti tõttu suuremise riski kahekordistada ning samuti suurendada vanemate uimastitarbijate narkootikumidega seotud surmade arvukust (Merrall et al., 2012). Muudest nakkushaigustest põhjustatud surmasid esineb vähem. Muudele uimastitarbijate surmapõhjustele, näiteks enesetappudele ja traumadele, aga ka mõrvadele on pööratud palju vähem tähelepanu, kuigi neil on suremusele märkimisväärne mõju.

Uimastitarbijate HIViga seotud suremuse pikaajalist suundumust iseloomustab langustendents, kuid hoolimata ravimahu suurendamisest (eriti opioidide asendusravi osas) ja muudest teenustest, on teistest põhjustest tingitud surmade arv viimastel aastatel vaid veidi vähenenud. Seda juhitamatut probleemi saab selgitada mitme omavahel seotud teguri abil. Lisaks juba varem nimetatutele on uimastitest põhjustatud surmade puhul spetsiaalseteks

Joonis 19. Suundumused uimastitarbimisega seotud suremuse määrades üldelanikkonnas mõnedes liikmesriikides, mis olid ELis enne 2004. aasta ühinemist, ja Norras: riigid, kus suremuse määr on üle ELi 2010. aasta keskmise (üleval) ja alla ELi keskmise (all)



NB! ELi keskmine on arvatud ELi 27 liikmesriigi ja Norra andmete põhjal. 2010. aasta näitaja on esialgne, sest andmed olid kättesaadavad üksnes 20 riigi kohta. Andmed on esitatud Norra ja enne 2004. aastat ELi kuulunud liikmesriikide kohta, kes teatasid viimasel aastal enam kui 100-st narkootikumide tarbimisest tingitud surmajuhtumist.

riskiteguriteks veel alkoholi ja muude uimastite tarbimine, halb tervis, kaasnevad haigused ning sotsiaalne tõrjutus ja marginaliseerumine. Uimastitarbimisega seotud tervishoiukulude hügelsumma vähendamiseks Euroopas tuleb teha täiendavaid jõupingutusi probleemsete uimastitarbijate suremusega seotud otsuste ja kaudsete tegurite tõhusamaks väljaselgitamiseks.

Uimastitega seotud surmade vähendamine

Enamiku Euroopa riikide võtmepoliitikaks on võitlus uimastitarbimise tõttu elude kaotamise vastu ja 16 riiki ongi teatanud, et see on nende riikliku või piirkondliku uimastipoliitikadokumendi keskne teema või et selle kohta

⁽¹²⁷⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel DRD-5 (iii osa).

on koostatud eraldi tegevuskava. Mõnes muus Euroopa riigis, näiteks Austrias ja Norras, on eelmiste aastate uimastitarbimisest põhjustatud surmad suurendanud mõistmist, et sellele probleemile on vaja tõhusamat reageerida.

Uimastiravi vähendab oluliselt narkootikumide tarbijate suremusriski ja buprenorfiini farmakoloogilise ohutuse tõttu soovitatakse mõnes riigis kasutada opioidide hooldusravis just seda ravimit⁽¹²⁸⁾. Buprenorfiini-naloksooni⁽¹²⁹⁾ kombineeritud ravile on antud kasutusluba pooltes Euroopa riikides⁽¹³⁰⁾. Ühtlasi on kindlaks tehtud ravile tulekul või ravi lõpetamisel tekkivad uimasti taluvusega seotud riskid. Uuringud näitavad, et narkootikumide tarbimisest põhjustatud surmade risk on oluliselt kõrgem ravijärgse tagasilanguse korral või vanglast vabanemisele järgnevate nädalate jooksul.

Peale narkomaaniravi kättesaadavuse parandamise on uuritud ka muid sekkumisi, mis võiksid vähendada uimastitarbijate üleannustamise riski, näiteks nõustamise pakkumine ja teavitamine üleannustamise riskist. Üleannustamisalase nõustamise ühendamise koju kaasa antavate naloksooniannustega on sekkumine, millega on võimalik vältida opioidide üleannustamisest tingitud surmajuhtumeid. 2011. aastal teatas kaks kolmandikku Euroopa riikidest, et nende kiirabitöötajad on läbinud naloksooni kasutamist käsitleva koolituse ja üle poolte neist riikidest on teatanud, et naloksoon on nende kiirabiautode standardvarustusse kuuluv ravim. Üksnes Itaalia, Rumeenia ja Ühendkuningriik on teatanud kogukonnapõhiste kahjude vähendamise programmide olemasolust, mille kaudu jagatakse koju kaasa antavat naloksooni opioidide tarbijatele, nende perekonnaliikmetele ja hooldajatele. Õiguslikke takistusi ei ole veel kõrvaldatud teistes Euroopa riikides, sealhulgas Eestis, kus täiskasvanute (15–64 aastased) uimastitega seotud suremusmäär on Euroopa Liidu kõrgeim. Ühendkuningriik aga tõestas, et on vaja vaid minimaalset koolitust, et

anda tervishoiutöötajatele, sealhulgas uimastivaldkonna töötajatele teadmised, oskused ja eneseusaldus, mis on vajalikud opioidi üleannustamise ja naloksooni manustamisega toimetulekuks (Mayet *et al.*, 2011).

Enamikus riikides jagatakse üleannustamise ohtu käsitlevaid teabematerjale (mida sageli antakse välja mitmes keeles, et need oleksid mõistetavad ka sisserändajaist uimastitarbijatele) spetsiaalsete uimastiraviasutuste ja veebisaitide kaudu ning viimasel ajal ka tekstisõnumite ja e-posti teel. Täielikust või ulatuslikust kaetusest üleannustamise riski käsitlevate materjalidega teatasid aastatel 2008–2011 veel kolm riiki.

Täiendavat hooldust ja toetust vajavad oma vajaduste rahuldamisel sellised ebasoodsas olukorras olevad rühmad nagu C-hepatiidi viirusega nakatunud ja vanemad uimastitarbijad. Asjakohase väljaõppe saanud uimastivaldkonna- või tervishoiutöötaja koostatud üleannustamist käsitlev riskihinnang võib aidata varakult tuvastada kõrge riskiga isikuid ning toimib potentsiaalse kahjude vähendamise katalüsaatorina. Kuna eksperdid kinnitavad, et üleannustamisalane riskihindamine on opioiditarbijate enamiku vajaduste rahuldamiseks piisav vaid veidi vähem kui pooltes Euroopa riikides, on tõus aastatel 2008–2011 olnud märkimisväärne (44%).

Täpselt määratletud sihtrühmale suunatud sekkumised, näiteks järelevalve all narkootikumide süstimiseks ettenähtud ruumid, aitavad jõuda väga marginaliseeritud uimastitarbijate konkreetsete alarühmadeni ning vähendavad seeläbi haigestumust ja suremust. Taanis Kopenhaagenis võttis üks eraorganisatsioon 2011. aastal kasutusele turvalisemat süstimiskeskonda ja meditsiinilist järelevalvet pakkuva mobiilse süstimisruumi⁽¹³¹⁾. Samuti nagu järelevalve all tegutsevates uimastitarbimisruumides Saksamaal, Hispaanias, Luksemburgis, Madalmaades ja Norras, on ka Taani uues süstimisruumis olemas vahendid, mis vähendavad surmaga mittelõppevate üleannustamiste mõju tervisele.

⁽¹²⁸⁾ Vt ravijuhendeid parima tava portaalist.

⁽¹²⁹⁾ Naloksoon pärsib opioidide toimet ning seda kasutatakse laialdaselt haiglates ja erakorralises meditsiinis.

⁽¹³⁰⁾ Vt 2012. aasta statistikabülletääni tabel HSR-1.

⁽¹³¹⁾ Lisateabe saamiseks vt Mobile Fixerum veebisaiti.



8. peatükk

Uued narkootikumid ja esilekerkivad suundumused

Sissejuhatus

Nii Euroopas kui ka mujal maailmas pööravad poliitikud, meedia ja avalikkus uutele uimastitele ning nende kasutusviisidele üha suuremat tähelepanu. Osaliselt on seda põhjustanud sidetehnoloogia areng, mis on mõjutanud kaasaegse elu kõiki tahke ning avaldab praegugi mõju uimastituru iseloomule ja tarbijate nõudlusele. Selliste kiirete muutuste taustal on õigeaegse ja objektiivse teabe saamine uute uimastite ja esilekerkivate suundumuste kohta üha olulisem. Euroopa on olukorrale reageerinud varajase hoiatamise süsteemi loomisega, milles kasutatav teave pärineb erinevatest allikatest (kohtumeditiinilised andmed, uuringud, internetiseire ja haiglate kiirabiosakondade andmed).

Uute uimastite suhtes võetavad meetmed

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteem on välja töötatud mehhanismina, millega kiirelt reageerida uute psühhoaktiivsete ainete uimastiturgudele ilmumisele. Pärast süsteemi ülevaatamist 2011. aastal hakkas Euroopa Komisjon välja töötama uut õigusakti nõukogu otsuse 2005/387/JSK⁽¹³²⁾ asendamiseks.

Uued psühhoaktiivsed ained

Ajavahemikul 2005–2011 teatati varajase hoiatamise süsteemi kaudu ametlikult 164 psühhoaktiivsest ainest, mida nüüd jälgitakse. Kolmandat aastat järjest avastati rekordiline arv esmakordselt Euroopa turule ilmunud aineid, kusjuures 2011. aastal tuvastati neid rohkem (49) kui 2010. aastal (41) ja 2009. aastal (24).

Teatatud ainete arvu märkimisväärne suurenemine toimub nn seaduslikeks uimastiteks nimetatava nähtuse jätkuva arengu kontekstis ja peegeldab niihästi Euroopa uimastiturgudele toodud ainete arvu kui ka riikide varajase hoiatamise süsteemide paranenud teatamissuutlikkust. Mõnede uute uimastite turulolek avastati nn seaduslike uimastite kontrollistudega internetist ja spetsialiseeritud poodidest. Enamikul juhtudel avastati need siiski konfiskeeritud ainete kohtuekspertiisianalüüside tulemusel. 2010. ja 2011. aastal

ei teatatud aine esmakordselt tuvastamisest bioloogilistes proovides (veri, uriin), kuid 2009. aastal teatatud ainetest avastati üks neljandik bioloogiliste proovide kaudu.

Uued uimastid: kas psühhoaktiivsed ained või nn seaduslikud uimastid?

Uute uimastite määramiseks on kasutatud mitut mõistet ja mõned EMCDDA igapäevaseks kasutamiseks mõeldud terminite määratlused on esitatud allpool.

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemi raames on uus psühhoaktiivne aine määratletud uue narkootilise või psühhotroopse ainega, mis ei ole loetletud ÜRO 1961. ja 1971. aasta narkootiliste ainete kontrolli konventsioonides, ent mis võib kujutada sama tõsist ohtu rahvatervisele kui nimekirjades loetletud ained⁽¹⁾.

Mõiste „sünteesnarkootikum“ jõudis ebaseaduslike uimastite turgude sõnavarasse 1980. aastatel koos ecstasy ühenditega (MDMA ja muud). See mõiste viitab psühhoaktiivsetele ainetele, mille väljatöötamisel on eesmärgiks olnud kontrollitud uimastite imiteerimine, muutes kehtiva uimastikontrolli vältimiseks vaid veidi nende keemilist koostist. Sellega hõlmatud ained on tavaliselt valmistatud keemilistest lähteainetest salajases laboris.

EMCDDA määratluse kohaselt on nn seaduslikud uimastid reguleerimata psühhoaktiivsete ainete või neid sisaldavate toodete koondnimetus, mis on valmistatud spetsiaalselt selleks, et kontrollitud uimastite mõju imiteerida. Mõiste hõlmab suurt hulka sünteetilisi ja taimedest saadud aineid, mida müüakse tavaliselt interneti teel või uimastite ja uimastitarvetega kauplevates poodides. Selliste ainete seaduslikuks nimetamine võib olla vale ja kliente eksitada, sest mõned tooted võivad sisaldada uimastialaste õigusaktidega reguleeritud aineid, teised aga võivad olla hõlmatud ravimeid või toiduohutust käsitlevate seadustega (EMCDDA, 2011a).

Lisaks kasutatakse mõistet „taimised uimastid“, millega rõhutatakse toote väidetavat looduslikku päritolu.

Tarbimist ja turustamist käsitlevatest eeskirjadest möödahiilimiseks kasutatakse uute ainete müümisel erinevaid tootenimesi, nagu „teaduskemikaalid“, „vannisoolad“ ja „taimetoitud“.

⁽¹⁾ Nõukogu otsuses 2005/387/JSK on esitatud selle dokumendiga hõlmatud ainete õiguslikult siduvad määratlused.

⁽¹³²⁾ Nõukogu otsus 2005/387/JSK uusi psühhoaktiivseid aineid käsitleva teabe vahetuse, riski hindamise ja kontrolli kohta, Euroopa Liidu Teataja L 127, 20.5.2005.

2010. ja 2011. aastal olid kaks kolmandikku uutest teatud ainetest sünteetilised kannabinoidid või sünteetilised katinoonid. Need kaks rühma esindavad ka kahte kolmandikku kõikidest varajase hoiatamise süsteemile alates 2005. aastast teatud uutest ainetest (EMCDDA ja Europol, 2011). Sünteetilised kannabinoidid on suurim rühm neist kuuest, mida jälgitakse (vt joonis 20). Seire all on ka hulgaliselt ravimeid (nt fenasepaam ja etisolaam), metaboliidid või ravimite lähteained (5-hüdroksütrüptofaan), samuti ravimipõhised ained (nt kamfetamiin – fenkamfamiini derivaat). Heaks näiteks on metoksetamiin, mis on 2010. aastal teatud ketamiini derivaat ning mida varajase hoiatamise süsteemi kaudu aktiivselt jälgitakse. Selle aine akuutse (Wood *et al.*, 2012a) ja kroonilise toksilisuse potentsiaal sarnaneb ketamiini omale.

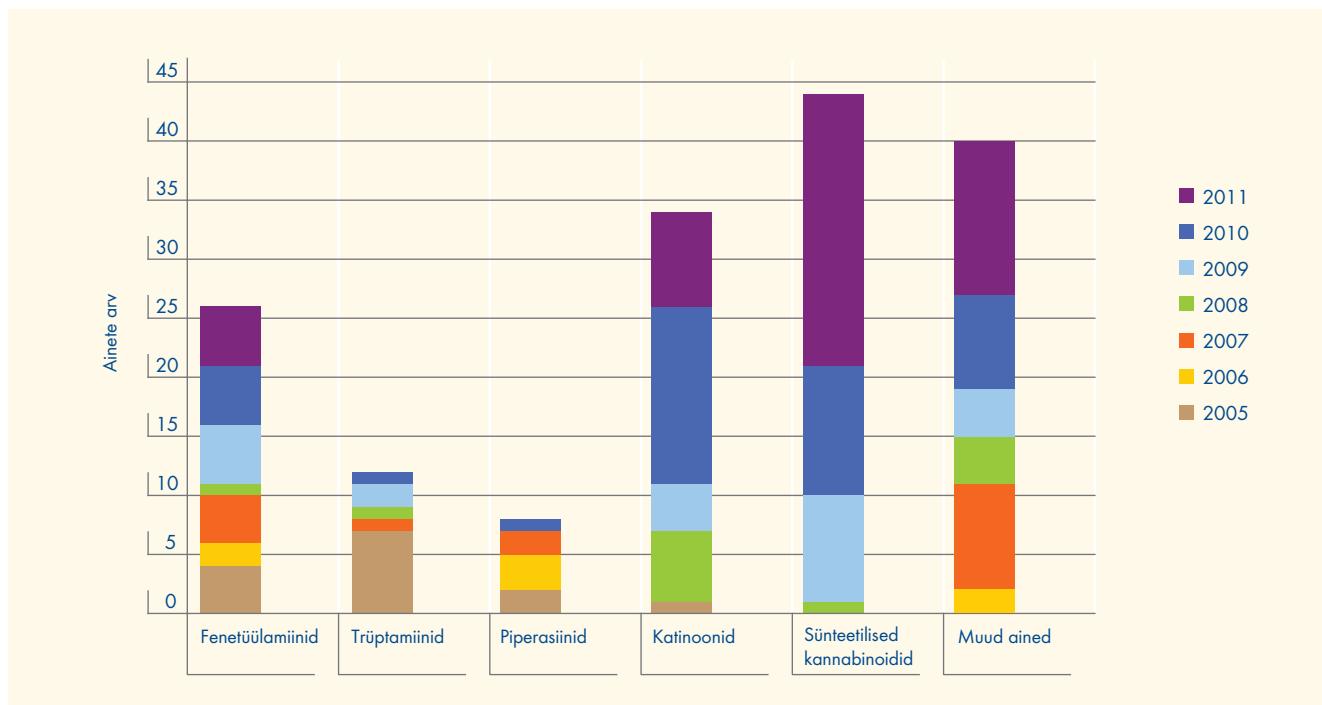
Uute uimastite tootmine ja pakkumine

Euroopa ebaseaduslike uimastite turule ilmuvatest uutest psühhoaktiivsetest ainetest on enamik esitatud andmetel sünteesitud väljaspool Euroopat ning nende peamiseks tarnijateks peetakse Hiinat ja vähemal määral ka Indiat. Euroopa õiguskaitseasutused on avastanud nimetatud ainetes siseveo, segamise ja pakendamisega seotud rajatise. Aruannetes osutatakse organiseeritud kuritegevuse seotusele kõnealuste ainetes tablettideks vormimise ja

turustamisega, mida müüakse tavaliselt nn seaduslike uimastitena interneti teel või uimastite ja uimastitarvetega kauplevates poodides. Teatavatel juhtudel müüakse neid ka ebaseaduslike uimastitena, kasutades näiteks tavaliselt ecstasy-tüüpi uimastitega seostatavaid logosid.

Viimastel aastatel on teatud Euroopa õiguskaitseasutuste suurenenud kaasamisest uute psühhoaktiivsete ainetes salakaubana sissevedamise, segamise ja pakendamisega seotud rahvusvaheliste juhtumite käsitlemisse. Mefedroonile keskendunud uurimistegevus aitas välja selgitada, et seda uimastit valmistatakse suurtes kogustes Hiinas ning et see saabub sageli Euroopa riikidesse, kus see on keelatud, riikide kaudu, kus mefedrooni üle kontroll puudub (Europol). Seoses mCPP-ga on Saksamaa, Eesti, Ungari ja ka Taani teatanud väiksemate katinoonide ja sünteetiliste kannabinoidide koguste konfiskeerimistest (¹³³). Suuremad konfiskeerimised on hõlmanud peamiselt määratlemata uusi psühhoaktiivseid aineid, ning nendest on teatanud Läti (umbes 5 kilogrammi) ja Hispaania (konfiskeeritud ühest uimastitarvetega kauplevast poest kokku 96 kilogrammi), samuti on konfiskeeritud rohkem kui 20 kilogrammi Indiast pärit mefedrooni Tšehhi Vabariigis. Veel likvideeriti või konfiskeeriti muid tootmisega seotud vahendeid Iirimaa, Belgias, Poolas (5 kilogrammi mefedrooni) ja Madalmaades, kus ühest tootiskohast konfiskeeriti

Joonis 20. Peamised varajase hoiatamise süsteemi kaudu jälgitavad uute psühhoaktiivsete ainetes rühmad



NB! Nõukogu otsuse 2005/387/JSK alusel Euroopa varajase hoiatamise süsteemile teatud uute psühhoaktiivsete ainetes arv. Vt veebis EMCDDA uimastiprofiile, et saada teavet fenetüülamiinide, trüptamiinide, piperasiinide, katinoonide ja sünteetiliste kannabinoidide kohta. Kategooria „muud ained“ hõlmab mitmesuguseid taimedest valmistatud ja sünteetiliselt psühhoaktiivseid aineid, mis ei kuulu rangelt ühtegi eespool nimetatud kemikaalide rühma, ning ka väikest arvu ravimeid ja nende derivaate.

Allikas: Varajase hoiatamise süsteem.

⁽¹³³⁾ 1-(3-klorofenüül)piperasiin.

150 kg valgeid pulbreid ja umbes 20 000 mitmesuguseid sünteetilisi kannabinoide sisaldavat tootepakendit.

Ühel juhul, kui konfiskeeritud uimastit oli müüdnud nn taimetoidu või teaduskemikaalina, leiti, et see sisaldas selliseid kontrolli alla kuuluvaid uimasteid nagu katinoonid ja piperasiinid. Veel üheks näiteks on PMMA avastamine nn seaduslikku uimastit sisaldavates toodetes, mis on tarbijatele kindlasti ohtlik (EMCDDA ja Europol, 2011; Sedefov *et al.*, 2011). Ühendkuningriigi äsjases aruandes kinnitati, et seaduslikena reklaamitavatest ja müüdavatest uimastitest sisaldas interneti teel tehtud kontrollostude valimis 19% kontrollitud aineid, 22% piperasiini, 20% katinooni ja 18% sünteetilisi kannabinoide (raske organiseeritud kuritegevuse vastu võitlemise asutus, 2011). Siiski jääb ebaselgeks, kui suurel määral on organiseeritud kuritegevus kaasatud uute ainetega kauplemisse. Praegu näivad olevat turu vallutanud soodsa võimaluse jahil ettevõtjad, kes kasutavad oma toodete turundamiseks ja müügiks interneti pakutavaid eeliseid.

Kättesaadavus internetis

EMCDDA teostab interneti sihtuuringute abil nn seaduslike uimastite veebipõhise müügi korrapärast seiret (ühikordsed uuringud) (vt EMCDDA 2011a). Viimane selline ühekordne uuring viidi läbi 2012. aasta jaanuaris, kasutades ELi 23 ametlikust keelest 20 ning samuti norra, vene ja ukraina keelt (¹³⁴).

Jätkuvalt on kasvanud veebipoodide arv, mis pakuvad oma klientidele vähemalt ühes ELi liikmesriigis psühhoaktiivseid aineid või neid tõenäoliselt sisaldavaid tooteid. 2012. aasta jaanuaris läbi viidud ühekordse uuringuga tuvastati 693 veebipoodi, kusjuures kuni 2011. aasta jaanuarini oli neid tuvastatud 314 ja 2010. aasta jaanuarini 170.

Veebis pakutakse endiselt kõige sagedamini kolme looduslikku toodet (kratomit, salveid, hallutsinogeenseid seeni), neile järgnevad kaheksa sünteetilist ainet, mille kättesaadavus 2011. aasta jooksul kasvas (tabel 10). 2012. aasta ühekordse uuringu tulemused näitasid mitme sünteetilise katinooni kättesaadavuse märkimisväärset suurenemist, mis võib viidata veebimüüjate mefedrooni asendaja otsingutele. Mefedroon ise on samuti veebimüügis ja selle müügiedu näib olevat taastunud pärast kättesaadavuse märgatavat vähenemist 2010. aasta märtsist kuni 2011. aasta juulini, mil suurenes ELi liikmesriikide arv, kes lisasid selle oma kontrollitavate ainete nimekirja (EMCDDA, 2011a). Spice'i-laadseid tooteid leiti 2012. aastal 21 veebipoest, mis viitab olulisele langusele, kuna 2009. aastal tuvastati 55 neid tooteid müüvat kauplust.

Tabel 10. Kümme uut psühhoaktiivset ainet ehk seaduslikku uimastit, mida pakutakse kõige sagedamini müügiks 2011. ja 2012. aastal uuritud veebipoodides

	Toodet pakkuvate veebipoodide arv		
	Jaanuar 2012	Juuli 2011	Jaanuar 2011
Kratom (looduslik)	179	128	92
Salvei (looduslik)	134	110	72
Hallutsinogeensed seened (looduslikud)	95	72	44
Metoksetamiin (2-(3-metoksüfenüül)-2-(etüülamino)tsükloheksanoon)	68	58	14
MDAI (5,6-metüleendioksü-2-aminindaan)	65	61	45
6-APB (6-(2-aminopropüül)bensofuraan)	54	49	35
MDPV (katinoon)	44	32	25
4-MEC (katinoon)	43	32	11
Metiopropamiin (tiofeen)	39	28	5
5-IAI (5-iodo-2-aminindaan)	38	27	25

Allikas: EMCDDA.

Internet on ülemaailmne kauplemiskoht ja uusi aineid müüvad veebipoed näivad olevat tekkinud paljudes riikides. Turukäitumine ja eelistused ei pruugi aga tingimata ülemaailmsed olla, sest paljud tooteseeriad näivad olevat suunatud teatavatele konkreetsetele geograafilistele turgudele. Näiteks toodet nimetusega „Kronic“ ei müü peaaegu keegi peale Austraalias ja Uus-Meremaal paiknevate kauplejate.

Esitatud andmed annavad küll mõningase ettekujutuse nn seaduslike uimastite pakkumisest veebis, kuid tegelike müügitoimingute kohta teave puudub. Olenemata sellest, kas uued psühhoaktiivsed ained on ostetud interneti teel või muul viisil, tuleb nende tarbimise mõõtmiseks Euroopas uurida kättesaadavaid levimusandmeid.

Levimus

Uute psühhoaktiivsete ainete kohta on vähe levimusandmeid ja sageli on need metodoloogiliselt piiratud, sest puuduvad ühtsed määratlused või kasutatakse enda valitud või mitterepresentatiivseid valimeid. 2011. aastal viidi esimest korda läbi riiklikud representatiivsed uuringud seaduslike

¹³⁴ Kasutatud otsingusõnad olid seaduslikud uimastid, taimsed uimastid (Spice, kratom ja salvei), GBL (gammabütürolaktoon), hallutsinogeensed seened, mefedroon ja pipradrooliga seotud ained: 2-DPMP (desoksüpipradrool), desoksü-D2PM (2-(difenüülmetüül)pürrolidiin) ja D2PM (difenüülproliinool).

Uriini anonüümsed liitproovid on objektiivne teabeallikas uimastitarbimise kohta

Elanikkonna uimastitarbimise väljaselgitamiseks ja mõõtmiseks kasutatavad reovee analüüsil põhinevad uued lähenemisiisid aitavad ehk ületada teatavaid rahvastiku-uuringutele omaseid piiranguid. Ise uimastitarbimisest teatamisel põhinevate andmete usaldusväärsust võivad mõjutada kasutatavate uimastite koostise erinevused. Eelkõige käib see sünteetiliste uimastite ja uute psühhoaktiivsete ainete kohta, mille puhul tarbija ei pruugi alati teada, millist ainet ta on kasutanud. Reoveekäitlusettevõtetest pärineva kommunaalreovee analüüse on kasutatud selliste ebaseaduslike uimastite nagu MDMA ja kokaiini tarbimise määra väljaselgitamiseks kogu elanikkonna hulgas. Kuid selle tehnika kasutamine uute psühhoaktiivsete ainete tarbimistasemete määramiseks on problemaatiline, sest nende ainete metabolismi ja püsivuse kohta on väga vähe teada.

2011. aastal läbi viidud katseuuringus püüti välja selgitada, kas on võimalik kasutada uriini liitproove Londoni öistes meelelahutusasutustes tarbitud uimastite tuvastamiseks (Archer *et al.*, 2012). Uuringuga avastati nii ebaseaduslike uimastite kui ka uusi psühhoaktiivseid aineid, sealhulgas mofedrooni, TMPPi (3-trifluorometüülfenüülpiiperasiin) ja 2-AI-i (2-aminoindaan). Uimastid, mille sisaldus proovides oli kõige kõrgem, olid mofedroon, ketamiin ja MDMA. Lisaks lähte-uimastitele avastati ka asjaomaste lähte-uimastite metaboliite.

See uuring tõestab, et uriini liitproove saab kasutada öistes meelelahutusasutustes tarbitavate uimastite kindlaksmääramiseks. Kõnealune meetodika võimaldab koguda objektiivseid andmeid uimastitarbimise kohta eespool nimetatud asutustes, eelkõige aga avastada uusi psühhoaktiivseid aineid.

uimastite ja uute psühhoaktiivsete ainete levimuse kohta elanikkonna (Iirimaa, Ühendkuningriik) ja üliõpilaste (Hispaania) hulgas. Tulemused näitavad suhteliselt madalaid levimustasemeid, kuid teatavates subkultuurides on olemas kiire tõusu potentsiaal.

2011. aastal läbi viidud noorte hoiakuid käsitlevas Euroopa uuringus küsitleti rohkem kui 12 000 noort inimest (vanuses 15–24 aastat) ja jõuti järeldusele, et hinnanguliselt 5% noortest eurooplastest oli elu jooksul kasutanud nn seaduslikke uimastiteid, kusjuures peaaegu pooltes osalenud riikidest jäi see näitaja vahemikku 3–5%. Kõige kõrgemaks hindas tarbijatamäärat Iirimaa (16%), kellele järgnesid Läti, Poola ja Ühendkuningriik (kõigis ligi 10%) (Gallup, 2011).

Hispaanias lisati 2010. aasta 14–18aastaste kooliõpilaste uimastitarbimist mõõtvale riiklikule uuringule uusi esilekerkivaid uimastiteid käsitlev erimoodul. Uuriti üheksat ainet: ketamiini, Spice'i, piiperasiini, mofedrooni, neksust

(2C-B), metamfetamiini, võluseeni, nn teaduskemikaale ja seaduslikke uimastiteid. Kokku teatas 3,5% õpilastest ühe või mitme loetletud uimastite tarbimisest elu jooksul (2,5% oli teinud seda viimasel aastal). Spice'i-laadsete toodete tarbimistasemed olid esitatud andmete põhjal madalad: elu jooksul ja viimase aasta tarbimise levimused olid vastavalt 1,1% ja 0,8%. Mofedroonitarbijaid oli selles rühmas väga vähe (0,4% oli kasutanud elu jooksul).

Pärast mofedrooni lisamist kontrollitavate ainete loendisse kaasati mofedroon ja nn seaduslikud uimastid esimest korda aastatel 2010–2011 läbi viidud Iirimaa ja Põhja-Iirimaa (Ühendkuningriik) ühisesse leibkonnauuringusse (NACD ja PHIRB, 2011). Valimisse kuulus üle 7500 küsitleva vanuses 15–64 aastat. Põhja-Iirimaa oli elu jooksul tarbimise levimus hinnanguliselt 2% ja viimase aasta tarbimine 1% nii mofedrooni kui ka nn seaduslike uimastite puhul (¹³⁵). Kogu elu jooksul tarbimise tasemed olid kõrgemad 15–24aastaste vanuserühmas, ulatudes mofedrooni ja nn seaduslike uimastite puhul 6%-ni. Iirimaa olid ebaseaduslikest uimastitest uued psühhoaktiivsed ained (viimase aasta tarbimine, 4%) tarbimissageduselt pärast kanepit (6%) teisel kohal. Esitatud andmetel olid kõige kõrgemad viimase aasta tarbimistasemed 15–24aastaste vanuserühmas (10%).

Aastaid 2010–2011 hõlmava briti kuritegevusuuringu andmetel (Smith ja Flatley, 2011) oli Inglismaa ja Walesi elanikkonna (16–59aastased) mofedroonitarbimine viimasel aastal 1,4%, seega samal tasemel ecstasy tarbimisega. 16–24aastaste vanuserühmas oli mofedrooni viimase aasta levimus sama kui pulberkokaiinil (4,4%). Enamik isikutest, kes olid teatanud mofedroonitarbimisest viimasel aastal, märkisid ka muude ebaseaduslike uimastite kasutamist (peamiselt kanepi, kokaiini ja ecstasy). Eraldi tuleks märkida, et tulemuste hindamisel on oluline arvesse võtta ka seda, et andmete kogumine uuringu jaoks hõlmas mofedrooni keelustamisele eelnenud ja järgnenud ajavahemikku.

Läbi on viidud veel mõned vabalt valitud asjakohaste valimitega internetiuuringud, mille eesmärk on olnud uute psühhoaktiivsete ainete tarbimise ja kättesaadavuse seire. Saksamaal korraldatud nn seaduslike uimastite veebiuuringus osales 860 seaduslike uimastite kogemustega isikut ning saadud tulemused kinnitasid, et kõige sagedamini tarbitavad nn seaduslikud uimastitooted on taimsed segud, millele järgnevad „teaduskemikaalid“ ja „vannisoolad“ ning muud sarnased tooted. Ka Tšehhi Vabariigi öistes meelelahutusasutustes läbi viidud uuring kinnitas, et kõige sagedamini nimetatavad seaduslikud uimastid on taimsed ained ning 1099 vastajast teatas 23% luulusalvei (*Salvia divinorum*) kasutamisest. Ka Tšehhi Vabariigi

¹³⁵ Põhja-Iirimaa hõlmab nn seaduslike uimastite kategooria klubinarkootikume (tablette ja pulbrit), taimseid uimastiteid, kratomit ja luulusalveid (*Salvia divinorum*); Iirimaa kuuluvad aga samasse rühma taimsed suitsetamissegud või ergutid, vannisoolad, taimetoidud või muud pulbrid, luulusalvei (*magic mint* ehk *Sally D*) ja muud uued psühhoaktiivsed ained, mida küsitlevad on nimetanud.

teatas 15–34aastastest interneti kasutajatest koosnevast valimist (1091 vastajat) 4,5% uute psühhoaktiivsete ainete kasutamisest.

Muud uuringud on sageli keskendunud üht liiki aine tarbimisele, näiteks Spice'ile, BZP-le või mefedroonile. 2011. aastal teatas USA iga-aastane kooliuuring „Monitoring the Future“ (Tuleviku seire) esimest korda sünteetiliste kannabinoidide tarbimise levimusest noorte hulgas. Veidi üle 11% 12. klassi õpilastest oli viimase aasta jooksul kasutanud sünteetilisi kannabinoide sisaldavaid tooteid (Spice ja K2).

Ühendkuningriigi klubiteemalise ajakirja Mixmag ja ajalehe Guardian (Mixmag, 2012) uimastitarbimist käsitleva veebiuuringu 2011. aasta voorus, mille läbiviimisel olid eeskujuks eelmised Mixmagi uuringud (EMCDDA, 2009a, 2010a), saadi 15 500 vastust peamiselt Ühendkuningriigist, kuid ka mujalt maailmast. Aastatel 2010-2011 teatatud andmed mefedroonitarbimise viimase aasta ja viimase kuu tasemete kohta klubide küllastajate hulgas (vastavalt 30% ja 13%) olid kolm korda kõrgemad kui neil, kes klubides ei käinud (vastavalt 10% ja 3%) (Mixmag, 2012). Loomulikult ei ole selliste enda valitud valimitega uuringute andmed representatiivsed, kuid annavad siiski huvipakkuva pildi uimastitarbimisest vastanute seas.

Psühhoaktiivsuse hindamine

Kuna Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute ainete arv pidevalt suureneb, muutub ainete psühhoaktiivsete omaduste varajane kindlakstegemine üha olulisemaks. Praegu uuritakse uute ainete omaduste (toksilisus, farmakoloogia, psühhoaktiivsus) määramise odavate, eelnevaid inim- ja loomkatseid mittevajavate meetodite kasutusele võtmise võimalusi.

Üks uurimise all olev tehnika uute ainete käitumise ennustamiseks on matemaatiliste mudelite koostamine. Nende puhul on aluseks võetud nn sarnasuse põhimõte, mille kohaselt eeldatakse, et sarnase keemilise struktuuriga molekulidel on sarnased psühhoaktiivsed omadused ja toime. Sedasi kasutatakse tuntud aine kohta kogutud teadmisi tundmatu aine toime prognoosimiseks.

Uute vähetuntud ühendite toimimisviisi ennustamine tundub paljulubava lähenemisena. Hiljutises uuringus hinnati arvutusmeetodite abil ravimina kasutatava ostriini psühhoaktiivset potentsiaali (Mohd-Fauzi ja Bender, 2012). Analüüs toimus kahes etapis: kõigepealt hinnati tõenäosust, et ravim võiks jõuda psühhoaktiivse mõju tekitamises teadaolevalt osalevate valkudeni ja teisel etapil hinnati aine kesknärvisüsteemi sissetungimise tõenäosust. Uuringu tulemused näitasid, et tõenäoliselt puudub ostriini psühhoaktiivne mõju inimesele.

Reageerimine uutele uimastitele

Kogu Euroopas on välja töötatud uute psühhoaktiivsete ainete pakkumist ja nõudlust vähendada aitavaid meetmeid. Üksikud liikmesriigid on teinud algatusi, mille eesmärk on tõhustada ja kiirendada oma õiguslike meetmete kohaldamist uute psühhoaktiivsete ainete, toodete ja neid müüvate ettevõtete suhtes (vt 1. peatükk).

2011. aastal juhtis uute uimastite esimene teadusladevaheline foorum tähelepanu uute psühhoaktiivsete ainete nõudluse vähendamiseks võetavatele meetmetele, mis hõlmavad ennetamist, kahjude vähendamist ja ravi. Erineva sisu ja kvaliteediga ühendite suure valiku kättesaadavus raskendab konkreetsete ennetavate või kahjusid vähendavate meetmete rakendamist.

Ühendkuningriigis antakse nn seaduslike uimastitega seotud üksikasjade, hädaabi ja uimastiravi alast teavet veebiteenuse „Talk to Frank“ kaudu. Iirimaa on ennetust ja kahjude vähendamist käsitlev teave uute uimastite kohta olnud saadaval alates 2010. aastast.

Poolas on riiklik narkootikumide ennetamise büroo alates 2008. aastast ette valmistanud ja käivitanud kolm ennetuskampaaniat: veebipõhine kampaania, millega teavitatakse nn seaduslike uimastite kasutamise tagajärgedest ja ohtudest; vanemate ja kooli esindajate kohtumised, kus õpetajad ja nõustajad jagavad teavet uute psühhoaktiivsete ainete kohta, ning üldine ennetusprogramm, mille sihtrühmaks on 15–18aastased kooliõpilased ning mida viivad ellu õpetajad ja nõustajad.

Meelelahutuslikult kasutatavate uimastite Euroopa võrgustiku (ReDNet) projekt on eri paikades läbiviidav uuring, mille eesmärk on noortele inimestele (16–24aastased) ja asjatundjatele uute meelelahutuslike uimastite mõju ning nende kasutamisega seotud võimalikke terviseriske käsitleva teabe kättesaadavaks muutmise. Hukkamõistva alatoonita teabe levitamiseks sihtrühmade seas kasutatakse mitut uuenduslikku info- ja sidetehnoloogiat.

Teadmisi uute ainete kasutamise võimalikust akuutest ja kroonilisest mõjust tervisele on vaja suurendada. Akuutse mürgistuse korral on tarvis arstiabi, kuid vaja on ka erikoolitust nende inimeste meditsiiniliseks abistamiseks, kellel on hakanud halb meelelahutusasutustes, samuti juhiseid hospitaliseerimisele hädaabiteenistuse väljakutsumiseks. Sarnasuse tõttu amfetamiinide ja MDMAga on tõenäoline, et nende hästituntud uimastite ravistrateegiad on kasulikud ka mõningate uut tüüpi psühhoaktiivsete ainete tarbijatele.

Uute psühhoaktiivsete ainetega kokku puutunud ja ametlikult abi otsivate inimeste ravi on praegu esmajoones toetav ning teabe kättesaadavus nn seaduslike uimastite tarbijatele ettenähtud psühhosotsiaalse ravi kohta on küllaltki piiratud. Ühendkuningriigis katsetatakse klubinarootikumide, sealhulgas seaduslike uimastite

tarbijate jaoks valdkondadevahelise erikliiniku loomist, mis pakub mitmesuguseid meetmeid, sealhulgas sekkumisi, farmakoloogilisi raviviise ja kavandatud hoolduse toetamist ning selle katseprojekti esialgsed tulemused ja ravil püsimise määr on olnud head.



Kasutatud kirjandus ⁽¹³⁶⁾

- 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, lk 931–934.
- ACMD (Ühendkuningriigi uimastivastane nõuandev nõukogu) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, London (kättesaadav veebiversioonis).
- AIHW (Austraalia Tervise- ja Heaoluinstituit) (2011), 2010 *National Drug Strategy Household Survey report*, Drug statistics series no. 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, London (kättesaadav veebiversioonis).
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. ja Vecchi, S. (2011), „Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), lk CD004147.
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. ja Davoli, M. (avaldamisel), „Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. ja Wood, D. (2012), „Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, lk 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A. ja Cartwright, J. L. (2012), „Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis”, *BMJ* 344, lk e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M. ja Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (kättesaadav veebiversioonis).
- Berkowitz, B. ja Spector, S. (1972), „Evidence for active immunity to morphine in mice”, *Science* 178, lk 1290–1292.
- Bretteville-Jensen, A. L. ja Skretting, A. (2010), „Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users”, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, lk 5–16.
- 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).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. et al. (2010), „Systematic review of prospective studies investigating „remission” from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence”, *Addictive Behaviors* 35, lk 741–749.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A. et al. (2009), „Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people”, *Traffic Injury Prevention* 10, 162–169.
- CDC (2009), „Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009”, *HIV Surveillance Report* 21, tabel 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (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).
- Day, E. ja Strang, J. (2011), „Outpatient versus inpatient opioid detoxification: A review with suggestions”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, lk 56–66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W. ja Broekaert, E. (2010), „Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature”, *International Journal of Drug Policy* 21, lk 364–380.
- 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, lk 1441–1446.
- Dvorsek, A. (2006), „Relations between criminal investigation strategy and police management”, *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), lk 235–242.

⁽¹³⁶⁾ Veebipõhiste allikate hüperlingid on lisatud aastaaruande PDF-versioonile, mis on kättesaadav EMCDDA veebisaidil (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

ECDC ja EMCDDA (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC ja EMCDDA ühisjuhend, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus, Stockholm (kättesaadav veebiversioonis).

ECDC ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus, Stockholm (kättesaadav veebiversioonis).

EMCDDA (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Narkootikumid, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2009a), *2009. aasta aruanne: Uimastiprobleemide olukord Euroopas*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2010a), *2010. aasta aruanne: Uimastiprobleemide olukord Euroopas*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2011a), *2011. aasta aruanne: Uimastiprobleemide olukord Euroopas*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2011b), *European drug prevention quality standards*, Manual, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: patterns and responses*, Selected issue, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2011d), *Reageerimine uutele psühhoaktiivsetele ainetele*, Narkootikumid 22, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2012a), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators* (CT.10.EPI.070.1.0), EMCDDA, Lissabon (kättesaadav veebiversioonis).

EMCDDA ja ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg (kättesaadav veebiversioonis).

EMCDDA ja Europol (2010), *Cocaine: A European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europol joint publications, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA ja Europol (2011), *EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (kättesaadav veebiversioonis).

Escot, S. ja Suderie, G. (2009), *Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.

Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases – final results*, Eurojust, Haag (kättesaadav veebiversioonis).

Euroopa Komisjon, maksunduse ja tolliliidu peadirektoraat, ettevõtluse ja tööstuse peadirektoraat (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (kättesaadav veebiversioonis).

Euroopa Liidu Nõukogu (2009), nõukogu otsus sisejulgeolekulase operatiivkoostöö alalise komitee moodustamise kohta, 16515/09.

Euroopa Liidu Nõukogu (2010), *Euroopa Liidu sisejulgeoleku strateegia: Euroopa julgeolekumudeli suunas*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P. et al. (2010), „Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample”, *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, lk 181–192.

Fox, B. S., Katak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K. et al. (1996), „Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models”, *Nature Medicine* 2, lk 1129–1132.

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsy, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L. ja Jurystova, L. (2012), „Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic”, *Drug and Alcohol Dependence* (kättesaadav veebiversioonis).

Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (kättesaadav veebiversioonis).

Hall, W. ja Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, lk 1383–1391.

- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. et al. (2005), „Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, lk 456–457.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R. ja Gold, J. (2009), „Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 49, lk 561–573.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. ja Liddle, H. A. (2010), „Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), lk 885–897.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. ja Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Rootsi.
- 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. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A. ja White, J. (2012), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* 102, lk 122–125.
- HPA (Ühendkuningriigi Tervisekaitseamet) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, London (kättesaadav veebiversioonis).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B. et al. (2011), „A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries“, *Addiction* 107, lk 957–966.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations, New York (kättesaadav veebiversioonis).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, United Nations, New York (kättesaadav veebiversioonis).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. ja Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975–2011, Volume I, Secondary school students*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor (kättesaadav veebiversioonis).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. et al. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (kättesaadav veebiversioonis).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M. ja Batki, S. L. (2010), „Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a systematic review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 69(6), lk 578–592.
- Kirby, S., Quinn, A. ja Keay, S. (2010), „Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders“, *Drugs and Alcohol Today* 10, lk 13–19.
- Lee, N. K. ja Rawson, R. A. (2008), „A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Review* 27, lk 309–317.
- 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, lk 12–25.
- 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, lk 146–154.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. ja Kosten, T. R. (2005), „Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence“, *Biological Psychiatry* 58, lk 158–164.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. ja Hickman, M. (2011), „Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility“, *Journal of Hepatology* 54, lk 137–144.
- 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.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. ja Strang, J. (2011), „Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging“, *International Journal of Drug Policy* 22, lk 9–15.
- McIntosh, J., Bloor, M. ja Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, lk 37–45.
- Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J. et al. (in press), „Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development“, *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M. ja Hutchinson, S. J. (2012), „Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study“, *International Journal of Drug Policy* 23, lk 24–32.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. ja Verster, A. (2011), „Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), lk CD001333.

- Mixmag (2012), *Mixmag-Guardian drugs survey* (kättesaadav veebiversioonis).
- Mohd-Fauzi, F. ja Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (kättesaadav veebiversioonis).
- NACD ja PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (kättesaadav veebiversioonis).
- Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B. ja Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Madalmaad.
- Polosa, R. ja Benowitz, N. L. (2011), „Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments“, *Trends in Pharmacological Sciences* 32, lk 281–289.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, lk 147–155.
- Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005–2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Ühendkuningriik.
- 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, lk 345–347.
- Rosen, H. R. (2011), „Clinical practice: chronic hepatitis C infection“, *New England Journal of Medicine* 364, lk 2429–2438.
- 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).
- Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A. ja Gallegos, A. (2011), „PMMA in ‘ecstasy’ and ‘legal highs’“, *BMJ* (kättesaadav veebiversioonis).
- Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.
- Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J. et al. (2001), „Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence“, *Addiction* 96(9), lk 1289–1296.
- Shen, X., Orson, F. M. ja Kosten, T. R. (2011), „Anti-addiction vaccines“, *F1000 Medicine Reports* 3, lk 20.
- Smith, K. ja Flatley, J. (2011), „Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales“, *Statistical Bulletin*, UK Home Office.
- Steinberg, L. (2008), „A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking“, *Developmental Review* 28, lk 78–106.
- Stock, J. ja Kreuzer, A. (1998), „Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht“, *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, lk 1028–1100.
- Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K. et al. (2012), „Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin“, *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, lk 865–875.
- 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.
- Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E. et al. (avaldamisel), „Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis“, *Science of the Total Environment*.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, lk 160–162.
- 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 (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2011b), *World drug report 2011*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- UNODC (2012), *World drug report 2012*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viin.
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandeveld, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. ja Littera, L. (2011), „De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?“, *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, lk 1–69.
- 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, lk 394–396.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. ja Wiessing, L. (2010), „Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk

in populations of injecting drug users? An ecological analysis", *Addiction* 105, lk 311–318.

Vocci, F. J. ja Montoya, I. D. (2009), „Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence", *Current Opinion in Psychiatry* 22, lk 263–268.

Weinstein, A. M. ja Gorelick, D. A. (2011), „Pharmacological treatment of cannabis dependence", *Current Pharmaceutical Design* 17, lk 1351–1358.

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Genf.

WHO (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, World Health Organization, Genf.

WHO (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, 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):pii=18884 (kättesaadav veebiversioonis)

Wilkinson, R. ja Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, London.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. et al. (2011), „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology* 21, lk 655–679.

Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. ja Dargan, P. I. (2012a), „Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine", *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, lk 853–856.

Wood, D. M., Measham, F. ja Dargan, P. I. (2012b), „‘Our favourite drug’: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control", *Journal of Substance Use* 17, lk 91–97.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

2012. aasta aruanne: uimastiprobleemide olukord Euroopas

Luksemburg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2012

2012 – 101 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-540-0

doi:10.2810/64868

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

