

TERVISE ARENGU INSTITUUT
EESTI UIMASTISEIRE KESKUS

NARKOMAANIA EESTIS 2005

Ave Talu
Katri Abel
Kuulo Kutsar
Liina Laastik
Airi-Alina Allaste
Andri Ahven
Anu Neuman

TALLINN
2005

NARKOMAANIA EESTIS 2005

Ave Talu ¹

Katri Abel ¹

Kuulo Kutsar ²

Liina Laastik ¹

Airi-Alina Allaste ³

Andri Ahven ⁴

Anu Neuman ⁵

¹Tervise Arengu Instituut, Eesti Uimastiseire Keskus

²Tervisekaitseinspeksioon

³Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut

⁴Siseministeerium

⁵Eesti Kohtuekspertiisi ja Kriminallistika Keskus

ISSN 1736-2741

© Tervise Arengu Instituut

Paljundamine on lubatud algallikale viitamisel

Tervise Arengu Instituut

Eesti Uimastiseire Keskus

Hiiu 42, Tallinn, 11619

Tel: 6593 997

Fax: 6593 998

E- mail: ave.talu@tai.ee; katri.abel@tai.ee

<http://eusk.tai.ee>

<http://www.tai.ee>

Trükitud Eestis

Trükk ja kujundus: AS Spin Press

Käesolev raport on autoriõigustega kaitstud. Tervise Arengu Instituut ei võta enesele vastutust ega ka kohustusi käesolevas dokumendis sisalduvate andmete kasutamisest tulenevatele tagajärgedele. Raporti sisu ei pruugi kajastada Eesti Uimastiseire Keskuse partnerite ametlikke arvamusi.

Teavet Eesti Uimastiseire Keskuse kohta saate <http://eusk.tai.ee>

Sisukord

Joonised ja tabelid	4
Lühendid.....	6
Sissejuhatus	7
Tänuavaldus	8
Võtmeindikaatorite andmekvaliteet.....	9
Seadusandlus.....	14
Narkomaania, HIV ja AIDSi valdkonna rahastamine	16
Narkootikumide levimus rahvastikus.....	22
Muutused Eesti koolinoorte uimastitarbimises (ESPAD 1995, 1999, 2003)	25
Preventsioon	31
Narkomaania representatsioonid kirjutavas pressis	35
Narkootikumidega seotud nakkushaigused.....	38
Narkomaaniaravi	42
Kahjude vähendamine	47
Narkokuritegevus	51
Konfiskeerimine	54
Lõpetuseks.....	57
Kasutatud kirjandus	59
LISAD	62

Joonised ja tabelid

Joonised

Joonis 1. Alkohoolismi ja narkomaania riikliku programmi rahastamine 1998-2004.

Allikas: Alkohoolismi ja narkomaania ennetamise programmi aruanded, 1998-2004.

Joonis 2. Alkohoolismi ja narkomaania ennetamise programmi rahastamine 2004.

Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2005.

Joonis 3. HIV ja AIDSi valdkonna tegevuste rahastamine 2000-2004.

Allikas: HIV/AIDSi riikliku programmi aruanne, 2005.

Joonis 4. HIV/AIDSi programmi rahastamine valdkondade kaupa 2004. a.

Allikas: HIV/AIDSi riikliku programmi aruanne, 2005.

Joonis 5. HIV/AIDSi programmi rahastamine aastatel 1999-2004.

Allikas: Programmi aruanded.

Joonis 6. Uimastite tarbimine vähemalt korra elu jooksul soo ja vanusegruppide lõikes 2003 aastal (%).

Allikas: TPÜ RASI Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003". EMCDDA standardtabel nr. 1 2004.

Joonis 7. Osakaal inimestest, kellele oli narkootikume pakutud (%)

Allikas: TRÜ RASI Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003".

Joonis 8. Õpilaste osakaal, kes on olnud purjus enam kui 20 korda elu jooksul.

Allikas: ESPAD.

Joonis 9. Õpilaste osakaal, kes on tarvitanud viimase 30. päeva jooksul kanget alkoholi vähemalt kolm korda.

Allikas: ESPAD.

Joonis 10. Õpilaste osakaal, kes on suitsetanud vähemalt 3 sigaretti elu jooksul (katsetajad), ja õpilaste osakaal, kes on suitsetanud vähemalt sigareti päevas viimase 30. päeva jooksul (regulaarsed suitsetajad).

Allikas: ESPAD.

Joonis 11. Õpilaste osakaal, kes on vähemalt korra elus suitsetanud kanepit.

Allikas: ESPAD.

Joonis 12. Õpilaste osakaal, kes on vähemalt korra elus tarvitanud amfetamiini või *ecstasyt*.

Allikas: ESPAD.

Joonis 13. Õpilaste osakaal, kes oli katsetanud uimastiga/olnud purjus 12-aastasena või nooremamana (% neist õpilastest, kes omasid kogemust antud ainega).

Allikas: ESPAD.

Joonis 14. Õpilaste osakaal, kes on tarvitanud mingit illegaalset uimastit piirkonniti.

Allikas: ESPAD.

Joonis 15. Uimastite tarvitamine soo ja õppekeele järgi.

Allikas: ESPAD.

Joonis 16. Artiklite žanrite osakaalud erinevates ajalehtedes erinevate aastate lõikes.

Allikas: Laastik 2004.

Joonis 17. Uute registreeritud HIV-nakatunute arv 1988-2004.

Allikas: Tervisekaitseinspeksioon, 1998-2004.

Joonis 18. HIV nakatunute sooline ja vanuseline jaotus 2004. a.

Allikas: Tervisekaitseinspeksioon, 2004.

Joonis 19. B- ja C-hepatiiti nakatumine 2000-2004.

Allikas: Tervisekaitseinspeksioon, 2005.

Joonis 20. HIV testi teinud isikute arv 2000-2004.

Allikas: AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslaboratoorium, 2002-2004.¹

Joonis 21. Narkootikumide tarbimise tagajärjel tekkinud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravile pöördunud ravikindlustusega kaetud isikute arv 2000-2003.

Allikas: Eesti Haigekassa, 2004.

Joonis 22. Opiaatide tarbimise tagajärjel tekkinud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravile pöördunud ravikindlustusega kaetud isikute piirkonniti 2000-2003.

Allikas: Eesti Haigekassa, 2004.

Joonis 23. Politsei poolt registreeritud narkoalased õigusrikkumised (kuriteod, haldusõigusrikkumised ja väärteod) 1997-2003.

Allikas: Politseiamet, 2004.

Joonis 24. Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ekspertiiside üldarv aastatel 2000-2003.

Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

Joonis 25. Eri ametkondade poolt määratud narkootilise aine ekspertiiside arv aastatel 2000-2003.

Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

Joonis 26. Mõnede narkootiliste ainete konfiskeerimiste arv aastatel 2000-2003.

Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

Tabelid

Tabel 1. Uimastite kasutamine 15-64 aastaste elanike hulgas 2003. a. (%).

Allikas: TPÜ RASI Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003". EMCDDA standardtabel nr 1 2004.

Tabel 2. Uimastite kasutamine 15-34 aastaste elanike hulgas 2003. a. (%).

Allikas: TPÜ RASI Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003". EMCDDA standardtabel nr 1 2004.

Tabel 3. Politsei poolt registreeritud narkokuriteod 2003. aastal tähtsamate kuriteoliikide lõikes.

Allikas: Politseiamet, 2004.

Lühendid

ARV – antiretroviirusravi

ATS – amfetamiini tüüpi stimulandid

EDDRA – Euroopa Liidu Nõudluse vähendamise projektide ja programmide andmebaas

EIB – Hindamiseetodite andmebaas

ELDD – Euroopa Liidu Õigusaktide Andmebaas

EL – Euroopa Liit

EMCDDA – Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

EUSK – Eesti Uimastiseire Keskus

KEKK – Eestis Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus

MDMA – ecstasy

NERP – narkomaania ennetamise riiklik programm aastateks 1997–2007

PM – Postimees

RASI – Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut

STA – Sotisaal ja Tervishoiuamet

SVP – süstlavahetuspunkt

TKI – Tervisekaitseinspeksioon

VNS – veenisüstivad narkomaanid

VV – Vabariigi Valitsus

ÜFATM – Ülemaailmne Fond võitlemaks AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaariaga

ÜTO – Ülemaailme Tervishoiu Organisatsioon

Sissejuhatus

Käesolev raport „*Narkomaania Eestis 2004*” annab ülevaate narkomaania levikust, uimastivastasest võitlusest ja narkopoliitika arengust Eestis. Raport on koostatud rutiinse statistika ja olemasolevate narkovaldkonna uuringute andmetele toetudes.

Raport on koostatud Tervise Arengu Instituudis paikneva Eesti Uimastiseire Keskuse (EUSK) poolt. Raport on koostatud eelkõige poliitikutele, otsusetegijatele ja ekspertidele teadmispõhise narkopoliitika elluviimiseks Eestis. Sarnaselt teiste Euroopa Liidu riiklike teabekeskustega on EUSK ülesandeks koguda objektiivseid, usaldusväärseid ning Euroopa Liidu tasandil võrreldavaid statistilisi ja epidemioloogilisi andmeid narkootikumide ja nende levimuse kohta ning analüüsida andmeid hindamaks narkomaania vastase võitluse tulemuslikkust Eestis.

Raport annab ülevaate narkovaldkonna uuringute tulemustest, narkomaania valdkonna seadusandluse arengust, narkoravist, kahjude vähendamisest, narkootikumidega seotud nakkushaigustest ja narkokuritegevusest ning narkootiliste ainete konfiskeerimisest ajavahemikul 2003-2004. Preventsiooni valdkonnas on selles raportis rohkem rõhku pööratud just preventsoonimetoodikale. Selline ülesehitus on tingitud EMCDDA 2004. aasta raportis mainitud puudujääkidest Eesti ja paljude teiste riikide ennetustöös. Selle raporti ennetusalane peatükk püüabki anda preventsooniprogrammide metaanalüüsile tuginedes ülevaate töötavatest preventsooniprogrammidest ja projektidest. Lisades on välja toodud ka EMCDDA poolt pakutavad hinnatud ja töötavad preventsooniprogrammide ja projektide andmebaasi EDDRA ja hindamismeetodite andmebaasi EIB lühitutvustused.

Aruande elektrooniline versioon on kättesaadav EUSK spetsiaalsel veebilehel <http://eusk.tai.ee> või Tervise Arengu Instituudi veebilehel <http://www.tai.ee>

Tänuavaldus

Eesti Uimastiseire Keskus tänab Aire Trummalit, Kristi Rüütlit, Aljona Kurbatovat, Iveta Tomerat, Riina Enket ja Anu Harjot (Tervise Arengu Instituut), Kuulo Kutsarit (Tervisekaitseinspeksioon), Eda Lopatot ja Terje Partsi (Ravimiamet), Aare Raudseppa (Tallinna Tervishoiuameti Sotsiaal- ja Tervishoiu osakond), Merike Rätsepat (Sotsiaalministeerium), Niina Dermanit ja Leeni Hansonit (TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut) ja Marika Innot (Haigekassa), Andres Lehtmetsa (Lääne-Tallinna Keskhaigla Psühhiaatriakeskus), kes andsid väärtuslikke statistilisi andmeid ja informatsiooni raporti koostamiseks.

Võtmeindikaatorite andmekvaliteet

K. Abel, A. Talu, K. Kutsar

EMCDDA on välja töötanud andmete kogumiseks ja interpreteerimiseks Euroopa Liidus 5 võtmeindikaatorit: narkootikumide levimus kogu rahvastikus, probleemne narkootikumide tarvitamise levimus¹, narkomaaniaga seotud nak-kushaigused (HIV/AIDS, C- ja B-hepatiit), narkomaaniaga seotud surmad ja su-remus ning nõudlus narkomaaniaravi järele. Eelnimetatud võtmeindikaatorite ja teiste narkoaldkonna indikaatorite kohta koguvad võrreldavaid andmeid kõik Euroopa Narkootikumide ja narkomaania Informatsiooni Võrgustikku (ingl. k. *European Information Network on Drugs and Drug Addiction*, REITOX) kuulu-vad Euroopa Liidu liikmesriikide teabekeskused.

Järgnevalt anname ülevaate narkoaldkonna viiest võtmeindikaatorist ja andme-tega kvaliteediga seotud küsimustest.

Narkootikumide levimus kogu rahvastikus

Eelmainitud indikaator põhineb Eesti Elanikkonnaküsitluse andmetel.

Võtmeindikaatori narkootikumide levimus kogu rahvastikus edasiarendamisega toimus 2003. aastal oluline progress. 2003. aastal Eestis TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituudi (RASI) poolt läbi viidud elanikkonnaküsitluse ter-viseseksiooni lisati küsimused Euroopa mudelküsimustikust (ingl. k. *European Model Questionnaire*), mis teeb Eesti andmed teiste EL liikmesriikidega paremi-ni võrreldavaks. Teine muudatus puudutab elanikkonnaküsitluse sihtrühma laie-nemist, kuhu 2003. aastal kaasati ka 15-17 aastased, mis lubab meil teha järeldusi ka noorema vanuserühma narkootikumide tarbimise kohta.

Probleemne narkootikumide tarvitamise levimus

Probleemne narkootikumide tarvitamise levimuse indikaatori raames toimus koostöös Tartu Ülikooli ja Londoni Ülikooli Imperial College uurijaterühmaga veenisüstivate narkomaanide rahvastikurühma hindamise uuringu ettevalmis-tamine. Uuring on plaanis läbi viia 2005. aasta algul ning ta hõlmab 350 süstivat narkomaani Tallinnast ja 100 Ida-Virumaalt. Valim moodustatakse kasutades lumepallimeetodit ja tegemist on kogu veenisüstivate narkomaanide koosluse, mitte süstlavahetuspunktide klientuuri uuringuga. Uuring viiakse läbi interv-juu vormis. Kasutatakse küsimustikku, mis on tõlgitud eesti ja vene keelde ning

¹ Probleemne narkootikumide tarvitamine - narkootikumide süstimine ja/või pikaajaline/regulaarne opiaatide, kokaiini ja/või amfetamiini tarbimine.

koosneb järgmistest blokkidest: demograafiline taust, narkootikumide kasutamine ja sellega seotud riskikäitumine sh. narkootikumide süstimine, uute süstalde ja nõelade kasutamine, kontaktid politseiga, vangla, seksuaalkäitumine, seksuaalteenuste pakkumine, HIVi testimine ja uimastiravi. Igale vastajale tehakse vereproov, mille abil selgitatakse, kas vastav isik on HIV positiivne või mitte. Uuringut rahastab ÜFATM.

Narkomaaniaga seotud nakkushaigused

Kolmanda indikaatori narkomaaniaga seotud nakkushaigused (HIV ja AIDS, C- ja B-hepatiit) andmeid saab EUSK Tervisekaitseinspeksioonilt. Informatsiooni eelnimetatud nakkushaiguste kohta kogutakse narkomaanidelt, suguhaigustega arsti poole pöördunud patsientidelt, HIV positiivsete partneritelt, vere- ja organidoonoritelt, rasedatelt, ajateenijatelt, kinnipeetavatel, haigusnähtudega arsti poole pöördumatelt, anonüümsed testitutel, tervishoiutöötajatelt ja profülaktilistel eesmärkidel testitavatelt. Siinjuures tuleb märkida, et olemasolev HIV ja teiste narkootikumidega seotud nakkushaiguste nagu B- ja C-hepatiidi epidemioloogilise seire süsteem, ei võimalda teha paikapidavaid järeldusi nakkuse levikuteedest (sh. nakkuse levikust VNS-ide hulgas kuna nimetatud kategooriat ei kasutata riskigruppide registreerimisel) riskigruppides, kuivõrd segavaks faktoriks on asjaolu, et uuritav kontingent jaotub olemuselt täiesti erinevatesse kategooriatesse (uuritavad institutsioonid, riskigrupid, nakkuse levikuteed ja kliinilised näidustused). Selline kategooriatesse jagunemine võib kaasa tuua nakkuse tõenäolise ülekandeteede alaregistreerimise, kuna kategooriad üksikindiviidi puhul võivad kattuda ning seetõttu eelistatakse pigem isik registreerida uuritava institutsiooni kui riskigrupi järgi. Näiteks kinnipidamiskohas viibiva isikuna registreeritud HIV positiivne isik võib olla lisaks näiteks veenisüstiv narkomaan või isik, kes on saanud nakkuse HIV-haigega või HIV seropositiivse haigega seksuaalvahekorras olles. Seireloogikat järgides registreeritakse selline juhtum uuringule suunanud institutsiooni kategooria (viibimine kinnipidamisasutuses) järgi, mille tulemuseks ei selgu kinnipidamisasutustes viibivate isikute tõenäolised nakkuse saamise teed ega ka nende riskikäitumine (näiteks narkootiliste ainete tarbimine²). Kokkuvõtvalt ei ole võimalik saada usaldusväärset ülevaadet nakkuse levikust riskigruppide kaupa ning puudub ülevaade kas HIV nakkuse levik on seotud ainult teatud riskigruppidega (veenisüstivad narkomaanid) või levib nakkus üha enam tavarahvastikus.

2 Segadust tekitab ka kategooria „narkootiliste ainete tarbijad“, sest pole selge, kas siia kategooriasse registreeritakse veenisüstivad narkomaanid või ükskõik millist teist narkootikumi tarbiv isik ning seetõttu ei ole võimalik teha järeldusi isiku HIVi nakatumise tõenäolistest põhjustest (veenisüstimiseks kasutatava süstla jagamine, seksuaalne riskikäitumine jms.).

Struktureerida tuleks ka olemasolevat HIV ja B- ja C-hepatiidi järelevalve- ja seiresüsteemi, millega seonduvad probleemid on kokkuvõetuna järgmised: erinevalt paljudest EL riikidest puudub Eestis eraldi HIV, C-hepatiit ja B-hepatiit seiresüsteem süstivatele narkomaanidele, eelarveliste vahendite piiratuse tõttu ei eraldata riigieelarvest vahendeid süstivate narkomaanide B-hepatiit vastu vaktsineerimiseks, seni ei ole korraldatud süstivate narkomaanide B-hepatiit, C-hepatiit ja HIV seroprevelentsuse uuringud, puudub eraldi süüfilise seire narkomaanidele ning ei teostata narkomaanide C-hepatiit genotüpeerimist, et jälgida C-hepatiit uute tüvede ilmumist ja levikut elanikkonnas (Kutsar 2003). Soovitav oleks kasutada olemasolevaid narkomaaniraviteenust pakkuvaid raviasutusi, eelkõige asendusravi ja madala läve keskuseid, B-hepatiit, C-hepatiit ja HIV seire korraldamiseks ning samuti on samade institutsioonide baasil võimalik koguda HIV käitumusliku seire andmeid.

Narkootikumidega seotud nakkushaiguste seiresüsteemi arengusuunad

HIV ja AIDSi epidemioloogilist olukorda arvestades peaks HIV nakkuse järelvalve süsteemi loomine olema prioriteet, ning seda just eriti uute riskigruppide prognoosimise kohalt, kuid seoses andmekaitse valdkonna probleemistikuga kui ka suuremahuliste investeeringute vajadusega on valdkond seni tahaplaanile jäänud. Andmekvaliteedi parandamiseks töötas TAI välja HIV teatise ja testimiseelse ja -järgse nõustamise vormi, kuid HIV teatise rakendamist takistavad vaidlused isikustatud registri loomise lubatavuse osas.

Seoses andmekaitse probleemiga soovitasid Kruuda jt 2004 aasta teostatud HIV /AIDSi ennetustegevuse hindamisuuringus Riigikogu HIV ennetustegevuse probleemkomisjonil koostöös Sotsiaalkomisjoniga kutsuda kokku ümarlaud asjaosaliste spetsialistide osalusel, et analüüsida isikuandmete kogumise ja kasutamise vajaduse põhjendusi HIV leviku tõkestamisel. Rahu ja Mc Kee vaatlusid andmekaitse seaduse mõju rahva tervise uuringutele laiemalt ning väitsid, et Eestis rakendatud andmekaitse seadus on võrreldes EL direktiiviga 95/46/EC tunduvalt piiravam. Sellise seaduse tagajärjeks võib olla kõigi registripõhise uuringute ära keelamine, kus andmete linkimine baseerub isikut identifitseerival numbril. Autorid väidavad, et selliste uuringute puudumine segab arusaamist haiguse esinemise reaalistest suundumustest ja annab seetõttu vale ettekujutluse Eesti rahvastiku tervisest (Rahu & McKee, 2003).

Juba 2002. aastal Riigikontrolli poolt koostatud kontrollaruandes juhiti tähelepanu HIVi epidemioloogilise seire süsteemi modifitseerimise vajadusele ning rõhutati vajadust kasutada seireandmete kogumist ja analüüsimist, lühi- ja pikaajaliste prognooside tegemist ning üldsuse ja poliitikute informeerimist (Riigikontrolli

kontrollaruanne, 2002) Aruandes rõhutatakse, et sotsiaalsete tagajärgedega arvestamiseks peaks nakkusekandjate andmed koondama, tagades seejuures, et need oleks turvatud pahatahtliku kasutamise eest.

Eeltöödega HIV seiresüsteemi täiustamiseks alustati juba 2003. a., kui seire arendamiseks eraldati riiklikust programmist rahalisi vahendeid. ÜFATM programmi raames on 2004. aastal tehtud edusamme eelkõige HIV ja AIDSi käitumuslikus seiresüsteemi loomisel. HIV ja AIDSi käitumuslikku seiret selles ülevaates ei kajastata, kuid sellest antakse ülevaade EUSK 2004. a. riiklikus raportis (National Report 2004). Sotsiaalministeeriumi poolt koostatavas HIV ja AIDSi ennetamise strateegias domineerib tõenduspõhine lähenemine ning strateegia raames planeeritakse tösta seire ja järelvalvesüsteemi kvaliteeti, määratledes konkreetset eesmärgid seire valdkonnas, piiritledes kõigi valdkonnaga seotud institutsioonide kohustused. Erinevalt HIV ja AIDSi ennetamise programmiga planeeritakse strateegias määratleda ka ressurside maht, mis on vajalik seiresüsteemi arendamiseks. Tõenduspõhine lähenemine, selge juhtimine ja koordineerimine ning teised eelpool loetletud meetodid (sh osapoolte kohustuste fikseerimine, tegevusnäitajate kasutamine strateegia elluviimise jälgimiseks ning rahastamine) aitavad garanteerivad strateegias seatud eesmärkide elluviimise.

Narkootikumidega seotud suremuse

Neljanda, narkootikumidega seotud suremuse indikaatoriga, ilmnemiseid 2003. aastal seadusandlikud takistused. Kuni 2003. aastani andis narkootikumidega seotud surmapõhjuseid Eesti Uimastiseire Keskusele Eesti Statistikaamet, kes haldab riiklikku surmapõhjuste andmebaasi, kuid seoses 1. oktoobril 2003. aastal kehtima hakanud andmekaitse seadusega võeti Statistikaametilt ära õigus töödelda isikustatud andmeid. Surmapõhjuste ja muude isikuandmete kogumine on seadusele tuginedes rangelt reguleeritud ja Statistikaametil puudub õigus neid töödelda. 2004. aasta mais kiitis Eesti Vabariigi Valitsus heaks Statistikaametile, mis lubab Statistikaametil teha ametlike statistika uuringuid ja koguda isikuandmeid, juhul kui kõik andmekaitse nõudmised on täidetud ja tõenäoliselt saame järgmises raportis anda ülevaate narkootikumidega seotud suremusandmetest.

Nõudlust narkomaaniaravi järele

Viies indikaator, nõudlus narkomaaniaravi järele, on andmeallikaga katmata, kuna Eestis puudub käesoleval hetkel narkomaaniaravi nõudluse register. Narkomaaniaravi register saab oma seadusliku aluse Riigikogus menetluses oleva narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seaduse põhjal, mille heakskiitmist on oodata 2005. aastal³. Narkomaaniaravi andmekogu põhiline eesmärk on anda kvaliteetne ülevaade ravile pöördunud narkomaanidest (sh ravile pöördunute iseloomulikud tunnused ja profiil, ainete kasutamise viisid ja sagedus, suundumused ajas jms) ning suundumustest raviteenuste kasutamisel. Eelnimetatud andmed aitaks jälgida suundumusi ja muutusi raviteenuste kasutamisel ning aitaks planeerida raviteenuseid. Ühtlasi on narkomaaniaravi nõudluse indikaator baasindikaatoriks probleemsete narkomaanide arvukuse määratlemisele statistiliste meetoditega. Ravinõudluse andmed aitaksid planeerida ka teenuste hindamist.

³ Tervise valdkonna registrite arengukava kohaselt on plaanis luua register 1. jaanuaril 2006. a. (Tervise valdkonna registrite arengukava 2004).

Seadusandlus

A. Ahven

Raporteeritava perioodi sisse mahuvad mitmed täiendused ja muudatusettepanekud narkovaldkonna seadusandluses, mille eesmärgiks oli narkoprobleemi parem haldamine ja kontrolli alla saamine Eestis.

22. aprillil võeti vastu Narkoamaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, mis on Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi, Justiitsministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi ning teiste asjaomaste institutsioonide koostöös valminud üleriiklik multidistsiplinaarne pikaajaline strateegia narkootikumidega vastase võitluse alal. Strateegia käsitleb komplekselt nii narkootikumide nõudluse poolt (ennetus, ravi, rehabilitatsioon) kui ka pakkumise poolt (erinevate jõustruktuuride tegevus: politsei, toll, piirivalve). Strateegia on kavandatud aastani 2012 ning hõlmab kuut valdkonda – ennetamine, ravi-rehabilitatsioon, kahjude vähendamine, pakkumise vähendamine, narkootikumid vanglas ja uimastiolukorra seire.

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainetega seotud õigusrikkumisi käsitletakse alates 2002. aasta 1. septembrist karistusseadustikus (kuriteod) ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seaduses (väärteod). Kehtivuse kaotasid kriminaalkoodeks ning haldusõigusrikkumiste seadustik. Karistusseadustiku jõustumisega kaasnes narkootikumide korduva tarvitamine või väikese koguse enda tarbeks käitlemise dekriminaliseerimine: niisuguseid juhtumeid käsitletakse nüüd väärteona (vastab endisele haldusõigusrikkumisele) narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seaduses. Uue sanktsioonina, esmajoones narkokaubitsejate vastu, sätestab karistusseadustik võimaluse varaliseks karistuseks, mida võib kohaldada isiku karistamisel üle kolmeaastase vangistusega. Varalise karistusena saab määrata summa, mille suurus võib ulatuda süüdimõistetud kogu vara väärtuseni.

Alates 2004. aasta algusest jõustusid karistusseadustiku muudatused, millega enamiku narkootikumide või psühhotroopsete ainetega seotud kuritegude (nn narkokuritegude) puhul nähakse ette senisest märksa karmimad karistused – seda eriti raskendavate asjaolude korral (tegu on suure kogusega; kuritegu on toime pandud grupi, kuritegeliku ühenduse või varem narkootilise või psühhotroopse ainega seotud kuriteo toime pannud isiku poolt, või suure varalise kasu saamise eesmärgil); samuti alaealiste ärakasutamisega seotud narkokuritegude puhul. Esmakordselt on raskendavatel asjaoludel toime pandud narkokuritegude eest võimalik määrata vangistus üle kümne aasta (kuni viisteist aastat, mõnedel juhtudel aga kuni kakskümmend aastat või eluaegne vangistus). Samal ajal ei tõs-

tetud karistuste alampiiri raskendavate asjaolude puudumisel. Üldistades võib öelda, et karistuste skaalavahemik muudeti tunduvalt laiemaks.

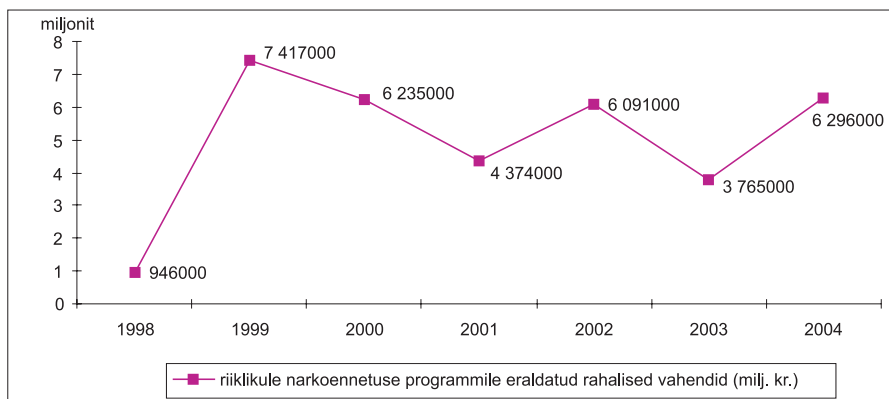
- Narkootilise või psühhotroopse aine väikeses koguses vahendamise või vahendamise eesmärgil ebaseadusliku käitlemise eest tõusis maksimaalne võimalik vangistus seniselt ühelt kolme aastani. Lisati säte niisuguse kuriteo toimepanemisest raskendavatel asjaoludel, mille eest karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.
- Narkootilise või psühhotroopse aine suures koguses ebaseadusliku käitlemise eest tõusis maksimaalne võimalik vangistus seniselt viielt kümne aastani; raskendavatel asjaoludel toime pandud kuriteo puhul on varasema kahe- kuni kümneaastase vangistuse asemel ette nähtud kolme- kuni viieteistaastane vangistus. Lisati säte niisuguse kuriteo toimepanemisel suure varalise kasu saamise eesmärgil või kuritegeliku ühenduse poolt, mille eest karistatakse kuue- kuni kahekümneaastase või eluaegse vangistusega.
- Narkootilise või psühhotroopse aine ebaseadusliku edasiandmise eest alaealisele tõusis maksimaalne võimalik vangistus väikeses koguse korral seniselt kolmelt viie aastani; suure koguse või muudel raskendavatel asjaoludel toime pandud kuriteo puhul on varasema kahe- kuni kümneaastase vangistuse asemel ette nähtud kolme- kuni viieteistaastane vangistus. Uue sättena toodi sisse alaealise kihutamine narkootilise või psühhotroopse aine edasiandmisele või sellele kaasaaitamine, mille eest on võimalik määrata kuue- kuni kahekümneaastase või eluaegse vangistus (olenemata alaealisele antud aine kogusest) – varem ei olnud alaealise vahendamisele kihutamise eest eraldi karistusi sätestatud. Ühtlasi lisandus võimalus kõigi siinkohal kirjeldatud kuritegude puhul määrata lisakaristuse-na varaline karistus.
- Narkootilise või psühhotroopse aine ebaseaduslikule tarvitamisele kallutamise eest tõusis maksimaalne võimalik vangistus seniselt ühelt kolme aastani.
- Alaealise kallutamise eest narkootilise või psühhotroopse aine või muu uimastava toimega aine ebaseaduslikule tarvitamisele või alaealisele sellise aine ebaseadusliku manustamise eest tõusis maksimaalne võimalik vangistus seniselt viielt kümne aastani. Lisati säte niisuguse kuriteo toimepanemise eest varem narkootilise või psühhotroopse ainega seotud kuriteo toime pannud isiku poolt, mille eest karistatakse kolme- kuni viieteistaastase vangistusega.
- Unimaguna, kanepi või kokapõõsa ebaseadusliku kasvatamise eest karmistusi karistused juhtudel, kui kuriteo paneb toime grupp või varem narkootilise või psühhotroopse ainega seotud kuriteo toime pannud isik – niisugustel juhtudel on ette nähtud ühe- kuni kümneaastase vangistus. Muudel juhtudel on jätkuvalt karistuseks rahaline karistus või kuni viieaastane vangistus.

Narkomaania, HIV ja AIDSi valdkonna rahastamine

A. Talu

Alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programmi rahastamine on võrreldes 1999. aastaga oluliselt vähenenud. Võrreldes 2003. aastaga eraldati 2004. aastal riigieelarvest narkoennetuseks enam rahalisi ressursse, kuid 1999. aasta ennetusprogrammidele eraldatud rahalistest vahenditest jäi see summa väiksemaks (Joonis 1).

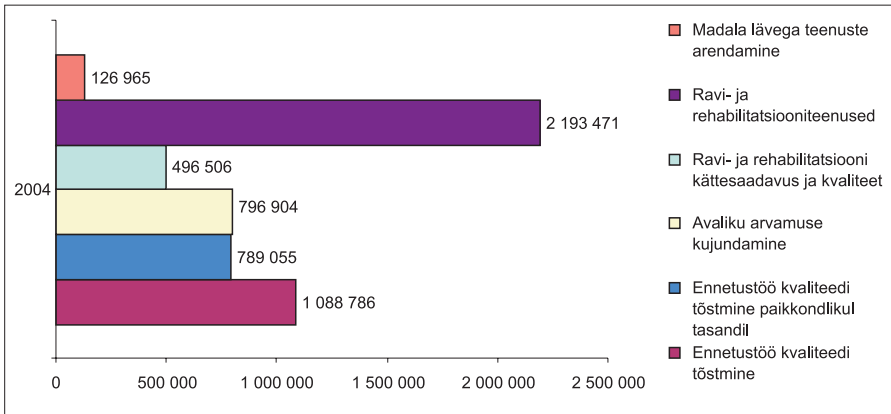
Joonis 1. Alkoholismi ja narkomaania riikliku programmi rahastamine 1998-2004.



Allikas: Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi aruanded, 1998–2004.

Vastavalt narkomaania ennetamise riikliku strateegia eesmärgistatud tegevuskavale aastateks 2004-2008 nähti ette ennetuseks, narkomaanide raviks ja rehabilitatsiooniks ning tänavatöökoks kokku 11 281 752 krooni, kuid tegelikult eraldati eelnimetatud tegevuste elluviimiseks kokku 6 269 000 krooni (55,6% vajadusest), millest VV eraldas lisaelarvest lisaks 800 000 kr. Summa jagunes 6 suurema valdkonna vahel ennetustöö kvaliteedi tõstmise, ennetustöö kvaliteedi tõstmise paikondlikul tasandil, avaliku arvamuse kujundamine, ravi- ja rehabilitatsiooni kättesaadavus ja kvaliteet, ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus ja madala lävega teenuste arendamine) (Joonis 2).

Joonis 2. Alkohoolismi ja narkomaania ennetamise programmi rahastamine 2004.



Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2005.

Kuivõrd narkomaania ennetamise riiklik strateegia võeti vastu 2004. aasta II kvartalis, siis sellest tingituna strateegia formaalselt küll käivitus 2004. a., kuid kuna alkohoolismi ja narkomaania ennetamise riiklik programm kehtis 2004. a. lõpuni, siis narkoennetustegevusi viidi ellu programmile eraldatud rahaliste vahenditega.

Uimastite ja HIV ja AIDSi leviku ennetamise tegevuskava Tallinnas aastateks 2003-2007 alusel rahastati 2004. a. kokku 34 projekti (19 ennetusprojekti, 3 nõustamisprojekti, juriidilise abi projekti, rehabilitatsiooniprojekti) kogumaksumusega 4,4 miljonit krooni.

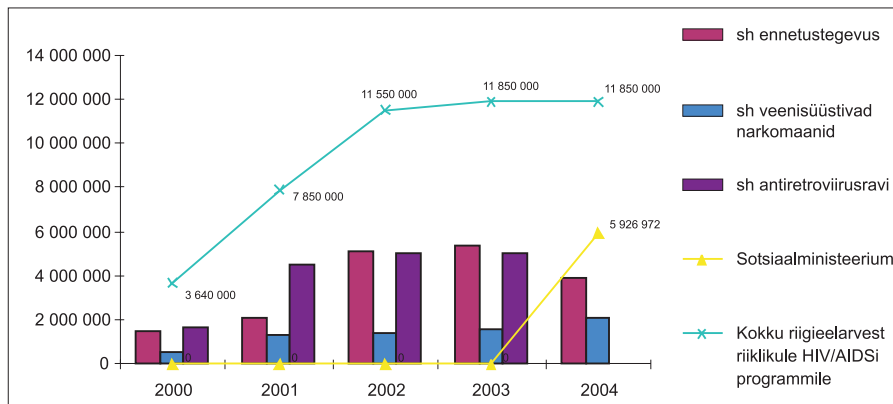
Narkomaani seireks Eestis eraldati TAI-s paiknevale EUSK-le 2004. a. kokku 650 000 krooni, kuigi strateegia eesmärgistatud tegevuskava nägi ette 3,3 miljonit krooni.

Vaadates HIV ja AIDSi valdkonna rahastamist perioodil 2000-2004, siis üldiselt on viimastel aastatel rahastamine riieelarvest tõusnud, kuid summad on tunduvalt väiksemad kui planeeriti algselt eelnimetatud tervishoiuprogrammide elluviimiseks. 2004. aastal jäi HIV ja AIDSi ennetustegevuse rahastamine eelmise aasta tasemele, kus HIV ja AIDSi ennetuse riiklik programm sai küll vähem raha, kuid antiretroviirusravi tagati Sotsiaalministeeriumi rahaliste vahendite arvel (Joonis 3).

2004. aastal tõstis ÜFATM toetus HIV ja AIDSi ennetamise valdkonna rahastamist 24,5 miljoni võrra võimaldades laiendada tegevusi (sh tõendus põhiseid

tegevusi) oluliselt ning katta antiretroviirusravi (ARV) kasvavaid kulusid. ARV kulude edaspidist kiiret kasvu prognoositakse ka PRAXIS-e poolt teostatud HIV ja AIDSi ennetustegevuse hindamisuringus (Kruuda jt. 2004).

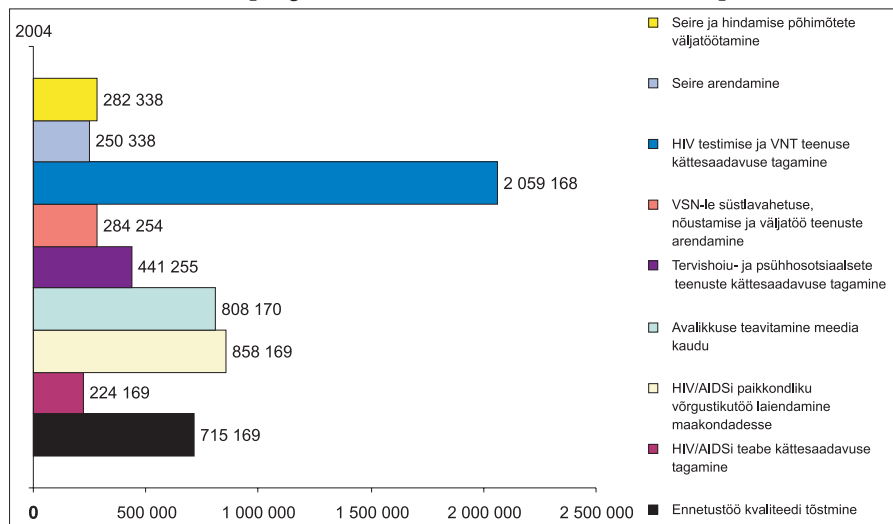
Joonis 3. HIV ja AIDSi valdkonna tegevuste rahastamine 2000–2004.



Allikas: HIV/AIDSi riikliku programmi aruanne, 2005.

2004. a. eraldati HIV/AIDSi ennetamise riikliku programmi tegevuste elluviimiseks kokku 5 923 030 kr. Lisaks eraldati lisaelarvest 1 008 038 kr.

Joonis 4. HIV/AIDSi programmi rahastamine valdkondade kaupa 2004. a.

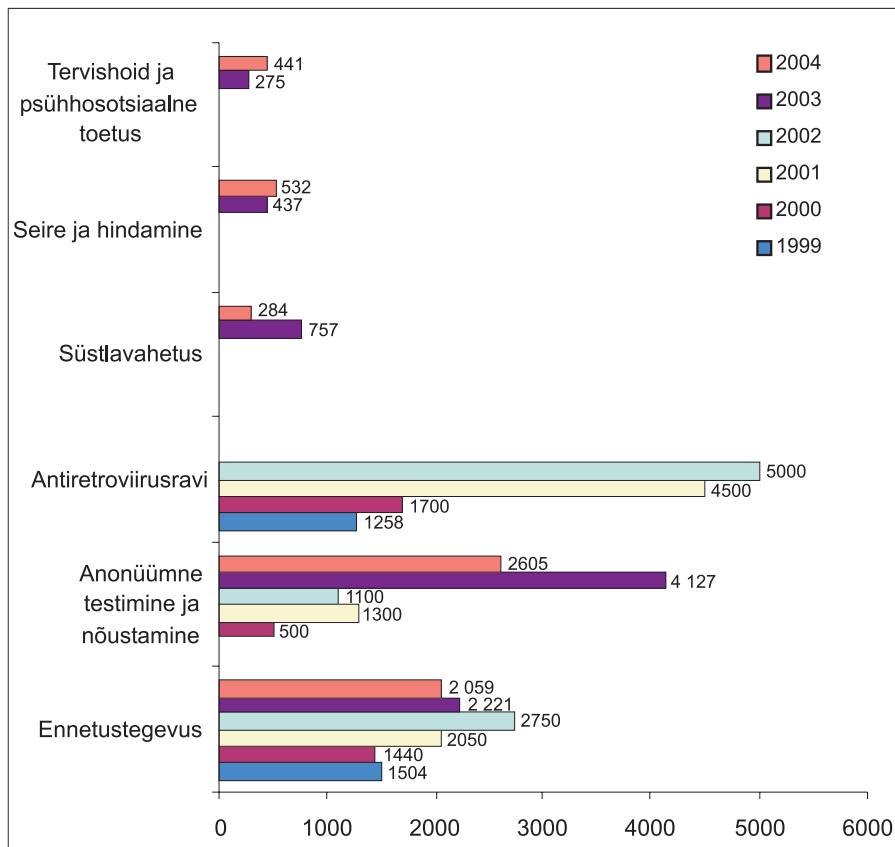


Allikas: HIV/AIDSi riikliku programmi aruanne, 2005.

Riiklikule HIV/AIDSi ennetamise programmile eraldatud rahalistest vahenditest suurem osa (2 059 168 kr) läks HIV testimise ja vabatahtliku nõustamise teenuste kättesaadavuse tagamiseks, mille raames võimaldati tasuta nõustamise ja HIV testimise teenust AIDSi nõustamiskabinettides Tallinnas, Pärnus, Tartus, Purus ja Narvas, teavitati avalikust AIDSi nõustamiskabinettide paiknemisest, nende lahtioleku aegadest ja seal pakutavatest teenustest ning kvaliteetse vabatahtliku nõustamise teenuse rakendamiseks viidi läbi koolitus teenuse pakkujatele.

Jooniselt 5 võib näha riikliku HIV ja AIDSi ennetamisprogrammi rahastamist valdkondade kaupa ajavahemikul 2000-2004. Vaadeldud perioodil ilmneb, et mõningaid olulisi valdkondi nagu süstlavahetus, seire ning psühhosotsiaalne toetuse ja tervishoiuteenuste tagamine HIV-positiivsetele, hakati rahastama suhteliselt hilja ning rahaeraldised on olnud tagasihoidlikumad võrreldes teiste tegevustega. Langenud on riiklikule programmile antiretroviirusraviks, testimiseks ja nõustamiseks ning ennetustööks eraldatavad rahalised vahendid, mis ilmselt on seostatav asjaoluga, et ÜFATM rahastab Eestis eelnimetatud tegevusi suhteliselt suures mahus hetkel. ÜFATM vahenditest finantseeritakse kaheaastase perioodi vältel HIV nakatunutele tervishoiuteenuste osutamist ja ARV ravi 11,6 miljoni ulatuses, VNS-dele teenuste osutamiseks eraldatakse 13,8 miljonit, SVP-des teenuste osutamiseks kulub 6,4 miljonit ning metadoonravi rahastatakse 3,4 miljoni ulatuses.

Joonis 5. HIV/AIDSi programmi rahastamine aastatel 1999–2004.



Allikas: Programmi aruanded.

Arengusuunad ja probleemid

Kui ÜFATM programmi rahastamine lõpeb aastal 2007, siis tuleb leida tegevuste katmiseks rahalisi vahendeid edaspidi riigieelarvest nagu märgitakse ka poliitikauringute keskuse PRAXISi poolt 2004. a. läbi viidud HIV ja AIDSi ennetustegevuse hindamisuuringus (Kruuda jt. 2004).

PRAXIS-i hindamisuuringus, mille eesmärgiks oli analüüsida viimaste aastate HIV ja AIDSi ennetustegevust Eestis ning hinnata, kas rakendatud riiklikud meetmed ja otsused on loonud parimad eeldused efektiivseks ja tulemuslikuks

ennetustegevuseks ning HIV ja AIDSi leviku pidurdamiseks, öeldakse kokkuvõtlikult, et tegevuskavad on väheefektiivsed, kui puuduvad ressursid nende elluviimiseks, tegevusi rahastatakse ebapiisavas mahu ning puudub selge ja toimiv juhtimis- ja koordineerimismehhanism raamdokumentides võetud kohustuste täitmise jälgimiseks. PRAXIS-e uuringuraportis soovitatakse alustada kvartaaalse või poolaastase aruandlusega Vabariigi Valitsusele HIV ja AIDSi ennetustegevuse ja narkomaania ennetamise strateegia elluviimisest ning öeldakse, et rahandusministeeriumil ja peaministril tuleks jälgida eelarve koostamise protsessi, et erinevate ametkondade ülesanded narkostrategias oleks vajalikul määral ressurssidega kaetud ja vajadusel sekkuda ametkondade prioriteetide seadmisel. Koostatavasse HIV ja AIDSi strateegias soovitatakse kindlasti sisse kirjutada VV tasemel strateegia jälgimismehhanism (Kruuda jt. 2004).

Sama märgitakse üldjoontes ka Riigikontrolli kontrollaruandes, mille kohaselt tuleks tagada, et narkomaania ja HIV ja AIDSi ennetamise programmi prioriteetid oleks eelarvega kaetud, kusjuures parimate otsuse tegemiseks peeti vajalikuks epidemioloogilise seire loomist (Riigieelarve kontrollaruanded 2002).

EMCDDA poolt läbi viidud riiklike strateegiate ja koordineerimismehhanismide uuring, mis hõlmas 10 Kesk- ja Ida-Euroopa maad, leidis, et eelmiste strateegilise või programmilise tegevuse läbikukkumine motiveeris uutes narkovaldkonda koordineerivates dokumentides pöörama rohkem tähelepanu rahastamisele, tegevuse indikaatoritele, koostööle ja koordineerimisele. Strateegiate rakendamisel peetakse oluliseks juhtimiskultuuri, poliitilist tahte ja piisavate ressursside olemasolu ning teaduslike meetodite ning hindamise kaasamist strateegiasse (EMCDDA 2003). Eelnimetatud võtmeelementide puudumine võib seada ohtu strateegia elluviimise, millele me juhtisime tähelepanu eelnevalt narkootikumidega seotud nakkushaiguste seiresüsteemi arengusuundi käsitledes (vt. peatükki andmekvaliteet ja võtmeindikaatorid).

Tuginedes EMCDDA uuringule oli enamus uuringus osalenud riikides kasutusel kahe tasandiline mudel narkomaania koordineerimiseks – ministrite komitee, mis tegeleb narkopoliitika koordineerimise poliitilisel tasandil ja tehniline üksus, mis tagab strateegiaga seonduvate probleemide kiire lahendamise. Eestis pole ministrite komitee aktiivselt koos käinud ning kindlasti tuleks kaaluda tehnilist üksust strateegia elluviimise koordineerimiseks erinevate ametkondade vahel.

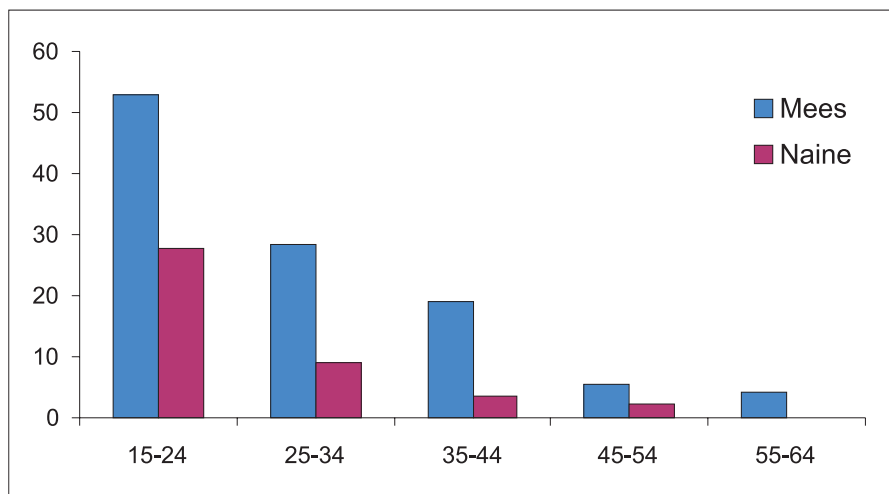
Narkootikumide levimus rahvastikus

K. Abel

Võrreldes 1998. aasta ja 2003. aasta elanikkonnaküsitluste andmeid võime väita, et uimastitega katsetajate osakaal on elanikkonna hulgas märgatavalt kasvanud. Kui 1998. aasta küsitlus näitas, et narkootikumidega katsetajate osakaal oli 6% ringis, siis 2003. aastal läbi viidud küsitluse alusel oli narkootikume proovinud juba 14% 18-69 aastastest (Hansson 2004).

2003. aasta elanikkonnaküsitluse tulemustele tuginedes oli elu jooksul narkootikumide tarbimine 15-64 aastaste hulgas 15,4% ja nooremas vanusegrupis (15-34 aastased) 28,4%. Inimeste arv, kes olid vähemalt korra elu jooksul narkootikumidega eksperimenteerinud oli tunduvalt suurem nooremas vanusegrupis (Joonis 6).

Joonis 6. Uimastite tarbimine vähemalt korra elu jooksul soo ja vanusegruppide lõikes 2003. aastal (%).



Allikas: TPÜ RASI elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003". EMCDDA standardtabel nr. 1 2004.

Võrreldes 2003. aasta elanikkonnaküsitluse andmeid 1998. aasta küsitluse tulemustega, siis võime märgata, et elu jooksul narkootikume tarbinute osakaal on tõusnud. Kuna 1998. aasta ja 2003. aasta uuringu vanusegrupid ei ole sarnased, seoses 15-17 aastaste noorte lisamisega valimisse, ei saa me EMCDDA standardtabeli põhjal võrrelda kahe aasta uuringuid (vt ka peatükki andmekvaliteet ja võtmeindikaatorid). Küll aga on võrdlus võimalik TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituudi andmetele tuginedes, kus illegaalsete uimastite kasuta-

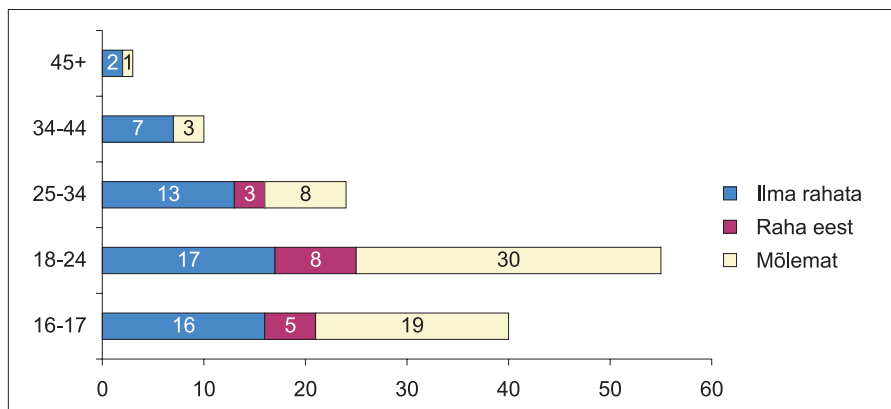
mine elu jooksul oli 18-24 aastaste naiste seas 1998. aastal 9,4% ja meestel 24,7% ning 2003. aastal vastavalt 31,2% naistel ja 57,7% meestel.

Elanikkonnaküsitluse “Eesti 1998” andmetel oli kõrgem elu jooksul narkootikumide tarbimise osakaal mitte-eestlaste hulgas, kuid 2003. aasta küsitluse tulemusel vahe puudus. 20% mitte-eesti meestest ja 20% eesti meestest ning 8% nii eesti kui mitte-eesti naistest olid tarvitanud narkootikumide vähemalt korra elu jooksul (Hansson 2004).

Samuti hakkab narkootikumide tarvitamisel kaduma vahe linna ja maaelanike vahel. Vastanute osakaal, kes olid vähemalt korra proovinud narkootikumide oli Tallinnas 18% ning maapiirkondades 12-13% (Hansson 2004).

2003. aasta uurimuse andmeil oli narkootikumide pakutud samale või pisut suuremale osale inimestest, kui oli illegaalsete uimastitega katsetajaid. 18-24 aastastest oli 55% vastajatest pakutud narkootikumide (Joonis 7), mis on sarnane 18-24 aastaste narkootikumidega katsetajate osakaalule (Hansson 2004).

Joonis 7. Osakaal inimestest, kellele oli narkootikumide pakutud (%).



Allikas: RASI Elanikkonnaküsitlus “Eesti 2003”, TPÜ RASI.

Peaaegu pooled, kes olid mingisugust illegaalset uimastit proovinud olid seda teinud 14-18 aastaseks. Rohkem kui kolmandik oli proovinud esimesel korral kanepit, amfetamiiniga alustas 2003. aasta andmetel 12% ja ecstasyga 5-6% (ibid.).

Elanikkonnaküsitluse andmed võimaldavad meil vaadata narkootikumide kasutamist elanikkonnas vastavalt erinevatele narkootilistele ainetele. Vaadeldes tabelit 1 ja 2 võime näha, et nii viimase 12 kuu tarbimise kui ka viimase 30 päeva tarbimise puhul on kanepitarbimine esikohal, millele järgnevad ecstasy ja amfetamiini tarbimine. Viimase 12 kuu kanepi tarbimine oli 15-64 aastaste hulgas

4,6% ning 15-24 aastaste hulgas 18,2%. Viimase 12 kuu ecstasy tarvitamine 15-64 aastaste hulgas oli 1,7% ja 15-24 aastaste hulgas 6,1%. Soo aspekti vaadeldes, näeme, et viimase 30 päeva amfetamiini tarvitamine ning viimase 12 kuu amfetamiini tarvitamine oli naistel kõrgem kui meestel. Suured erinevused tulevad sisse ka uinutite ja rahustite kasutamisel, kus naiste hulgas oli tarvitamine suurem kui meeste hulgas. Ainsa erandina võib siin võtta vanusegruppi 15-24 eluaastat (Tabel 2).

Tabel 1. Uimastite kasutamine 15-64 aastaste elanike hulgas 2003. a. (%).

Uimasti	Tarvitamine viimase 12 kuu jooksul (%)			Tarvitamine viimase 30 päeva jooksul (%)		
	15-64			15-64		
	M	N	K	M	N	K
Kanep	7,5	0,3	4,6	2,4	0,6	1,4
Heroin	0	0	0	0,1	0	0,1
Kokaiin	1,2	0,1	0,6	0	0	0
Amfetamiin	2,2	0,5	1,3	0,3	0,4	0,3
Ecstasy	2,8	0,7	1,7	0,6	0,2	0,4
LSD	0,7	0	0,3	0	0	0
Uinutid ja rahustid	12,9	26,2	20,4	8,2	15,1	12,1

Allikas: Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003", TPÜ RASI. EMCDDA standardtabel nr 1 2004.

Tabel 2. Uimastite kasutamine 15-34 aastaste elanike hulgas 2003. a. (%).

Uimasti	Tarvitamine viimase 12 kuu jooksul (%)						Tarvitamine viimase 30 päeva jooksul (%)					
	15-24			25-34			15-24			25-34		
	M	N	K	M	N	K	M	N	K	M	N	K
Kanep	25,5	11,3	18,2	3,1	0,5	1,6	9,3	3,0	6,1	0,8	0	0,3
Heroin	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0,3	0	0	0
Kokaiin	3,1	0,6	1,8	1,6	0	0,6	0	0	0	0	0	0
Amfetamiin	9,3	1,8	5,5	0	0,5	0,3	1,2	1,1	1,2	0	0,5	0,3
Ecstasy	10,6	1,8	6,1	0,8	1,6	1,3	2,5	0,6	1,5	0	0,5	0,3
LSD	3,1	0	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uinutid ja rahustid	11,5	16,8	14,2	4,8	19,0	13,3	8,1	7,7	7,9	3,9	9,5	7,3

Allikas: Elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003", TPÜ RASI. EMCDDA standardtabel nr 1 2004.

Muutused Eesti koolinoorte uimastitarbimises (ESPAD 1995, 1999, 2003)

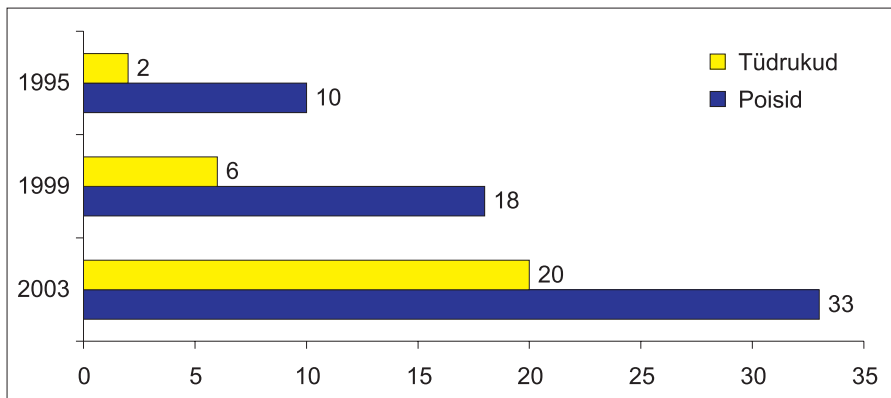
A-A. Allaste

2003. aastal teostati Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise küsitlusuuring (ESPAD) kolmandat korda. Läbiviimise reeglid on kõikjal samad, andmete võrdluseks kasutatakse kõigis maades ühesugust metoodikat ja küsimustikku. Uuring võimaldab võrrelda uimastite tarvitamist erinevate maade koolinoorte seas ja jälgida muutusi ajalises perspektiivis. Uurimus viiakse kõikjal läbi üheaegselt sama vanusegrupis, kelleks on 15-16-aastased kooliõpilased. 1995. aasta uurimuse sihtgrupp oli 1979. aastal, 1999. aastal 1983. ja 2003. aastal 1987. aastal sündinud õpilased. Valim on esinduslik nii territoriaalselt, õppekeele (eesti ja vene õppekeel) kui ka klasside järgi, kus antud sünniaastaga õpilased õppisid (8-ndad, 9-ndad ja 10-ndad klassid).

Alkoholi ja tubaka tarvitamine

Eesti noorte uimastitarbimine on uurimuste andmeil järjest kasvanud. Üha suurem osakaal 15-16-aastastest õpilastest suitsetab, joob end purju ning katsetab illegaalsete uimastitega. 2003. aasta tulemustel on oluliselt kasvanud õpilaste – eriti tüdrukute – osakaal, kes joovad end sageli purju. Võrreldes 1995. aastal läbiviidud küsitluse tulemustega, on tüdrukute osakaal, kes on olnud purjus enam kui 20 korda elu jooksul, kümnekordistunud (Joonis 8).

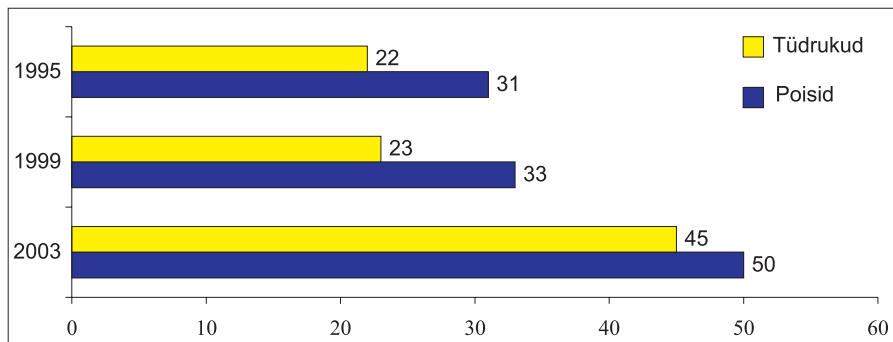
Joonis 8. Õpilaste osakaal, kes on olnud purjus enam kui 20 korda elu jooksul.



Allikas: ESPAD.

Purju jäämine on osaliselt seletatav muutustega alkoholivalikus – kui õlle tarvitamine oli võrreldes 1999. aastaga jäänud samale tasemele ja veini tarvitamine vähenenud, siis kange alkoholi tarbimine oli oluliselt kasvanud (Joonis 9).

Joonis 9. Õpilaste osakaal, kes on tarvitanud viimase 30. päeva jooksul kanget alkoholi vähemalt kolm korda.

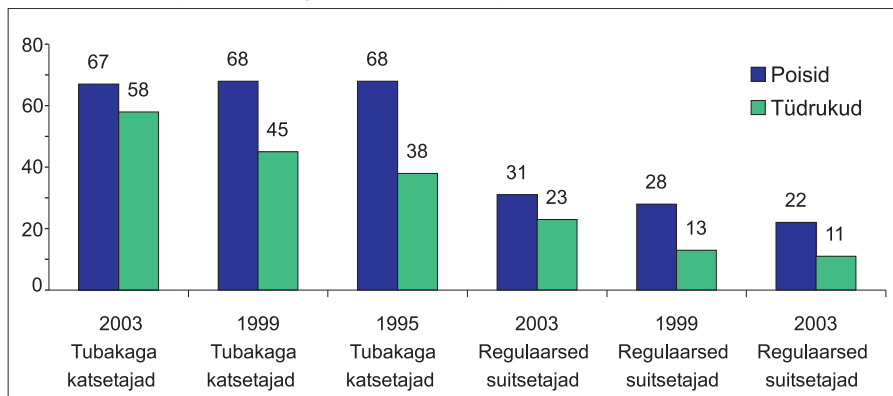


Allikas: ESPAD.

Sigarettidega katsetajate osakaal on tõusnud peamiselt tütarlaste arvelt. Tubakaga katsetajate osakaal on poiste osas püsinud kolme uuringu vältel stabiilne, tüdrukute osas seevastu pidevalt kasvanud.

Regulaarsete suitsetajate osakaal on kasvanud nii poiste kui tüdrukute seas, kasvutendents on suurem aga tütarlaste seas (Joonis 10).

Joonis 10. Õpilaste osakaal, kes on suitsetanud vähemalt 3 sigaretti elu jooksul (katsetajad), ja õpilaste osakaal, kes on suitsetanud vähemalt sigareti päevas viimase 30. päeva jooksul (regulaarsed suitsetajad).

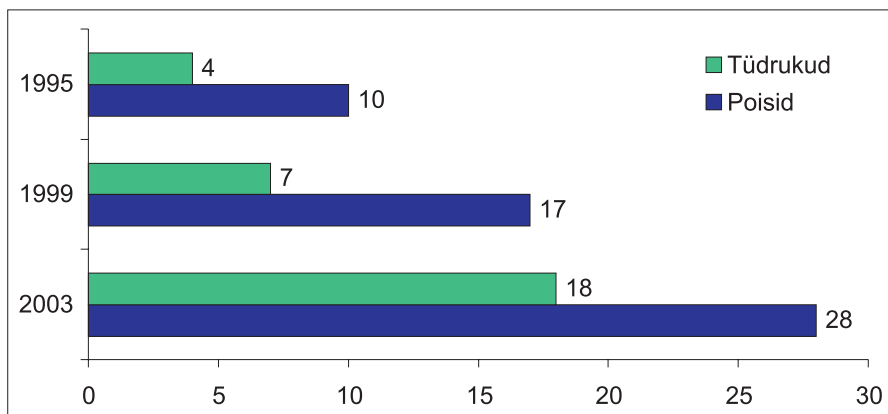


Allikas: ESPAD.

Illegaalsete uimastite tarvitamine

Illegaalsete uimastitega katsetamine on muutumas üha suuremale hulgale koolinoortest elustiili osaks. Iga uuringuga on kasvanud mingit illegaalset uimastit katsetanud õpilaste osakaal: 1995. aastal oli neid 7%, 1999. aastal 15% ja 2003. aastal 24%. Muutus on suuresti mõjutatud kanepitarvitamisest – kanepiga katsetajate osakaal on võrreldes 1999. aastaga kahekordistunud, moodustades nüüd neljandiku õpilastest (Joonis 11).

Joonis 11. Õpilaste osakaal, kes on vähemalt korra elus suitsetanud kanepit.



Allikas: ESPAD.

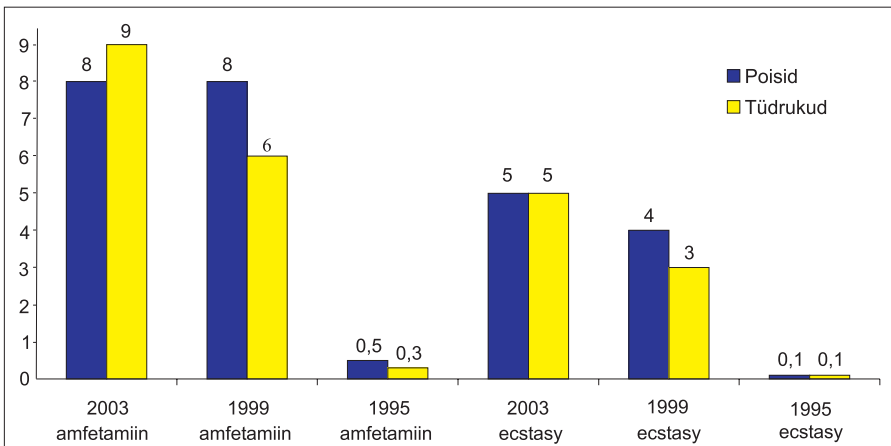
Kahekordistunud on ka kanepi korduvkasutajate osakaal, samuti on kanepi esimeseks proovitud uimastiks 3/5 narkootikumidega kogemust omavatel noortel. Üha enamatel õpilastel on marihuana suitsetajatest sõpru – 38% õpilastel oli vähemalt üks kanepisuitsetajast sõber. Kõige sagedamini saadakse uimastit sõprade ringis. Noorte osakaal, kes sai nõnda oma esimese uimasti, on viimase uuringu tulemusel veelgi suurenenud (23% 1995., 30% 1999. ja 37% 2003. aastal neist õpilastest, kes olid mingit illegaalset uimastit tarvitanud). Uimastitarvitamise põhjuseks märkis “ei tahtnud seltskonnast erineda” väga väike osa õpilastest (4% neist õpilastest, kes olid illegaalseid uimasteid tarbinud). Ilmselt ei saa uimastiga katsetamist seletada ka “halba seltskonda sattumisega”. Tundub, et uimasti (kõige sagedamini kanepi) on lihtsalt olemas, ilma, et midagi erilist tähendamata ning kes soovivad, need katsetavad sellega. Nagu eelmistes uuringutes, on ka nüüd peamiseks tarbimise põhjuseks uudishimu (58% neist õpilastest, kes olid mingit illegaalset uimastit proovinud). Tõenäoliselt kaasneb kanepisuitsetamisega mingil määral selle vahendamine. Kõige sagedamini, rohkem kui eelmise uurimuse ajal, saadakse kanepit diileri kodust (30% ostukohti teadvatest õpilastest). Diile-

rite kodude sagedasem külastamine viitab ühelt poolt diilerite arvukusele, teisalt nende lähedusele. Ilmselt pole tegu “allilmas” elavate kurjategijatega. Need on pigem tuttavad või tuttava tuttavad, kellelt vajadusel saab osta uimastit. Pooled kanepitooteid proovinud õpilased peavad seda kergesti kättesaadavaks, millele viitab ka asjaolu, et marihuaanat või hašišit ostetakse sõpradelt või nende kaudu.

Kanepitarvitamine on hakanud noorte seas “normaliseeruma” – üha suuremad grupid on võtnud algselt deviantse käitumise omaks. See ei tähenda, et kõik noored oleks tarvitajad, vaid nad on uimastitest teadlikud ja nende tarvitamise suhtes tolerantsemad. Uimastid on suhteliselt saadaval ja mingi osa noortest katsetab neid (Parker jt 1999).

Rohkem õpilasi on tarvitanud ecstasyt, ka amfetamiini proovinute osakaal on veelgi suurenenud. Kui kanepitarvitajate seas on poisse tüdrukutest tunduvalt rohkem, siis ecstasyt tarvitavad mõlema soo esindajad võrdselt ja amfetamiini tüdrukud pisut enam poisid (Joonis 12).

Joonis 12. Õpilaste osakaal, kes on vähemalt korra elus tarvitanud amfetamiini või ecstasyt.



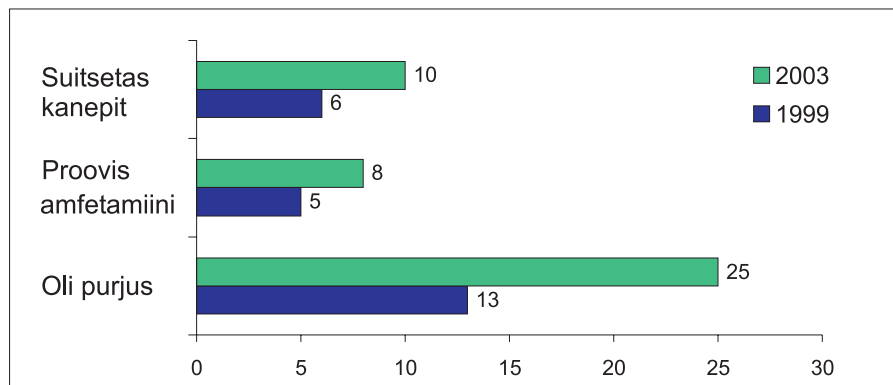
Allikas: ESPAD.

Esmatarbimise vanus

Kõigi uimastitega, nii legaalsete kui ka illegaalsetega, alustab 2003. aastal võrreldes varasemate uurimustega suurem osa õpilasi väga noorelt. Rohkem on neid õpilasi, kes on end esimest korda purju joonud väga noorena – enam kui neljandik end elu jooksul purju joonud poistest tegi seda 12-aastasena või nooremana. Regulaarsetest suitsetajatest alustas kolmandik poisse ja viiendik tüdrukuid seda

12-aastasena või varem. Sama kehtib ka illegaalsete uimastitega katsetamisel – kuuendik uimastitega katsetanud õpilastest proovis mingit uimastit 12-aastasena või varem, peamiselt kanepit või amfetamiini (Joonis 13).

Joonis 13. Õpilaste osakaal, kes oli katsetanud uimastiga/olnud purjus 12-aastasena või nooremana (% neist õpilastest, kes omasid kogemust antud ainega).



Allikas: ESPAD.

Uimastitarvitamine piirkonniti

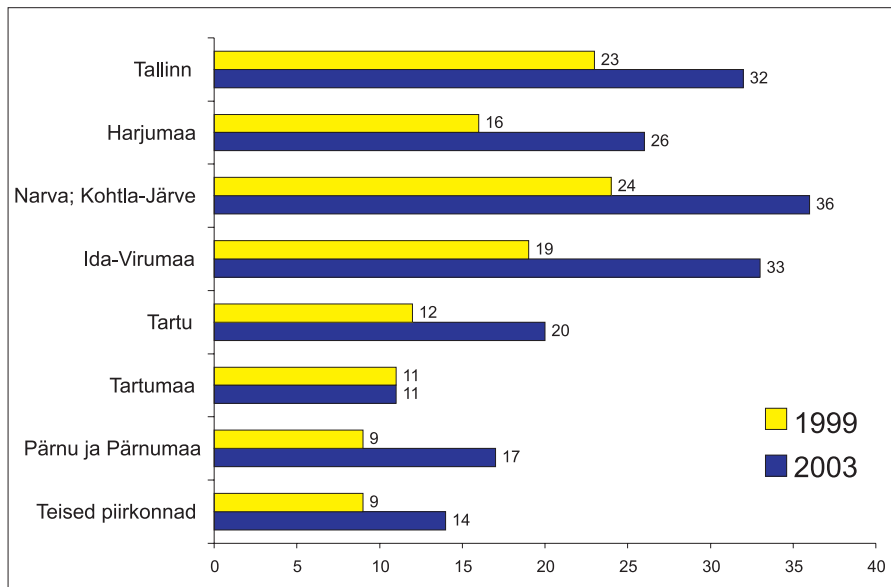
Erinevais piirkonnis on võrreldes eelmiste uurimustega uimastitarbimisele sarnased tendentsid – enim tarvitatakse illegaalseid uimasteid Tallinnas ja Ida-Virumaal. Seoses uimastitarbimise kasvuga, on illegaalsed ained nüüd ka territoriaalselt laiemalt levinud. Illegaalsed uimastid, eelkõige kanepitooted, on jõudnud linnast maale. Piirkondades, kus legaalsete uimastite tarvitamine on noorte seas levinud, on enam ka illegaalsete uimastitega katsetajaid (Joonis 14).

Uimastitarvitamine erineva õppekeelega koolide õpilaste seas

Ka võrdlus koolide õppekeele alusel annab varasemate uurimustega sarnaseid tulemusi – purju joovad end veidi sagedamini eestikeelsete koolide poisid. Venekeelsetes koolides on aga tunduvalt enam illegaalsete uimastitega katsetajaid. Kui venekeelsete koolide õpilaste seas oli kanepitarvitajaid 1995. aastal 10%, 1999. aastal 19% ja 2003. aastal 35%, siis eestikeelsetes koolides olid vastavad arvud 3%, 7% ja 17% (Joonis 15). Amfetamiiniga katsetajate osakaal on tõusnud venekeelsetes koolides – 1999. aastal 9% ja 2003. aastal 14%, eestikeelsetes koolides on nende arv pisut kahanenud – 1999. aastal 5% ja 2003. aastal 4%. Osaliselt on see seotud koolide asukohaga – venekeelsed koolid on enamjaolt Tallinnas või Ida-Virumaal, kus illegaalsete uimastite kättesaadavus ja levik on teistest Eesti

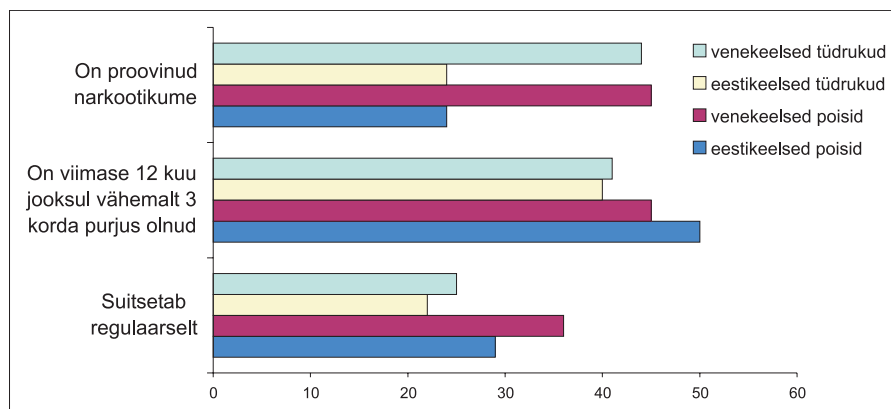
piirkondadest suurem. Teisalt on venekeelsetel noortel vähem vaba aja veetmise võimalusi ning nende majanduslik ja sotsiaalne olukord on keskmiselt halvem.

Joonis 14. Õpilaste osakaal, kes on tarvitanud mingit illegaalset uimastit piirkonniti



Allikas: ESPAD.

Joonis 15. Uimastite tarvitamine soo ja õppekeele järgi.



Allikas: ESPAD.

Preventsioon

K. Abel

Narkootikumide tarvitamisest tingitud kahjud nõuavad ühiskonnalt suuri materiaalseid kui ka mittemateriaalseid ressursse. Seega ühiskondlikus plaanis osutub efektiivne uimastipreventsioon väga oluliseks. Preventsioon⁴ on keerukas valdkond, kus ühel pool on programmi loojad, kes usuvad, et nende lähenemine lahendab probleemid, teiselpool on skeptikud, kes arvavad, et puuduvad empiirilised tõestusmaterjalid, et see nii on ja nende vahel on programmide tarbijad ja otsusetegijad, kes peavad tegema mõistliku valiku (Hansen 1992).

Tegelikult pole poliitika küsimus mitte see, kas preventsiooniprogrammid töötavad vaid see, kuidas teha programme edukaks ja edukaid programme veel edukamaks (Tobler 2001). Preventsiooniprogrammide ja projektide tõhustamisega on tihedalt seotud hindamine, mis on defineeritud kui sekkumise väärtuse hinnang, tuginedes selgetele kriteeriumitele ja standardile (Means 1999). Lihtsamalt öeldes on hindamine protsess, mille kaudu saadakse ettenähtud kogutud, analüüsitud ja jagatud informatsioon tõenduspõhiste otsuste tegemiseks (Neaman 2002). Seega tähendab see lihtsalt otsusetegemise protsessi ratsionaliseerimist ning on meetodiks kuidas mõista ja mõjutada uimastiprobleemi. Hindamine on eelkõige vajalik ekspertidele, kes peavad nägema hindamise konkreetseid kasusid neile. On tõestatud, et mida rohkem hindamist on programmis, seda väiksemad on programmi kulud ning programm paraneb ja muutub järjest tõhusamaks (Neaman 2000).

Mis töötab?

Eestis on hindamise kontseptsioon veel algstaadiumis ja preventsiooni tõhususe uuringuid leidub vähe kui üldse leidub. Seega valitsevad suurel määral kontseptsioonid, mis ei tugine tõenditel ning ennetustöö toimub rahva hulgas levinud arvamuste ja veendumuste tasandil. 2004. aasta EMCDDA raport nendib, et mõnedes EL liikmesriikides (Taani, Eesti, Prantsusmaa, Läti ja osaliselt ka Belgia) on koolipõhine ennetustöö suurel määral rajatud teabe levitamisele voldikutena, juhuslikele seminaridele, temaatilistele päevadele ja näitustele, koosolekutele, loengutele ja ekspertide visiitidele (EMCDDA 2004). Väidetakse ka, et selliste fraaside kasutamisega nagu „tervisliku eluviisi edendamine“, „tervislik lähene-

⁴ Preventsiooni defineerides eristatakse tänapäeva praktikas laiemalt kolme liiki preventiivseid lähenemisi: universaalne lähenemine (*universal programs*), mis peab hõlmama igäühte olenemata tema riskiastemest uimastikasutamiseks, selektiivne (*selective programmes*) ehk riskirühmale suunatud preventsioon (juba esineb problemaatilisest käitumisest) ja näidustatud lähenemine (*indicated programmes*) (*Guide to Science – Based Practices 1 2001*).

misviis“ ja „preventsioon kui millegi lahutamatu osa“ püütakse sageli varjata asjaolu, et ennetuspoliitikal puudub usaldusväärne alus ning tõendus põhine ennetus on piiritlemata (EMCDDA 2004). Järgnevas peatükis toon ülevaate erialakirjanduses ilmunud artiklitest, mis kajastavad erinevaid preventsiooni tõhususe hindamise uuringuid ja metaanalüüsi tulemusi. Nende artiklite põhjal loodan anda maailmapraktika põhjal anda vastuse küsimusele, mis töötab?

Preventsiooniprogrammide metaanalüüsile⁵ tuginedes võime me väita, et maksimaalselt edukas preventsiooniprogramm sisaldab endas kognitiivset ja oskustele suunatud komponenti ning on laiaulatuslik, hõlmates kogu paikkonda (kool, noorsugu, vanemad ja paikkondlikud asutused ja organisatsioonid) (Tobler 2001, Lloyd 1999). Dusenbury ja Falco lisasid preventsiooniprogrammi komponentide loetellu veel meedia kaasatuse ning kooskõla etnilise ja kultuurilise kontekstiga (Journal of School Health, 1995, Vol 65, N 10).

Seega edukad preventsiooniprogrammid on mitmetest komponentidest koosnevad segaprogrammid, mis võimalikult mitmekülgse lähenemisviisiga püüavad elimineerida riskikäitumise eeldusi. Erialaekspertide ja preventsiooniteadlaste artiklitest võib välja tuua järgmised komponendid, mis õiges koosmõjus tagavad preventsiooniprogrammi edukuse.

Edukad preventsiooniprojektid sisaldavad:

- Erinevate osapoolte hõlmatus (ühiskonna ja kogukonna hõlmatus)
- Interaktiivsust
- Eluoskuste õpet
- Ei ütlemise oskuse arendamist
- Tugiisiku osalemist
- Eakohase ja adekvaatse informatsiooni edastamine
- Jätkuprogrammide olemasolu
- Piisav kaetus

Preventsioonis on toimunud paradigma vahetus instrueerivalt õppetöölt aktiivselt osalevale õppetöole. Edukad on eelkõige interaktiivsed preventsiooniprogrammid (modelleerimine, rollimängud, diskussioon, tagasiside), kus õhutatakse õpilase ja õpetaja omavahelisi suhteid ning mis ei ole pelgalt ühepoolne informatsiooni edastamine (Lloyd 1999). Sellised interaktiivsed preventsiooniprogrammid olid põhiliselt interpersonaalsed, kus informatiivne pool on kombinee-

⁵ Metaanalüüs on kontseptuaalne lähenemine, mis hõlmab kõiki kättesaadavaid uuringuid (nii avaldatud kui avaldamata, eksperimentaalseid programmid, nii õnnestunud kui ebaõnnestunud). Metaanalüüs kasutab nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid meetodeid, et saada koondülevaade erinevatest programmidest (Guide to Science –Based Practices 1 2001).

ritud keeldumisõpetuse ja muude sotsiaalsete oskustega. Teadmised uimastitest peavad olema täiendatud “keele” ja oskustega tunda ära tundeid, rääkida nendest teistele ja võtta vastu sotsiaalse taustaga otsuseid (*Black 199, Dusenbury1995, Ballard 2002*).

Positiivse komponendina interaktiivsetes lähenemises ilmnes ka omaealise tugiisiku olemasolu preventsiiooniprogrammides (Tobler 1998). Valdavalt koosnevad tugiisiku programmid kahest osast. Esiteks teadmiste edastamise poolest narkootikumidest ja tagajärgedest, teiseks grupisituatsiooni loomisest, mis moodustab toetava keskkonna noorele (Tobler 1992). Grupp tagab noorele keskkonna, kus ta saab turvaliselt eksperimenteerida endaks olemist, uusi rolle ning alternatiivseid tegevusi narkootikumidele.

Oluline on pöörata tähelepanu ka sotsiaalne keeldumise võime arendamisele, kuna Dusenbury ja Falco väidavad, et programmid, mis kõige paremini vähendavad uimastitarbimist on koolil baseeruvad keeldumise oskuste õpetamise programmid (*Journal of School Health. Vol 65 No 10 (1995) 420-425*). Need programmid õpetavad õpilasi identifitseerima survet uimastikasutuseks ja annavad õpilastele oskuse keelduda säilitades sõprussuhte.

Kokkuvõtvalt on edukad interaktiivsed lähenemised, mis hõlmavad endas õpilaseltsil õpilasele lähenemist ning tegevust väikestes gruppides, kus õpitakse just eluoskusi, kuna hästitoimivate preventsiiooniprogrammide kindlaks komponendiks on õpilaste suhtlemise, enesekehtestamise ja otsusetegemise parandamine (Lloyd 1999).

Preventsiiooniprogrammid ei saa keskenduda üksnes eluoskuste õpetamisele vaid nende eesmärk on ka akadeemilise kompetentsuse tõstmine. Sellest tulenevalt on vajalik edastada lastele eakohast informatsiooni narkootikumide kohta. Efektiiivsed narkopreventsiiooni programmid lähtuvad põhimõttest, et noorukid ja täiskasvanud on enam huvitatud informatsioonist hetkesituatsioonis, mis kannab endas lühiajalist ja negatiivset sotsiaalset tagajärge narkootikumide kasutamisele. Spetsiifiline info uimastite tüüpidest ja mõjust ei ole vajalik ning võib töötada vastupidiselt soovitud (Dusenbury 1995). Hindamine on näidanud, et informatsiooni levitamine kui omaette tegevus ei oma mõju noorte inimeste uimastitarvitamisele (Dielman 1994).

Järgnev lõik keskendub preventsiiooniprogrammide mahu ja kaetuse teemale. Ballard lisas kirjanduse metaanalüüsil edukuse kriteeriumiks programmide mahu aspekti, ta jõudis järelduseni, et positiivne mõju on programmidel, mis õpetavad eluoskusi, toodavad positiivset tugiisiku mõju ning uimastivastaseid norme ning on piisava mahuga (10-15 tundi aastas ja 10-15 võimendamiseks hiljem) (*A Literature Review School-based Drug Abuse Prevention 2002*). Intensiivsuse ja

pikaajalisuse aspekti rõhutasid ka teised juhtivad preventsiiooni eksperdid (Lloyd 2000, Ballard 2002). Võtmepunktiks on preventsiiooni alustada algkoolist (Lloyd 1999), mille tagamiseks on vajalik surve haridusasutustelt uimastipreventiivsete tundide läbiviimiseks, õpetajate koolitus ning eakohase info edastamine õpilastele. Üldine arusaam erinevate ekspertide ja teadlaste artiklitele tuginedes oli, et uimastipreventsioon tuleb liita üldharidussüsteemi ning parim koht selleks on isiku, sotsiaalse ja tervisliku taustaga koolitunnid. Ennetustöö peab baseeruma testitud ja standardsetel sekkumistel, kuhu juurde käivad detailsed tunniplaanid ja õppematerjal (Ballard 2002).

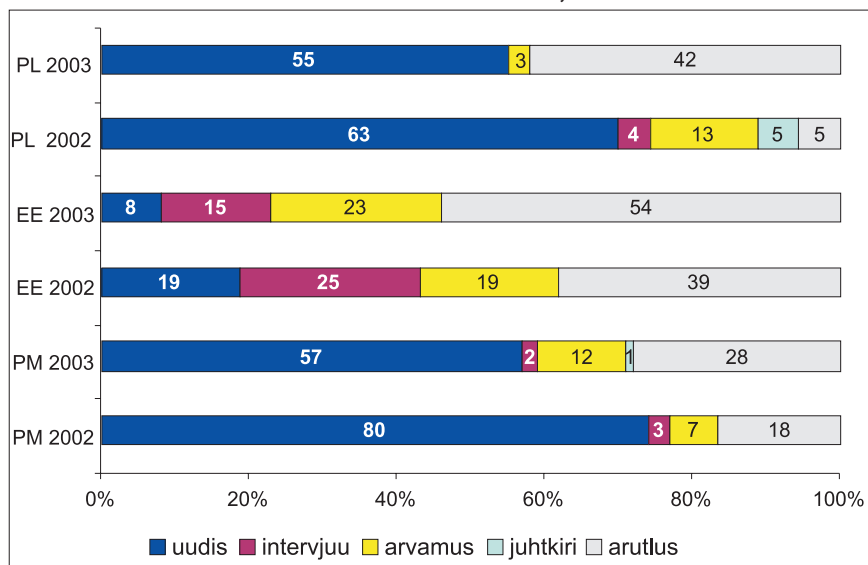
Narkomaania representatsioonid kirjutavas pressis

L. Laastik

Eesti Uimastiseire Keskus on kahe aasta lõikes põhjalikult uurinud narkomaania representatsioone kirjutavas pressis⁶. Võrreldes 2002. aasta uuringuga oli narkoteemaliste artiklite arv ajakirjanduses vähenenud. Kui 2002. aastal sattus meediauuringu valimisse 301 artiklit, siis 2003. aastal oli sama metoodikaga kogutud artiklite arv 166. Jätakuvalt on kõige populaarsem artikli žanr uudislood, kuid positiivsena võib märkida kasvanud arutlevate artiklite osakaalu kirjutavas pressis (Joonis 16). 25% artiklite kirjutamise juures oli kaasatud ka vastava teemaga tegelevad eksperte ning spetsialiste, mille tulemusel olid artiklid informatiivsemad ja arutlevamad (Eesti Ekspressis oli 62%, Päevalehes 33%, Postimehes 19% spetsialistide poolt kommenteeritud artikleid).

Samuti võib väita, et kirjutav press avaldab erinevate narkovaldkonna uuringute tulemusi.

Joonis 16. Artiklite žanrite osakaalud erinevates ajalehtedes 2002-2003.



Allikas: Laastik, 2003.

⁶ Uuritavateks aastateks on olnud 2002 ja 2003 ning uuringusse on kuulunud kolm Eestis ilmutatavat ajalehte, kaks päevalehte „Postimees“ ja „Eesti Päevaleht“ ning üks nädalaleht „Eesti Ekspress“. Meediauuringus on kasutatud kahte tekstianalüüsi meetodit, kontentanalüüsi e. formaliseeritud sisuanalüüsi ning artiklite süvaanalüüsi meetodit e. formaliseerimata sisuanalüüsi, mille eesmärgiks oli kvantitatiivses analüüsis ilmnenuid tendentside selgitamine ning põhjalikum analüüs.

Suhtumine narkomaanidesse on kirjutavas pressis ühe aastaga jõudsalt halvenenud. Varasemalt suhtuti narkomaani rohkem kui haigesse, kuid 2003 aastal oli domineerivaks artiklid, kus kaaskodanikel puudub mõistmine narkomaanide vastu. Seoses ajakirjanduses kajastunud narkomaanide ravi ja rehabilitatsioonivõimaluste loomisega on ka märgata ilmset vastuseisu nende asutuste loomiseks lähiümbruskonnas.

Narkootikumidest kõige enam on ajakirjanduses kajastust leidnud herooin ning seda just süstivate narkomaanide kontekstis. 19% narkootikumide mainimistest vaadeldud ajalehtedes puudutasid heroini ja/või fentanüüli. Eksperdid tõdevad artiklites, et heroini ja fentanüüli populaarsus on Eestis võrreldes eelneva aastaga vähenenud. Selline tendents on tingitud heroini ja fentanüüli hinnatõusust (vt. ka narkokuritegevuse peatükki) kui ka 2002 aasta üledoseerimise lainest. „Mullu kevadel heroini aseainena narkoturule toodud tehisheroiin on narkomaanide seas aga üledoseerimisohu tõttu muutunud nii ebapopulaarseks, et selle järele pole nõudlustki.“ (PM.10.12.2003)⁷. Narkootikumide süstimist ja heroini peetakse üldiselt kõige ohtlikumaks uimastiks, millest tekib kiirest sõltuvus ja millest pääseda on väga raske. Narkomaaniks peetakse kirjutavas pressis eelkõige süstivaid narkomaane ning stimulantide tarvitajaid pigem ei peeta narkomaanideks. Sünteetilistest narkootikumidest räägiti kirjutavas pressis just transiidi ja narkolaborite avastamise kontekstis: „...keskkriminaalpolitsei avastas ühes Harjumaa suvilas esimese salajase tabletitehase“ (PM.04.01.2003).

Populaarsem narkotemaatika (24% narkovaldkonna artiklitest) kirjutavas pressis oli jätkuvalt narkoäri. Meediauuringus on eraldatud narkoäri ning narkokuritegevus teema, mille alla kuuluvad narkomaanide poolt sooritavad kuriteod (6% narkovaldkonna artiklitest).

Narkoäri puudutavad artiklites jookseb läbi viis erinevat teemade liini. Esimesse gruppi kuulusid artiklid, mis kirjeldasid nn narkobosside ja suurte narkoäri grupeeringute tegevust nii kohalikul kui rahvusvahelisel tasandil. Teise artiklite grupi moodustasid artiklid, mille fookuses on eestlastest narkokullerid ja kolmanda narkootikumide smugeldamine nii Eestist välja kui ka Eestisse. Neljandasse gruppi kuulub diilerite ja tänavakaupmehi puudutavad artiklid, mis räägivad enamjaolt narkootikumide konfiskeerimistest ja diilerite tabamistest ning viimaseks teemadegrupiks oleks artiklid, mis puudutavad Eestis kohalikul tasandil toimuvat narkootikumide tootmist. „Aastaid narkopolitsein pitsitanud kahtlus, et Eestis toodetakse ööklubide uimastiks peetavat ecstasy't, sai kinnitust esmaspäeval, kui keskkriminaalpolitsei avastas ühes Harjumaa suvilas esimese salajase tabletitehase“ (PM.04.01.2003).

⁷ 2002. aasta üledoseerimislaine oli tingitud ekslikult herooinina tarbitavast palju kordi kangemast fentanüülist.

Kirjutavas pressis kajastati politsei narkovastast tööd tõhusana läbi ulatuslike operatsioonide ja tulemusliku jälitustöö. Ajakirjanduses nenditakse, et tänu politsei efektiivsele tööle on narkoäri skeemid muutunud keerukamaks ja raskesti toimivamaks. Samuti on pidevalt fookuses tolli tulemuslik töö.

2003. aastal oli ajakirjanduses päevakorral 2002. aasta vastu võetud karistusseadustiku muudatuste põhjused ja tagajärjed ning sellega seoses narkokurjategijatele määratavad karistused. Muudatuse suhtes oli meedias vastakaid arvamusi. Ühelt poolt oli kajastatud arvamus, et karistusseadustiku muudatusest tulenevad karmimad karistused ei vähenda narkootikumide levikut, teisalt on arvamusi, et narkokuritegevuse karistused peavadki olema väga karmid ning tuleks tõsta ka karistuse miinimummäärasid.

14% narkovaldkonna artiklitest kajastas narkovastase võitluse temaatikat, kus kajastati narkoennetuse programmide ja strateegiate koostamist ja kinnitamist. „Tallinna linnavalitsus kinnitas heaks viis aastat vältava narkomaania ja HIV-i ennetusprogrammi.“ (PM.20.01.2003).

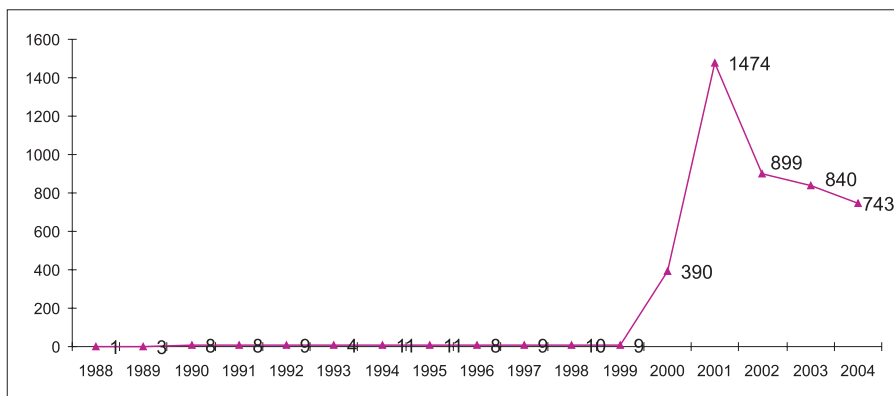
Narkootikumidega seotud nakkushaigused

A. Talu, K. Kutsar

Uute HIV-nakkusjuhtude arv väheneb

Tervisekaitseinspektiooni andmetel on ajavahemikul 1987-2004 diagnoositud HIV-nakkus 4442 inimesel ning kokku on eelnimetatud perioodil registreeritud AIDS 70 inimesel (TKI 2004). 2004. a. näitas uute registreeritud HIV juhtude arv langustendentsi. Võrreldes eelmise perioodiga registreeriti 97 HIV nakatunut vähem, kuid uute HIV juhtude arv on endiselt suur – aasta jooksul registreeriti kokku 743 seropositiivset isikut (Joonis 17).

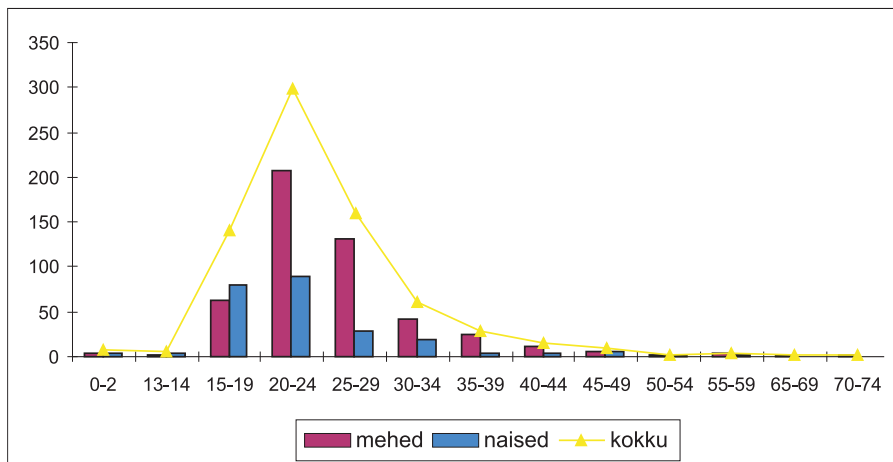
Joonis 17. Uute registreeritud HIV-nakatunute arv 1988-2004.



Allikas: Tervisekaitseinspektioon, 1998-2004.

Kui vaadelda HIV nakatumist soo ja vanuse kaupa, siis näeme, et rohkem kui neli viiendikku HIV nakatunutest on noored inimesed vanuses 15-29 aastat, kusjuures kõige enam nakatunuid, kokku 298 (M=208; N=90) isikut, registreeriti vanusegrupis 20-24 (Joonis 18). HIV nakatunute statistikat piirkonniti analüüsides nähtub, et rohkem kui pooled HIV nakatunutest on registreeritud Ida-Virumaal. Ligi 21% HIV-nakatunutest olid kinnipeetavad, mis viitab vajadusele tõhustada oluliselt ennetustööd ja kahjude vähendamist vanglates ning tagada HIV-positiivsetele kinnipeetavatele vajalikud tervishoiuteenused sh antiretroviirusravi (ARV) ja psühhosotsiaalne tugi. Praegu on ARV ravi saavate isikute arv vanglates veel üldiselt väike, kuid tõenäoliselt kasvab see lähiaastatel.

Joonis 18. HIV nakatunute sooline ja vanuseline jaotus 2004. a.



Allikas: Tervisekaitseinspeksioon, 2004.

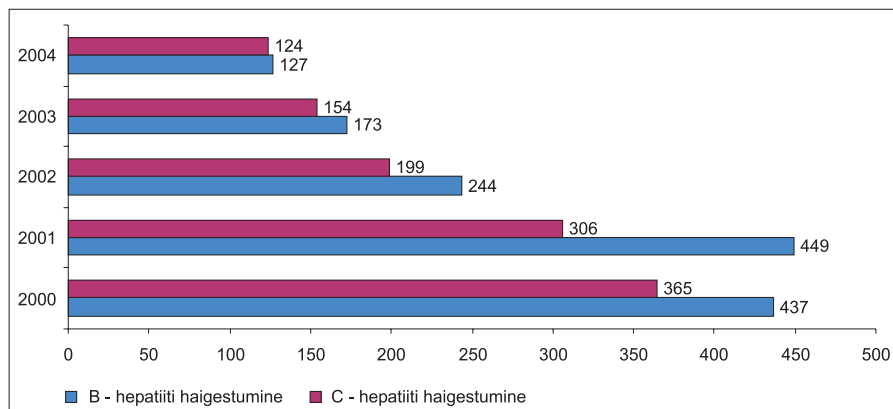
TKI andmetel registreeriti 2004. a. 27 AIDSi haigestunut, kellest 11 diagnoositi Tallinnas, samapalju Ida- Virumaal (neist 7 Narvas) ja 2 Harjumaal. Lisaks eelnimetatud piirkondadele registreeriti veel kolmes maakonnas – Lääne-Virumaal, Pärnu- ja Tartumaal – 1 AIDSi haigestunu.

Haigestumine B- ja C-hepatiiti väheneb

TKI andmetele on B- ja C-hepatiidi epidemioloogiline olukord 2004. a. oluliselt paranenud võrreldes eelmise aastaga. B-hepatiiti nakatus 2004. a. jooksul 127 (46 nakatumisjuhtu vähem võrreldes 2003. a.) ning C-hepatiiti 124 inimest (30 nakatumisjuhtu vähem) (Joonis 19). Veenisüstivate narkomaanide osakaal C- ja B-hepatiiti nakatunute hulgas on suur. 2003. a. nakatus C-hepatiiti 154 inimest, kellest 78,1% olid veenisüstivad narkomaanid ning B-hepatiiti nakatus 173 inimest, kellest 70,1% olid veenisüstivad narkomaanid (Standard table 9, 2004).

Lisaks C- ja B-hepatiidile võib süstivate narkomaanidel esineda ka teisi nakkushaigusi nagu haavabotulism ja teetanus ning seega tuleks tulevikus rõhku pöörata ka süstivate narkomaanide esmase tervishoiuteenuse tagamisele (Hope jt. 2004).

Joonis 19. B- ja C-hepatiiti nakatumine 2000-2004.



Allikas: Tervisekaitseinspeksioon, 2005.

HIV nakkuse testimine on kasvanud

EL narkostrategia 2005-2012 on nõudluse vähendamise valdkonna neljandaks prioriteediks HIV ja AIDSi, hepatiidi, muude nakkuste ja haiguste ning narkootikumidest tulenevate tervisekahjustuste ennetamise ja raviga ning sotsiaalsete kahjude ennetamisega seotud teenuste ja nende juurdepääsu parandamine (EL narkostrategia 2005-2012).

Mõnes eelnimetatud valdkonnas on Eestis tehtud suuri edusamme ka Eestis. Aasta-aastalt on kasvanud HIV testi teinud isikute arv. Kui 2000. a. käis HIV testi tegemas kokku 84 794 (M=53611; N=31183) isikut, siis 2004. aastal uuriti HIV-nakkuse suhtes kokku 126 970 isikut (M=65702; N=61268), seega võrreldes 2002. aastaga testiti 2004. aastal 33,3% rohkem isikuid HIV nakkuse suhtes (Joonis 20).

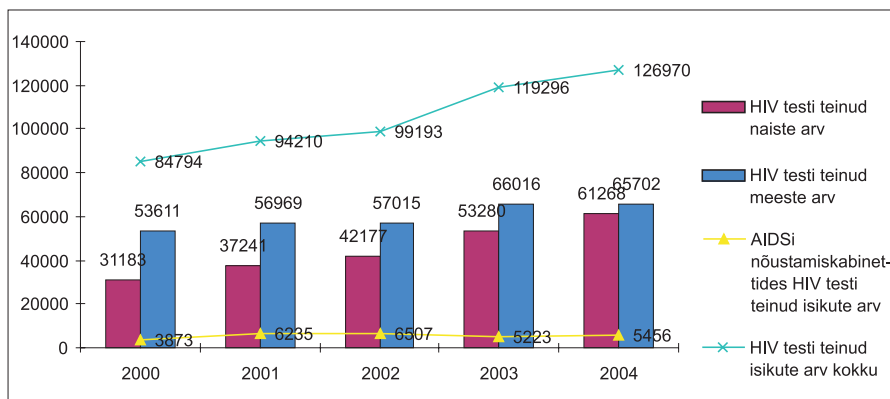
Ühelt poolt näitab testitud isikute arvu kasv, et testimine on muutunud kättesaadavamaks, teisalt mõjutas testide arvu kasvu tõenäoliselt TAI poolt läbi viidud Tallinna ja Tartu AIDSi nõustamiskabinettide reklaamikampaania, mille eesmärgiks oli teavitada inimesi AIDSi nõustamiskabinettide asukohast ja pakutavatest teenustest.

2003. a. langes anonüümsete AIDSi kabinetides HIV testi teinud isikute arv ligi viiendiku võrra võrreldes 2002. aastaga, mil HIV nakkuse suhtes uuriti AIDSi kabinetis kokku 6507 isikut. 2004. a. uuriti anonüümsetes AIDSi kabinetides HIV nakkuse suhtes kokku 5456 isikut (M=3206; N=2250), neist seropositiivseteks osutus kokku 237 isikut, kellest 164 olid meessoost ja 73 naissoost. HIV nakkuse

suhtes testiti kokku 62 040 doonorit (M=47100; N=14940), kellest seroposiitiivsed olid 6 meest ja 5 naist. 2004. a. uuriti kokku 113 relvajõududes teeninud isikut, kellest seroposiitiivsed oli 1 mees ja 1 naine. 2004. a. testitud 28 298 rasedast osutus seroposiitiivseteks 58.

Kokku testis oma HIV staatust 52 HIV-haigega või HIV-seroposiitiivse isikuga seksuaalvahekorras olnud inimest, kellest seroposiitiivseks osutus 1 mees ja 3 naist. 2004. a. ei osutunud seroposiitiivseks ükski vere- ja organiretsipienti ega tervishoiutöötajat.

Joonis 20. HIV testi teinud isikute arv 2000-2004.



Allikas: AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslaboratoorium, 2002-2004⁸.

⁸ Perioodil 2000-2001 esitas Sotsiaalministeeriumile HIV-nakkuse uuringute kohta tervishoiu statistilist aruannet Tallinna Merimetsa Haigla. Alates 2002. a. esitab aruandeid AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslabor. Aruande esitaja Tallina Merimetsa Haigla.

Narkomaania ravi

A. Talu

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia (NERS) kohaselt määratleti ravi - ja rehabilitatsiooni valdkonna põhieesmärgiks efektiivse narkomaaniaravi- ja rehabilitatsioonisüsteem loomine Eestis, parandada narkomaaniaravi kvaliteeti ning laiendada raviteenusteid. Seatud eesmärgi saavutamiseks planeeriti luua uusi ravikeskuseid piirkondadesse, kus narkomaaniaravi järele on suurem vajadus, laiendada asendusraviprogramme, tõsta raviteenuste kvaliteeti läbi meditsiini-personali koolituse (NERS 2004-2012).

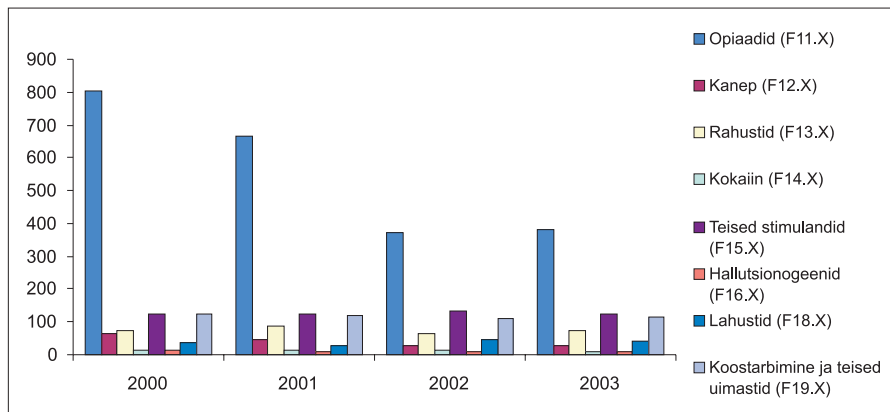
Võrreldes alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programmiga, paneb narkomaania ennetamise strateegia suurt rõhku isiku toetamisele ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessis ning asendusravi aktsepteeritakse kui üht olulist ravivormi opiaatsõltlaste ravimisel.

Strateegilises dokumendis “Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012” toodud eesmärkidest lähtuvalt saab öelda, et narkomaaniaravi kättesaadavus peaks kindlasti paranema, kuid seda vaid juhul, kui strateegias fikseeritud ravi ja rehabilitatsiooni valdkonna tegevuse rahastatakse piisavas mahus. Strateegia raames on plaanitud luua täiskasvanud narkomaanidele ravikeskused Harju, Ida-Viru maakonda ja Lõuna-Eestisse. Plaanis on luua ka uus ravikeskus alaealistele narkomaanidele. Praegu on alaealistele narkomaanidele loodud ainult 1 raviosakond, mis paikneb Tallinna lastehaiglas.

Narkomaaniaravi andmekogu puudumise tõttu ei ole võimalik saada ülevaadet narkomaania tõttu ravile pöördunud isikutest ja nende iseloomulikest tunnustest ning vaadelda suundumusi raviteenuste kasutamisel. Andmed olemasolevate üksikute raviprogrammidest Eestis on narkomaaniaravist ülevaate saamiseks eba-piisavad. Nendele andmetele toetudes ei ole võimalik teha ka tõendus põhiseid otsuseid raviteenuse parandamiseks.

Eesti Haigekassa andmetel on aasta-aastalt vähenenud tervisekindlustusega hõlmatud isikute koguarv, kes on pöördunud ravile narkootikumide tarvitamisega seotud psüühika ja käitumishäiret tõttu (Joonis 21). Tõenäoliselt on langustendents tingitud asjaolust, et probleemsetel narkomaanidel puudub tervisekindlustus, mis piirab nende ligipääsu raviteenustele.

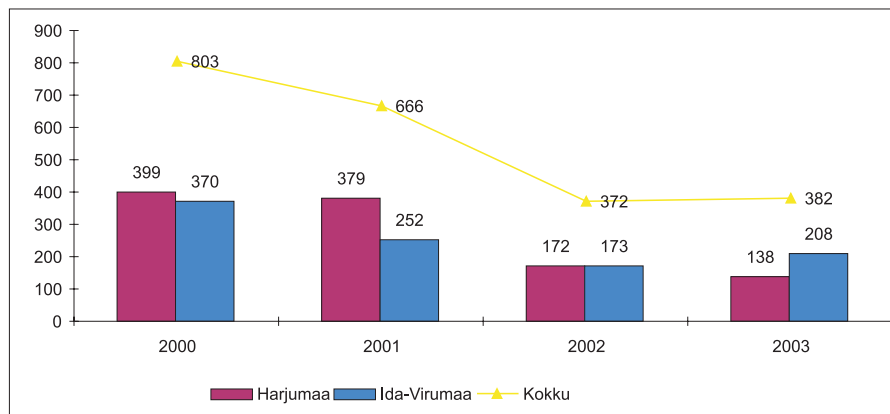
Joonis 21. Narkootikumide tarbimise tagajärjel tekkinud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravile pöördunud ravikindlustusega kaetud isikute arv 2000-2003.



Allikas: Eesti Haigekassa, 2004.

Kui vaadelda pöördumisi ainete kaupa, siis nähtub, et suurem enamik isikuid, kes pöördub ravile opiaatide tarbimise tagajärjel tekkinud psüühika- ja käitumishäirete tõttu, elavad Ida-Virumaal ja Harjumaal (Joonis 22) Elnimetatud piirkondades on ka narkootikumide levimus tunduvalt kõrgem võrreldes teiste piirkondadega (vt. ptk. narkomaania levimus rahvastikus ja muutused Eesti koolinoorte uimastitarbimises).

Joonis 22. Opiaatide tarbimise tagajärjel tekkinud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravile pöördunud ravikindlustusega kaetud isikute arv piirkonniti 2000-2003.



Allikas: Eesti Haigekassa, 2004.

Viimased (2002. a.) aasta narkomaaniaravi nõudluse andmed näitasid, et alla poole ravile pöördunud narkomaanidest olid töötud ning pooled ravivajajatest olid põhiharidusega, mis viitab selgelt asjaolule, et neil pole võimalik madala sissetuleku või selle puudumise tõttu tasuda ise raviteenuse eest (Narkomaania Eestis 2002). Sotsiaalsed faktorid nagu töötus ja madal haridustase võivad põhjustada isiku toimetulekuprobleeme, mis omakorda piiravad tööturul läbilõomist. 2004. a. esitas Riigikogu sotsiaalkomisjon seisukoha andmiseks Vabariigi Valitsusele eelnõu (411 SE) *“Töötu sotsiaalse kaitse seaduse ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse täiendamise eelnõu”*. VV otsustas mitte toetada HIV, AIDSi ja narkomaania ennetustegevuse tõhustamiseks loodud probleemkomisjoni poolt algatatud seaduseelnõud (väljavõte VV protokollist nr. 29 päevakorrapunkt nr. 2).

Raviteenuste kättesaadavus

Raviteenuste kättesaadavuse tagamiseks on viimastel aastatel tehtud mõningaid edusamme eelkõige Tallinnas. Viimasel kahel aastal eraldas Tallinna Linnavalitsuse Sotsiaal- ja Tervishoiuosakond ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks rohkem rahalisi vahendeid kui riiklik narkomaania ennetamise programm. Riikliku programmi raames rahastatud väikesemahulisi ravi- ja rehabilitatsiooni- projekte, Tallinna STA rahastas suurema mahuga võõrutus- ja asendusraviprogramme (National Report 2004). Alates 2003. aastast rahastatakse Tallinna narkomaania ja HIV ja AIDSi tegevuskava eelarvelistest vahenditest Lääne-Tallinna Kesksaigla Psühhiaatriakeskuse võõrutus- ja asendusravi keskust ning alaealiste narkomaanidele ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamist Tallinna Lastehaiglas. Lisaks riiklikele rahadele rahastati Eestis raporteeritaval perioodil metadooniga võõrutus- ja asendusravi ÜFATM vahenditest (TAI 2004).

Medikamentidevaba (nn. *drug-free*) ravi

Sarnaselt paljude EL riikidega on ka Eestis kasutusel nii medikamentideta nn *drug-free* tüüpi ravi kui ka medikamentidega ravi. Samas puudub terviklik ülevaade ravimivaba ja medikamentidega ravi mahust. Nn. *drug-free* tüüpi ravis on kasutusel mitmeid erinevaid meetodeid sh kognitiiv-käitumuslik, 12-sammu, pere-tereraapia jne. Medikamentidevaba ravimi tulemuslikkuse kohta antud hetkel informatsiooni pole, kuivõrd raviefektiivsuse uuringud puuduvad. Siinkohal peab mainima, et Eestis on antud momendil piiratud võimalused rehabilitatsiooni ja reintegratsiooni teenuste osas (sh ajutine eluasemeteenus, haridus-, kutseõppe- programmid, tööhõive), kuivõrd hetkel taolist teenust pakkuvaid institutsioone on vähe.

Narkomaania ennetamise strateegias nähakse ette ööpäevaringsete rehabilitatsioonikeskuste nn ravikommunide ja päevakeskuste loomist, olemasolevate rehabilitatsioonikeskuset institutsionaalse baasi tugevdamist ja kohtade arvu tõstmist, kuid see nõuab kahtlemata märkimisväärseid investeeringuid (NERS 2004).

Asendusravi ja võõrutusravi

Kuigi võrreldes eelnevate aastatega on võõrutus- ja asendusravi kättesaadavam (eelkõige Tallinnas), on nõudlus taolise ravivormi järele suur ning ravijärjekorrad pikad. Asendusravi kättesaadavust piirab eelkõige asjaolu, et paljudes maakondades puuduvad spetsiaalsed ravikeskused asendusraviteenuse osutamiseks opiaadisõltlastele. Samuti eelistavad teenuse osutajad tavaliselt võtta ravile vaid oma piirkonna patsiente, kes peavad samuti ravinõudluse kasvu tõttu ravile pääsemiseks ootama pikas ravijärjekorras. Võõrutusravi kättesaadavust piirab ka raviteenuste osutamise kord ning paljudes raviasutustes peavad haiged ise tasuma ravi eest, mis kahtlemata oluliselt vähendab teenustekasutajate arvu⁹.

2004. aastal hakati ÜFATM projekti raames rahastama võõrutus ja asendusravi metadooniga ning 2. aastase perioodi vältel rahastatakse eelnimetatud ravi teenuste osutamist ligikaudu 3,4 miljoni krooni ulatuses (TAI 2004).

2003. a. alates kasutatakse Eestis võõrutus- ja asendusravis lisaks metadoonile ka buprenorfiin¹⁰. Adekvaatsete andmete puudumisel on raske öelda, kui suures ulatuses on buprenorfiin kasutusel võõrutus ja asendusravis. Ravimiameti andmetele tuginedes on opiaatsõltlaste ravis kasutatava buprenorfiini sisaldava preparaadi Subutex väljakirjutamine kasvanud. Kui 2003. a. müüdi 5101 Subutexi originaali, siis 2004. a. esimesel poolel kasvas Subutexi müük 9739 originaalini.

Tallinna Linnavalituse STA rahastas 2003. a. 11 kuud Tallinna Lastehaiglas kestnud buprenorfiin võõrutus- ja asendusravi projekti, mis oli suunatud heroini-sõltuvuses olevatele lastele ja noortele. Ravile pääsemise kriteeriumid olid järgmised: opiaate tarvitav veenisüstiv narkomaan vanuses 15-24. a., kelle sõltuvus oli kestnud 5.a. ning kes olid motiveeritud raviprogrammis osalema ning kes põdesid kas HIV või B- ja C-hepatiiti (Harjo 2004). Buprenorfiini raviprogrammis

⁹ EMCDDA andmetel on uutes EL liikmesriikides ravileasaamise kriteeriumid piiravamad kui vanades liikmesriikides (vanus 20. aastat ja 5 aastat kestnud probleemne uimastitarbimine). Ranged piirangud asendusravile kehtivad ka Kreekas, Soomes, Rootsis ja Norras. Leidub ka madalamate piirangutega riike (vanus 18.a. ja probleemse uimastitarbimise kestvus 1-2 aastat) ning Sloveenias võib asendusravi alustada juba 16-aastaselt. EMCDDA hinnangul, mis tugineb liikmesriikide andmetel, jätkub suundumus muutmaks vastuvõtukriteeriumid asendusravile vähem piiravamaks (EMCDDA aastaaruanne 2004).

¹⁰ 6.12.2003 andis Ravimiamet Schering-Plough'le litsentsi turustada Eestisse ja müüa Subutexi 0,4 mg, 2 mg ja 8 mg suukaudu manustatavaid tablette.

osales 13 inimest, kellest 5 olid 15-18-aastased ja 8 19-24- aastased. Kõikidele programmis osalenutele anti päevas 0,4–10 mg Subutexi ning kõiki patsiendid said kasutada psühhiaatrilist nõustamisteenust kord nädalas ning neid nõustas sotsiaaltöötaja vastavalt vajadusele 1-2 korda nädalas. Detsembris suunati 13-st patsiendist 10 võõrutusravile ja 3 osalesid asendusraviprogrammis Subutexiga. Projekti teise faasi lõpus 2004. a. langes 4 patsienti ravilt välja, kellest 1 patsient sattus programmi vältel kinnipidamisasutusse, 1 ei suutnud raviprogrammi protseduuridega kohaneda ning ülejäänud 2 langesid programmist välja seoses motivatsiooni, pere toetuse puudumise või vanemate vastuseisu tõttu. Programmi läbiviijate hinnangul on Buprenorfiiniga ravi kombineerituna psühholoogilise toetusega ja sotsiaaltöö meetoditega tõhus ning aitas kaasa raviprogrammis osalvate heroiinisõltlaste elukvaliteedi tõusule (Harjo 2004).

Metadoonasendusravist rääkides tuleb esile tõsta Lääne-Tallinna Kesksaigla Psühhiaatriakeskuse asendusravikeskust, mis pakub teenust ca 60-le Tallinna linnas elavatele opiaatidest sõltuvuses olevale narkomaanile. Ravile pöördumiseks on kehtestatud järgmised kriteeriumid: vanus vähemalt 20. a., 5. a. kestnud opiaatide tarbimine, eelnevad ebaedukad raviepisoodid, HIV ja mõnede teiste somaatiliste haiguste esinemine, sobivus ning motivatsioon raviprogrammis osalemiseks (Lehtmets 2004). Enamus 2003. a. Lääne-Tallinna Kesksaigla Psühhiaatriakeskuses asendusravil viibinu isikutest (n=55) olid noored inimesed – 76% olid alla 29 aasta vanad, paljud neist kriminaalse taustaga. Enamus asendusravil viibivatest patsientidest olid meessoost, ligi 60% olid HIV positiivsed ja rohkem kui kaks kolmandikku põdesid C- ja B-hepatiiti. Asendusravil viibivatele isikute ravitulemused näitasid, et ravil oli positiivne mõju isiku sotsiaalsele reintegratsioonile. 55 raviprogrammis osalenud isikust 18 leidsid raviprogrammi vältel uue töökooha, 7 otsisid aktiivselt tööd ja 1 õppis. Ravil viibinutest 33% langes ravilt välja erinevatel põhjustel sh. isiku vangistus, ravilepingu lõpetamine, patsiendi suunamine teise raviprogrammi ja asendusraviprogrammile mittevastavus (Lehtmets 2004).

Vaadates suundumusi ravi valdkonnas ja selle rahastamisel riikliku programmi raames, võib öelda, et 2004. a. suunati NERP-i vahenditest ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste valdkonda tunduvalt rohkem raha kui eelneval aastal. 2004. a. eraldati riikliku programmi vahenditest ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks ja arendamiseks arendamisse kokku 2 193 471 krooni, millest toetati statsionaarse ravikeskuse käivitamist Jõhvis ja Sillamäel, ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamist Loksal, rehabilitatsiooniteenuse osutamist Ida- ja Lääne-Virumaal paiknevas kommuunis ning asendusravi-, rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuse osutamine Ida-Virumaal. Ravi ja rehabilitatsiooni valdkonna riikliku rahastamise kasv on eelkõige tingitud Phare väliskoostööprojekti osalusest, mille eesmärgiks oli Jõhvi ja Sillamäe ravikeskuste ning Loksas rehabilitatsiooniteenuse käivitamine.

Kahjude vähendamine

A Talu

Kahjude vähendamise roll narkopoliitikas on kasvanud

Kahjude vähendamise valdkond on narkomaania ennetamise riikliku strateegia oluline osa. Varasemas tervishoiuprogrammis, narkomaania ennetamise programm aastateks 1997-2007, kahjude vähendamist eraldi ei mainitud, kuigi mõningaid tegevusi, mis kuuluvad kahjude vähendamise valdkonda, siiski teostati ka eelnimetatud programmi raames.

Kahjude vähendamise tähtsuse tõusu Eesti narkopoliitikas saab seostada eelkõige HIV uute juhtude arvu kiire kasvuga, mis tingis vajaduse võtta tarvitusele uusi meetmeid, mida varasemas alkoholismi ja narkomaania ennetamise riiklikus programmis ei olnud veel aktsepteeritud. Tõenäoliselt on kahjude vähendamise olulisuse kasv Eesti narkopoliitikas seostatav ka teiste EL riikide mõjuga kuna paljudes EL nn. vanades liikmesriikides on eelnimetatud valdkond narkopoliitika oluline prioriteet ja integreeritud riiklikesse narkostrategieatesse.

Samuti täidavad enamikes EL maades asendusravi programmid olulist rolli vähendamaks narkootikumidega seotud tervisekahjustusi (EMCDDA 2003).

Vaadeldes HIV/AIDS-i ennetamise programmi aastateks 2002-2006, võib öelda, et kahjude vähendamist ei ole otseselt mainitud ja defineeritud ka eelnimetatud programmis, samas on seal tegevustena välja toodud süstlavahetus, nõustamine, tänavatöö ja kondoomide jaotamine, mida loetakse kahjude vähendamise valdkonna põhitegevusteks (HIV/AIDS-i ennetamise riiklik programm 2002).

Vastavalt narkomaania ennetamise riiklikule strateegiale sisaldab kahjude vähendamise mõiste endas kõiki meetmeid, mis on suunatud narkootikumidega tarvitamisega seotud psühholoogiliste, sotsiaalsete ja füüsiliste kahjude ja kõrvalmõjude piiramisele: teabe levitamine riskirühmadesse kuuluvate isikute hulgas riskikäitumise vähendamiseks, asendusravi võimaldamine süstivatele uimastisõltlastele, tänavatöö, nõustamine, profülaktiliste vahendite (süstlad ja kondoomid) kättesaadavaks tegemine riskirühmadesse kuuluvatele isikutele ja meetmed, mis loovad toetava ja riskikäitumist vähendava keskkonna (NERS 2004).

Narkomaania riikliku strateegias kahjude vähendamise peatükis on välja toodud 2 alameesmärki, mida soovitakse strateegia elluviimisega saavutada: ulatuslik ja kõrgetasemeline tänavatöö ning riskirühmadele on tagatud riskidest hoidumise igakülgne teave, profülaktilised vahendid ja nõustamisteenused.

Teenuste arendamine ja geograafiline kaetus

Viimastel aastatel on kahjude vähendamise valdkonda Eestis oluliselt edasi arendatud, mistõttu on tõusnud teenuste geograafiline kaetus ja kvaliteet. Olulisi edusamme on tehtud hindamise ja seire arendamisel (sh teenuste hindamise ja neid kasutatavate isikute riskikäitumise osas) eelkõige tänu välisabile. Ülemaailmsel Fond võitlemaks AIDS-i, Tuberkuloosi ja Malaariaga (ÜFATM) ja Tervise Arengu Instituudi vahel 1.10.2003.a. sõlmitud lepingu kohaselt on programmi „HIV vastase võitluse tugevdamine Eestis“ teine põhieesmärk vähendada riskikäitumist alla 25-aastaste süstivate narkomaanide hulgas, mille raames toetatakse süstlavahetuspunktide (SVP) tegevust, kindlustatakse SVP-de küllastajatele kondoomidele ja teabematerjalidele kättesaadavus, tagatakse metadoonvõõrutus- ja -asendusravi teenuste kättesaadavus veenisüstivatele narkomaanidele (VNS) vastavalt määratletud mahtudele (ÜFATM ja TAI leping, 2003). PRAXIS-e hindamisuuringu kohaselt on Ülemaailmse Fondi suuremahuline rahaeraldus tõstnud nii ennetustööde mahtu kui ka toonud juurde uusi organisatsioone ja inimesi (Kruuda jt, 2003).

HIV/AIDSi ennetamise riikliku programmi aastateks 2002-2006 rahalised vahendid on ebapiisavad võimaldamaks piisavas mahus kahjude vähendamise valdkonna tegevusi ellu rakendada. 2004. a. eraldati riikliku programmi vahenditest süstlavahetuse ja tänavatöö teenuste arendamiseks kokku 284 254 krooni, mille raames toimus täiendkoolitus SVP-de töötajatele ja töötati välja väljatöö juhendmaterjal. ÜFATMi programmi raames jagati 2004.a. süstlavahetuspunktides kokku 519 753 süstalt ja 3074333 kondoomi.

Kokku on Eestis 20 süstlavahetuspunkti, 11 neist statsionaarset, 3 mobiilset ja 6 väljatööpunkti. Suurim süstlavahetusteenuse pakkuja on *Narva Narkomaanide ja Alkohoolikute Rehabilitatsioonikeskus „Sind ei jäeta ükski“*, kellel on kokku 10 süstlavahetuspunkti (7 statsionaarset, 2 mobiilset ja 1 väljatöö SVP). MTÜ AIDSi Tugikeskusel ja MTÜ Convictus Eestil on mõlemal 3 väljatöö punkti, neist 2 statsionaarset ja 1 mobiilne. MTÜ-l „Me aitame Sind“ on 4 süstlavahetuspunkti, neist 1 statsionaarne. Lisaks osutavad kaks süstlavahetusteenuste pakumisege tegelevat MTÜd - *Narva Narkomaanide ja Alkohoolikute Rehabilitatsioonikeskus „Sind ei jäeta ükski“* ja *MTÜ AIDSi Tugikeskus* ka ambulatoorset metadoonravi (ÜFAMT ülevaade 2004).

Süstlavahetusteenuseid rahastab põhilisel ÜFAMT, kusjuures arvestuslikult keskmine teenusekülastuse maksumus on olenevalt teenuse pakkujast vahemikus 39 kr – 131 kr. ning keskmine teenuse maksumus on 76 krooni (TAI 2004).

2004. a. pöörati suurt tähelepanu konfidentsiaalse HIV testimise ja VNT teenuste kättesaadavuse tagamisele ning teenuste kvaliteedile. Kokku külastas AIDSi nõustamiskabinette Tallinnas, Tartus, Purus ja Narvas 5282 inimest, kellest HIV positiivseks osutus 7,3% (HIV/AIDS RP aruanne 2005).

2004. a. tegid AIDSi nõustamiskabinetid ka väljasõite vanglatesse, hooldekodudesse ja linnadesse, kus VNT teenus on raskesti kättesaadav. AIDSi nõustamiskabinettide asukohta ja pakutavat teenuste tutvustamiseks korraldati 2004.a. sotsiaalreklaami kampaania, mille tulemusel kasvas AIDSi nõustamiskabinettide külastajate arv. HIV ja AIDSi ennetamise riikliku programmi 2004. a. aruande kohaselt koolitati VNT valdkonnas kokku 376 inimest sh 299 tervishoiutöötajat, 13 vangla töötajat, 20 ämmaemandat, 4 psühholoogi ja 27 hooldekodu töötajat.

Kahjude vähendamine Euroopa Liidus

Euroopa Liidus on kahjude vähendamine narkopoliitika lahutamatu osa, kuigi on siiski veel maid, kus vastuseis selles valdkonnas tehtavatele interventsioonidele jätkub endiselt, seda just eelkõige Kesk- ja Ida-Euroopas, kus kahjude vähendamise areng on olnud vastuseisu tõttu aeglasem. Enamikus maades on siiski kahjude vähendamise valdkonna interventsioonid: asendusraviprogrammid metadooniga, süstlavahetus ja väljatöö (EMCDDA 2003).

EL narkostrategia aastateks 2000-2004 üheks eesmärgiks oli vähendada narkootikumidega seotud tervisekahjustusi, eelkõige narkootikumidega seotud nakkushaigusi ja surmajuhtumeid (EMCDDA 2003). Uus narkopoliitika dokument, EL narkostrategia aastateks 2005-2012, mis põhineb EL-i narkostrategiale aastateks 2000-2004 ja narkootikumidevastasel tegevuskaval aastateks 2000-2004, pöörab samuti suurt tähelepanu rahvatervise valdkonnas liikmesriikides rakendatavatele meetmetele narkootikumide tarvitamisest tulenevate tervisekahjustuste vähendamiseks. Strateegias määratletakse narkootikumidega seoses 2 eesmärki, millest esimese kohaselt on EL eesmärk kaasa aidata kõrgetasemelise tervisekaitse, heaolu ja sotsiaalse ühtekuuluvuse saavutamisele, täiendades liikmesriikide tegevust narkootikumide tarbimise, narkosõltuvuse ning narkootikumidest tulenevate tervisekahjustuste ning ühiskonnale tekitatava kahju ennetamisel ja vähendamisel.

Vaadeldes arenguid kahjude vähendamise valdkonnas EL-s laiemalt võib öelda, et lisaks eelpool mainitud tegevustele, mida antud valdkonnas tehakse ka Eestis, on EL-s levinud ka teised interventsioonid nagu esmaabi kursused narkootikumide tarvitajatele ja nn ohutu tarbimise koolitused. Samas on vaid üksikutes liikmesriikides loodud superviseeritud uimastite tarbimise ruumid (Saksamaa, Hispaania, Holland). Heroiini määramiseks opiaadisõltlastele on seadusandlik

raamistik olemas Luksemburgis, kliinilised uuringuid antud vallas on tehtud või need jätkuvad üksikutes liikmesriikides (EMCDDA 2003). 2003.a. EMCDDA raportis tõdetakse, et kahjude vähendamise valdkonna interventsioonid, mis on suunatud otseselt peonarkootikumide tarbijatele on aktsepteeritav tegevus enamikes EL liikmesriikides, samas vaid vähesed riigid rakendavad *ecstasy* tablettide testimist meelelahutuspaikades.

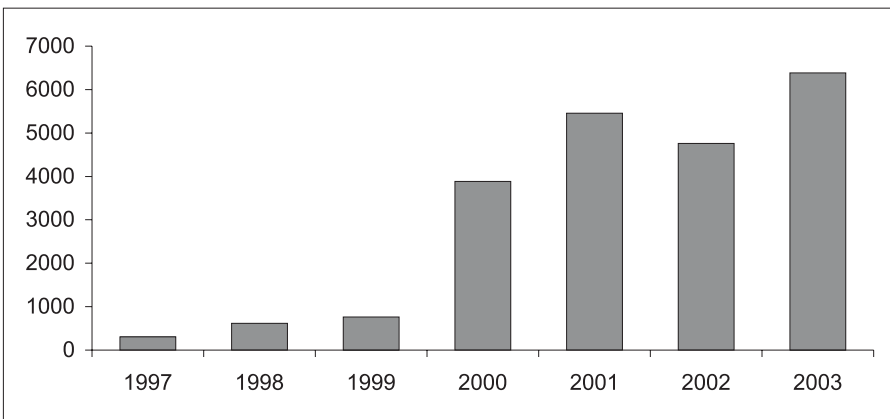
Kahjude vähendamine, mis on suunatud nn peonarkootikumide tarbijatele, on Eesti narkomaania ennetamise strateegias ära märgitud, samas otseselt selles valdkonnas tegevusi pole strateegia raames plaanitud teostada (NERS 2004).

Narkokuritegevus

A. Ahven

2003. aastal registreeriti 6384 narkoalast õigusrikkumist, mis on 34% rohkem kui 2002. aastal (Joonis 23). Kõigist narkoalastest õigusrikkumistest moodustasid kuriteod 18% (valdavalt oli tegu uimastite vahendamise või seda ettevalmistava tegevusega); ülejäänud juhtudel oli tegu uimasti arsti ettekirjutuseta tarvitamisega või enda tarbeks väikese koguse omanise või valmistamisega (Tabel 3).

Joonis 23. Politsei poolt registreeritud narkoalased õigusrikkumised (kuriteod, haldusõigusrikkumised ja väärted) 1997-2003.



Allikas: Politseiamet, 2004.

2003. aastal registreeriti Tallinnas 70%, Ida-Virumaal (sh Narva) 17% ja ülejäänud piirkondades kokku 13% narkoalastest õigusrikkumistest. Õigusrikkumise toime pannud isikutest 3182 oli narkojoobes (46% rohkem kui 2002. aastal; kasv on seletatav politsei aktiivsema tööga eeskätt Tallinnas). Narkokuritegevuse tõkestamine on olnud viimastel aastatel politsei üheks prioriteediks; erilist tähelepanu pööratakse vahendajate väljaselgitamisele ja vastutuselevõtmisele, ehkki vahendamisega seotud juhtumite arv on suhteliselt väike võrreldes tarvitamisega seotud juhtumitega. Uimastite tarvitajad on aktiivsed varguste toimepanemisel; kõige sagedamini pannakse toime vargusi kauplustest ja autodest.

Tabel 3. Politsei poolt registreeritud narkokuriteod 2003. aastal tähtsamate kuriteoliikide lõikes.

§183. Narkootilise ja psühhotroopse aine väikeses koguses ebaseaduslik käitlemine	470
§184. Narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine	443
§185. Narkootilise ja psühhotroopse aine edasiandmine nooremale kui kaheksateistaastasele isikule	35
§186. Narkootilise ja psühhotroopse aine ebaseaduslikule tarvitamisele kallutamine	5
§187. Alaealise kallutamine narkootilise ja psühhotroopse aine ja muu uimastava toimega aine ebaseaduslikule tarvitamisele	9
§188. Unimaguna, kanepi ja kokapõõsa ebaseaduslik kasvatamine	32

Allikas: Politseiamet 2004.

Eestis on jätkuvalt aktiivne sünteetiliste narkootikumide tootmine. 2003. aastal avastati neli sünteetiliste uimastite valmistamise laborit; sh kaks Eesti mastaape arvestades ülisuurt narkolaborit, mis ilmselt olid orienteeritud välisurule. Valmistati peamiselt amfetamiini; samuti *ecstasy* tablette ja MDMA-d. Lähteaineteks olid endiselt fenüülatsetoon amfetamiini valmistamisel ning piperonüülmetüülketoon *ecstasy* valmistamisel. Kasutati ka etüületrit, safrooli, sool- ja väävelhappeid. Valmistamine on osaliselt üle viidud Soome, mida kinnitab seal leitud mahajäetud labor (vedel amfetamiin tehakse Eestis ja viiakse Soome, kus sellest tehakse pulber).

Amfetamiin on Tallinnas ja Ida-Virumaal välja tõrjumaa varem populaarset heroini tarvitamist. Amfetamiini hind on aastaid püsinud ühel tasemel 30 000–35 000 kr/kg ning aine puhtuseprotsent on tõusnud. Amfetamiini tänavamüügihind Ida-Virumaal on langenud tasemelt 200 kr/g tasemele 100 kr/g.

Ecstasy kohaliku toodangu hind on püsinud paar viimast aastat tasemel 13-15 kr/tk suurte koguste (10 000 tk) puhul ning 18-30 kr/tk väikeste koguste puhul.

Heroiini ja fentanüüli kasutamise populaarsus on kahanemas. 2003. aasta alguses oli heroini koos fentanüüliga turult peaaegu kadunud. Fentanüüli hind on tõusnud 600 kroonilt 1600 kroonile grammi eest, samas on kvaliteet langenud. Heroiini puhtus seevastu on taas tõusnud 50-60 protsendile. Uuesti on asunud aktiivselt kasutama kodusel teel valmistatud moonilahust ning sellest tingitult on muutunud populaarseks moonikasvatust Peipsi piirkonnas ja heroini tarvitavate narkomaanide poolt erasikute aiamaade rüüstamine.

Hašiši kasutamine on muutumas populaarsemaks. Kanepi kasvatamist avastati 2003. aastal 32 juhul (sh 19 korral oli taimi rohkem kui 6). Kohalik kanepikasvatuse on kolinud loodusesse, kasutatakse kanepitaimede istutamist "eikellelegimaale". Kohalik toodang on mõeldud Eesti turule.

Kokaiini salakaubavedu Lõuna-Ameerika riikidest ja Hispaaniast on järsult suurenenud. Kokaiini hind hulгимүүгис on langenud kuni 28 dollarile grammi eest. Tänavamүүгис liikuva aine puhtusaste ulatub 80–90 protsendini.

Populaarsena pүүсис GHB ehk nn korgijoogi tarvitamine, ehkki selle aine konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused võrreldes 2002. aastaga mõnevõrra vähenesid.

2003. aastal saadi mitmel korral kätte postisaadetisi hallutsinogeensete seente niidistikuga, mis viitab ka hallutsinogeenide populaarsusele. Seni on siiski tegu olnud üksikjuhtumitega.

Narkootiliste ainete Eestit läbiva või siit alguse saava salakaubaveo põhisuunad on järgmised:

- amfetamiin Eestist (kohalik toodang) või teistest riikidest (Leedu, Holland) läbi Eesti Põhjamaadesse;
- *ecstasy* Hollandist ja Belgiast läbi Eesti Põhjamaadesse ja Venemaale, või Eestist (kohalik toodang) Põhjamaadesse;
- hašis Hispaaniast läbi Eesti Põhjamaadesse;
- heroiin Kesk-Aasiast läbi Venemaa ja Eesti Põhjamaadesse;
- fentanüül Venemaalt läbi Eesti Põhjamaadesse;
- kokaiin Kesk-Ameerikast ning Hispaaniast Venemaale ja Põhjamaadesse.

Hinnanguliselt moodustab kogu arvatavast narkokaubandusest transiit 70%, kohalik tarbimine 30%. Täheldatav on Venemaa narkoturu osatähtsuse suurenemine Eesti jaoks amfetamiini ja *ecstasy* salakaubaveol. Eestist pärit vahendajad osalevad ka uimastite veos Hispaaniast otse Põhjamaadesse ilma Eestit läbimata.

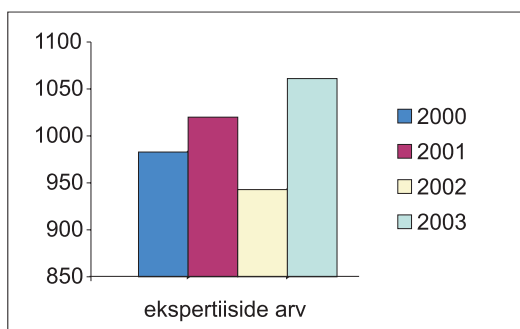
Konfiskeerimised

A. Neuman

Vastavalt narkootiliste ja psühhotropsete ainete seadusele tagab nimetatud ainete lõpliku identifitseerimise Eestis Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus (KEKK).

2000-2003. aastatel on selles asutuses tehtud narkootilise aine ekspertiiside arv kõikunud ca 100 ekspertiisi ulatuses, olles 943-1061 vahel (Joonis 24).

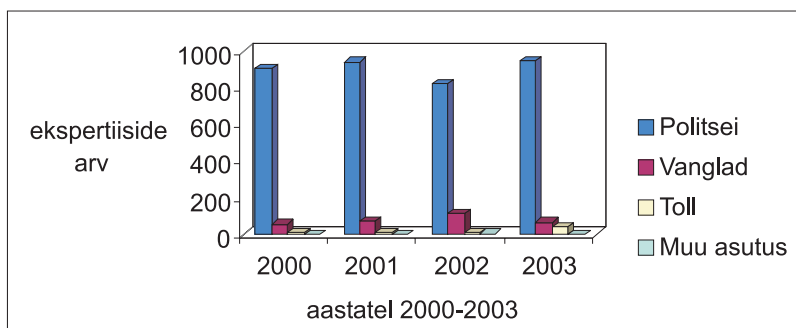
Joonis 24. Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ekspertiiside üldarv aastatel 2000-2003.



Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

2003. a. teostati Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskuses 1061 narkootilise aine ekspertiisi, millest enamuse, ca 90% määras politsei, vanglate amet määras ca 6% ja tolliamet ca 4% (Joonis 25).

Joonis 25. Eri ametkondade poolt määratud narkootilise aine ekspertiiside arv aastatel 2000-2003.



Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

Politseiasutustest tuli enim narkootilise aine ekspertiisimäärusi Tallinna Politseiprefektuurist – 54% (510 ekspertiisi), keskkriminaalpolitseist 11% (100 ekspertiisi), Narva Prefektuurist (75 ekspertiisi) ja Ida-Viru Prefektuurist 6% (53 ekspertiisi) kõigist politsei poolt määratud narkoekspertiisidest.

Eestis kuritarvitatakse põhiliselt toimet kolme rühma kuuluvaid aineid – nn amfetamiini tüüpi stimulante (ATS), kanepiprodukte ja opiaate.

2003. a. moodustasid ekspertiisi tulnud ainetest kordade arvult suurima rühma just amfetamiini tüüpi stimulandid, mis esinesid ekspertiisid 616* korral. Põhiliselt oli tegemist amfetamiiniga - 426 korral ja *ecstasy*'ga (MDMA) – 184 korral (Joonis 26). Amfetamiini võeti ära 109,3 kg, mis on üle kolme korra rohkem kui 2002.a (34,06 kg). Nimetatud kogusest moodustas enamuse – 96,7 kg ühekordne konfiskeerimine, mis on seotud Järvamaal avastatud amfetamiini (Leuckardi meetodil) valmistava illegaalse laboriga.

Ära võetud *ecstasy* tablettide kogus - 20770 tabletti on 1,7 korda suurem võrreldes 2002.a 12019 tabletiga. Tablettide suur kogus on seotud 2003.a. suvel Tallinnas avastatud *ecstasy* (MDMA) tableteerimislaboriga. Laborist leiti 10 000 valmis tabletti ja 153 kg lähteainet PMK. Viimasest piisanuks 800 tuhande kuni 2 miljoni *ecstasy* tableti valmistamiseks (olenevalt tablettides sisalduva MDMA kogusest). Lisaks nimetatud laborile avastati 2003. a. suvel Lääne-Virumaal toimunud tulekahju käigus ka nähtavasti *ecstasy* (MDMA) lähteainet (PMK) valmistanud labor.

Kanep ja selle töötlemisproduktide esinemine määrati 438* korral. Sellest rühmast esinesid kanepitaimed või nende osad 149 korral, marihuaana 119 korral ja hašiš 90 korral. Rohkem kui 10 taimelisi kanepikasvatusi avastati 12 korral, neist suurim oli 262 taime. Ära võetud objektide kogus – 41,5 kg moodustas vaid poole 2002. a. konfiskeeritud kanepiproduktide kogusest. Suurim ühe korraga ära võetud hašiši kogus oli 32 kg.

Kolmanda rühma moodustasid opiaadid – heroiin, unimagun ja selle töötlemisproduktid, metüülfentanüül, morfiin, oopium ning fentanüül, mida tuvastati 331* korral. Nimetatud grupi ainetest moodustasid enamuse heroiin – 111 korral, metüülfentanüül – 93 korral ja unimaguna taimed või selle osad - 57 korral.

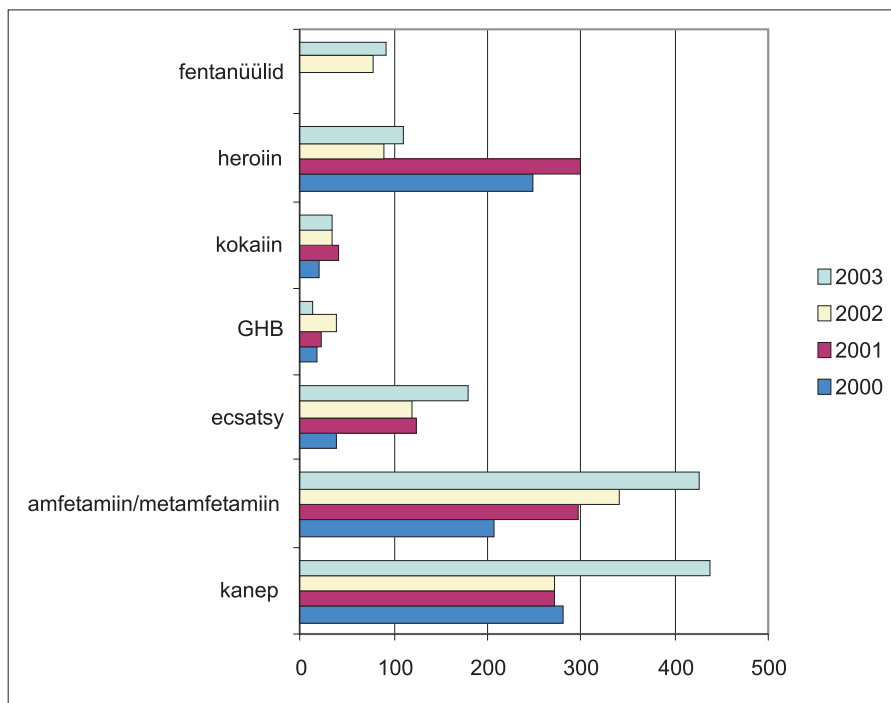
Võrreldes 2001. a. on arvuliselt tunduvalt vähenenud heroini ekspertiiside osakaal 2001. a. – 295 ekspertiisi, 2002. a. – 86 ekspertiisi, 2003. a. – 111 ekspertiisi. Ka konfiskeeritud aine kogus on järsult vähenenud – vaid 140 g võrreldes 2001.a. 1,163 kg või 2002. a. 3,78 kg. Heroini viletsa kvaliteedi (78% ära võetud heroini doosidest oli heroini sisaldusega alla 10%) korvas 2002. a. Eesti narkoturule tulnud kaks uut sünteetilist opiaati, mida slängis kutsutakse kas valgeks hiinlaseks,

valgeks pärslaseks või sünteetiliseks heroiiniks. Selliste nimetuste all müüdava te pulbrite puhul oli tegemist kas fentanüüli või metüülfentanüüliga. Kui 2002.a oli valdavalt tegemist fentanüüliga (68 ekspertiisi) ning metüülfentanüüli esines vähe (vaid 11 ekspertiisi), siis 2003.a oli meie narkoturul vaid metüülfentanüül (93 ekspertiisi) ja seda peaaegu võrdsetl heroiiniga (111 ekspertiisi).

Lisaks ülal nimetatud kolmele ainerühmale esines 2003.a ekspertiisides suhteliselt palju kokaiini – 35 juhul kogukaaluga 30,5 kg. Kokaiini esinemiste arv on sama, mis 2002. a., koguse teeb suureks ühekordne suur konfiskeerimine – 30,4 kg.

Gammahüdroksübutüraati e. GHB konfiskeeriti tunduvalt vähem kui aastal 2002 – vaid 14 korral kokku 9,91 kg võrreldes 2002. a. 39 korra ja 24,66 kg.

Joonis 26. Mõnede narkootiliste ainete konfiskeerimiste arv aastatel 2000-2003.



Allikas: Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, 2004.

* – esinemise kordadesse ei ole arvestatud aine esinemist jälgedena

Lõpetuseks

Eestis puuduvad adekvaatsed andmed probleemsete narkomaanide rahvastikurühma suuruse kohta, kuid narkoprobleemi süvenemisest annavad märku 2003. aastal teostatud elanikkonnaküsitlus "Eesti 2003", ESPAD kooliõpilaste küsitlus, meedias kajastatu ja ka Tallina Kiirabi ametlik statistika, kus 2004. aastal oli narkomaanidele väljakutseid 1217 võrreldes 2003 aasta 382-ga (<http://www.tems.ee>).

ESPADi küsitluse põhjal näeme, et üldine tendents kooliõpilaste uimastite tarbimisel on soorollide hajumine ning legaalsete kui ka illegaalsete uimastite esmatarbimise kasv noorte seas. Olukorrast lähtuvalt tuleks uimastitarbimise piiramiseks suurt rõhku pöörata preventioonile ning luua õpilastele uusi tegevusvõimalusi.

Käesolevas raportis nagu sissejuhatuses mainitud on keskendutud just preventiooni teooriatele. Kuigi preventiooni programmide ja projektide hindamise valdkond on vähearenenud, on tõendeid, et edukas ennetustegevus hõlmab endas kindlaid komponente. Üldine suund on interaktiivsete programmide elluviimisele, mis aga eeldab tuge otsusetegijatelt ja haridusasutuste administratsioonilt ning samuti ka õpetajate koolitust.

Narkootikumide probleemiga on Eestis seotud taoliste narkootikumidega seotud nakkushaigused nagu HIV ja B- ja C-hepatiit levik ühiskonnas. Tervisekaitseinspektsiooni andmetele on viimase paari aasta jooksul HIV ning B- ja C-hepatiidi epidemioloogiline olukord paranenud. Tõenäoliselt on uute HIV-i ning B- ja C-hepatiiti nakatumise vähenemine seotud ka efektiivsete kahjude vähendamise meetmete rakendamisega veenisüstivate narkomaanide hulgas. Positiivseks suundumuseks on HIV testimisteenuse kättesaadavuse kasv ning süstivate narkomaanidele suunatud teenuste geograafiline kaetuse ja kättesaadavuse paranemine. Narkomaaniaravi nõudluse kohta Eestis andmed puuduvad, mistõttu pole võimalik anda adekvaatset ülevaadet ravile pöördunutest ja nendele iseloomulikest tunnustest ning suundumustest teenuste kasutamisel, mis aitaksid prognoosida ravivajadust. Ilmne on see, et meie hetke ravivõimaluste juures on nõudlus ravi järele palju kordi suurem kui suudetakse teenust pakkuda. Narkoravi valdkonna teenuste arendamisel on toimunud mõningane edasimineku osas tänu ÜFATM-le. Tallinna STA ja riikliku programmi finantseerimisel on loodud mõned uued narkoraviga tegelevad keskused. Samas on endiselt suur puudus ravi, rehabilitatsiooni ja reintegratsiooniga tegelevatest institutsioonidest.

Narkootikumidega seotud õigusrikkumiste osakaal 2003. aastal tõusis. Lisaks nn. transiidimaa kuulsusele, on Eesti pälvinud ka nn. tootjamaa kuulsuse, varustades Põhjamaid amfetamiini ning *ecstasyga*. Trendidest rääkides hakkab politsei andmetel heroini populaarsus langema, ning jätkuvalt on suund amfetamiini tüüpi stimulantide tarvitamise tõusule. Selline tendents on aga raskesti jälgitav, kuna stimulantide tarvitajad ei eristu ühiskonnas marginaalse grupina.

Hinnangu andmisel tegevustele ja rakendatud meetmetele ja nende mõjule saavad määravaks kvaliteetsed andmed.

EMCDDA hinnangul on enamik EL riike võimelised seireandmete abil kirjeldama narkomaaniat kui nähtust ning mõõtma selle abil valdkonnas rakendatud jõupingutusi ning väidetavalt on seire ja hindamiskultuuri levimine aidanud kaasa teadmiste lisandumisele narkootikumidega seotud probleemide kohta, mis võimaldab langetada teadlikumaid otsuseid (EMCDDA 2004).

Eestis ootavad endiselt lahendamist narko ning HIV ja AIDSi valdkonna seirega seonduvad probleemid. Ilma hindamise ja seire olemasoluta on raske planeerida vajalikus mahus teenuseid narkosõitlastele ja HIV positiivsetele ning teostada tõhusat ennetustööd.

Piiratud ressursside juures osutub kõige olulisemaks just ressursside efektiivne kasutamine, mis saab võimalikuks ainult läbi seire ja hindamisemehhanismide rakendamise.

Kasutatud kirjandus:

Aastaaruanne 2004. Narkoprobleemide olukord Euroopa Liidus ja Norras (2004). EMCDDA

Abel. K., Talu, A; Narkomaania Eestis 2002. Tallinn (2003).

Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmiks eraldatud raha kasutamisel esinevate riskide hindamine. Peakontrolööri 9. mai 2002.a. otsus nr. 2-6/13 (2002) Tallinn.

Alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programm aastateks 1997 -2007. Programmi 2004.a. Tervise Arengu Instituudi tegevusaruanne (2005) (avaldamata).

Allaste. A.-A; *Trendid koolinoorte uimastitarvitamises*. Tallinn: TPÜ kirjastus 2004

Annual Report 2003. The State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union (2003) EMCDDA.

Annual Report 2003. The State of the Drug Situation in the European Union and Norway (2004). EMCDDA

Ballard. R; A Literature Review School-based Drug Abuse Prevention (2002)

Black. D. et al; Peer helping/ involvements: An efficacious way to meet the challenge of reduction alcohol, tobacco and other drug use among youth? Journal of School Health Vol 68 No 3 (1998)

B – hepatiidi aruanded 2000-2004. Tervisekaitse Inspektsioon (avaldamata).

C-viirushepatiidi aruanded 2000-2004. Tervisekaitseinspektsioon (avaldamata).

Dieleman. T. E; School based research on the prevention of adolescents alcohol use and misuse: methodological issues and advances, Journal of Research of Adolescence No 4 (1994) 271-93

Dusenbury. L. et al; Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula. Journal of School Health. Vol 65 No 10 (1995) 420-425

EDDRA infosüsteem <http://eddra.emcdda.eu.int/>

EIB andmebaas http://eibdata.emcdda.eu.int/databases_eib.shtml

Elanikkonnaküsitlus 2003. EMCDDA standardtabel 1 2004

ELi narkostrategia(2005 – 2012). Euroopa Nõukogu. Brüssel 22. november 2004. 15074/04 (2004) http://eusk.tai.ee/failid/EL_narkostrategia_2005_2012.pdf

EMCDDA standard reporting table 9: Prevalence of hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users (IDUs). (2004)

ESPAD 1997. The 1995 ESPAD Report. *Alcohol and other Drug Use among Students in 26 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN

ESPAD 2000. The 1999 ESPAD Report. *Alcohol and other Drug Use among Students in 30 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN

Gardner. S. et al; Science- Based Substance Abuse prevention. A Guide. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Centre for Substance Abuse Prevention. Division of Knowledge Development and Evaluation Guide to science-based practices. DHHS Publication No (SMA)01-3505 (2001)

Hansen. B. W; School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. Health Education research. Theory and practice Vol 7 No 3 (1992) 403-430

Hansson. L; Valikud ja Võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993-2003. TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut. Tallinn (2004)

HIV/AIDSi ennetamise riiklikuks programmiks eraldatud raha kasutamisel esinevad riskid. Kontrollaruanne nr. 2-5/02/80 Tallinn (2004).

HIV / AIDSi ennetamise riiklikuks programmiks eraldatud raha kasutamisel esinevad riskid (2002). Tallinn. <http://www.riigikontroll.ee>

HIV-nakkuse uuringud. 2000.a. tervishoiu statistiline aruanne. Sotsiaalministeerium. Aruande esitaja Tallina Merimetsa Haigla (2001)(avaldamata).

HIV-nakkuse uuringud. 2001.a. tervishoiu statistiline aruanne. Sotsiaalministeerium. Aruande esitaja Tallina Merimetsa Haigla (2002)(avaldamata).

HIV-nakkuse uuringud. 2002.a. tervishoiu statistiline aruanne.Sotsiaalministeerium. Aruande esitaja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV.nakkuse Referentslaboratoorium (2003)(avaldamata).

HIV-nakkuse uuringud. 2003.a. tervishoiu statistiline aruanne. Sotsiaalministeerium. Aruande esitaja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslaboratoorium (2004)(avaldamata).

HIV-nakkuse uuringud. 2004. a. tervishoiu statistiline aruanne. (2005). Sotsiaalministeerium. Aruande esitaja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla HIV-nakkuse Referentslaboratoorium (2005) (avaldamata).

Hope. V. Ncube. F. et al; Shooting up: the infections in injecting drug users in the United Kingdom 2002. Eurosurveillance Weekly 8 (4) : 22 January (2004)

<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp#3>

Kruuda. R., Jesse. M. et al; HIV/AIDSi ennetustegevuse hindamine (2004)

K. Kutsar; Ettepanekud monitooringusüsteemi parandamiseks (2003). (avaldamata)

Laastik. L., Vihalemm.T; Narkomaania representatsioonid Eesti ajakirjades 2002. aastal (2004) <http://eusk.tai.ee>

Laastik. L.; Narkomaania representatsioonid Eesti ajakirjades 2003. aastal (2005) <http://eusk.tai.ee>

Lehtmets. A; Methadone Substitution Treatment in Estonia. Hotel Central. Tallinn. 28.04.(2002)

Lloyd. C et al (1); The effectiveness of primary school drug education. Drugs: Education, Prevention and Policy Vol 7 No 3 (2000)

Lloyd. C et al (2); Teaching in the tender years. Drug and Alcohol Findigs Issue 1 (1999) 4-6

Lühiülevaade 2004. nakkushaigestumisest. Haigestumine nakkushaigustesse 2004. aastal (2005) Tervisekaitseinspeksioon (avaldamata).

<http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=5230>

Means; Evaluating socio-economic programmes. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities (1999)

Narkomaania ennetamise riiklik programm aastateks 1997 – 2007.

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 (avaldamata).

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/strateegia/\\$file/strateegia.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/strateegia/$file/strateegia.doc)

Narkomaania ennetamise strateegia eesmärgistatud tegevuskava 2004 – 2008.a.

(<http://www.sm.ee>)

Narkoprobleemide Olukord Euroopa Liidus ja Norras. Aastaruanne 2004. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. (2004).

Neaman. R. et al; Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series No 5 European Commission. EMCDDA (2000)

Parker. H. et al; *Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*, London and New York: Routledge (1998)

Programmi toetamise leping AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaria vastu Võitlemise Ülemaailmse Fondi ja Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi Tervise Arengu Instituudi („põhisaja“) vahel. (2003). (Avaldamata). http://www.tai.ee/failid/GF_Grant_Agreement_eesti_keeles.doc

Rahu. M., McKee. M.; Effect of Estonian Law on prospects for public health research. *The Lancet*. Vol. 362 Dec. 20/27 (2003).

Riikliku tervishoiuprogrammi „HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002 -2006“ kinnitamine, VV 16 jaanuari korraldus nr. 33 (RTL 2002, 13, 173)

Rüütel. K., Trummal. A. et al; R. Aruanne.HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis 2004.(2004)[http://IPages/HIVaruanneVV01042005/\\$file/HIV%20aruanne%20VV%2001042005.pdf](http://IPages/HIVaruanneVV01042005/$file/HIV%20aruanne%20VV%2001042005.pdf)

Tallinna Kiirabi veebileht <http://www.tems.ee>

Talu. A., Abel. K. et al; Estonia. Drug Situation 2003. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Tallinn (2003)

Tervise Arengu Instituut. Eesmärk 2 summade jaotumine GF programmis tervikuna 09.2003 – 09.2005. (2004). (Avaldamata).

Tobler. N; Prevention is a two way process. *Drug and Alcohol Findings Issue 5* (2001) 25-27

Vares. T., Raal; Tervisevaldkonna registrite arengukava (2004). Tallinn (avaldamata).

Väljavõte VV protokolist nr. 29 päevakorrapunkt nr. 2 seisukoha andmine “Töötu sotsiaalse kaitse seaduse ja sotsiaalhoolekande seaduse täiendamise seaduse” eelnõu (411 SE) kohta.

2004.a. diagnoositud HIV positiivsed. (2005).Tervisekaitse Inspeksioon (avaldamata)<http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3417>

Lisad

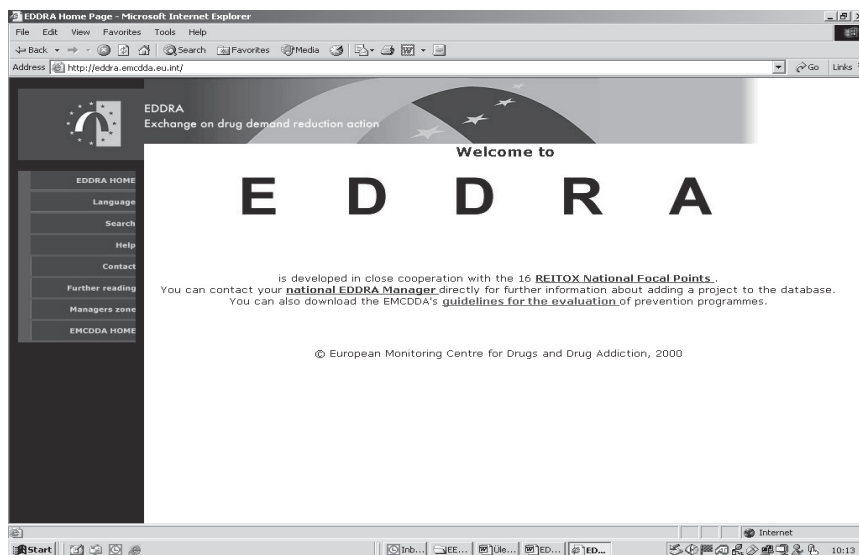
EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Activities)

EDDRA on mitmekeelne ja interaktiivne nõudluse vähendamise projektide ning programmide infosüsteem, kust läbi erinevate otsingumehhanismide saab leida hinnatud ja töötavaid näidiseid preventiooni, kahjude vähendamise ja ravi valdkonnast. Kokkuvõtvalt edendab EDDRA erialateadmiste vahetust võimaldades saada informatsiooni uimastinõudluse vähendamise programmide elluviimise ja hindamismeetodite kohta kõikjal Euroopa Liidus. Andmebaasis on hetkel 487 erinevat projekti ennetuse, ravi ja kahjude vähendamise valdkonnast.

EDDRA põhiliseks sihtgrupiks on

1. Poliitikud
2. Otsusetegijad
3. Uimastivaldkonna praktikud
4. Professionaalsed teenuseplaneerijad

EDDRA infosüsteemi aadress on <http://eddra.emcdda.eu.int/>



EDDRA võimaldab soovitud programmi või projekti kohta leida infot kolmel erineval viisil

- a) juhendatud otsinguvõimalus
- b) edendatud otsinguvõimalus
- c) vaba tekstiotsing

- Juhendatud otsinguvõimalus (*Guided search*), annab võimaluse otsida järgnevate kategooriate abil:

Name of the project (Projekti nimi)	Status regarding evaluation (Hindamise staatus)	Approach (Lähenemine)
Final target group (Lõplik sihtgrupp)	Target population (Sihtgrupp)	Substances (Aine)
Action (Tegevus)	Geographical coverage (Geograafiline kaetus)	Country (Riik)

- Edendatud otsinguvõimalus (*Advanced Search*) annab võimaluse otsida kiire-
malt uimastinõudluse vähendamise projekti, kui me omame otsitava projekti
või programmi kohta juba eelnevalt informatsiooni:

Country is	* <input type="text"/>	
AND Substances is	* <input type="text"/>	
AND Approach is	* <input type="text"/>	
AND Status Regarding Evaluation is	* <input type="text"/>	
AND Final Target Group is	* <input type="text"/>	
AND Target population is	* <input type="text"/>	
AND Actions is	* <input type="text"/>	
AND Geographical Coverage is	* <input type="text"/>	
AND Setting of implementation is	* <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Executive Summary		
<input type="checkbox"/> Abstract		
<input type="checkbox"/> Responsible center		
<input type="checkbox"/> Project Reference		

Edendatud otsinguvõimalus (*Advanced Search*) annab võimaluse otsida kiire-
malt uimastinõudluse vähendamise projekti, kui me omame otsitava projekti või
programmi kohta juba eelnevalt informatsiooni:

- **Vaba tekstiotsing (EDDRA full text search)**

Enter search text here

Otsides tuleb ära märkida, mis on täpselt järgnevatest väljadest on vajalik:

- Abstract
- Specific Objective
- Basic Assumption
- Initial Situation
- General Objective
- Results of Evaluation

ja mis kujul informatsioon peaks olema esitatud:

- Executive Summary
- Abstract
- Responsible center
- Project Reference

Lisaks otsinguvõimalustele on EMCDDA EDDRA
webilehel pealkirja all Further reading võimalus saada
ülevaade erineva valdkonna projektide ja programmide
analüüsides ja uuematest suundumustest:

EIB (Evaluation Instruments Bank)

Pidades silmas antud hetkel hindamise alatähtsustamist Euroopas on tekkinud
vajadus rõhutada hindamisse investeerimise vajadust.

Programmide hindamist hõlbustab EMCDDA hindamisvahendite pank (EIB).
See mitmekeelne webipõhine dokumendiarhiiv säilitab standardiseeritud mee-
todeid ja vahendeid, millega huvigrupid saavad oma programmi hinnata. EIB
sisaldab meetodeid hindamaks nii preventiooni kui ravi programme. Kui sises-
tada EIB otsingumootorisse interventsiooni kriteerium, mille suhtes hindamist
soovitakse, siis andmebaas varustab kasutajat kõige sobivama hindamismeetodi-
ga koos selgitustega selle kasutamisest ja viited uuringutele, mis sellega seotud.
EIB täiendatakse pidevalt ja nüüdseks on seal üle 210 instrumenti ravi ja 65 en-
netuse hindamiseks. EIB on 12 erinevas keeles.

http://eibdata.emcdda.eu.int/databases_eib.shtml