EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 18.4.2007
KOM(2007) 199 lõplik

KOMISJONI ARUANNE EUROOPA PARLAMENDILE JA NÕUKOGULE

seoses nõukogu 18. juuni 2003. aasta soovituse (uimastisõltuvusega seotud tervisekahjude ennetamise ja vähendamise kohta) rakendamisega

SISUKORD

1. TAUST 3
2. METOODIKA JA ANDMETE KOGUMINE 3
3. NÕUKOGU SOOVITUSE RAKENDAMISE PEAMISED TULEMUSED 4
4. JÄRELDUSED 8
5. NÕUKOGU 2003. AASTA SOOVITUSE JÄRELKONTROLL 10

TECHNICAL ANNEXES 12
5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 12
5.2. ANNEX II – Figures 13

1. TAUST

Nõukogu võttis 18. juunil 2003. aastal vastu soovituse uimastisõltuvusega seotud tervisekahjustuste ennetamise ja vähendamise kohta.[1] Soovituse eesmärk on vähendada uimastitega seotud surmade arvu ja nendega seotud tervisekahjustusi, julgustades liikmesriike koostama ja töötama välja uimastitega seotud kahju ennetamise ja vähendamise kavasid ja strateegiad. Selle pakilisust korrati ka ELi uimastistrateegias (2005–2012) ja ELi narkootikumidealases tegevuskavas (2005–2008).

Dokumendis antakse liikmesriikidele kolm peamist soovitust:

(1) seada uimastisõltuvuse ennetamine ja sellega seotud riskide vähendamine rahvatervise eesmärgiks ning koostada ja rakendada vastavad üldstrateegiad;

(2) vähendada oluliselt uimastitega seotud tervisekahjustuste (näit HIVi, B- ja C-hepatiidi ning tuberkuloosi) esinemist ja uimastitega seotud surmade arvu 13 alapunkti abil, mis käsitlevad kahjulike tagajärgede vähendamise teenuseid ja vahendeid (nt süstalde jagamine, vaktsineerimine, ravi, teavitamine ja koolitus);

(3) töötada välja asjakohane hindamine uimastitega seotud ennetustöö tõhususe ja tulemuslikkuse tõstmiseks ja uimastitega seotud tervisekahjustuste vähendamiseks üheksa alapunkti abil, mis käsitlevad programmide kvaliteedi tagamist, seiret ja hindamist.

Soovituses nähakse ette, et liikmesriigid esitavad kahe aasta jooksul pärast soovituse vastuvõtmist eespool nimetatud punktide rakendamise kohta aruande, ning kutsutakse komisjoni üles koostama aruannet.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) avaldab igal aastal uimastiprobleemi olukorra kohta ELis aruande, mis hõlmab ka teavet uimastitega seotud surmade ja uimastitega seotud nakkushaiguste (nt HIVi/AIDSi ja hepatiidi) kohta. **Vt joonis 1.**

2. METOODIKA JA ANDMETE KOGUMINE

Käesolev aruanne põhineb kahel peamisel allikal.
Esiteks palus komisjon 2005. aastal kõigil 25 liikmesriigil esitada aruanne nõukogu soovituse rakendamise seisu kohta.

Peale selle töötas eespool esitatud teabe seejärel läbi Trimbos Instituut, mis on vaimse tervise ja sõltuvuse uurimise sõltumatu keskus, kust oli tellitud ka taustadokument käesoleva aruande koostamiseks. Taustadokument sisaldab üksikasjalikku teavet uimastisõltuvusega seotud tervisekahjustuste ennetamise ja vähendamise poliitika ja tavade kohta liikmesriikides koos ülevaatega praegusest olukorrast kahjulike tagajärgede vähendamiseks rakendatavate sekkumiste tõhususe kohta.[2]

---

1 ELT L 165, 3.7.2003, lk 31–33
2 Vt 2. lisa

3. NÕUKOGU SOOVITUSE RAKENDAMISE PEAMISED TULEMUSED

3.1. Soovituse 1. punkt – kahjulike tagajärgede vähendamine kui rahvatervise eesmärk

Uimastitega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on kõigis liikmesriikides määratletud riikliku taseme rahvatervise eesmärgina. Kõnealuses protsessis oli soovitusel oluline roll eelkõige enamikus 2004. aastal ELiga ühinenud riikides.

Liikmesriigid on viidanud ka ELi uimastistrateegias (2005–2012) sisalduvale nõukogu soovitusele.

3.2. Soovituse 2. punkt – kahjulike tagajärgede vähendamise teenused ja vahendid liikmesriikides

Kõikides liikmesriikides on loodud kahjulike tagajärgede vähendamise teenused ja vahendid, kuigi mõnes vähemal määral.

Taustadokumendi jaoks kogutud andmed annavad hea ülevaate teenuste ja vahendite kättesaadavusest liikmesriikides.

Vt joonis 2 (II lisa).

- ***Kahjulike tagajärgede vähendamise vahendid ja teenused liikmesriikides***

Kõik liikmesriigid on rakendanud uimastikasutajatele teabe- ja nõustamisteenuste osutamise põhimõtet. Täiendavalt on olemas **teabelevi, koolitus- ja teabevahetuse** meetmed, nagu nõustamistelefonid ja mitmesugused harivad voldikud, mis on kättesaadavad uimastikasutajatele kõigis liikmesriikides. Kahekümne kahes riigis on kasutusel veebilehed ja mõnes isegi Interneti-põhised nõustamisvahendid. 21 riigis on välja töötatud koolituskursused, mis käsitlevad riski- ja kahjulike tagajärgede ennetust. Maltas näiteks on selline personaalne koolitus kättesaadav nendele uimastikasutajatele, kes on ambulatoorsel ravil.

Uimastikasutajate **kogukonnad ja perekonnad** on liikmesriikides aktiivselt kaasatud kahjulike tagajärgede vähendamise meetmete rakendamisse ning enamikus liikmesriikides on spetsiaalsed teabematerjalid neile kättesaadavad. Ühendkuningriigis näiteks on perekonnad kaasatud üleannustamise ennetamise koolituskursustesse, et vähendada uimastitega seotud surmade arvu.

Mõjualas töötamine on nakkushaiguste ennetamise tavapärane metoodika. Liikmesriigid on seda hästi rakendanud, kas siis tänaval või meelelahutuskohtades (näiteks ööklubides/reividel), olgugi et riigisiseste geograafiliste erinevustega. Näiteks kogu Itaalias toimivad mõjuala projektid ja madala lävega teenused ning vahendite valik on aja jooksul suurenenud. Peale selle on riigi mõnedes piirkondades hiljuti võetud kasutusele mobiilne metadooniravi.

Enamikus liikmesriikides (19) on mõjuala töösse süstemaatiliselt kaasatud ka **tugiisikud ja vabatahtlikud**. Tugiisikute ja vabatahtlike koolitamise teave on kättesaadav, kuid teave nende konkreetse rolli kohta mõjuala töös on piiratud. Belgias näiteks koolitatakse (endiseid) uimastikasutajaid HIVi- ja üleannustamisealase ennetustöö tegijateks.

Enamikus liikmesriikides (20) toimub **mõjualatöö keskuste vaheline võrkude loomine ja koostöö**, isegi kui mõnes liikmesriigis on keskuste arv suhteliselt väike. Väga julgustav on, et Leedu ja Läti kavatsevad neid põhimõtteid peagi rakendada.

Kõigis liikmesriikides eksisteerib **uimastisõltuvuse ravi** ja rakendatakse opioidi asendusravi (Küprosel on raviprogramm ettevalmistamisel). On ka mitmeid hooldus- ja võõrutusprogramme uimastikasutuse stabiliseerimiseks ja vähendamiseks/lõpetamiseks. Opioidi **asendusravi** on tavaline strateegia uimastitega seotud surmade arvu vähendamiseks ning metadooni ja/või buprenorfiini asendusravi koos psühhosotsiaalse abiga on kättesaadav peaaegu kõigis riikides (24). Rootsi oli näiteks esimene riik, kus pakuti metadooni hooldusravi ja praegu on käimas kõrge lävega range metadooni hooldusprogramm.
Mitmed uuringud näitavad, et opiaadikasutajate hooldusravi ja uimastitega seotud surmade arvu vähenemise vahel on seos. Tõhusus võib tõusta kõrgemate annuste juures ja siis, kui raviprogrammidega kaasneb ka psühhosotsiaalne sekkumine.

Asendusainete kuritarvitamise ennetamise kohta teatasid peaaegu kõik liikmesriigid (22), et mustale turule lekkimise tõkestamiseks on kehtestatud sellised meetmed nagu range registreerimine, järelevalve all manustamine, uriiniproovid ja annuste päevakaupa saamine. Eesti ja Sloveenia näiteks märkisid konkreetselt, et kuritarvitamise ennetamise põhimõtete rakendamine tulenes otseselt soovitusest.

Nakkushaiguste testimine ja sõeluuringud on uimastikasutajatele kogu riigis kättesaadav 19 liikmesriigis ja kolmes riigis teatavates geograafilistes piirkondades. Uimastikasutajatele suunatud ennetus- ja koolitusmeetmed ning spetsiaalsed nakkushaiguste ennetamise raviprogrammid on kogu riigis kättesaadavad 15 riigis ja viies riigis teatavates geograafilistes piirkondades. Spetsiaalselt uimastikasutajatele mõeldud B-hepatiidi **vaktsineerimiskampaaniad** on kogu riigis kättesaadavad 15 riigis ja veel viies riigis teatavates geograafilistes piirkondades. Luksemburgis näiteks käivitasid riigi teabekeskused[3] 2005. aastal (A-, B-, C-hepatiidi ja HIVi) kohapealse testimise ning (A- ja B-hepatiidi) vaktsineerimise tegevus- ja uurimisprogrammi, mida viivad ellu spetsialiseerunud üleriigilised valitsusvälised organisatsioonid. **Vaktsineerimisprogrammid** on olemas kogu ELis, kuid need ei ole alati spetsiaalselt uimastikasutajatele suunatud.

Süstlavahetusprogrammid on uimastikasutajatele kättesaadavad 24 liikmesriigis, nendest 15 liikmesriigis üleriigiliselt. **Kondoome jagatakse** mõne erandiga (2) uimastivastaste teenuste kaudu kogu ELis. Süstlavahetusprogrammid koos teavitamis- ja koolitusstrateegiatega, mis on mõeldud uimastikasutajatele nende igapäevases keskkonnas, on osutunud süstivate uimastikasutajate riskikäitumise vähendamisel nii tõhusaks kui ka kulutasuvaks ning on seepärast nakkushaiguste edasikandumise ennetamisel tõenäoliselt tõhusad.

Kõigis riikides on tagatud, et **esmaabi osutajad** on saanud üleannustamisalase koolituse ja on selliseks puhuks varustatud ning üldiselt (20) on kiirabil alati kaasas opioidi antagonisti naloksooni. Kiirabipersonal on uimastite üleannustamise alast koolitust saanud siiski vaid kümnes riigis.

Soovituse käesoleva punkti viimases alapunktis kutsutakse üles toetama **koolitustegevusi, millega antakse** uimastisõltuvusega seotud tervisekahjustuste ennetamise ja vähendamise eest vastutavatele **spetsialistidele tunnustatud kvalifikatsioon**. Selline tegevus eksisteerib pea kõigis liikmesriikides (22). Mõjuala töötajate ja hooldusravispetsialistide koolitust

---

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403

pakutakse vastavalt 21 ja 20 riigis. Madala lävega teenuste spetsialistide koolitust pakutakse 19 riigis.

- ***Kahjulike tagajärgede vähendamise teenused vanglates***

EMCDDA aruandest selgub, et Euroopas süstib 7–38% vangidest uimasteid kogu elu. 20 liikmesriigis rakendatakse põhimõtet, mille kaudu antakse vanglas viibivatele uimastikasutajatele sarnast abi kui uimastikasutajatele väljaspool vanglaid, ning neljas riigis on plaanis seda rakendama hakata.

Taustadokumendist selgub, et vanglate süstlavahetusprogrammid on tõenäoliselt edukad nii süstalde jagamise kui ka uimastitega seotud nakkushaiguste edasikandumise vähendamisel süstivate uimastikasutajate hulgas. Need võivad vähendada ka mädapaiseid.

Uimastitega seotud vahendite jaotamine[4] ei ole vanglates tavapärane praktika (ainult 11 riigis). Kolmes riigis vahetatakse süstlaid vanglates. Hispaanias näiteks toimib süstlavahetusprogramm 38 vanglas.

Asendus- ja võõrutusravi on vanglates kättesaadav vastavalt 17 ja 19 riigis, kuigi selle ulatus on suuresti erinev. Kondoome jaotatakse 16 liikmeriigi vanglates.

Vt joonis 3 (II lisa).

- ***Kahjulike tagajärgede vähendamise lõimimine sotsiaalhoolduse ja vaimse tervishoiuga***

Liikmesriigid märgivad, et kahjulike tagajärgede vähendamist loetakse poliitika tasandil (vaimse) tervise ja sotsiaalhoolduse lahutamatuks osaks, kuid taustadokumendi kohaselt ei ole seda lõimimist alati teoks tehtud: „Liikmesriigid võitlevad jätkuvalt uimastikasutajatega, kellel on nii sõltuvus- kui ka vaimse tervise (üheaegne haigestumus või topeltdiagnoos) häire ning jätkuvalt on probleeme endiste uimastikasutajate uuesti tavapärasesse tööellu lõimimise ja neile eluaseme leidmisega".

Kahekümne kolmes riigis on olemas ühelt poolt põhimõtted tervishoiuteenuste (sealhulgas vaimse tervise teenuste) ja sotsiaalhooldusekohase lõimimise edendamiseks ning teiselt poolt spetsiaalsed lähenemisviisid riski vähendamiseks. Aruande kohaselt rakendatakse seda praktikat neljas viiendikus riikidest. Näiteks Prantsusmaal saavad RMS (Réseau Micro-Structures) programmi kaudu arsti-, sotsiaaltöötaja ja psühholoogi abi väga erinevate sõltuvustega patsiendid.

Sellest olenemata näib, et selliste põhimõtete elluviimine nõuab täiendavat arendamist, sest uimastikasutajatele mõeldud täielikult lõimitud hooldussüsteem paistab olevat jätkuvalt probleemiks.

3.3. <u>Soovituse 3. punkt – kvaliteedi tagamine, seire ja hindamine</u>

Mitte kõik liikmesriigid ei pea kvaliteedi tagamist, seiret ja hindamist valitsuse tasandi ülesandeks. Üldiselt nad siiski pooldavad teaduslikele andmetele suurema rõhu asetamise vajadust ja nende kasutamist kahjulike tagajärgede vähendamisel. Föderaalsetes või

---

[4] Uimastite valmistamiseks või manustamiseks vajalikud vahendid ja seadmed

detsentraliseeritud struktuuriga riikides on ülesanded jagatud erinevate pädevustasandite vahel. Teistes nähakse kvaliteedi tagamist, seiret ja hindamist sõltumatute teadusorganisatsioonide ülesandena.

Vt joonis 4 (II lisa).

Kahjulike tagajärgede vähendamise teenuste ja vahendite eelhindamine, seire ja hindamine liikmesriikides

Enamik liikmesriike (19) on teatanud, et poliitikasuundi määravad otsused põhinevad nimelt **tõhusust käsitlevatel teaduslikel andmetel**. Mitmetes liikmesriikides on olemas uurimis- ja hindamisprojektid kahjulike tagajärgede vähendamisele suunatud sekkumiste uurimiseks (nt asendusravi programmid, mõjualas töötamine, süstalde vahetus). Saksamaa näiteks on teatanud (metadooni ja heroiini) asendusravi hindamisest. Leedus on käivitatud süstalde vahetuse projekt „Sinine buss", mida hinnatakse iga kuu, muu hulgas ka küsitluste kaudu. Ungaris on Riiklik Uimastisõltuvuse Ennetamise Instituut tõhusust käsitlevate teaduslike andmete laialdaseks levitamiseks töötanud välja andmebaasi SZIP, mille kaudu kombineeritakse näiteks programmi teavet teadusuuringutega. Slovakkia on teatanud, et rahvusvaheliste teadusuuringute tulemusi kasutatakse süsteemselt sekkumiste ja tegevuspõhimõtete väljatöötamiseks.

Üldiselt liikmesriigid nõustuvad **hindamise vajalikkusega** programmide algfaasis, kuid tihti ei sea seda programmide ja sekkumiste valiku tingimuseks. **Siiski määrati Iirimaal** baasuuringuga B-hepatiidi vastu vaktsineeritud uimastikasutajate ulatus, et töötada välja katseprojekt nakkushaiguste ennetamise parandamiseks süstivate narkomaanide hulgas.

Sekkumiste **hindamise protokolli koostamist** loetakse tihti ülesandeks, mida peaksid täitma kvaliteedi hindamisega tegelevad teaduslikud institutsioonid. Mõned liikmesriigid (näiteks Tšehhi Vabariik ja Taani) on siiski välja töötanud protokolli ja suunised oma uimastitevastase poliitika osana. Näiteks Küprosel on uimastitevastase nõukogu teaduslik komitee koostanud kvaliteedinõuete tagamiseks uimastisõltuvuse ravikeskuste suunised. Kreekas on poliitikas sätestatud iga programmi hindamine. Soovituse selle osa loevad täidetuks 12 riiki.

Neljateistkümnes liikmesriigis on olemas põhimõtted **hindamise kvaliteedi kriteeriumide koostamise toetamiseks**. Sellised põhimõtted on tihti koostamise algstaadiumis. Soomes nõutakse näiteks uimastitevastases tegevusprogrammis (2004–2007) uimastivastaste teenuste osutajate kvaliteediraamistiku väljatöötamist. EMCDDA on koostanud mitmeid juhendeid ja süvauuringuid kvaliteedi ja hindamise kohta,[5] kuid riigid ei ole nende kasutamisele konkreetselt viidanud.

Kakskümmend kolm liikmesriiki väidavad, et nad **täidavad EMCDDA viit peamist näitajat**.[6] Mõned siiski veel kõiki viit näitajat ei täida. EMCDDA annab konkreetsetele riikidele igal aastal tagasisidet nende sisendi kvaliteedi ja teabe võimalike puuduste kohta. Riiklikud aruanded avaldatakse tavaliselt riigi veebilehtedel.

Üheksateist liikmesriiki rõhutab, et **hindamise tulemused aitavad kaasa uimastisõltuvuse ennetamise põhimõtete täiustamisele ja arendamisele**. Riigid on teatanud, et riiklike uimastistrateegiate ja tegevuskavade hindamine muutub järjest olulisemaks, kuid vaid väike

---

5 Kättesaadav aadressil: http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365

osa nendest näib hindavat süstemaatiliselt konkreetsete sekkumiste tõhusust. Paljud hindamisprogrammid ei ole suunatud konkreetselt kahjulike tagajärgede vähendamisele suunatud sekkumisele, vaid pigem uimastite nõudluse üldisele vähendamisele. Poolas näiteks on vanglas viibivate naiste retsidiivide vältimiseks mõeldud uimastivõõrutusravi programmide hindamine viinud uute eesmärkide lisamiseni riiklikku narkomaania ennetamise programmi. Portugalis on riiklikku uimastistrateegiat Horisont 2004 hinnatud nii riigisiseselt kui ka väljastpoolt, mis on toonud esile uued soovitused, näiteks olemasolevate riski ja kahju vähendamise süsteemide (nt asendusravi programmide, süstlavahetuse, kondoomide kasutamise kampaaniate) parandamise algatuste edasiarendamise.

Erinevate tasemete ja sihtrühmade koolitusprogrammide hindamine on viidud ellu 14 liikmesriigis. Tihti on selliste koolitusprogrammide (kaas)korraldajatena mainitud riiklikke kontaktasutusi, kuid nende hindamist spetsialistide tavapärase õppekava osana ei mainita. Näiteks Tšehhi Vabariigis on sõltuvusravi teenuste kvaliteedinõuded siiski välja töötatud ja rakendatud spetsialistide koolitusprogrammi raames ning Austrias moodustavad kvaliteeditagamine ja hindamine osa uimastitealase tasemekoolituse õppekavast.

Neliteist liikmesriiki on teatanud, et neil on olemas tegevuspõhimõtted, mis võimaldavad **kõigil pooltel ja huvirühmadel hindamisprotsessis osaleda**, kuid väga vähesed toovad konkreetseid näiteid osalemise ja kaasatuse kohta. Madalmaades näiteks on loodud tervishoiu, sealhulgas sõltuvusravi, patsientide „kliendinõukogude" süsteem. Hispaanias on huvirühmade hindamisse kaasamine riikliku narkootikumidealase tegevuskava prioriteet.

Välja on töötatud mitmeid liikmesriike hõlmavaid kahe- ja mitmepoolseid programme ja 21 riiki on teatanud, et neil on olemas tegevuspõhimõtted **riikidevahelise vahetuse ja koostöö julgustamiseks**. Praegu tundub riikidevaheline koostöö ja isegi koostöö kolmandate riikidega olevat tihedam. Oskuste ja kogemuste vahetamiseks ELis tehakse koostööd ka komisjoniga, näiteks ühenduse rahvatervise programmi raames. ELi Phare mestimisprogramm[7] on olnud oluline vahend vanade ja ELiga 2004. aastal ühinenud uute riikide vahelise koostöö edendamisel. Seitse riiki on märkinud, et soovitus on olnud oluline vahend sellise tegevuse arendamiseks.

Vt joonis 5 (II lisa).

4. JÄRELDUSED

(1) Kõigis liikmesriikides on olemas põhimõtted ja tegevused, mis suures osas peegeldavad soovituses soovitatud meetmeid ning enamikus uutes riikides on see dokument poliitika väljatöötamise oluline abivahend. See on olnud ka kahjulike tagajärgede vähendamisele suunatud sekkumiste rakendamise kriteerium. Kuna rakendamise tase on riikides ja riigiti erinev, siis on oluline, et lõimitud ennetus- ja hooldussüsteemi osana jätkuks kahjulike tagajärgede vähendamise meetmete väljatöötamine ja kahjulike tagajärgede vähendamise teenuste/vahendite rakendamine.

(2) Peaaegu kõigis liikmesriikides on olemas tegevuspõhimõtted tervishoiuteenuste (sealhulgas vaimse tervise teenuste ja sotsiaalhoolduse) ja spetsiaalsete kahjulike

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

tagajärgede vähendamise teenuste lõimimise edendamiseks. Neid jõupingutusi üldise tervishoiusüsteemi programmide lõimimiseks tuleb suurendada ja jätkata.

(3) Metadooni ja buprenorfiini asendusravi koos psühhosotsiaalse abiga on kättesaadav kõigis liikmesriikides ning kättesaadavus on viimase kümnendi jooksul oluliselt tõusnud. Ravi kättesaadavuse tase ja eeldatava vajaduse vahekord on riigiti siiski erinev. Tagada tuleb nende teenuste kättesaadavus, kaetus ja jätkusuutlikkus.

(4) EMCDDA poolt kogutud kahjulike tagajärgede vähendamise teenuste/vahendite andmed on ülevaatlikud ja kõrge kvaliteediga. Teavet nende vahendite kättesaadavuse ja kasutamise kohta, eelkõige riskirühmadele, tuleb jätkuvalt parandada, et saada ülevaade olukorrast erinevates riikides selge viitega sellele, et kaetus on poliitika hindamise keskne element. Lisaks tuleb pöörata tähelepanu EMCDDA viie peamise näitaja täitmata jätmisele.

(5) Peaaegu kõigis liikmesriikides on rakendatud meetmed nakkushaiguste ennetamiseks vanglas viibivate uimastikasutajate hulgas. Kahjulike tagajärgede vähendamisele suunatud sekkumised ei ole Euroopa Liidus vanglates siiski veel vastavuses ÜRO peaassamblee,[8] ÜRO AIDSi-programmi/Maailma Terviseorganisatsiooni[9] ja ÜRO kuritegevuse ja narkomaania vastu võitlemise keskuse[10] poolt vastu võetud võrdväärsuse põhimõttega, milles nõutakse, et vanglates oleksid tervishoiuteenused ja tervishoid (sealhulgas kahjulike tagajärgede vähendamine) samaväärsel tasemel, kui need on kättesaadavad ühiskonnale väljaspool vanglat. Seepärast on riikide jaoks oluline kohandada vanglapõhised kahjulike tagajärgede vähendamise meetmed uimastikasutajate ja vanglapersonali vajadustele ning parandada teenuste kättesaadavust. Tagada tuleb nende teenuste (sama kvaliteedi ja kättesaadavusega) jätkumine pärast vanglast vabanemist.

(6) Liikmesriikide hulgas on suurenemas arusaam, et poliitika väljatöötamine peab põhinema uurimustel ja faktidel ning tegevuste (sealhulgas tervisekahjustuste ennetamise ja vähendamisega seotud tegevuste) elluviimine peab tuginema tõenditele. Kui hinnata kõnealuseid meetmeid kriitiliselt, siis tuleb märkida, et parem seire ja sügavuti minevad uuringud peavad saama üldise poliitika lahutamatuks osaks, et ennetada ja vähendada tervisekahjustusi, nagu on sätestatud soovituses, ELi uimastistrateegias (2005–2012) ja ELi narkootikumidealases tegevuskavas (2005–2008).

(7) Liikmesriikides on praegu kasutusel mitmed erinevad meetodid kahjulike tagajärgede vähendamise teenuste ja vahendite eelhindamiseks, seireks ja hindamiseks. Seepärast peavad liikmesriigid nüüd arutama läbi kõnealuste meetoditega seonduva parima tava ja vahetama nende kohta teavet, et töötada välja objektiivse, usaldusväärse ja võrreldava teabe kogumise tüüplähenemised ja vahendid.

(8) Üliioluline on tagada selliste poliitiliste meetmete ja algatuste vaheline koosmõju, mille aspektid on seotud tervise ja võimalike viidetega uimastikasutamisele (nt

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf

9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

vaimne tervis, alkohol, HIVi/AIDSi ennetus, uimastisõltuvus töökohal, uimastid/ravimid ja sõiduki juhtimine).

5. NÕUKOGU 2003. AASTA SOOVITUSE JÄRELKONTROLL

Soovituse rakendamise aruandlus hõlmab maksimaalselt 1,5–2aastase ajavahemiku. See ajavahemik on siiski küllalt lühike, et saada usaldusväärset pilti soovituse mõjust kahjulike tagajärgede vähendamise riiklikule poliitikale, teenustele ja vahenditele. Lisaks jäi aruandlusperioodi sisse uute riikide ELiga ühinemine (2004).

Seepärast tuleks käesolevat aruannet võtta eelkõige nõukogu soovituse rakendamise algolukorra mõõtmisena. Seda võib käsitleda ka ülevaatena ELis kehtivatest kahjulike tagajärgede vähendamise meetmetest hinnangu andmiseks ELi narkootikumidealasele tegevuskavale (2005–2008).

Komisjon kavatseb teha uue ülevaate järgmise ELi narkootikumidealase tegevuskava (2009–2012) raames, et uurida, kas kahjulike tagajärgede vähendamise poliitika, teenuste ja vahendite rakendamine on edasi arenenud. Alles siis on komisjonil koostöös liikmesriikidega võimalus kaaluda, kas on vaja anda edasisi soovitusi.

Peale selle komisjon jätkab algatuste koostamist nõukogu soovitusega lähedalt seotud valdkondades ning arvestab nendes kindlasti sellise poliitika ja tavaga, mis võivad olla olulise tähtsusega soovituse peamiste eesmärkide saavutamisel. ELi narkootikumidealases tegevuskavas (2005–2008) sisaldub kaks konkreetset tervisega seotud uimastiennetusealast meedet (12 ja 13.2):

- nõukogu soovituse eelnõu uimastite ja vanglate kohta; kinnipeetavate hulgas on uimastikasutajatel suur osakaal ja uimastikasutamise seisukohalt on vanglakeskkond pakiline probleem, eriti süstivate narkomaanide osas;
- aruanne uimastisõltuvuse ravi olukorra ja hea tava vahetuse kohta kogu ELis. Euroopas saab asendusravi rohkem kui pool miljonit inimest.

Rahvatervise programm

Ühenduse rahvatervise programm hõlmab tervist määravate tegurite ohjamisele suunatud uimastiennetuse tegevusi, mis on mitmete suurte terviseprobleemidega seotud mitmetahulised küsimused.

Uimastiennetuse ja teavitustegevuse programm (2007–2013)

Meetmed toetavad ELi uimastistrateegia rakendamist projektide ja tegevuste rahastamise kaudu uimastite nõudluse (sealhulgas kahjulike tagajärgede) vähendamise valdkonnas.

Uimastite nõudluse vähendamise alane töö peab olema seotud järgmiste valdkondadega:

- HIVi/AIDSi-alane ennetustöö

Uimastite süstimine on peamine HIVi/AIDSi edasikandumise viis. Komisjoni teatises nõukogule ja Euroopa Parlamendile HIVi/AIDSi-vastase võitluse kohta Euroopa Liidus ja

naaberriikides aastatel 2006-2009[11] nähakse ette HIVi-alase ennetustöö tegevuskava ning tunnistatakse vajadust koosmõju järele peamiste ennetustöö meetmetega. Üks peamisi küsimusi on täpseid vajadusi arvesse võttev koolituse õppekava spetsialistidele, kes on seotud teenuste (ennetustöö, ravi ja hoolduse) pakkumisega HIVi/AIDSi kandjatele ja HIVi/AIDSi suhtes eriti haavatavatele riskirühmadele (sealhulgas veenisiseste uimastite kasutajatele ja sisserändajatele). Lisaks on HIVi/AIDSi mõttekoda saanud viljakaks foorumiks kogemuste ja teabe vahetamisel partnerite vahel.

- Alkoholialane ennetustöö

Korraga mitme uimasti kasutamise kontekstis tuleb vaadata koos alkoholist põhjustatud kahju ja uimastitest põhjustatud kahju. Komisjoni teatis ELi strateegia kohta liikmesriikide toetamiseks alkoholist põhjustatud kahju vähendamisel[12] hõlmab tõhusate käitumuslike muutuste edendamist laste ja noorukite hulgas koolides ja perekondades ning muudes asjakohastes keskkondades, samuti alkoholi ja korraga mitme uimasti kasutamisest põhjustatud liiklusõnnetuste vähendamist.

- Vaimse tervise parandamine

Uimastikasutus esineb tihti koos vaimse tervise häiretega. Tervishoiupoliitika oluliseks väljakutseks on jätkuvalt uimastikasutajatele parema juurdepääsu võimaldamine (psühhiaatrilisele) ravile. Komisjoni 2005. aasta oktoobris avaldatud vaimse tervise rohelises raamatus[13] tehti ettepanek vaimse tervise strateegia väljatöötamiseks ELi tasandil. Seda koostatakse praegu ja see peaks olema kooskõlas ühenduse erinevate poliitikavaldkondade muude algatustega, näiteks ELi uimastistrateegiaga (2005–2012).

- Kodanikuühiskonna kaasatus

Jõupingutusi tuleb teha ka kaudse kahju vähendamise nimel, mida uimastikasutajad võivad põhjustada teistele. Uimastikasutajad tuleb nendesse jõupingutustesse aktiivselt kaasata. Komisjoni 2006. aasta juunis vastu võetud rohelises raamatus kodanikuühiskonna rolli kohta Euroopa Liidu uimastipoliitikas[14] uuriti võimalusi kodanikuühiskonna kaasatuse võimaluste parandamiseks.

- Uimastid/ravimid ja sõiduki juhtimine[15]

Korraga mitme uimasti kasutamise ja sõiduki juhtimise küsimust käsitletakse transpordipoliitika kontekstis. Teadusuuringute ja tehnoloogiaarenduse kuuenda raamprogrammi raames kaasrahastab komisjon ka projekti nimetusega DRUID (sõiduki juhtimine uimastite, alkoholi ja ravimite mõju all).

- Uimastisõltuvus töökohal

Komisjon koostab praegu tööohutuse ja töötervishoiu strateegiat aastateks 2007–2012. Välja tuleb töötada konkreetsed algatused konkreetsete rahvatervise meetmete toetuseks, mis käsitlevad uimastisõltuvust töökohal.

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0654en01.pdf.

12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.

13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

15 Nõukogu resolutsioon, 27. november 2003, mis käsitleb võitlemist psühhoaktiivsete ainete tarvitamise mõjuga liiklusõnnetustes: ELT nr C 97, 22.4.2004, lk *1 -3*

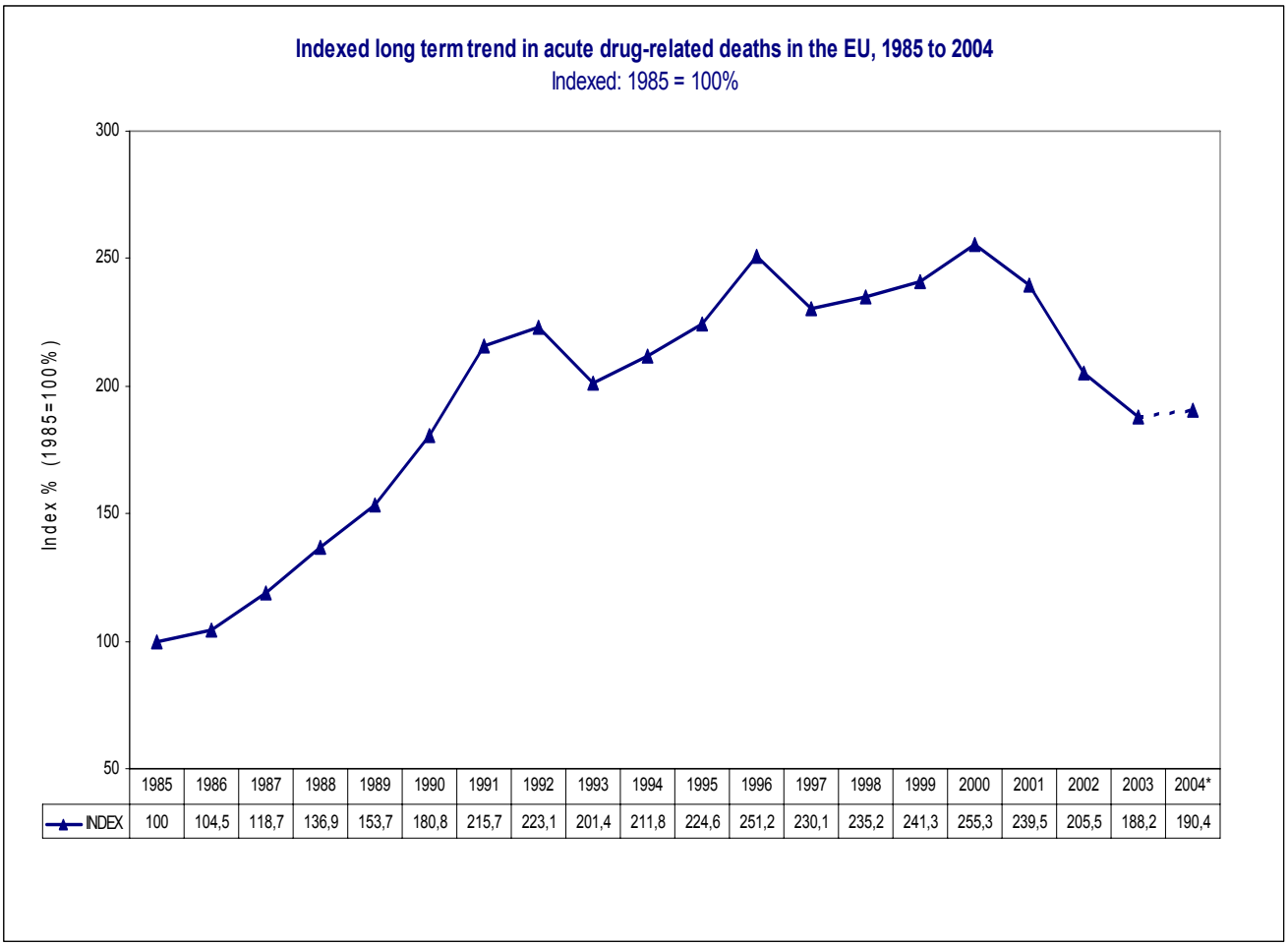
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. *While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.*

***Figures from the background document on "*prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".**

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

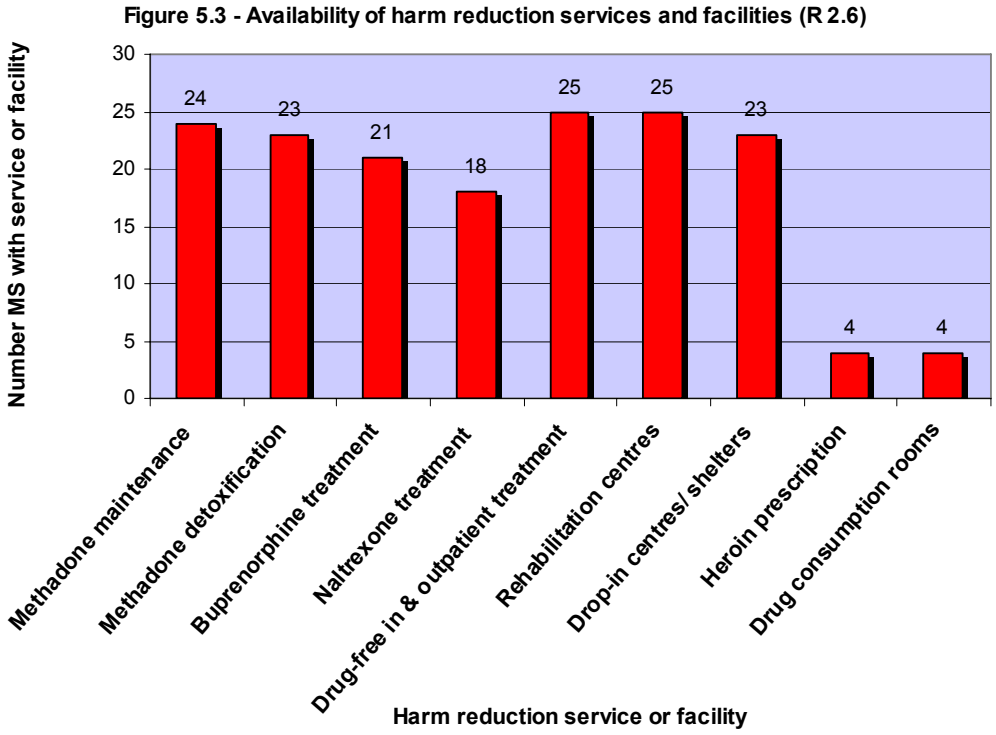


Figure 3

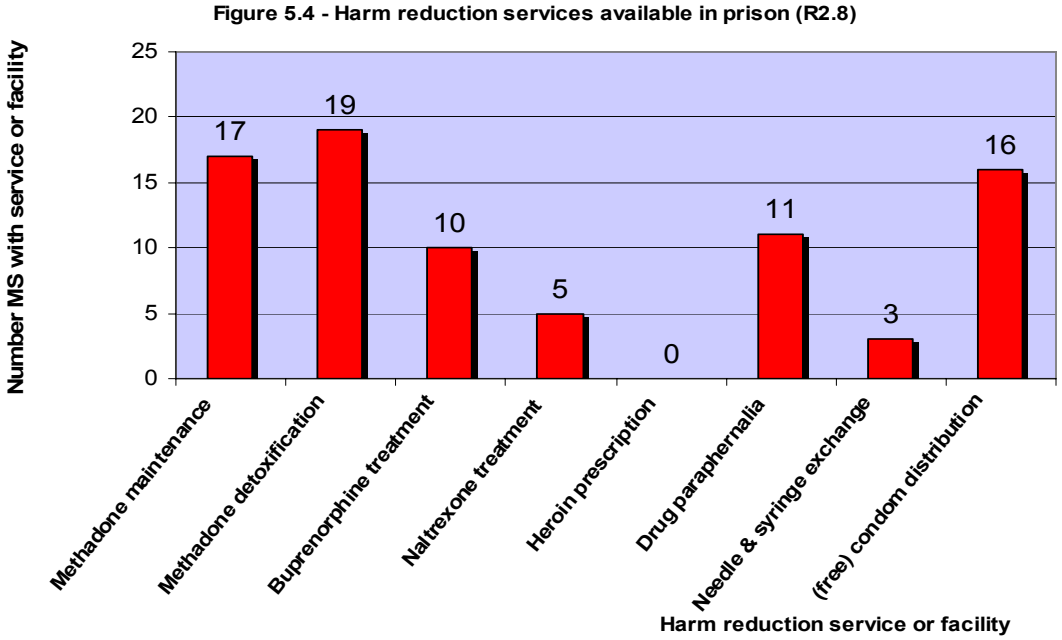


Figure 4

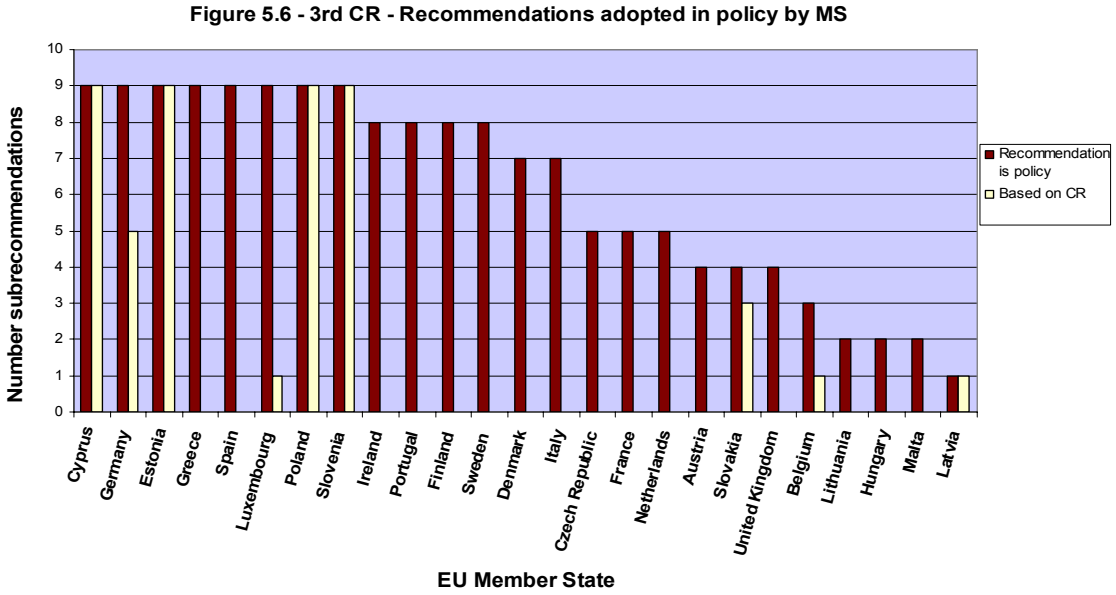


Figure 5

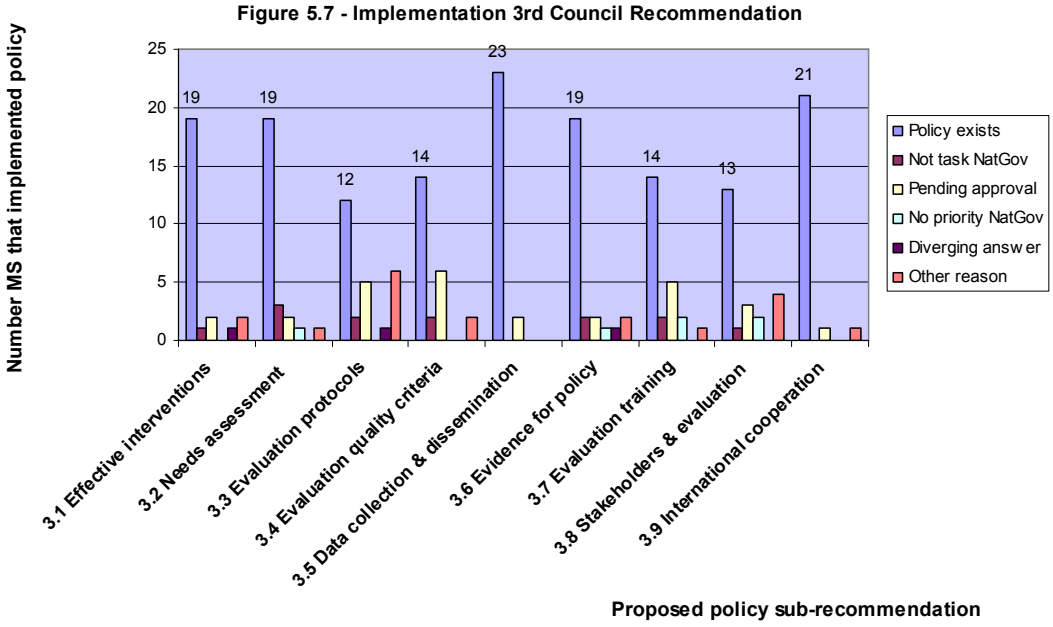


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation