



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Valikteema 2

Kanepiga seotud probleemid ja nende kontekst – Euroopa ravinõudluse suurenemise mõistmine

Sissejuhatus

Mõistet “kanep” kasutatakse erinevate harilikust kanepist (*Cannabis sativa* L.) saadavate toodete määramiseks. Harilik kanep on üheaastane taim, mis pärineb Kesk-Aasiast, kuid praegu kasvab paljudel parasvöötme- või troopilistel aladel maailmas. *Cannabis sativa*’l on suur hulk alamliike, millel on ka vastavalt mitmesugused erinevad bioloogilised ja keemilised omadused. Euroopa uimastiturul leidub kolme ebaseaduslikku kanepitoodet: “kanepiürt”, mis koosneb taime kuivatatud õitest, vartest ja lehtedest; “kanepivaik”, kanepi õisikust saadav pruun või must vaigusegu, mida tavaliselt müüakse kokkupressitud tükkidena, kuid vahel ka pulbrina; ning kõige vähem levinud “kanepiõli”, mis on kleepuv, viskoosne vedelik.

Inimesed on kanepit kasutanud juba kaua, eri ühiskonnad on omal ajal kanepit kasutanud kui tähtsat toorkiudu kanga ja köie valmistamiseks, abivahendina religioossete kombetalituste juures, ravimtaimena ja joovastava ainena. Kogu maailmas on kanep praegu kõige enam toodetav, kaubeldav ja tarbitav ebaseaduslik narkootiline aine (ÜRO uimastikontrolli programm, 2003a). Hoolimata kanepi kasutamise pikast ajaloost ja praegusest populaarsusest jääb meie arusaam kanepi mõjust rahva tervisele siiski piiratuks. Viimasel ajal on oluliselt kasvanud tõendusmaterjali hulk võimaliku seose kohta kanepi tarbimise, ja eriti just intensiivse kanepitarbimise, ning paljude tervise- ja sotsiaalprobleemide vahel. Kasvatav muret tekitab ka ilmne kanepitarbijate arvu kasv spetsialiseeritud uimastiraviasutusest abiotsijate hulgas. Siiski jääb esialgu ebaselgeks Euroopa kanepitarbijate probleemide ulatus ja iseloom. Samuti jääb selgusetuks, kas abiotsijate arvu statistiline suurenemine on tingitud muutustest andmete esitamisel ja patsientide ravile suunamisel või abivajajate arvu kasvust. Selleks, et nendele küsimustele vastata, peame kanepiga seotud ravinõudlust vaatlema laiemas perspektiivis, mis hõlmab tarbimisharjumuste muutumist Euroopas, aruandlussüsteemide arendamist ja edendamist, ja arvesse võtma ka kõnealuse uimasti muutuvat olemust. Neid probleeme vaadeldakse käesoleva valikteema “Kanepiga

seotud probleemid ja nende kontekst” raames, mille eesmärgiks on aidata kaasa teadlikuma arutelu tekkele selle kõige enam levinud ebaseadusliku uimasti tarbimise mõju üle rahva tervisele.

Õiguslik kontekst: kanepi õiguslik seisund Euroopas

Jätakuvalt tekitab Euroopa Liidus ⁽¹⁵¹⁾ poleemikat kanepitarbijatele kohaldatavate kriminaalkaristuste teema, ja liikmesriikide lähenemine sellele küsimusele erineb suuresti.

Kanepiekstraktid liigitatakse narkootiliste ainetena ÜRO 1961. aasta ühtse konventsiooni narkootiliste ainete kohta I ja IV nimekirjas ⁽¹⁵²⁾. Konventsiooniga nähakse ette meetmete vastuvõtmist tagamaks, et karistatavad oleksid paljud tegevused, sh narkootiliste ainete omamine. Liikmesriigid peavad konventsiooni tõlgendamisel ja kohaldamisel siiski lähtuma olukorrast vastavas riigis, kusjuures artikli 36 lõike 1 punktiga b antakse võimalus valida järgmiste variantide hulgast: “ravi, koolitus, ravijärgne hooldus, rehabilitatsioon ja sotsiaalne reintegratsioon”.

Praktikas tähendab see, et kõikjal Euroopa Liidus käsitletakse kanepiga seotud õigusrikkumisi väga erinevalt. Mõned riigid on välja andnud kohtumenetluse juhendid või koodeksid selle kohta, kuidas käsitleda kanepiga seotud teatavat liiki õigusrikkumisi, võimaldades sageli eri menetlusi kergemate ja raskemate rikkumiste korral. Mõnes riigis on ilmnemas uus suundumus rakendada kriminaalvastutusele võtmise alternatiivina ravimeetmeid, juhul kui on tegemist rikkumistega, mis on seotud väikeste uimastikoguste tarbimise ja omamisega ilma raskendavate asjaoludeta. Peale selle võivad karistusseadustikud probleemse uimastitarbimise korral lubada kohtumenetluse (kaalutletud või kohustuslikku) peatamist tingimusel, et õigusrikkuja teeb läbi nõustamise või uimastiravi. Kuigi kõnealused alternatiivid kehtivad tavaliselt mis tahes uimasti tarbijate kohta, on eelmisel aastal toimunud muudatuste tulemusena Belgia ja Ühendkuningriigi

⁽¹⁵¹⁾ Vt Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaasi (ELDD) veebisait (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Vt: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

seadustesse ja juhenditesse nüüd sisse viidud spetsiaalne märke probleemse kanepitarbimise kohta, eesmärgiga anda sellistele tarbijatele abi.

Kanepitarbimisega seostatud füüsilised, psühholoogilised ja arenguprobleemid ⁽¹⁵³⁾

Liikmesriikide aruanded juhivad tähelepanu tõsiasjale, et kanepiga seotud ravinõudluse kasv peegeldab tõenäoliselt suurenenud probleemide hulka, eelkõige seoses intensiivse kanepitarbimisega. Tuleks siiski märkida, et süsteemsed ja võrreldavad andmed kanepitarbijate kogetavate probleemide kohta üldiselt puuduvad. Teaduslikult põhjendatud teadmised selles valdkonnas on arengujärgus, kuid pakuvad üha veenvamaid tõendeid seose kohta kanepi tarbimise ja paljude probleemide vahel, kuigi põhjusliku seose olemus ei ole alati selge. Kanepitarbimisega seostatud probleeme käsitleva kirjanduse ülevaade on kättesaadav Internetis (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

On oluline teha vahet kanepi ägedal (lühiajalisel) mõjul ja uimasti pikaajalisel või kroonilisel mõjul. On olemas andmed paljude, nii positiivse kui negatiivse ägeda mõju kohta. Negatiivse mõju hulka kuuluvad tähelepanu puudulikkus ja keskendumisraskused, kahjulik mõju mootorsetele funktsioonidele (refleksid, koordinatsioon), lühimälu probleemid, ärevus- ja paanikahood ja depressioon. Positiivse mõju hulka kuuluvad kõrgendatud meeleolu, lõõgastumine ja suurenenud seltskondlikkus. Kõige rohkem tekitavad muret uimasti tarbimise ägedad tagajärjed, nagu lühiajaline uimasti poolt esile kutsutud psühhos või tugevad paanikahood, suurenenud õnnetusrisk, eelkõige sõiduki juhtimisel või ohtlikes töötingimustes, ja noorte inimeste puhul negatiivne mõju õppeedukusele koolis (Hall jt, 2001).

Kanepi krooniliste mõjude mõistmine on keerulisem ja seda mitmel põhjusel, kusjuures eriti keeruline on eristada kanepi mõjusid muude ebaseaduslike uimastite, tubaka ja alkoholi kroonilise tarbimise mõjudest. Peamiseks muredeks selles valdkonnas on siiski suurem oht haigestuda kopsuvähki ja muudesse hingamisteede haigustesse ja seos püsivate vaimse tervise probleemide kujunemisega, sealhulgas depressioon, psühhos ja skisofreenia. Peale selle on kroonilise tarbimise puhul oht, et kujuneb välja sõltuvuskäitumine. Kui suurel määral võib tõendusmaterjali põhjal tegelikult pidada kanepitarbimist

riskiteguriks, põhjuslikuks teguriks või lihtsalt nende probleemidega seotuks mingil muul keerulisemal viisil, seda käsitletakse Internetis avaldatud ülevaates.

Enamikus liikmesriikides on aruannetes hõlmatud uimastialaste õigusaktide rikkumistega kõige sagedamini seotud ebaseaduslikuks uimastiks kanep, mis ei ole üllatav, sest see on ka kõige enam tarbitav uimasti ⁽¹⁵⁴⁾. Vastupidiselt olukorrale muude uimastite, näiteks heroiniiga, ei paista olevat eriti tugevat seost kanepitarbimise ja muud liiki õigusrikkumiste vahel.

Kanepitarbimine ja sellega seotud probleemide hindamine

Kuigi rahvusvaheliselt kokku lepitud diagnoosimiskriteeriumid annavad kasulikke juhiseid kahjuliku uimastitarbimise, uimastite kuritarvitamise ja sõltuvusliku tarbimise määratlemiseks, tekib küsimusi, kui vaadelda kanepit kättesaadavate tõendusmaterjalide põhjal Euroopa kohta ⁽¹⁵⁵⁾. Eelkõige on suuri erinevusi probleemide hindamise põhiküsimustes. Näiteks ei olda ühisel arvamusel selliste mõistete osas nagu "intensiivne tarbimine", "regulaarne tarbimine" ja "probleemne tarbimine" ja seetõttu on keeruline eri uurimuste tulemusi omavahel võrrelda. Pealegi on peamiselt vaid ülevaateuuringute käigus püütud mõõta "sõltuvuse" ja "kuritarvitamise" määra elanikkonna hulgas vastavalt RHK ja DSM määratlustele; ka selleks puuduvad praegu unifikseeritud vahendid, mis aitaksid eri uuringute või kogu elanikkonda puudutavaid andmeid veenvalt võrrelda.

Kõnealuse valdkonnaga siiski praegu tegeldakse. Näiteks püütakse käesoleval ajal ühes Prantsuse uuringus paremini määratleda uimastite probleemset tarbimist ja välja töötada spetsiaalsed mõõtmisvahendid tarbimissageduse, teadvustatud riski ning psühholoogiliste ja füüsiliste mõjude uurimiseks (Beck, 2003).

Tänapäeni kõige laialdasemalt kasutatav tarbimisintensiivsuse mõõtmise viis on päevade arvu määramine, mil teatava kindla ajavahemiku jooksul uimastit tarbiti. "Intensiivseks tarbimiseks" peetakse tavaliselt igapäevast või peaaegu igapäevast kanepitarbimist. Kuigi igapäevane kanepitarbimine ei tähenda ilmingimata sõltuvust, on tõenäoline, et märkimisväärne hulk igapäevastest tarbijatest liigituks haiguste klassifikatsiooni (ICD-10, DSM-IV) järgi

⁽¹⁵³⁾ Kanepitarbimist ja sellega seotud küsimusi käsitlev monograafia avaldatakse 2005. aasta esimesel poolel. Konkreetset teavet kanepitarbimise mõju kohta tervisele ja füüsilisele seisundile leiab Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse veebisaidilt.

⁽¹⁵⁴⁾ Vt DRCrime_Tbl 5, statistikaülevaade 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Mõisteid "sõltuvus" ja "kahjustav tarbimine" vt: Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 10. väljaanne (RHK-10, Maailma Tervishoiuorganisatsioon), koodid F10–F19: psühhootiliste ainete tarbimisest tingitud vaimsed ja käitumishäired. Sageli kasutatav on ka *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV väljaanne) (DSM-IV, Ameerika psühhiaatrialiit / *American Psychiatric Association*), milles kasutatakse mõisteid "sõltuvus" ja "kuritarvitamine".

uimastisõltlasteks või uimastite kuritarvitajateks. Arvestades, et tarbimissagedust mõõta ja sellekohaseid küsimustikke ühtlustada on suhteliselt lihtne, on see mõõtevahend kaasatud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse näidisküsimustiku juhendisse. Praegu esitab üheksa riiki sellisel kujul andmed kanepi tarbimise sageduse kohta ⁽¹⁵⁶⁾.

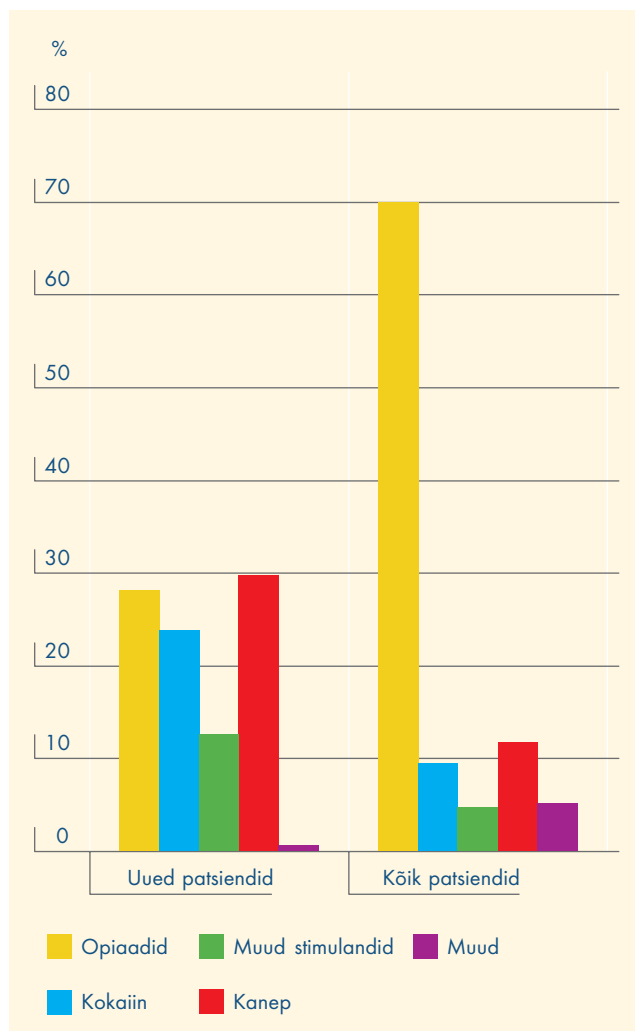
Suundumused kanepiga seotud probleemidest tingitud ravinõudluses

Kanep on Euroopas kõige enam tarbitav ebaseaduslik uimasti, aga ainult väike osa seda ainet tarbinutest pöörduv ravile. Olenemata sellest on kanep mitmes riigis aruannete kohaselt teisel kohal peamiste tarbitavate uimastite hulgas, mille sõltuvusest vabanemiseks saadakse spetsiaalset ravi. Ravinõudluse indikaatori (TDI) andmete põhjal (vt lk 65), mis on kogutud erinevatest spetsialiseeritud raviastutustest, on umbes 12% kõigist klientidest ja 30% esmakordselt ravile pöördunud registreeritud peamiselt kanepitarbimisest tulenevate probleemide tõttu (joonis 26).

Uute klientide (st isikud, kes ei ole varem ravil olnud) osakaal kanepiga seotud probleemidest vabanemiseks ravile tulnute hulgas varieerub riigiti märkimisväärselt, kusjuures Leedus on see nullilähedane, samas kui Saksamaal ulatub kõnealune osakaal ligi pooleni (48%), jäädes muidu üldiselt ühe viiendiku (20%) piiridesse (joonis 27). Kuid kõik riigid ei ole võimelised esitama uuenenud ravinõudluse andmeid ning laiema, kogu ravinõudlust hõlmava andmekogu ulatuses tõusevad kanepiprobleemid vähem esile.

Ravinõudluse indikaatori (TDI) andmete põhjal nendest riikidest, mille kohta suundumuste teave oli kättesaadav, kasvas ajavahemikul 1996–2002 uute, peamise uimastina kanepit tarbinud ja seetõttu ravile tulnud klientide hulk 3713-lt 12 493-le. Aastal 2002 moodustas 11 riigi keskmisena, mille kohta andmed olid kättesaadavad, selliste klientide hulk 29% kõigist uutest klientidest, võrreldes 9 protsendiga 1996. aastal (vt joonis 20 teabeallikate kohta). Kuigi kõik need riigid, välja arvatud Kreeka ja Ühendkuningriik, on teatanud kanepiprobleemidega uute klientide osakaalu suurenemisest kõigi uute klientide hulgas, oli selline suurenemine eri riikides erineva ulatusega, alates 6% Hollandis kuni 31% Saksamaal ⁽¹⁵⁷⁾. Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklike aruannete teave viitab asjaolule, et ka mõnes uues liikmesriigis suureneb peamise uimastina kanepit tarbivate ja sellest tingitud

Joonis 26: Peamine uimasti ravilolevate uute patsientide ja kõigi patsientide hulgas 2002. aastal



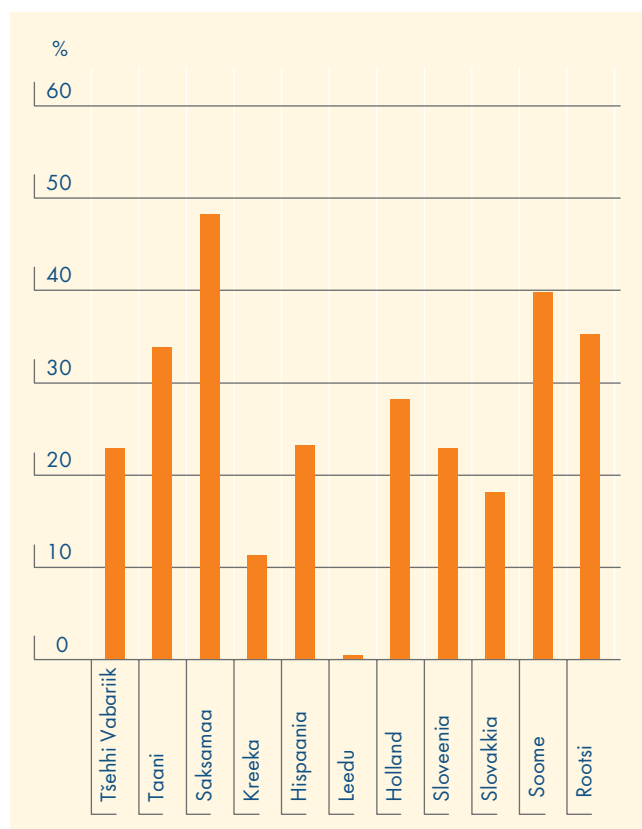
Märkused: n = 42 568 (uued patsiendid), 351 372 (kõik patsiendid).
 Andmeid esitanud riigid (uued patsiendid): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
 Andmeid esitanud riigid (kõik patsiendid): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
 Kaalutud väärtused patsientide arvu järgi riikide kaupa.
 Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

probleemidega ravil olevate inimeste hulk (joonis 28). Hiljutises Hollandi riikliku alkoholi- ja uimastiteabesüsteemi uuringus kanepist tingitud ravinõudluse kohta märgiti, et 29%-l 2002. aastal ravi alustanud uutest klientidest olid kanepiga seotud probleemid ja et kanepiprobleemiga kliendid moodustasid väikese, kuid iga aastaga kasvava inimeste rühma. Kõnealuses uuringus märgiti ka, et võttes arvesse kanepitarbimise levikut Hollandis ja ravile pöördujate osakaalu pidevat suurenemist, on see seni jäänud siiski suhteliselt väikeseks.

⁽¹⁵⁶⁾ Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Holland ja Portugal. Soome kohta andmed puuduvad, sest nende uuringus esitatud uimastitarbijate arv viimasel kuul oli väike (35). Juhtumite arv ja protsentuaalsed väärtused iga riigi kohta on esitatud 2004. aasta statistikabülletääni tabelis GPSurvey_Tbl 7.

⁽¹⁵⁷⁾ Ühendkuningriigi kohta puuduvad uute klientide andmed ning teave on esitatud siseriiklikes aruannetes.

Joonis 27: Kanep kui peamine uimasti ravilolevate uute patsientide hulgas 2002. aastal



Märkused: Juhtumite koguarv: 42 421.

Allikas: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

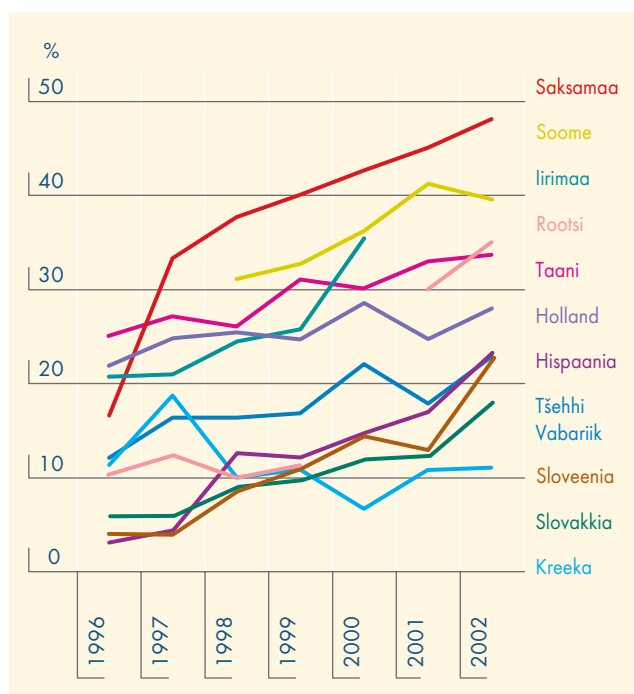
Euroopa konsolideeritud andmete põhjal tehtavatesse üldistustesse tuleb suhtuda teatava ettevaatusega. Pikaajalised andmed seoses uute ravinõudluse suundumustega on saadaval ainult 11 riigi kohta. On samuti oluline märkida, et ravinõudluse indikaatori (TDI) andmetes kajastuvat kanepiga seotud ravinõudluse kasvu on tugevalt mõjutanud Hispaania ja Saksamaa – riigid, kus kanepi kui peamise uimastiga seotud probleemide hulk on aruannete kohaselt eriti märkimisväärselt kasvanud; peale selle langeb kõigi riikide koondandmete põhjal Hispaania arvele umbes 50% kogu teadaolevast ravinõudlusest.

Kanepiga seotud ravinõudluse kasv ei piirdu ainult Euroopaga. Ameerika Ühendriikides, kus kasutatakse teistsugust uimastiravi arvestussüsteemi⁽¹⁵⁸⁾, kasvas marihuana-probleemide tõttu ravilevõetute hulk 20 000-lt 1992. aastal ligi 90 000-le 2000. aastaks (SAMHSA, 2001; Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003d).

Mõeldes, mida toob endaga kasvav kanepiga seotud ravinõudlus, kerkivad esile järgmised võtmeküsimused.

- Kas see asjaolu viitab ka inimeste arvu suurenemisele, kellel on kanepitarbimisega seoses füüsilisi või psühholoogilisi probleeme? Kui nii, siis:
 - kas selle põhjuseks on regulaarse intensiivse kanepitarbimine kasv?
 - kas see peegeldab muid tegureid, näiteks kanepi kanguse suurenemist?
- Kas kõnealust suurenemist saab põhjendada kasvavast abivajajate hulgast sõltumatute põhjustega, näiteks:
 - raviaruandluse süsteemi täiustumine, nii et see hõlmab suuremat hulka ravilviibinuid;
 - eri ravivõimaluste, eelkõige just spetsiaalselt noorukitele ja noortele täisealistele mõeldud raviteenuste kättesaadavuse paranemine (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu aruanded, 2003);

Joonis 28: Kanepi kui peamise uimasti suundumused ravilolevate uute patsientide hulgas: 1996–2002



Märkused: Ravi üldarv (kliientide protsent).

Suundumuste keskmine (%) riikide hulgas.

Ajavahemikule 1996–1999 vastavad andmed Rootsi kohta on haiglaravi andmed: kanepijuhtumite arv on eelmiste aastatega võrreldes suhteliselt madal.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ USAs on registreeritud mitte üksikisikute, vaid ravilepöördumiste arv. Vastupidiselt Euroopale on kuritarvitatavate ainete hulka lülitatud ka alkohol.

Vt SAMHSA veebisait (<http://www.samhsa.gov>); USAs, Kanadas ja Austraalias kasutatakse mõistet "marihuana", sest mõiste "hašiš" (kanepivaik) ei ole üldlevinud.

- kanepitarbimise käsitluse muutumine kriminaalkohtusüsteemis, koolides ja noorsootöösutustes, mis on suurendanud nende inimeste ravile suunamist, kes ei oleks sinna omal algatusel läinud.

On oluline mõista, kui ulatuslikult igaüks nimetatud teguritest mõjutab raviletulekut. Esimese sammuna vaadeldakse isikute tunnusjooni, kes on tulnud ravile peamiselt kanepiga seotud probleemide tõttu. Käesolev analüüs käsitleb ambulatoorsel ravil olevaid isikuid.

Kanepiprobleemidega kliendid: tunnusjooned ja tarbimisharjumused

On olemas mitmesuguseid standardvõimalusi, et registreerida ravile saabunud uimastitarbija ravile suunaja. Need võimaldavad eristada ise ravile tulnud uimastitarbijad nendest, keda on suunanud muud asutused, näiteks sotsiaalametid või kriminaalkohtud. Enamiku kanepiprobleemidega klientidest on ravile saatnud perekond või sõbrad, sotsiaalasutused või kriminaalkohtud. Võrreldes muude uimastite tarbijatega on ise ravile tulnute osakaal kanepiprobleemidega klientide hulgas väiksem (¹⁵⁹). Samalaadne olukord valitseb ka Ameerika Ühendriikides ja Kanadas, kus ravinõudlus marihuaana kui peamise uimastiga seotud probleemide tõttu ei ole klientide enda algatus (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2003d).

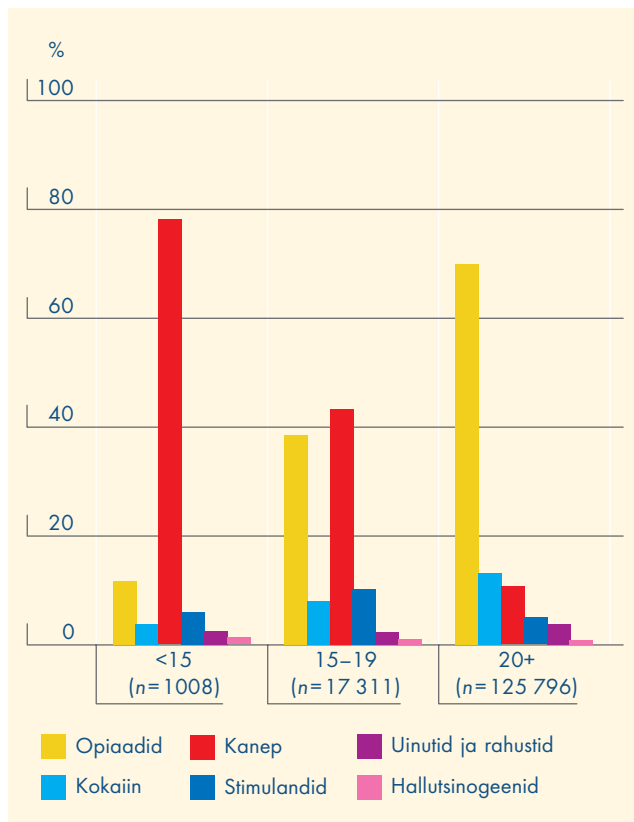
Üks oluline erinevus suunamisviiside vahel on see, et pereliikmete või sotsiaalteenuseid osutavate asutuste (sageli koolide) poolt ravile suunatud isikud on enamasti nooremad ja on vähem tõenäoline, et nad kasutavad lisaks kanepile veel muid uimasteid, ning nad on rohkem sotsiaalselt integreeritud; seevastu aga õigusorganite poolt ravile suunatud või ise ravile tulijad on enamasti vanemad ja tarbivad lisaks kanepile sageli ka muid uimasteid (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003). Saksamaal ja Soomes, kus on suhteliselt kõige rohkem peamiselt kanepiprobleemidega kliente, mängivad õigusorganid ja koolid olulist rolli selliste klientide ravile suunamisel.

Kanepist tingitud probleemidega kliendid, kes pole varem ravi saanud, on valdavalt noored, mehed (83%), kelle keskmiseks vanuseks on 22–23 aastat, samas kui muude uimastite korral on meessoost klientide osakaal märkimisväärselt väiksem ja keskmine vanus kõrgem. Pääaegu 80% uute klientide puhul, keda klassifitseeritakse kui “väga noored” (alla 15aastased), ja 40% klientide puhul, kelle vanus on 15–19 eluaastat, on raviletuleku

peamiseks põhjuseks kanepiga seotud probleemid (joonis 29) (¹⁶⁰). Need rühmad koosnevad põhiliselt meessoost klientidest, kuid naiste osakaal on seal suurem kui klientide hulgas üldiselt. Vanuselise ja soolise jaotuse erinevused riigiti kajastavad üldjoontes sama struktuuri kõigi klientide hulgas.

Kanepiprobleemidega klientide suhtelist noorust peegeldab asjaolu, et 45% neist õpib veel, võrreldes vaid 8%ga nendest, kes saavad ravi seoses muude uimastitega. Järgmised 24% kanepiprobleemidega ravilolijatest omavad kindlat töökohta, sama palju on ka töötuid (¹⁶¹), mis erineb tugevasti teistest patsiendirühmadest, kes tarbivad näiteks heroini. Lisaks sellele väidavad kanepiprobleemidega ravile tulnud kliendid sagedamini, et neil on kindel elukoht, võrreldes muude uimastite tõttu ravilolijatega (¹⁶²), mis kajastab tõsiasja, et paljud neist on

Joonis 29: Peamise uimasti jaotumus ambulatoorsel ravil olevate patsientide hulgas vanuserühma järgi: 2002



Märkused: Kõik patsiendid. Andmeid esitanud riigid: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.

Kõigist alla 20aastastest kanepitarbimise tõttu ravil olevatest patsientidest moodustavad Taanist ja Ühendkuningriigist pärit noormehed 56% ning Hispaaniast 17%.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003; TDI andmed ambulatoorse ravi keskustest.

(¹⁵⁹) Vt joonis 22 OL: Ravile suunaja kõigi klientide korral: kõik uimastid ja kanep.

(¹⁶⁰) Vt ka TDI_Tbl 4, statistikabülletään 2004.

(¹⁶¹) Vt joonis 23 OL: Tööhõiveseisund kanepiklientide ja kõigi klientide seas.

(¹⁶²) Vt joonis 24 OL: Elutingimused kanepi- ja kõigi klientide hulgas.

noored inimesed ja õpilased ning elavad koos oma vanematega.

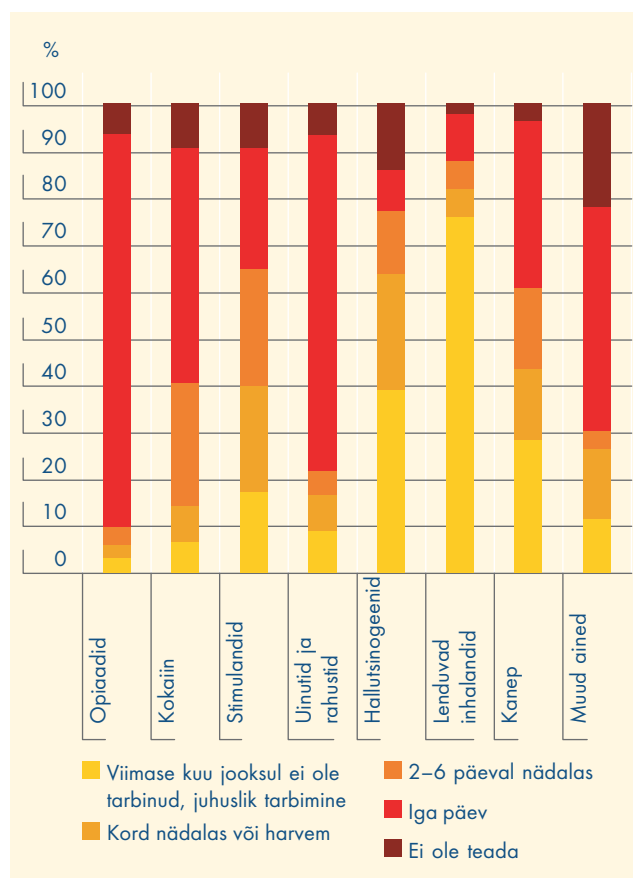
Peamiselt kanepiprobleemidega raviletulnute hulgas, kes saavad ambulatoorset ravi, varieeruvad tarbimisharjumused suuresti ja on väga erinevad võrreldes muude uimastite, eriti opiaatide tarbimismudelitega (joonis 30). 2002. aastal kanepi kui peamise uimasti tarvitamisest tingitud probleemidega ravilolnute hulgas oli vaid 36% neid, kes tarbisid uimastit iga päev, ja vaid 17% tarbis kanepit sagedamini kui kord nädalas (2–6 korda nädalas); 15% tarbis kanepit kord nädalas või harvemini ja 28% oli juhuslikke tarbijaid või neid, kes ei olnud viimase kuu jooksul kanepit tarbinud. Vastupidi sellele on ravilolevatest opiaaditarbijatest 84% igapäevased tarbijad.

Ambulatoorse ravi klientide hulgas varieerub igapäevaste kanepitarbijate osakaal riigiti. Kõige suurem on igapäevaste kanepitarbijate osakaal aruannete kohaselt Hollandis (80%) ja Taanis (76%), kuna aga juhuslike kanepitarbijate osakaal on kõige suurem Saksamaal (41%)⁽¹⁶³⁾.

Mida nooremalt kanepit esmakordselt tarbitakse, seda suurem on risk, et tulevikus kujunevad välja kanepi tarbimisega seotud probleemid (Kraus jt, 2003). 28% kõigist 2002. aastal ravil olnud kanepiprobleemidega klientidest Euroopas alustas uimasti tarbimist nooremalt kui 15aastaselt ja peaaegu kõik (80%) alustasid enne 20. eluaastat. Vastavad arvud opiaaditarbijate hulgas on 9% ja 42,8% ning kokaiinitarbijate hulgas 6% ja 26,5%.

Enamiku riikide aruannetest nähtub, et peamiselt kanepiprobleemidega ravisaajate hulgas on sageli levinud harjumus tarbida mitut uimastit. Tegemist võib olla aruandlussüsteemi poolt kunstlikult tekitatud järeldusega, näiteks juhul, kui mitme uimasti kasutamisest tulenevate probleemidega kliendid registreeriti lihtsalt mugavusest peamiselt kanepit tarvitavate klientidena. Arvanded mitme uimasti tarbijate osakaalu kohta klientide koguarvust puuduvad. Kliendid, kes tarbivad ainult kanepit, ja kliendid, kes tarbivad lisaks kanepile muid uimasteid, on erinevad (Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riiklikud aruanded, 2003): võrreldes viimatimainitutega on esimesed tavaliselt nooremad ja paremini sotsiaalselt integreerunud (töenäolisemalt omavad töökohta ja on saavutanud kõrgema haridustaseme ning nende koolist väljalangemise tõenäosus on väiksem). Peamiselt kanepiprobleemidega raviletulnute seas mainitakse teisest kasutatavate uimastavate ainetena kõige sagedamini alkoholi (32,9%)

Joonis 30: Peamise uimasti tarbimissageduse jaotumus kõigi ambulatoorsel ravil olevate patsientide hulgas 2002. aastal



Märkused: n = 109 699 (kõik patsiendid). Andmeid esitanud riigid: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – kõik ravikeskuste tüübid).

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabekeskuste aruanded 2003. TDI andmed ambulatoorse ravi keskustest.

ja stimulante (25%)⁽¹⁶⁴⁾, kuigi see jaotus on riigiti väga erinev.

Mõned kanepiprobleemidega ravile tulnud klientidest tunnistavad ka, et nad süstivad teisi uimasteid, ja mõned teatavad, et on elu jooksul tarbinud ka süstitavaid uimasteid, kuigi nad antud hetkel tarbivad vaid kanepit. Näiteks oli Kreekas 2002. aastal 14,7% kanepiprobleemiga klientidest, kelle kohta oli teada, et nad tarbivad ka muid uimasteid, süstinud end viimase 30 päeva jooksul, ning ka 25,4% kõikidest klientidest, kes olid arvel kui ainult kanepiprobleemiga kliendid, oli oma elu jooksul süstinud muid uimasteid (Kreeka riiklik aruanne, 2003). Analoogiliselt viitab Tšehhi Vabariigi (riiklik aruanne) teave asjaolule, et mõnedesse raviasutustesse kanepiprobleemiga raviletulnutest süstivad ligikaudu pooled lisaks muid uimasteid.

⁽¹⁶³⁾ Vt joonis 25 OL: Kanepi tarbimise sagedus riikide kaupa.

⁽¹⁶⁴⁾ Vt joonis 26 OL: Enim tarvitatav teisene uimasti kanepitarbijate hulgas riikide kaupa ja tabel TDI_Tbl 9 2004. aasta statistikabülletäänis.

Ravinõudluse suundumused: muutuvad tegurid

Ravinõudluse kasvu kanepi kui peamise tarbitava uimastiga seotud probleemide tõttu tuleb vaadelda tarbimise viisi ja harjumuste muutumise kontekstis. Riikides, kes asjakohased andmed esitasid, tõusis ajavahemikus 2000–2002 ravile suunamiste arv õigusorganite, perekonna ja sotsiaalasutuste poolt erakordselt suurel määral, vastavalt 103%, 81% ja 136%⁽¹⁶⁵⁾. Selles aspektis ei leitud riikide vahel olulisi erinevusi, välja arvatud asjaolu, et Saksamaal tõusis ka kriminaalkohtusüsteemi poolt ravile saadetud inimeste osakaal (21,7%-lt 26,7%-le).

Suundumuste kohta kanepiprobleemidega klientide sotsiaaldemograafiliste tunnuste osas statistilised andmed puuduvad, kuigi mõne riigi aruannetes (Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa ja Luksemburg) osutatakse, et on suurenenud klientide arv, kes kannatavad hariduslike, sotsiaalsete ja psühholoogiliste probleemide käes. Ajavahemikul 2001–2002 kasvas kanepiprobleemidega klientide hulgas igapäevaste tarbijate osakaal 31,7%-lt 39,2%-le⁽¹⁶⁶⁾; mõne riigi andmete kohaselt on igapäevaste tarbijate osakaal suurem vanemate (üle 20aastaste) klientide seas.

Kanepi tarbimine kogu elanikkonna hulgas proovimisest igapäevase tarbimiseni

Kuigi, nagu eespool kirjeldatud, kasvas kanepitarbimine enamikus riikides 1990ndatel märkimisväärselt ja see on kõige laialdasemalt tarbitav uimasti, jääb suur osa tarbimisest endiselt juhuslikuks ja lühiajaliseks. On tõenäoline, et kanepiga seotud probleemide ja sõltuvuse kujunemise oht ähvardab kõige enam neid, kes tarbivad seda uimastit intensiivselt, ent kõnealuse valdkonna kohta on kõige vähem teavet saadaval, kuigi teada on, et hiljutised tarbijad (tarbinud viimase 30 päeva jooksul) on tavaliselt noored linnas elavad meessoost isikud.

“Tarbimine viimase 30 päeva jooksul” on praeguse kasutuse indikaator ja hõlmab isikuid, kes tarbivad uimastit intensiivselt. Hiljutise uuringu kohaselt selgus, et 1%–7% kõigist täisealistest ja 3%–12% noortest täiskasvanutest oli tarbinud kanepit viimase 30 päeva jooksul, kui jätta arvestamata Rootsi (0,1%). Siiski on riikide vahel teatavaid erinevusi ning praegune tarbimine on kõige laialdasem Tšehhi Vabariigis, Hispaanias, Prantsusmaal, Iirimaa ja Ühendkuningriigis. Riikides, kus on võimalik

hiljutise tarbimise tendentse pikema aja vältel võrrelda, on märgatud teatavat, kuid mitte väga tähelepanuväärset tarbijate arvu kasvu.

Teave, mis võimaldab üksikasjalikult hinnata kanepi tarbimissagedust viimase 30 päeva jooksul, on kättesaadav 9 riigi kohta: Kreeka, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Läti, Holland, Portugal ja Soome (esitamata). Kui välja arvata Läti, siis ligikaudu üks neljandik (19%–33%) nendest, kes olid kanepit viimase kuu jooksul tarbinud, tarbisid seda iga päev või peaaegu iga päev⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Kõnealustes riikides moodustasid igapäevased tarbijad 0,5%–2,3% kogu rahvastikust⁽¹⁶⁹⁾ ja 0,9%–3,7% noortest täiskasvanutest (15–34aastased) (joonis 31). Enamik inimestest (76%–92%), kes tunnistasid, et olid eelneva kuu jooksul kanepit tarbinud, olid 15–34aastased, ja seega olid ka igapäevased tarbijad valdavalt samast vanuserühmast. Lisaks sellele on teada, et igapäevased tarbijad on peamiselt mehed, kuigi nende osakaal varieerub 62%st Hollandis 92%ni Kreekas.

Nende andmete põhjal võib anda esialgse hinnangu selle kohta, kui suur hulk inimesi Euroopas tarbib intensiivselt kanepit. Oletades, et umbes 1% kogu rahvastikust tarbib kanepit iga päev, oleks 25 miljoni elanikuga (vanuses 15–64) riigis igapäevaste kanepitarbijate arv 250 000. Euroopa Liidus tervikuna, kus 15–64aastaste elanike koguarv on 302 miljonit, oleks kõnealune levimus umbes 3 miljonit.

Isegi noorte täiskasvanute korral varieerub intensiivne kanepitarbimine erinevate vanuserühmade hulgas ning on üldiselt suurem nooremates vanuserühmades. Hispaania koolide uuringust 2002. aastal selgus, et 3,6% õpilastest vanuses 14–18 aastat tarbib kanepit kas iga päev või peaaegu iga päev (s.o noorte täiskasvanute (15–34aastased) kõige noorem vanuserühm). Ning igaaastastest Prantsuse uuringust 17–19aastaste kohta (ESCAPAD) selgus, et igapäevaste kanepitarbijate hulk on viimase aasta jooksul kasvanud, olles 9,2% poistest ja 3,3% tüdrukutest (Beck ja Legleye, 2003).

Kanepisõltuvuse ja selle kuritarvitamise mõjud tunduvad olevat kergemad kui muude uimastite puhul. Kõige intensiivsemad kanepitarbijad paistavad olevat suhteliselt hästi integreerunud noored inimesed, kellel puhul risk seisneb pigem teiste sotsiaalprobleemide (autoõnnetused, haridustee katkemine või perekonna lagunemine) kui

⁽¹⁶⁵⁾ Vt joonis 27 OL: Ravile suunaja kõigi klientide korral, 2000–2002.

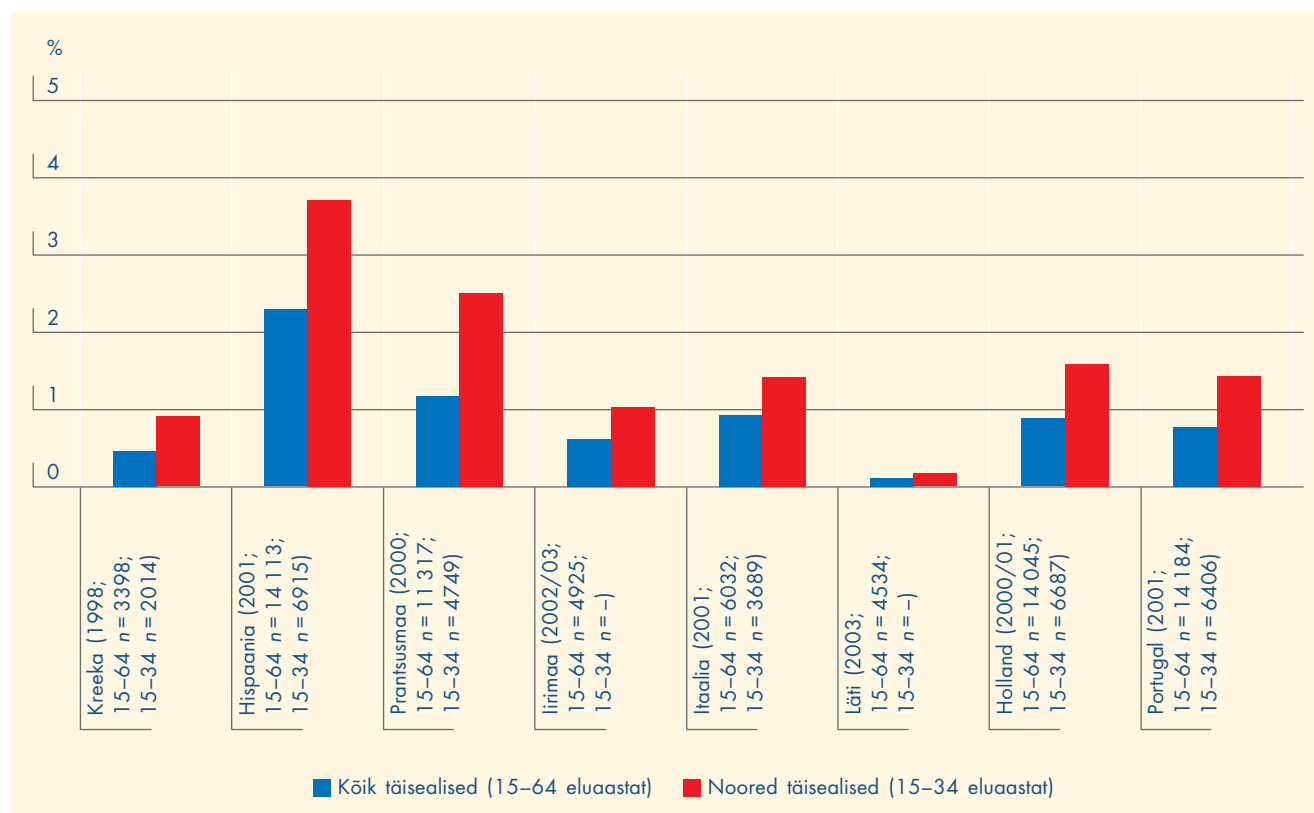
⁽¹⁶⁶⁾ Vt joonis 28 OL: Tarbimissagedus kõigi kanepiklientide hulgas ja TDI_Tbl 8, statistikabülletään 2004.

⁽¹⁶⁷⁾ Selles jaotises esitatud andmed viitavad “20 või rohkemale tarbimispäevale viimase 30 päeva jooksul, mida väljendab ka mõiste “igapäevane või peaaegu igapäevane tarbimine”. Euroopa küsimustiku näidises on ette nähtud täpne tarbimispäevade arv, kuid riiklike näitajate esitamisel jagati tarbimissagedus nelja eri kategooriasse, millest kõrgeim on “20 päeva või rohkem”.

⁽¹⁶⁸⁾ Vt joonis 29 OL: Igapäevaste (või peaaegu igapäevaste) tarbijate osakaal täisealiste (15–64 aasta vanused) hulgas, kes tarbisid kanepit eelmisel kuul.

⁽¹⁶⁹⁾ “Viimase kuu tarbijate” suhtarv korrutatud “igapäevaste või peaaegu igapäevaste tarbijate” suhtarvuga, st 6% (viimase kuu levimus) × 25% (“20 korda või rohkem” tarbijate suhtarv) = 1,5%.

Joonis 31: Iga päev (või peaaegu iga päev) kanepit tarbinute osakaal kõigi täisealiste ja noorte täisealiste seas teatavates Euroopa Liidu riikides siseriiklike rahvastiku-uuringute andmetel



Märkused: Igapäevased või peaaegu igapäevased tarbijad = on tarbinud 20 päeva või kauem vestlusele eelnenud kuu jooksul.

Andmed pärinevad iga riigi kõige uuematest kättesaadavatest siseriiklikest uuringutest.

Kõigi täisealiste vanuserühm on 15–64 eluaastat (Itaalias 44) ja noorte täisealiste vanuserühm on 15–34 eluaastat. Erinevused vanuserühmades võivad põhjustada mõningast mittevastavust riikide vahel.

Allikad: Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu riikide teabeskuste 2003. aasta aruanded, andmed uuringute aruannetest või teadusartiklitest. Vt ka rahvastiku-uuringu tabelid 2004. aasta statistikabülletäänis. Vt ka epidemioloogilise uuringu standardtabelid 2004. aasta statistikabülletäänis.

kriminaalsete kalduvuste tekkimises, ja seetõttu peab sekkumine olema asjakohane ja mitte tekitama lisaprobleeme või tõrjutust.

Kanepi kanguse ja annustega seotud küsimused

On oletatud, et osaliselt on kanepi kanguse suurenemine süüdi probleemide ja seega ka ravile võetud inimeste arvu kasvus. Kanepi kanguse, tarbitavate annuste suuruse ja selle tõenäolise mõjuga ägedatele ja kroonilistele probleemidele seotud küsimuste mõistmine tõstatab omakorda hulga komplitseeritud küsimusi. Uurimaks kättesaadavat teaduslikku tõendusmaterjali kanepi kanguse kohta, viis Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus läbi uuringu, mille peamised tulemused on kirjas lk 90.

Kanepi kangus on vaid üks tegur arvutamaks välja annuse, mille inimene saab teatava perioodi jooksul (Hall jt, 2001). Manustamisviis, suitsetamistehnika, kanepi kogus

ühel tarbimiskorral ja suitsetamisseansside arv on kõik samavõrd olulised või isegi olulisemad, et välja arvutada inimese kokkupuuteaste ainega. Tugevatoimeline kanep on alati olnud mingil määral kättesaadav ja mure selle pärast ei ole uudiseks. Oluline on märkida, et pole teada, kas kanepitarbijad muudavad oma käitumist, et doosist soovitud toime kätte saada. Seetõttu vajab täiendavat uurimist, kui suures ulatuses on tugevatoimelise kanepi doosid kindlasti kõrged.

Kanepiga seotud probleemidega inimeste vajadustele reageerimine

Kanepiprobleemidega seoses abi otsivate inimeste vajaduste mõistmine on hädavajalik selleks, et välja töötada tõhusad reageerimisviisid. Ravinõudluse analüüs ja muud andmed näitavad, et nii ravilesuunatud kanepitarbijad kui kanepitarbijad üldiselt moodustavad mitmekesise inimrühma, kellel on erisugused vajadused. See viitab vajadusele olla valmis terveks reaks erinevateks

Kanepi kangus (allikas: Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2004c)

1. Euroopa Liidu riigid jagunevad kahte selgelt eristatavasse rühma olenevalt sellest, kas riigis tarbitakse enam kanepiürti või kanepivaiku. Neist riikidest, mille kohta teave oli kättesaadav, oli kanepivaik rohkem levinud Saksamaal, Iirimaa, Portugalis ja Ühendkuningriigis, samas oli kanepiürt rohkem levinud Belgias, Tšehhi Vabariigis, Eestis, Hollandis ja Austrias.
2. Pika aja jooksul ei ole Euroopasse **imporditava** kanepiürdi ega kanepivaigu kanguses olnud märgata kasvavat suundumust. Kõigis Euroopa Liidu riikides – võimalikuks erandiks on Holland – on enamik tarbitavast kanepist imporditud, kuigi süsteemne teave kohaliku kanepiürdi kohta praegu puudub.
3. Kanepi kasvatamist kasvuhoones esineb mõningal määral kõigis Euroopa riikides. Hollandis hinnatakse selle toote osakaaluks üle poole kogu tarbitavast kanepist, kuid enamikus riikides on importtooted suurema tähtsusega.
4. Kasvuhoones intensiivmeetodite abil (nt kasvatamine vesikultuurina ja kunstliku valgustusega, paljundamine pistikute abil ja päeva pikkuse reguleerimine) kasvatatud kanepiürdil on tavaliselt kõrgem tetrahüdrokannabinooli (THK) sisaldus kui imporditud uimastil. Kohalik kanep võib olla keskmiselt kaks kuni kolm korda kangem kui imporditud kanep, kuigi nende kanguse skaalad osaliselt kattuvad.
5. Kanepi kanguse üldise suurenemise, mida mõnes riigis on täheldatud, võib panna peaaegu täielikult kohaliku kanepi tarbimise osakaalu suurenemise arvele.
6. Arvestades erinevate kanepitoodete turuosa, on tegelik kangus püsinud paljude aastate jooksul peaaegu kõigis riikides üsna stabiilsena, st umbes 6%–8% lähedal. Ainsaks erandiks on Holland, kus see oli 2001. aastaks saavutanud 16%.
7. Hollandis toodetud kanepivaigus on eriti kõrge THK-sisaldus, kuid see fakt on kõnealuses riigis veel vähetuntud ja mujal peaaegu tundmatu.
8. Meedia väidatel, et kanepi kangus on viimaste aastakümnete jooksul suurenenud kümme korda või rohkem, ei ole ei USA ega Euroopa andmetel alust. Kõige rohkem tundub kanepi kangus olevat suurenenud USAs, kuid siinjuures tuleb meeles pidada, et varem, eriti enne 1980. aastat, oli see USAs võrreldes Euroopaga madal.
9. Kokkuvõttes võib uuringust järeldada, et mõnes riigis ilmnenud tagasihoidlikud muudatused THK-sisalduses on peamiselt põhjustatud Euroopa Liidus kohalikul intensiivmeetodil kasvatatud kanepi suhteliselt hiljutisest ilmunisest turule. Lisaks märgitakse, et kanepitoodete THK-sisaldus varieerub äärmiselt suures ulatuses. Selgelt ilmneb vajadus arendada seiresüsteeme, mis suudaksid hinnata erinevate kanepitoodete turuosi ning jälgida aja jooksul toimuvaid muutusi. Käesoleval ajal selline teave suures osas puudub.
10. Uuring määratleb mitu olulist valdkonda, mis vajavad tähelepanu, kui soovetakse mõista kanepi kangusega seotud probleeme. Nende hulka kuuluvad konsensus kanepitoodete nomenklatuuri osas, parem turuteabe seire, laborianalüüside standardi tõstmine ning andmete kogumine ja esitamine Euroopa tasandil, uuringud suitsetamisharjumuse, kanepi kanguse ja veres sisalduvate THK/metaboliitide tasemete vahelise seose kohta Euroopas, vajadus uurida, millisel määral mõjutab kanepi kangus tarbitavate annuste suurst ning mis tahes võimalikku seost terviseprobleemidega. Märgitakse, et eri kanepitoodete puhul tuleb arvesse võtta eri vastumeetmete tulukust.

reageeringuteks, alates ennetustööst ja riski vähendamisest kuni formaalse ravini. Üks oluline küsimus on, kas noori inimesi, kes on vaid kanepi juhutarbijad, on asjakohane suunata spetsialiseeritud ravikeskustesse. Vastus sellele küsimusele sõltub paljuski sellest, kuidas raviteenused on korraldatud, ja ka sellest, millisel määral puutuvad kliendid kokku muude uimastite krooniliste tarbijatega. Sellest hoolimata jääb erinevate kanepitarbimise harjumustega inimestele sobivate ravile suunamise viiside kindlakstegemine oluliseks ja edasist kaalumist vajavaks teemaks.

Ennetuse valdkonnas on praegu veel vähe algatusi, mis oleksid mõeldud vastumeetmeks just kanepitarbimise tõusule noorte hulgas, sest ennetustöö on harva suunatud teatava kindla aine tarbimise ärahoidmisele. Mõned liikmesriigid on siiski teatanud uutest arengutendentsidest selles valdkonnas, kusjuures rakendatakse kaht peamist strateegiat: 1) rõhutatakse, et noortel kanepitarbijatel on oht sattuda kriminaalkohtusüsteemi järelevalve alla, ning 2) püütakse massimeedia- ja suunatud kampaaniate abil muuta ühiskonna arusaama kanepi tarbimisest kui tavapärasest käitumisest.

Saksamaal, Kreekas, Iirimaa, Soomes ja Ühendkuningriigis on võetud meetmeid, et vähendada noorukite toime pandud esmakordse, kanepi tarbimisega seotud õigusrikkumise psühhosotsiaalseid tagajärgi. Värskeks näiteks (alates 2000. aastast) on programm FRED Saksamaal, mis praegu toimib kaheksal liidumaal ja võimaldab noortel uimastitarbijatel varases tarbimise faasis osaleda vabatahtlikkuse alusel lühiajalistes sekkumistegevustes ⁽¹⁷⁰⁾. Ühendkuningriigis töötavad samadel põhimõtetel tugirühmad noortele õigusrikkujatele. Pärast mõningate kanepitarbimisega seotud aspektide menetlemisviisi muutmist kriminaalkohtusüsteemis ja kanepi ümberklassifitseerimist (B-klassist C-klassi) loetakse õigusrikkumiseks mitte kanepi tarbimine, vaid valdamine; valdamise korral tehakse hoiatus. Noorukite (st alla 18-aastaste isikute) ametlikuks hoiatamiseks rakendatakse konkreetset menetlust. Ühendkuningriik kasutas samuti massimeediakampaaniat kinnistamaks arusaama kanepi negatiivsest ja ebaseaduslikust olemusest.

Üheks uuemaks algatuseks on ka ennetuskampaania tegemine "kohvipoodides", kus müüakse väikestes kogustes kanepit. Sekkumise raames korraldatakse kohvipoe omanikele kursus ja antakse neile käsiraamat, et aidata ära hoida uimastitega seotud probleeme nendes asutustes. Käsiraamat sisaldab teavet kanepi, uimastitega seotud õigusaktide, psüühikahäirete, esmaabi, ettevõtluse kohta ja kasvatuslikku teavet. Hollandis on traditsiooniks isiklik ja vahetu lähenemine kanepi tarbimisele, nagu kirjeldas Hash & Weed Week ⁽¹⁷¹⁾; palju kanepit tarvivad inimesed kohtuvad rühmades ja arutavad intensiivse kanepitarbimise tagajärgi ja käitumise muutmise võimalusi.

Teataval määral on selline lähenemine suunatud nii kahjude vähendamisele kui ennetamisele. Olenemata sellest, et kanepi suitsetamise ja hingamisteede haiguste vaheline seos on üldtuntud, ja hoolimata suurenevast murest intensiivse kanepitarbimise kahjuliku mõju pärast tervisele on kanepitarbimisest tingitud kahjude vähendamisele suunatud sekkumised veel suhteliselt kehvasti välja töötatud, võrreldes muude uimastite tarbijatele suunatud sekkumistega.

Ravivõimalused kanepiprobleemidega inimestele on kättesaadavad peamiselt raviasutustes, mis tegelevad seaduslikest või ebaseaduslikest uimastitest sõltuvuses olevate patsientide raviga ja muude sõltuvuskäitumiste teraapiaga. Mõned riigid (Taani, Saksamaa, Kreeka, Prantsusmaa, Holland, Austria, Rootsi ja Norra) pakuvad kanepitarbijatele mõeldud teenuseid, aga üldiselt paistab selline spetsiaalne ravi olevat äärmiselt piiratud. Paljudes riikides on kanepiprobleemide ravi integreeritud

raviasutustesse, kus tegeldakse ka kõigi muude uimastiprobleemide raviga (Belgia, Tšehhi Vabariik, Taani, Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Iirimaa, Itaalia, Luksemburg, Holland, Austria, Portugal, Sloveenia ja Norra).

Enamasti ravitakse kanepiprobleemidega isikuid kõrvuti patsientidega, kellel on probleeme mõne muu ebaseadusliku uimastiga, tavaliselt opioididega. Arvestades, et paljudes neist spetsialiseeritud raviasutustest on töö korraldatud nii, et see oleks kohane tihtipeale kaootilise ja tõrjutud inimrühma ravimiseks, siis on vaieldav nende sobivus vähem akuutsete probleemidega klientide puhul, nagu enamik kanepitarbijaid. Liikmesriikide raviasutused on kõnealustest probleemidest teadlikud, ja mitmed riigid teatasid oma Narkootikumide ja Narkomaania Euroopa Teabevõrgu teabekeskuste aruannetes, et probleemsete kanepitarbijate ja probleemsete heroïini- või mitme uimasti tarbijate koos ravimine võib olla ebaefektiivne ja kahjulik, ning nimetasid seda ühe põhjusena, miks kanepitarbijaid ei tuleks ravida haiglas. Spetsiaalselt kanepitarbijatele mõeldud programme on lihtsam välja töötada ambulatoorse ravi baasil. Austria riiklikus aruandes soovitatatakse, et juhul, kui haiglaravi on vaja, peaks see toimuma pigem noorukite üldpsühhiaatrilises osakonnas kui spetsialiseeritud uimastiraviasutuses. Liikmesriigid on esitanud andmeid mitmete uuenduste kohta kanepitarbijate ravis, mille hulka kuuluvad Rootsis välja antud kanepi kroonilistele tarbijatele mõeldud "Kognitiivteraapia käsiraamat", probleemsete kanepitarbijate eneseabisait Internetis, mis on loodud Hollandis, ja Soomes kasutusele võetud nõelravi.

Järeldused

Käesoleva ülevaate eesmärk on panna täheldatav kanepiga seotud ravinõudluse suurenemine laiemasse analüütilisse konteksti. Sealjuures on ilmne, et paljud teadlikuma poliitilise arutelu seisukohast olulised küsimused, mis kõnealust vastuolulist teemat puudutavad, jäävad vastuseta. On ka selge, et olemasolev tõendusmaterjal ei sunni häirekella lööma, kuid samas ei anna ka põhjust rahuloluks.

Inimeste osakaal, kellel on kanepiga seotud probleeme, ei ole mõnede riikide spetsialiseeritud raviasutuste ravinõudluses sugugi tühine ja nad moodustavad suuremas ravisajate hulgas olulise alamrühma. Enamik neist on noored mehed, tavaliselt ligikaudu 20-aastased, ja alustanud kanepi tarbimist 16- või 17-aastaselt.

⁽¹⁷⁰⁾ Täiendav teave kõnealuse ja teiste ennetusprogrammide kohta on esitatud Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse EDDRA andmebaasi veebisaidil (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Kanepiprobleemidega klientidel on muude uimastite tarbijatest erinevad tarbimisharjumused; peale selle võib olulisi erinevusi leida ka kanepitarbijate endi hulgas. Ravilolevate kanepitarbijate erinevaid alamrühmi iseloomustavad jooned on tõenäoliselt otseselt seotud nende vajaduste mõistmise ja seega ka sobivate lahenduste leidmisega. Olulisteks asjaoludeks on siinkohal tarbimissagedus, muude uimastite tarbimine kas praegu või minevikus ja ravile suunaja. Üldjoontes võib riikide aruannete ja ravinõudluse indikaatori andmete põhjal eristada kaheksa tüüpi kliente:

- nooremad tarbijad, sageli õpilased, suunatud ravile perekonna või õppeasutuse poolt, tarbivad ainult kanepit või mõnikord kanepit koos alkoholi või stimulantidega;
- mitme uimasti tarbijad, tavaliselt vanemad ja vähem sotsiaalselt integreeritud, sageli õigusorganite, tervishoiu- või sotsiaalasutuste poolt ravile suunatud, kõnealune rühm kattub osaliselt krooniliste uimastitarbijate rühmaga.

Lisaks on tõendeid, mis viitavad veel ühele rühmale – need on õigusasutuste poolt ravile suunatud inimesed, kes ei tarbi muid uimasteid ja on ilmselt ainult juhuslikud kanepitarbijad.

Kuidas on aja jooksul muutunud ravinõudlus peamiselt kanepiprobleemidega klientide hulgas, selle kohta väidab kättesaadav teave järgmist:

- mõnes riigis on kasvanud kriminaalkohtusüsteemi poolt ravile suunatud arv;
- kasvanud on perekonna ja muude sotsiaalsete tugivõrgustike (perekond, sõbrad, sotsiaalteenused, kool) poolt ravile suunatud arv;
- kasvanud on intensiivse (igapäevase) kanepitarbimise osakaal, kuigi igapäevased tarbijad on endiselt vähemuses;
- mõnes riigis on kasvanud sotsiaal- ja haridusprobleemide tase, kuigi teave selle kohta on puudulik.

Mõeldes ravinõudluse kasvu põhjuste üle, tundub, et ravile suunamise praktika muutumisel on olnud arvestatav mõju ja oluline osa ravile suunatud on kliendid, kes ei tarbi

uimasteid intensiivselt. Sellest olenemata pärineb vähemalt mõnes riigis suur osa ravinõudlusest kanepi intensiivsetelt tarbijatelt. Selle rühma probleemid ei ole lihtsalt mõistetavad ja on hädavajalik kõnealust valdkonda põhjalikult uurida. Tähelepanek, et enamik väga noortest ravile pöördujatest teeb seda kanepiprobleemide tõttu, osutab, et selle rühma vajadustele, suunamisviisidele ja ravimeetmetele tuleb erilist tähelepanu pöörata.

On ka oluline mõista, et ravinõudlus ei näita otseselt kanepiprobleemide ulatust ja iseloomu. Üldise rahvastiku-uuringu andmete kohaselt on intensiivne kanepi tarbimine võrreldes juhusliku tarbimisega üsna ebatavaline. Siiski tähendab kanepi laialdane tarbimine, et märkimisväärne hulk inimesi võib tarbida uimastit intensiivselt – vähemalt teataval perioodil oma elust.

Hinnanguliselt võib intensiivne tarbimine puudutada 0,5%–2% täiskasvanutest ja 1%–3% noortest täisealistest. Levimus on tõenäoliselt märkimisväärselt suurem noorte meeste hulgas. Uuringu tõendusmaterjali abil on raske saada selget pilti sellest, kui suur on probleemsete kanepitarbijate või kanepisõltlaste arv. Kuigi kanepisõltuvuse või kuritarvitamise tagajärjed on kergemad kui muude uimastite puhul, võivad need siiski avaldada märkimisväärset mõju rahva tervisele laialdase levimuse ja asjaolu tõttu, et paljud neist, keda probleem eriti teravalt puudutab, on noored ja võivad tarbida uimastit intensiivselt oluliste arenguetappide jooksul või eriti tundlikus eas. Sotsiaalselt tõrjutud perekondade või kogukondade hulgas võib kanepisõltuvus või kuritarvitamine komplitseerida indiviidi probleeme, kahjustades nende hariduse või töökoha saamise võimalusi.

Kokkuvõttes võib öelda, et seose mõistmiseks kanepitarbimise harjumuste ja probleemide tekkimise vahel on hädasti vaja jätkata uurimistööd selles valdkonnas. Endiselt ei mõisteta täielikult, mil määral põhjustab kanepitarbimine probleeme ja milline on nende probleemide olemus. Vaja on metodoloogilisi abivahendeid, et hinnata probleeme kogu rahvastiku tasandil. Selline teave on tõhusate kanepitarbimise vastaste rahvatervise edendamise meetmete väljatöötamise, sihtrühmale kohandamise ja rakendamise eelduseks Euroopas.