

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Sotsiaalteaduskond

Ragnar Nurkse innovatsiooni ja valitsemise instituut

Elise Tõllimäe

**Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavate poliitika instrumentide ja
indikaatorite võrdlev analüüs**

Magistritöö

Juhendaja: Leno Saarniit, MA

Tallinn 2015

Deklareerin, et käesolev magistritöö,
mis on minu iseseisva töö tulemus,
on esitatud Tallinna Tehnikaülikooli
magistrikraadi taotlemiseks ja selle alusel
ei ole varem taotletud akadeemilist kraadi.

Autor Elise Tõllimäe

“.....“ 2015

Töö vastab kehtivatele nõuetele

Juhendaja Leno Saarniit, MA

“.....“ 2015

Kaitsmisele lubatud “.....“ 2015

Avaliku halduse magistritööde kaitsmiskomisjoni esimees doktor Veiko Lember

Lühiülevaade

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on uurida, millised poliitika instrumente rakendatakse Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas ning milline on dünaamika kummaski riigis rakendatavate instrumentide ning poliitika indikaatorite vahel. Magistritööga otsitakse vastust küsimusele, missuguseid poliitika instrumente rakendatakse Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas ning milline on seos riigis rakendatavate poliitika instrumentide ning indikaatorite vahel? Magistritöö teoreetiline raamistik põhineb poliitika instrumentide teorial. Töös vaadeldakse poliitika instrumentide klassifikatsioone, instrumentide olemust, valimist ning mõjusust. Empiiriline analüüs põhineb dokumendianalüüsil.

Magistritööst järeldub, et peamiselt rakendatakse nii Rootsi kui Portugali uimastipoliitikas kolme tüüpi poliitika instrumente: regulatsioone, valitsuse otsest sekkumist ning informatiivseid vahendeid. Rakendatavad instrumendid ning nende mõjusused olenevad riiklikust hoiakust ning üldisest poliitika suunast. Kuigi riigid on tulemuste põhjal üsnagi sarnased ning nii Rootsi kui Portugal on 10 aastase ajavahemiku jooksul vähendanud nii HIV nakkuse kui ka uimastitarvitajate määra on Portugali uimastipoliitika humaansem ning seetõttu on uimastisuremus ning sellega seotud kuritegevus oluliselt madalam kui Rootsis. Samuti on Portugalis paremad abi saamise võimalused ning ravi tingimused.

Võtmemõisted: poliitika instrumendid, uimastipoliitika, Rootsi, Portugal

Sisukord

Sissejuhatus	5
1. Poliitika instrumentide teoreetiline raamistik.....	7
1.1. Poliitika instrumentide mõiste	7
1.2. Poliitika instrumentide klassifikatsioon.....	8
1.3. Poliitika instrumentide kirjeldus.....	10
1.4. Poliitika instrumentide valimine.....	12
1.5. Poliitika instrumentide mõjususe	14
2. Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavate poliitika instrumentide mõjususe analüüs	16
2.1. Uurimismeetod	16
2.2. Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavad poliitika instrumendid.....	17
2.2.1. Regulaatiivsed instrumendid	17
2.2.2. Informatiivsed instrumendid.....	20
2.2.3. Valitsuse poolt pakutavad teenused.....	22
2.3. Poliitika indikaatorite tulemused	24
2.3.1. Uimastitarvitamise määr noorte (15-16; 15-24) ning täiskasvanud elanikkonna seas (15-64)	24
2.3.2. Probleemsed uimastitarvitajad/ süstivate uimastitarvitajate määr ühiskonnast.....	25
2.3.3. Üledoosidest tingitud surmade arv/ illegaalsete uimastite tarvitamisest põhjustatud surmad	26
2.3.4. HIV nakkuse määr ühiskonnas	27
2.3.5. Uimastikuritegevuse määr ühiskonnas	29
2.4. Poliitika instrumentide ning indikaatorite vaheline dünaamika Rootsis ja Portugalis	30
2.5. Järeldused	33
Kokkuvõte	36
Summary.....	38
Kasutatud kirjandus	40

Sissejuhatus

Uimastiprobleem on olnud aktuaalne kõneaine mitmekümneid aastaid. Sõda uimastitega alustati juba 1912. aastal Hollandis, Haagis (RNW 2012). Hoolimata õigusorganite aktiivsest tegevusest on illegaalsed uimastid siiski muutunud kättesaadavamaks: kasvanud on noorte uimastite tarvitajate arv, üha enam tarvitatakse veenisiseid “raskeid” narkootikume, mille üledoosi tagajärjel ka surrakse. HIV nakkuse levik on küll kontrolli all, kuid nakkuse saajaid lisandub Euroopas igal aastal juurde tuhandeid. (United Nations Office on Drugs and Crime 1995, 1998; Avert 2014) Uimastivaba ühiskonna mudelist on saanud kättesaadamatu ideaal. Väljakutse, mida kasvav uimastiepidemia esitab on pannud riigid ja valitsused leidma lahendusi kasvavale probleemile kogu ühiskonnas.

Mitmekümneid aastaid kestnud sõda on läbi viidud mitmete erinevate vahenditega. Rakendatud on keelustamis- ja karistamispoliitikat, mille põhieesmärk on saavutada uimastivaba ühiskond. Kasutatud on ka leebemaid poliitika valikuid- rakendatud on kahjude vähendamise poliitikat, mis on olemuselt humaansem ning tolereerib mingil määral ka uimastite tarvitamist. Mõned riigid on läinud ka palju liberaalsemat teed- dekriminaliseerimisest kuni legaliseerimiseni välja. (Graham 2014)

Euroopa Liidu kõige karmim uimastipoliitika on Rootsis, kus Ameerika Ühendriikide poliitika näitel rakendatakse nulltolerants poliitikat, mille peamiseks eesmärgiks on saavutada *drug free society*- uimastivaba ühiskond. Skaala teises otsas on Portugal, kus viiakse ellu ühte Euroopa Liidu leebematest uimastipoliitikatest- Portugal on rakendanud dekriminaliseerimispoliitikat. Mitmekümneid aastaid on peetud diskussioone, kumba skaala otsa jääb parim lahendustest. Sõda illegaalsete uimastitega ei ole toonud oodatud tulemusi, pigem on see kaasa toonud suuremaid kannatusi ning kahju. Mitmed spetsialistid (Rolles 2009, Merkinait 2012, Serlin 2014) nõustuvad, et on viimane aeg muuta senist repressiivset ning karmi poliitikat ja rakendada leebemaid ning inimlikemaid vahendeid, liikudes uimastipoliitikas liberaalsemate vaadete suunas.

Antud magistritöö **eesmärgiks** on uurida, milliseid poliitika instrumente rakendatakse Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas ning milline on dünaamika kummaski riigis rakendatavate instrumentide ning poliitika indikaatorite vahel. Lähtuvalt instrumentide rakendamise ning indikaatorite dünaamika võrdlusest saab teha mõningaid järeldusi instrumentide mõjususe kohta, kuid täielikku pilti see ei anna, kuna tuleb arvestada ka teiste mõjutavate faktoritega, mida antud magistritöö ei uuri. Analüüs võimaldab riikide erinevusi ning sarnasusi võrrelda. Teooria ning empiiriliste andmete alusel soovitakse leida vastust **uurimisküsimusele**: missuguseid poliitika instrumente rakendatakse Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas ning milline on seos riigis rakendatavate poliitika instrumentide ning indikaatorite vahel?

Magistritööga planeeritakse võrrelda kahe erineva ja äärmusliku uimastipoliitika instrumente ning nende rakendamist ja hinnata, missugune on dünaamika konkreetses riigis vaadeldes, kuidas on seotud rakendatud instrumendid ning indikaatorid. Viie põhilise uimastipoliitika indikaatorina vaadeldakse: uimastitarvitajate määra, probleemsete uimastitarvitajate arvu, HIV nakkuse määra, uimastisurmade arvu ning uimastikuritegevuse määra.

Magistritöö on kvalitatiivne juhtumianalüüs, kus uurimismeetodina on kasutatud dokumendianalüüsi. Töö jaguneb kaheks, esimene osa keskendub teoreetilise aluse kirjeldamisele. Teoreetiline baas käsitleb poliitika instrumente, nende klassifikatsiooni ning kirjeldust, instrumentide valimist ning mõjusust. Magistritöö teine osa ehk empiiriline analüüs on Rootsi ja Portugali uimastipoliitikal põhinev juhtumianalüüs, kus esiteks tuuakse välja riikides rakendatavad instrumendid ning hinnatakse nende mõju mõlema riigi uimastipoliitika indikaatoritele. Töö lõpeb järelduste ning kokkuvõttega.

1. Poliitika instrumentide teoreetiline raamistik

1.1. Poliitika instrumentide mõiste

Kõik poliitikad nagu ka uimastipoliitika koosnevad mitmetest erinevatest osistest ning protsessidest. Mõned poliitika komponendid on suunatud konkreetsete “käegakatsutavate” väljundite saavutamiseks, teised keskenduvad pigem poliitika kujundamise normatiivsetele ning kognitiivsetele väljunditele. Poliitika valikud, mida poliitika kujundajad loovad koosnevad nende osiste mitmetest erinevatest kombinatsioonidest. Selles protsessis on eriti oluliseks osiseks poliitika instrumendid, mille kaudu riik püüab saavutada oma eesmärged. (Linder and Peters, 1990)

Poliitika instrumentide üks definitsioonidest sätestab, et poliitika instrumentideks on tehniliste võtete kogum, läbi mille valitsus viib ellu oma võimu üritades toetada, mõjutada või ennetada sotsiaalseid muutusi (Bemelmans-Videc et al. 2011, 3). Teine pisut laiem definitsioon ütleb, et poliitika instrument tähistab vahendit, mis on olemuselt nii tehniline kui sotsiaalne ning mis korraldab valitsuse ning instrumendi sihtgrupi vahelisi sotsiaalseid suhteid, olenevalt esindatusest ning instrumendi tähendusest. See on teatud tüüpi institutsioon - tehniline seade - millel on kindel eesmärk. Instrument on kindla struktuuriga ning reguleeritud. (Lascoumes, Le Gales 2007, 4) Kõige lihtsamas mõttes on poliitika instrumentideks erinevad vahendid, mille kaudu riik- poliitika kujundajad- püüavad saavutada poliitikaga seatud eesmärged või lahendada olulisi probleeme, panna sihtgruppi käituma valitsuse soovitud viisil (de Lovinfosse 2008, 33; Bobrow 2006; Schneider, Ingram 1990).

Poliitika instrumendid osalevad poliitika kujundamisprotsessis läbivalt kõikides etappides ning mõjutavad seega poliitika kujundamist ajakavast kuni otsustamise, rakendamise ning hindamiseni välja(Howlett 2005; Howlett, Ramesh and Perl 2009). Seega on poliitika hindamisel väga oluline analüüsida poliitika instrumentide olemust ning mõjusust poliitika suhtes.

Poliitika instrumentide alane akadeemiline kirjandus on välja kasvanud poliitika kujundamise teooriast ning kirjandusest (Linder, Peters 1989, 38; Woodside 1986, 778; Howlett 2011, 2). Laswell, olles poliitika kujundamise teooria teerajaja, mainis juba 1951. aastal poliitika instrumentide olulisust poliitika kujundamisel ning elluviimisel. Algselt oli teooria välja arendamata ning puudus kindel struktuur. Teooria keskendus üksikutele instrumentidele ning ei arvestanud konteksti ja keskkonna olulisust. (Woo, Gou 2013, 1; Howlett 2011, 4) Alles 80ndate lõpuks ning 90ndate alguseks tegid mitmed teadlased teooriasse täiendusi ning arenes välja konkreetsem ning selge piirilisem teoreetiline baas (Balzacq 2008, 12).

Kuigi esialgne teooria keskendus pigem instrumentide valimise aspektidele on selleks, et instrumente paremini mõista oluline pöörata tähelepanu ka instrumentide sisulisele poolele, nende klassifitseerimisele, valimisele ja mõjususele (Schneider, Ingram 1990, 513). Aja jooksul on uuritud mitmeid erinevaid poliitika vahendeid ning püütud neid ühiste tunnuste alusel klassifitseerida ning grupeerida.

1.2. Poliitika instrumentide klassifikatsioon

Poliitika instrumentide kirjandus on ülekülluses erinevatest ja mitmekülgetest klassifikatsioonidest (Linder, Peters 1989, 39; Bressers, O'Toole 1998, 223; Bemelmans-Videc et al. 2011, 22). Kategoriseerimiseks on mitmeid erinevaid võimalusi ning olenevalt uurimisvaldkonnast ning autori eelistustest on instrumente jaotatud ning grupeeritud mitmel erineval viisil. Peamisteks nõrkusteks klassifitseerimise teoorias on ebaselgus ning piiritlematus, mistõttu on raske öelda, milline klassifikatsioon vastavale poliitikale sobib. Seetõttu lähtutakse enamasti varasematest uuringutest või autori sisetundest. (May 1986)

Vendung (Bemelmans- Videc et al. 2011, 22-26) pakub välja kaks fundamentaalset lähenemist, mille alusel koostada ja eristada poliitika instrumentide taksonoomiaid. Esiteks jagab ta instrumentide taksonoomiad kas minimalistlikeks või maksimalistlikeks olenevalt mitmeks erinevaks kategooriaks on instrumendid jaotatud. Minimalistliku lähenemise puhul on kategooriaid maksimaalselt viis kuni kuus ning maksimalistliku lähenemise korral võib see arv olla isegi sadades. (Zehavi 2012; Brigham, Brown 1980, 7; Kirschen 1964; Ritter, McDonald 2008) Teiseks vaatab ta valiku või ressursi lähenemist, mis eristab instrumentide taksonoomiaid vastavalt sellele, kas klassifitseerimise aluseks on valikud (ka. mitte millegi tegemine), mida valitsus teeb või põhineb see olukorral, kus otsus on juba tehtud ning klassifitseerimise aluseks

on ressursid, mida valitsusel on võimalik kasutada (Bemelmans- Videc et al. 2011, 22-26). Enamus poliitika instrumentide taksonoomiatest kuulub vastavalt minimalistliku ning ressursi lähenemise alla.

Üheks võimaluseks instrumente kategoriseerida on jaotada need kaheks nagu on teinud Zehavi (2012) ning Brigham ja Brown (1980, 7). Kahese jaotuse eeliseks on selle lihtsus ja arusaadavus-instrumendid on lihtsalt mõistetavad ning lahti seletatud. Selline jaotus ei sobi aga juhul, kui soovitakse uurida poliitika tõhusust, mõjusust ning teostatavust, kuna ei hõlma kõiki valitsuse tegevuse aspekte ning instrumente on raske üksteisest eristada. Antud töö fookus on aga just suunatud nende nähtuste hindamisele.

Paremini hõlmavad valitsuse valikuid trihhotoomiad, mille kategooriate vahel on võimalik ära jaotada peaaegu kõik valitsuse valikud (Zehavi 2012; Bressers, O'Toole 1998). Bemelmans-Videc'i (2011) ning teiste põhjal võib trihhotoomiate aluse panijateks pidada Etizoni, kelle klassifikatsioon põhines võimul ning Van der Doelenit, kes Etizoni skeemi põhjalt töötas välja trihhotoomia, mis hõlmab kolme kõige olulisemat poliitika instrumenti: regulatsioone, majanduslikke vahendeid ning informatsiooni. Mida tänapäeval kutsutakse- *carrots, sticks and sermons*- ehk piitsaks, präänikuks ja jutluseks ning mis on üks enim kasutatud ja viidatud taksonoomia. (Bemelmans-Videc et al. 2011, Nispen)

Kuigi trihhotoomiad võimaldavad kategoriseerida peaaegu kõik valitsuse valikud, pakuvad nelja ning viie kategooriaga taksonoomiad laiema spektri valitsuse poolt kasutatavatele instrumentidele, lisades olulise elemendina juurde ka valitsuse poolse sekkumise (Doern and Phidd 1983; Kraft and Furlong 2007). Näiteks toovad Kraft ning Furlong (2007) välja viiest kategooriast koosneva taksonoomia, mis lisaks kolmele põhilisele klassile lisavad ka valitsuse otsese sekkumise ning turumehhanismid.

Kuna turumehhanismide kasutamine viitab sellele, et valitsus rakendab tegevusena ka mitte sekkumist ning uimastipoliitika puhul ei ole selline lähenemine soovitatav, siis Bridgman ning Davis'e (2004, 69-77) põhjal töid Ritter ning McDonald (2008) välja neljase kategooria, mille alusel uimastipoliitika sekkumisi klassifitseerida. Esimeseks kategooriaks on poliitika propageerimise kaudu- mis hõlmab harimist või veenmist, kasutades informatsiooni edastamist; teiseks kategooriaks on poliitika läbi raha- mis hõlmab maksude kogumist ning kulutamist, et mõjutada indiviidide käitumist vastavalt valitsuse soovidele; kolmandaks kategooriaks on poliitika läbi otsese valitsuse tegevuse- mis tähendab pakkuda teenuseid läbi valitsuse asutuste

ning neljandaks on poliitika läbi seaduse- mis eeldab õiguslike ning regulatiivsete vahendite kasutamist.

Need neli kategooriat hõlmavad endas kõige olulisemaid poliitika instrumentide klasse. Reguleerimised, majanduslikud vahendid, valitsuse otsene sekkumine ning informatiivsed vahendid. Ritter ning McDonald (2008) toovad välja, et neljaks jaotatud taksonoomia on olemuselt lihtne ning töötab praktilises kasutuses üsna hästi. Antud klassifikatsioon sobib hästi uimastipoliitika mõjusuundadega: preventatsioon, nõudluse vähendamine ning sõltlaste ravi. Ainus puudus klassifikatsioonil on majanduslike vahendite olemus, illegaalsete uimastite poliitikas kasutatakse harva seda instrumenti, mistõttu sekkumiste klassifitseerimisel võib esineda siinkohal lahkkelisid. Bridgman ning Davis' e klassifikatsioon on antud töö seisukohalt sobivaim, mistõttu kirjeldatakse järgnevalt vaid nelja uimastipoliitika kõige olulisemat instrumenti.

1.3. Poliitika instrumentide kirjeldus

Poliitika instrumente uimastipoliitikas nimetatakse interventsioonideks ehk sekkumisteks. Ritter ning McDonald (2008, 18-23) on koostanud nimekirja uimastipoliitika sekkumistest, mida probleemide lahendamisel ning eesmärkide täitmisel kasutatakse. Nimekiri koosneb 107st erinevast sekkumise viisist, mida on võimalik jaotada nelja põhilise poliitika instrumentide kategooria vahel. Nende erinevate sekkumiste taga peituvad valitsuse poolsed lähenemised, millega püütakse uimastipoliitika eesmärke saavutada. (Ritter and McDonald 2005, 18) Järgnevalt on lühidalt kirjeldatud iga uimastipoliitikas enim rakendatud instrumendi klassi sisulist poolt.

Reguleerimisedena käsitletakse neid valitsuse meetmeid, millega püütakse indiviidide käitumist mõjutada läbi formuleeritud reeglite ning direktiivide, mis kohustavad isikuid käituma vastavalt reeglites ning direktiivides öeldule. See viitab käskudele, normidele, standarditele, seadustele ning õigusnormidega ettenähtule, mida toetavad ka negatiivsed sanktsioonid või oht sanktsioonide ees (Bemelmans-Vidéc et al. 2011, Nispen). Alan Stone'i (1982, 10) definitsiooni kohaselt on reguleerimised kaalutusõigusel põhinevad riigi kehtestatud piirangud, mida rakendatakse üksikisikutele ning mida toetab oht sanktsioonide ees. Tihti seostatakse reguleerimise negatiivsete ilmingutega näiteks trahvid, vangistus või teised karistuse tüübid. Kuid on ka reguleerimise, mis ei ole otseselt seotud karistuse, ohu või negatiivse sanktsiooniga. Reguleerimise definitsiooni aluseks on aga autoriteetne suhe tähendades, et kontrollitavad

sihtgrupid, inividid on kohustatud kaituma vastavalt kontrollijatele. Sanktsioonidega lõppev regulatsioon on vaid üks tüüp teiste hulgas (Bemelmans-Videc et al. 2011).

Uimastipoliitika näitel võib regulatiivsete sekkumistena välja tuua nii keelustamist, vangistust, aga ka teisi erinevat tüüpi lähenemisi nagu nulltolerants või dekriminaliseerimine. Samuti illegaalsete uimastite tarvitamist, omamist ning kasvatamist käsitlevaid seadusandlusi. Lisaks sellele kuuluvad regulatiivsete sekkumiste alla seadused, mis määratlevad illegaalsete uimastite tarvitamisega seotud varustusele ligipääsu, kohustuslikku ravi ning erinevad politsei poolt läbiviidavad tegevused. Paljud sekkumised, aga võivad kattuda majanduslike sekkumistega. (Bridgeman, Davis 2004, 5-8)

Majanduslikud vahendid hõlmavad endas materiaalsete ressursside andmist või ära võtmist, kas otseselt rahas või natuuras. Majanduslikud vahendid teevad kallimaks või odavamaks - aja, raha, vaeva või muude väärtuste mõttes tegutseda teatud viisil. Erinevalt regulatsioonidest ei ole inividid kohustatud antud tegevusi täitma. Majanduslikud vahendid jätavad inivididele vabaduse kas alluda valitsuse taatele või mitte. See lihtsalt muudab tegevuse või tegevusetuse kallimaks või lähtuvalt olukorrast odavamaks. Oluline on teada, et majanduslikud vahendid ei keelusta ega määra ette tegevusi, vaid võivad mõjutada nende tegevuste tegemata jätmise või tegemise hinda. Näiteks, tubakaaktsiis ei keelusta suitsetamist kui tegevust või sigarettide ostmist, see lihtsalt muudab ostmise kallimaks. (Bemelmans-Videc et al. 2011)

Tihti ongi raske eristada, millal lõppeb regulatiivne element ning millal algab majanduslik. Seega tekib küsimus, mis on tegelikult maksu ja keelustamise vahe? Mõlemad näivat sisaldavat teataval määral hulgal autoriteetsust või kohustavat võimu. Vahe on siiski selles, et keeld/regulatsioon keelustab osta sigarette (keelustab akti kui sellise), majanduslik vahend aga paneb ostule kohustuse maksta toote eest kõrgemat hinda. (Linder, Peters 1989, 40) Uimastipoliitikas on majanduslikke instrumente üsna raske määratleda ning eristada neid regulatiivsetest instrumentidest (Ritter, McDonald 2005).

Informatiivsed vahendid püüavad mõjutada inivide läbi hariduse, teadmiste, argumenteeritud vestluste ning veenmise. Läbi informatiivsete vahendite edastatav info võib sisaldada probleemi olemust, viisi kuidas inimesed käsitlevad probleemi, meetmeid mida probleemi lahendamisel võiks kasutada ning põhjuseid miks antud valikud peaksid probleemi lahendamisel valituks osutama. Kuid informatiivsed vahendid on mõeldud vaid info edastamiseks ning teavitamiseks, lisakohustusi need inivididele ei pane. (Bemelmans-Videc et al. 2011, Nispen, 5-6)

Informatiivseteks vahenditeks võivad olla kõik kampaaniad, prinditud materjalid, brošüürid, flaierid, reklaamlehed, posterid, televisiooni-raadio reklaamid jne. Nende eesmärgiks võib olla märgistamine, inspekteerimine, demonstratsioon, personaalne nõuanne või näiteks harimine. Läbi informatiivsete vahendite püüab riik teavitada, mis on õige ning mis vale- mida indiviididel on lubatud/ soovitatav teha. (Bemelmans- Videc et al. 2011)

Uimastipoliitikas on informatiivsed vahendid üheks enim tuvastatavaks ning populaarseimaks vahendiks. Kasutatakse nii telereklaame, tänavareklaame (plakatid, flaierid jms) kui ka erinevaid kampaaniaid koolis, vanglates, töökohtadel, koolituse kogukonnas ning tarvitajate või nende lähedastega. Infoedustus on üks peamisi uimastiennetuse vahendeid. (Ritter, McDonald 2005)

Valitsuse otsene sekkumine on sellist tüüpi poliitika instrument, kus valitsus ise pakub vastavaid teenuseid (Nispen, 6). Valitsuse otsese sekkumise alla kuuluvad nii teenused, toetused kui ka näiteks mitmed raviteenused (Howlett 2005). Haridus, riigikaitse, avalikud pargid ja enamus munitsipaalteenused ning ka näiteks politsei ja tuletõrje on teenused, mida valitsus pakub ise kodanikele või on need delegeerinud erasektorile täitmiseks (Kraft and Furlong 2007, 85). Uimastipoliitikat mõjutava instrumendina saab käsitleda kindlasti riiklikke tervishoiuteenuseid ning valitsuse poolt rahastatavaid eriteenuseid uimastisõltlastele. Selle instrumendi plussideks võiks pidada valitsuse võimalust kontrollida protsessi ning kui puudub teine vastav asutus kes võiks teenust pakkuda. Negatiivseteks külgedeks võiks pidada ajamahukust ning vähest paindlikkust- riik ei ole võimeline piisavalt kiiresti end ümber häälestama ning ümberkorraldusi tegema, lisaks võivad riigi pakutud teenused osutada riigile kalliks. (Ritter, McDonald 2005)

Antud klassifikatsioonide taga peituvad mitmed erinevad instrumendid ja sekkumised, mida valitsusel on võimalik kasutada. Parima tulemuse saavutamiseks on valitsusel vajalik leida nende seast sobivaimad, mida probleemi lahendamiseks rakendada.

1.4. Poliitika instrumentide valimine

Ideaalses maailmas oleks poliitika instrumentide sobitamine vastava poliitikaga lihtne. Kuid reaalses maailmas on mitmeid faktoreid ning mõjureid, mis teevad poliitika instrumentide valiku keeruliseks ning seega vastutusrikkaks ülesandeks. (Linder, Peters 1989) Ühe poliitika kohta ei ole olemas ühte ja ainsat poliitika instrumenti, mistõttu kasutatakse poliitika probleemide lahendamisel instrumentide segusid (Zehavi 2012, 10; Nispen, 8). Instrumentide valikul tuleks

vaadata võimalikult laia valikut- nii regulatiivseid kui ka mitte regulatiivseid vahendeid, et saavutada parim tulemus, mis oleks tõhus, mõjus ning ka sotsiaalselt vastuvõetav.

Tihti seostatakse poliitika instrumentide valikut tööriistakastist õige tööriista valimisega, kust valitsus saab õige töö jaoks valida vastava tööriista. Tegelikult valitsusel tööriistakasti pole ning samuti pole valitsusel võimalust väga valida. (Capano, Lippi 2013; Howlett and Ramesh 1993) Faktoreid, mis otsustusprotsessi mõjutavad on mitmeid. Arvestada tuleb kulude ning kasude vahekorraga, kontekstiga- nii sotsiaalse, majandusliku kui ka poliitilise. Suuri väljakutseid võivad osutada eesmärkide keerukus, ebaselgus ning arusaadavus ja saavutatavus.(Capano, Lippi 2013, 5) Lisaks väliste teguritele mõjutavad valikuid ka sisemised mõjurid: instrumentide vaheline koostöö ning kokkusobivus, poliitika instrumentide valik sõltub poliitika kujundajate eelistustest ning piirangutest(Bressers, O'Toole 1998, Howlett 2005, Peters, Linder 1989, Bemelmans-Videc et al. 2011). Enne kõike tuleb aga arvestada majanduslike kaalutluste, kultuurilise ning institutsionaalse sobivusega(Perrels 2001, 1).

Valiku tegemisel võib kasutada ka erinevaid lähenemisi, näiteks pakub Peters välja mudeli viis *i'd* (*inglise keeles five i's- ideas, interest, institutions, individuals, international environment*), millele toetuda poliitika instrumentide valikul. Nendeks on ideed, huvid, institutsioonid, indiviidid ning rahvusvaheline keskkond, Nispen (9-10) lisab sellele veel rajasõltuvuse olulisuse. Vendung toob välja, et poliitika instrumentide aluseks peaks olema neli hea valitsemise alust. Arvestada tuleb mõjususe, tõhususe, legaalsuse ning demokraatiaga. Lisaks toob ta välja, et kogu protsess peab olema legitiimne.(Bemelmans- Videc et al. 2011; Capano, Lippi 2013)

Üheks võimaluseks on ka alt-üles või ülevalt-alla mudel. Ülevalt- alla mudel on rohkem suunatud tõhususele ning alt-üles mudel on suunatud mõjususele. Ülevalt alla mudeli puhul valitakse kõigepealt välja instrumendid ning seejärel pannakse paika eesmärgid, mille saavutamiseks need loodud on. Alt- üles mudeli puhul, aga kõigepealt pannakse poliitika kujundamisel paika eesmärgid ning seejärel valitakse sobivad instrumendid. (Perrels 2001, 3-4) Uimastipoliitikas on levinumaks alt-üles mudeli järgimine. Esmalt tuvastatakse probleemid ning eesmärgid nende lahendamisel ning seejärel valitakse probleemi lahendamiseks vajalikud poliitika instrumendid.

Uimastipoliitika instrumentide valikul tuleb lähtuda üsna mitmest mõjutavast faktorist. Kultuuriline ning õiguslik kontekst määrab suures osas ära, millist tüüp instrumente on valitsusel võimalik kasutada, samuti tuleb arvestada poliitika eesmärkidega ning väga oluline on arvestada

ühiskondliku vastuvõetavusega. Majanduslikust vaatenurgast tuleb instrumentide valikul arvestada eelarveliste piirangutega. (Crisholm et al. 2006, 553-554) Valiku tegemisel lähtutakse peamiselt alt-üles mudelist, kus olemasolevale poliitikale ning selle eesmärkidele püütakse leida võimalikult hästi sobivaid instrumente, et tagada instrumendi mõjususe.

1.5. Poliitika instrumentide mõjususe

Nagu eelnevalt mainitud on poliitika instrumentide eesmärgiks aidata ellu viia poliitikaga seatud eesmärke ja lahendada probleeme. Selleks, et hinnata kui mõjusalt, tõhusalt ja kuluefektiivselt seda tehtud on tuleb poliitikaid ning ka selle instrumente analüüsida ja hinnata. Poliitika instrumentide analüüs ning hindamine mõjususe vaatenurgast on oluline, kuna aitab poliitika kujundajatel paremini viia ellu instrumentide valiku protsessi ning leida poliitika eesmärgi suhtes parimat ja sobivaimat instrumenti. Ka valitsuse tegevust mõõdetakse tihti selle mõjususe ning eesmärgi täituvuse osas. (Nispen, 13)

1989. aastal küsis Lester Salamon oma raamatus (Salamon, Lund 1989, 265), missuguseid tagajärgi toob poliitika instrumendi valik valitsuse poliitika mõjususele ning operatiivsusele? Selleks, et sellele küsimusele vastata on vaja analüüsida ning hinnata, missuguseid instrumente on rakendatud ning kas poliitika eesmärgid on täitunud- mõjususe aitab hinnata, kas poliitika instrumendiga on saavutatud soovitud olukord.(Justiitsministeerium 2012, 17)

Selleks et hindamist ning analüüsi läbi viia on poliitika kujundajatel vaja vahendeid, mille abil kindlaks teha, kas antud poliitika rakendamine toimub plaanipäraselt ning kas poliitika saavutab seatud eesmärke. Üheks vahendiks, mis aitab hinnata eesmärkide saavutatust on indikaatorid. Indikaatorid võimaldavad hinnata, kas poliitika eesmärgid saavutati ning mil määral. (Justiitsministeerium 2012, 21- 22)

Indikaatoreid, mille abil eesmärkide saavutatust hinnata on mitmeid. Olenevalt sellest, millisel tasemel soovitakse tulemusi mõõta on indikaatoreid võimalik jaotada väljundi-, tulemus- ning mõjuindikaatoriteks. Väljundiindikaatorid aitavad mõõta konkreetse tegevuse vahetut tulemit, näiteks uimastiennetuse koolitusel osalenute arvu. Tulemusindikaatorid, näitavad taotletava tulemuse saavutamist või selle suunas liikumist. Mõjuindikaatorite abil on võimalik mõõta või hinnata sotsiaal-majanduslikku või mõne teise soovitud mõju saavutamist. (Ibid., 22) Antud töö

fookuseks on vaadelda tulemusindikaatoreid, mis näitavad uimastipoliitikaga seatud oodatava tulemuse saavutatust.

Uimastipoliitikas on peamiseks eesmärgiks vähendada uimastite tarvitamist ja sellest tingitud kahju ühiskonnas. Indikaatorid, mis pakuvad informatsiooni antud eesmärgi saavutatusest, uimastitrendidest ning arengutest ning mille alusel riike võrreldakse ning analüüsitakse on epidemioloogilised näitajad. Epidemioloogiliste näitajate alusel on võimalik hinnata, uimastiprobleemi olemust riigis. Siia alla kuuluvad indikaatorid, mis näitavad üldpopulatsiooni karakteristikuid, kõrge riskiga tarvitamist, ravinõudlust, uimastitega seotud surmasid ja suremust ning uimastitega seotud nakkushaigusi. Lisaks sellele võrreldakse riigiti ka kuritegevuse ning uimastituruga seotud indikaatoreid, mis samuti näitavad ühiskonnale põhjustatud kahju. (EMCDDA key indicators; EMCDDA drug markets and supply reduction) Antud indikaatoreid võib klassifitseerida tulemusindikaatoriteks.

Indikaatorid, mis epidemioloogiliste näitajate alla kuuluvad on: uimastitarvitajate määr noorte ning täiskasvanud elanikkonna seas, probleemsete uimastitarvitajate arv, üledoosidest tingitud surmade arv ning HIV nakkuse määr ühiskonnas. Lisaks sellele vaadeldakse ka uimastitega seotud kuritegevuse määra ühiskonnas. Antud indikaatorid aitavad võrrelda riike ning nende uimastipoliitikat, lisaks sellele rakendatavaid poliitika instrumente. Antud indikaatoritele määratletakse optimaalne keskmine, mille alusel saab hinnata, kas riik on keskmisest edukam või mitte. (Talu et al. 2005, 9)

Üheks negatiivseks aspektiks poliitika instrumentide mõjususe hindamisel on poliitika instrumentide segude kasutamisel ilmnev probleem- lõplikult ei ole võimalik hinnata, milline on täpselt konkreetse instrumendi mõjususe (Nispen, 14). Instrumentide valikut iseenesest mõjutab nii riigi kultuuriline ning õiguslik kontekst, ühiskonna arvamus ning ka sotsiaal-majanduslik kontekst. Antud keskkonnad võivad instrumendi mõjutada ning ka oodatavat tulemust (Crisholm et al. 2006). Lisaks sellele võivad instrumendi mõjutada mitmed teised tegurid, mille üle puudub kontroll ning mida pole võimalik mõõta: sihtgrupp, huvirühmad, teised instrumendid ja poliitikad, üldised poliitilised ja ühiskondlikud muutused/trendid. Samuti oleneb mõjususe konkreetsest instrumendist (Strang et al. 2012). Antud probleem seab piirangud empiirilisele analüüsile, mistõttu ei ole võimalik luua kausaalseid seoseid konkreetsete instrumentide ning indikaatorite vahel. Siiski on võimalik analüüsida ning võrrelda instrumentide rakendatavust ning eesmärkide saavutatust läbi indikaatorite näitajate.

2. Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavate poliitika instrumentide mõjususe analüüs

Magistritöö empiirilises osas analüüsitakse ning võrreldakse Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavaid poliitika instrumente ning nende dünaamikat seoses uimastipoliitika indikaatoritega. Esmalt tutvustatakse töös kasutatud uurimismeetodit, seejärel antakse ülevaade Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavatest instrumentidest ning nende seosest uimastipoliitika indikaatoritega ajaperioodil 2000-2010. Empiiriline osa võetakse kokku järeldustega.

2.1. Uurimismeetod

Arvestades uuritavat nähtust ning uurimisküsimust, vastab kõige paremini uurimustöö eesmärgile kvalitatiivne lähenemine. Kvalitatiivne uurimus võimaldab analüüsida väikest arvu nähtusi sügavuti ja detailselt (Bryman 2012, 44-45), fokuseerides mõjude põhjustele (Mahoej ja Goertz 2006, 223). Kvalitatiivse uurimuse üks peamistest uurimisstrateegiatest- juhtumianalüüs- võimaldab käsitleda kompleksseid sotsiaalseid nähtusi, mida kontekstist eraldada ei ole võimalik (Flyvbjerg 2006, 221) ja mille analüüsimiseks on vajalik koguda andmeid mitmetest erinevatest allikatest (Yin 2003, 4).

Meetodid on tehnikad või protseduurid, mida kasutatakse andmete kogumiseks (Crotty 1998, 3). Peamise andmekogumise meetodina kasutatakse dokumendianalüüsi. Dokumendianalüüsi peamiseks eesmärgiks on koguda informatsiooni Rootsi ning Portugali uimastipoliitika poliitika instrumentide, indikaatorite ning poliitika tulemuste kohta. Uurimuse teostamiseks kogutakse vajalik info ja materjal teadustöödest, uuringutest ning ka teadusartiklitest, poliitikaanalüüsides, strategiadokumentidest ning kasutatakse riiklikke kodulehti ja teisi publikatsioone.

Magistritöö analüüsi koostamise aluseks on peatükis üks kirjeldatud poliitika instrumentide klassifikatsioon, kirjeldus ning mõjus, mida on kasutatud Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavate poliitika instrumentide analüüsimisel. Dünaamika hindamisel on samuti põhinetud teoorias välja toodud indikaatorite klassifikatsioonile. Nendeks viieks peamiseks indikaatoriks, mida töös analüüsitakse on: uimastitarvitajate määr (15-64), probleemsete narkomaanide arv, HIV nakkuse määr, narkosurmade arv ning uimastikuritegevuse määr. (Greenwald 2009, 11-22; Hughes, Steven 2010, 1005-1015)

Andmeid uimastipoliitika indikaatorite kohta vaadeldakse ajavahemikul 2000-2010. Ajavahemiku määramisel lähtuti andmete kättesaadavusest ning 2000ndal aastal alanud HIV epideemiast põhjustatud muutustest- paljud riigid muutsid seoses suurenenud veenisüstivate narkomaanide arvu kasvu ning nakkushaigustest tuleneva tervisekahju ning ühiskondliku kahju tõttu poliitilisi lähenemisi. Sealhulgas dekriminaliseeris Portugal 2001. aastal uimastite tarvitamise ning omamise. (Graham 2014) Kümne aastane ajavahemik on piisav et hinnata, kas meetmed olid mõjusad ning töid oodatud tulemusi.

2.2. Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavad poliitika instrumendid

2.2.1. Regulatiivsed instrumendid

Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavate regulatiivsete instrumentidena võib põhinedes teoreetilisele baasile välja tuua seadusandluse, mis reguleerib illegaalsete uimastitega seonduvat ja karistusi, mis rakenduvad seaduse rikkumisel- trahvid, vangistus ning kohustuslik ravi.

Üheks peamiseks Rootsi uimastipoliitikat mõjutavavaks regulatiivseks instrumendiks võibki pidada üldist poliitika suunda- nulltolerantsi. Nulltolerants poliitika viitab sellele, et igasugune illegaalsete uimastitega seotud tegevus on keelatud ning karistatav isegi vangistusega. Rootsi seadusandluse järgi tuleb karistada igat isikut, kes seadusevastaselt levitab narkootilisi uimasteid, kes töötleb narkootilisi uimasteid väärtarvituse kavatsusega, omandab narkootilisi uimasteid eesmärgiga neid levitada, ahvatleb, töötleb, pakib, transpordib, hoiab või mõnel muul sarnasel viisil käitleb narkootilisi uimasteid, pakub müüa, toimetab edasi narkootiliste uimastite eest makstud summat, vahendab kontakte müüjate ja ostjate vahel või mõnel muul sarnasel viisil, kui protseduur on kavandatud narkootiliste uimastite levitamise edendamiseks või valdab, tarvitab

või käitleb teisiti narkootilist uimastit.(Vahar 2014; Boekhout van Solinge 1997, 112-117; EMCDDA Illegal possession of drugs)

Lisaks sellele, reguleerivad uimastitega seotud tegevusi ka teised, väljaspool karistusseadustiku ala olevad seadused. Kuritarvitajate Kohustusliku Ravi Seadus reguleerib uimastisõltlaste kohustuslikku ravi, alates 2006. aastast on reguleeritud SVP'sid (Süstlavahetusprogramm) puudutavad aspektid. Lisaks on reguleeritud retseptiravimite väljastamine ning sõltlastele pakutavate teenuste pidamise ja pakkumise kord. Samuti ka sõltlastele SVP's pakutavate vahendite olemus ning hulk. Politseil on õigus kahtluse korral viia läbi uriiniteste. (Lafreniere 2002; Vahar 2014; Swedish National Institute of Public Health 2013, 11-12) Mitmed seadused reguleerivad HIV positiivsete ravi ja nakkusest partnerile teatamist(Sweden's HIV sex law leaves country divided 2013; Challenging Sweden's HIV Policy 2014).

Karistused regulatiivsete vahendite rikkumisel on määratletud Rootsi karistusseadustikus (Lafreniere 2002). Eelmainitud uimastikuritegude eest on vastavalt nende raskusastmele määratud karistused kolme kategooriasse: 1) vähetähtsate uimastikuritegude eest on karistuseks trahv või vangistus kuni aasta, 2) keskmise raskusastmega kuriteod on karistatavad vangistusega kuni 3 aastat ja 3) tähtsad narkokuriteod on karistatavad vangistusega 2 kuni 10 aastat. Lisaks sellele määratakse karistusena kohustuslikku ravi. (Vahar 2014, Lafreniere 2002, McVay 2014) Kuritegude ohtlikkus määratakse kohtu poolt diskretsioonialusel ning igat situatsiooni vaadeldakse erinevalt (McVay 2014).

Suur arreteerimiste arv näitab uimastiseaduse üsna aktiivset rakendamist. 2003. aastal registreeriti 471 arreteerimist 100 000 elaniku kohta, aastaks 2006. kasvas see 733le ning 2008. aastal oli see jube üle 800. Arreteerimistest ligikaudu 80% oli põhjustatud uimastite omamisest või tarvitamisest ning süüdimõistva otsuse tegi kohus üle poolte juhtudest. Peamise karistusena määrati trahv, mis hõlmab kaht kolmandikku süüdimõistetutest, ülejäänutele määrati vangistus. Lisaks sellele rakendati karistusena sundravi.(Reitox National focal point Sweden 2001, 2003, 2008, 2012)

Vangla populatsioon on erinevatel andmetel 5000-8000 kinnipeetava piiril, mis teeb ligikaudu ühe kinnipeetava 1000 elaniku kohta. Seoses vanglate sulgemisega olid 2003. aastal vanglad ka ülerahvastatud. Ligikaudu 50% vangla populatsioonist moodustavad uimastisõltlased. Rootsi on ka ainus riik Euroopas, kus HI-viiruse nakatumisest teatamise seaduse alusel on süüdi mõistetud üle 50 inimese.(Reitox National focal point Sweden 2005, 2012, 2014)

Kuigi kaks SVP'd loodi juba mitu kümmend aastat enne seaduse jõustumist, jõustati regulatsioon alles 2006. aastal. Vanglas sai ravi võimalikuks alles 2008. aastal. Regulatsiooni puudumine on mõjutanud SVP'de loomist ning teenuse pakkumist, puudulik on ka SVP'des pakutav varustus, mis hõlmab vaid hädavajalikku- süstlaid, nõelu, puhastuslappe ning kondoome(EMCDDA Sweden).

Portugali poliitikat mõjutab enim 2001. aastal vastuvõetud dekriminaliseerimispoliitika, mis viitab sellele, et keelustatud uimastite pruukimine, omamine ning hankimine isiklikus tarbeks ei ole enam karistusseadustiku alusel karistatav. Seadus defineerib isiklikuks tarbeks mõeldud narkootiliste ainete koguse kümnele päevale. (Hollersen 2013, Lafreniere 2002) Muudatus puudutas, vaid keelatud ainete pruukimist, omamist ning hankimist isiklikuks tarbeks, karistused, mis puudutasid uimastite kasvatamist, diilereid ning narkokaubandust jäid püsivalt karmiks. Seega ei muutnud poliitika ja seaduse muutmine uimasteid Portugalis legaalseks, vaid muutis isiklikuks tarbeks kasutatavate uimastite tarvitamise rikkumiseks, mida ei karistata karistusseadustiku alusel.(Vahar 2014)

Lisaks sellele on Portugalis reguleeritud retseptiravimite väljastamine ning korraldus, SVP's pakutava süstimisvarustuse sisu ning maht, pakutavate teenuste korraldus ja teenuse kvaliteedinõuded.(Vahar 2014, McVay 2014)

Meetmed, mida rikkumise korral karistusena rakendatakse on hoiatus, kuid võidakse rakendada ka ühiskondlikult kasulikke tööd või isegi rahatrahvi. Üsna tavaline on ka autojuhilubade või relvaloa ära võtmine, keeld kohtuda teatud isikutega või viibida teatud kohtades või kohustus näiteks käia perioodilistel visiitidel komisjoni määratud kohas.(Vahar 2014) Karmimad karistused nagu näiteks vangistus, määratakse uimastikaubitsejatele ning diileritele, äärmisel juhul ka korduvatele uimastitarvitajatele, kes Komisjoni ettekirjutustele ei allu. Samuti karistatakse isikuid, kes omavad, tarvitavad või ostavad rohkem kui kümne päeva koguse uimasteid. Sellisel juhul määratakse karistus vastavalt ainete nimekirjale. Esimesse kuni kolmandasse nimekirja kuuluvate ainete korral karistatakse maksimaalselt seitsme kuni kaheteistkümne aastase vangistusega. Neljandasse kuni kuuendasse nimekirja kuuluvate ainete korral karistatakse kuni maksimaalselt viie aastase vangistusega. (Moreira et al., 2011, 15; Vahar 2014)

Portugali statistika aasta enne seaduse muudatust näitab, et 2003. aastal registreeriti 40 ning 2006. ja 2008. aastal 42 arreteerimist 100 000 elaniku kohta. Peale 2001. aastat saadeti

arreteeritud kohtu asemel 3-liikmelise Komisjoni ette, kes hindas süüdistatava seisundit ning määras sobiva karistuse. Peamise karistusmeetmena rakendati üheksa aasta vältel enam-vähem stabiilselt nii hoiatusi- ligi 60% juhtudest, umbes 20% süüdistatavatest suunati ravile ning 20% juhtudest rakendati muid karistusmeetmeid. Vangla populatsioon on Portugalis püsivalt 9000 piiril, neist vaid kolmandik või vähemgi on seotud uimastikuritegevusega- peamiselt diilerid ning kaubitsejad. (Reitox National focal point Portugal 2002, 2006, 2009, 2011)

Aastate jooksul on regulatsioonide kaudu parendatud nii SVP'de kui asendusravi teenuste kvaliteeti, kättesaadavust kui ka pakutavaid teenuseid. Nii SVP'd kui asendusravi on Portugalis olnud reguleeritud mitmeid aastaid ning on kõigile kättesaadavad.(Reitox National focal point Portugal 2006, 2009, 2011)

2.2.2. Informatiivsed instrumendid

Informatiivsed instrumendid, mida Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatakse on lähtuvalt teooriast mitmed massimeedia kampaaniad, erinevad kindlatele sihtgruppidele suunatud kampaaniad, lisaks sellele kasutatakse meedia mõjutamist. Väga populaarsed on koolides ja kogukondades läbiviidavad informatiivsed üritused samuti ka programmid ja tegevused. Rakendatakse nõustamise programme ning ühe-kahe kordset sotsiaalnõustamist või motiveerivat intervjuerimist teenuseid pakkuvates asutustes. Lisaks sellele on info kättesaadav vanglas. Kampaaniate üheks osaks on plakatite, lendlehtede, flaierite, raadio ja televisiooni reklaamide kasutamine. Erinevalt Rootsist rakendatakse Portugalis ka telefoniabiliini teenust ning jagatakse informatsiooni naloksooni ning üledooside teemal.

Rootsi uimastipoliitika pöörab väga suurt tähelepanu ennetusele ning seda eriti noorte seas, seetõttu on enim rakendatavamaks meetmeks just erinevad kooliprogrammid. Ennetuslikke informatiivseid vahendeid rahastatakse kohalikul tasandil (EMCDDA Sweden) ning seetõttu on koolidel ja kogukondadel suur roll uimastiennetusel. Koolides rakendatakse mitmeid erinevaid programme ja meetmeid. Lisaks õppekavas olevatele koolitundidele alkoholi ja uimastite teemal ning trükitud materjalidele rakendatakse ka sotsiaalse intelligentsuse ja sotsiaalsete oskuste programme, noortelt-noortele programme ning õpetajatele vastavaid koolitusi. Alates 2000ndast aastast on rakendatavate programmide ning projektide arv iga aastaga kasvanud, samuti ka osalejate arv ning ennustatakse pidevat kasvutendentsi.(Reitox National focal point Sweden 2001; 2005; 2009)

Lisaks kooliprogrammidele viiakse projekte läbi ka kogukonnas, 90% Rootsi haldusüksustest on ennetusstrateegia või kava, mida järgitakse ning mille alusel korraldatakse teavituskampaaniaid, programme ning üritusi lastevanematele, kogukonnaliikmetele. Alates 2003. aastast jagatakse lastevanematele 10 000 tiraažiga erialakirjanduslikke raamatuid. (Reitox National Focal Point Sweden 2009, 2005) Lisaks sellele korraldatakse kampaaniaid üleriiklikult nii massimeedias kui ka väiksemale publikule erinevaid konverentse, sümposiume, seminare, mille osalusprotsent on igal aastal peaaegu 100%. Rootsi Riiklik Rahvatervise Instituut annab pidevalt välja erinevaid trükiseid ning materjale, mis teavitavad uimastite ohtlikkusest ning mõjudest (Swedish National Institute of Public Health). Ressursid, mida instrumentide rakendamiseks kulutatakse on iga aastaga suurenenud. Aastas kulutatakse näiteks kaks miljonit eurot pelgalt massikampaaniatele. Sellele lisanduvad kooliprogrammid ja muud ennetuslikud meetmed. (Reitox National focal point Sweden 2009)

Info on kättesaadav ka vanglas, kuid vähesel määral. Infot levitatakse läbi kaplanite ning pakutakse trükimaterjale (Reitox National focal Point Sweden 2008, 2009). Lisaks on seaduse alusel kohustus informatsiooni jagada sõltlastele teenuseid pakkuvates asutustes - jagatakse trükimaterjali ning pakutakse ühe-kahe kordset nõustamist, alates 2006. aastast pakutakse sõltlastele infomaterjale metadoon- ning puprenorfiini ravi reeglite, nõuete, olemuse, tagajärgede ja muu kohta. (Reitox National focal point Sweden 2009) Kasutatakse ka meediat kui mõjutusvahendit, edastamaks infot, harimaks ning veemaks inimesi (Boekhaut von Solinge 1997, 96). Rootsi on loonud mitmed Interneti saite, kust tekkinud küsimustele vastuseid saab (Reitox National focal point Sweden 2009).

Samuti nagu Rootsis rakendatakse ka Portugalis mitmeid erinevaid meetmeid paljudele sihtgruppidele, et ennetada uimastite tarvitamist ühiskonnas. Rakendatakse mitmeid programme koolides, kogukondades ning riiklikul tasandil. Kooliõpilaste seas läbi viidud programmide ning projektide osalusprotsent on iga aastaga suurem, 2000. aastal oli see alla 50%, kuid 2010. aastaks juba üle 90%. Samuti on kasvanud ka korraldatavate programmide ning projektide arv. Kogukonnas korraldatakse teavitusprogramme, sotsiaalsete baasoskuste treeninguid, psühholoogilisi treeninguid ja palju teisi projekte nii kogukonna liikmetele, lastevanematele, noortele kui spetsialistidele. Igal kogukonnal on kava, mille alusel pakutakse vajalikke teenuseid ja korraldatakse kohalikul tasandil teavituskampaaniaid. Avatud on ka telefoniabiliin, kuhu aastas helistab keskmiselt 10 000- 30 000 inimest, et saada abi ja vastuseid neid huvitavatele

küsimustele illegaalsete uimastite ning HIV ja AIDS kohta. (Reitox National focal point Portugal 2002; 2009; 2011)

Korraldatavad massimeedia kampaaniad on igal aastal keskendunud mitmetele konkreetsetele probleemidele. 2009. aastal keskenduti näiteks tervislike eluviiside propageerimisele, teadlikkuse tõstmisele dekriminaliseerimise tagajärgedest-tulemustest ning tarvitamisele töökohal (Reitox National focal point Portugal 2011). Lisaks sellele täiendatakse igal aastal ning luuakse juurde uusi Interneti saite, mis pakuvad kaasajastatud informatsiooni (Reitox National Focal point Portugal 2011).

Oluline roll on infoedastusel teenuseid pakuvates asutustes, kus välja koolitatud personalil on otsene kontakt sõltlastega. Pakutakse lendlehti, brošüüre, lisaks sellele on sõltlasel võimalik saada koolitust ohutuma süstimise teemal ning infot üledooside ennetamiseks (naloksooni kasutamine). Info ja abi on kättesaadavad vanglates. (Reitox National focal point Portugal 2006, 2009) Iga SVP külastaja saab süstlaid vahetades kaasa vajalikku infomaterjali. (Reitox National focal point Portugal 2011)

2.2.3. Valitsuse poolt pakutavad teenused

Kolmandaks instrumendi klassiks, mida Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas rakendatakse on valitsuse poolsed teenused. Teenused, mida mõlema riigi valitsus pakub on SVP, HIV testimine ja tasuta ravi ning asendusravi (metadoon ning puprenorfiin), haiglates pakutakse detoksifikatsiooni teenust. Lisaks nendele pakub Portugali valitsus ka tänavatöö teenust, naloksooni, avatud on terapeutilised kommuunid ning päevakeskused.

Kuigi Rootsi riiklik poliitika ning ka ühiskond üldisemalt ei toeta sõltlaste ravi ning taasühiskonnastumise teenuseid (Isacson and Bingefors 2002, 106; Tham) on võimalik saada metadooni- ning puprenofiiniasendusravi ning kasutada süstlavahetusteenuseid. Selleks, et osaleda asendusraviprogrammis peab isik vastama mitmetele kriteeriumitele (sätestatud regulatiivsete vahenditega): isik peab olema vähemalt 20aastane, ta peab olema eelnevalt proovinud mitut erinevat abiprogrammi, ta peab olema tarvitanud opiaate vähemalt neli aastat ning ta peab olema iseseisvalt selle programmi valinud (va. kohustuslik ravi). Oluliseks eelduseks ravi puhul on see, et sõltuvus peab olema suureks ohuks tarvitaja enda või tema lähedaste elule ning heaolule. (Sweden's successful drug policy a review of the evidence 2007)

Lisaks ülaltoodule raskendab ravile pääsemist ka raviasutuste ja ravikohtade vähesus. 2001-2004. aastani oli aastas võimalik ravile saada vaid 800 sõltlasel, hiljem tõsteti see piir rahvusvaheliste lepingute surve tõttu 1200le kohale. Metadooni- ning puprenorfiini ravi pakub vaid viis asutust.(Reitox National Focal Point Sweden 2005)

SVP'd töötavad Rootsis aktiivselt, vaid viies linnas (McVay 2014). Lund'is alustas SVP tööd 1986ndal ning Malmö's 1987ndal aastal. Kummaline on see, et Rootsi on üks esimesi riike, kes SVP teenust rakendas, kuid kus see on jäänud üsna marginaalseks teenuseks uimastipoliitikas. Keskmine SVP'de külastus Lund'is ning Malmö's on aastas ligikaudu 1000 külastust, teistes keskustes vähem. (Reitox National focal point Sweden 2003; Sweden's tough laws leave addicts behind 2014) Teenus on raskesti kättesaadav- keskmiselt on SVP avatud vaid kaks tundi päevas ning on nädalavahetusel suletud. Samuti on ranged teenusele pääsemise nõudmised(EMCDDA Sweden; Vahar 2014).

HIV testimine ning ravi on Rootsis tasuta. Testimine on läbi SVP keskuste kättesaadav, kuid teenust kasutatakse vähe. ARV (Antiretroviirus) ravi on samuti tasuta ning ligikaudu 80% nakatunutest saab ravi. Tervishoiu süsteem on Rootsis väga heal tasemel ning arsti juurde pääseb kiirelt ning probleemideta. (Smittskyddsinstitutet 2012; Hoskins 1998)

Portugalis on uimastisõltlastel võimalik valida mitme erineva teenuse vahel. Uimastivaba ravi pakutakse kahes riiklikult rahastatavas terapeutilises kommuunis (lisaks eraettevõtted) ning neljas päevakeskuses. Lisaks sellele pakutakse haiglates lühiajalist detoksifikatsiooni. 43 keskust ning ligi 1000 apteeki pakuvad asendusravi võimalusi. Teenustele pääsemine on üsna kerge ning kõigil soovijatel on võimalus ravile saada. Ravi nõudlus on aastatega kasvanud ning igal aastal on ravil üle 30 000 patsiendi, neist kolmandik saab ravi metadooni- või puprenorfiinikeskuses. (Reitox National focal point Portugal 2009)

Esimene SVP - "*Say no to 2nd hand syringe*"- asus Portugalis tööle 1993. aastal. Kohe algusest kaasati apteekke, mobiilseid üksuseid ning MTÜ'sid ja teisi organisatsioone. 2010. aastaks oli kokku 49 keskust, igal aastal kaasatakse üle 1000 apteegi, kes aitavad programmi ellu viia. Keskused on hästi varustatud ning kättesaadavad üleriigi. Võimalik on vahetada süstlaid apteegis, mobiilses üksuses (tänavatöö, buss), spetsiaalses keskuses. Lisaks tavaliselt jagatavatele süstaldele ning puhastuslappidele jagatakse Portugalis ka spetsiaalseid ühekordseid süstimiskomplekte (sisaldavad vajalikke vahendeid kuumutamiseks, filtreerimiseks jne). (Torre 2010) Aastas vahetatakse Portugalis ligikaudu kolm miljonit süstalt, ning riikliku hinnangu

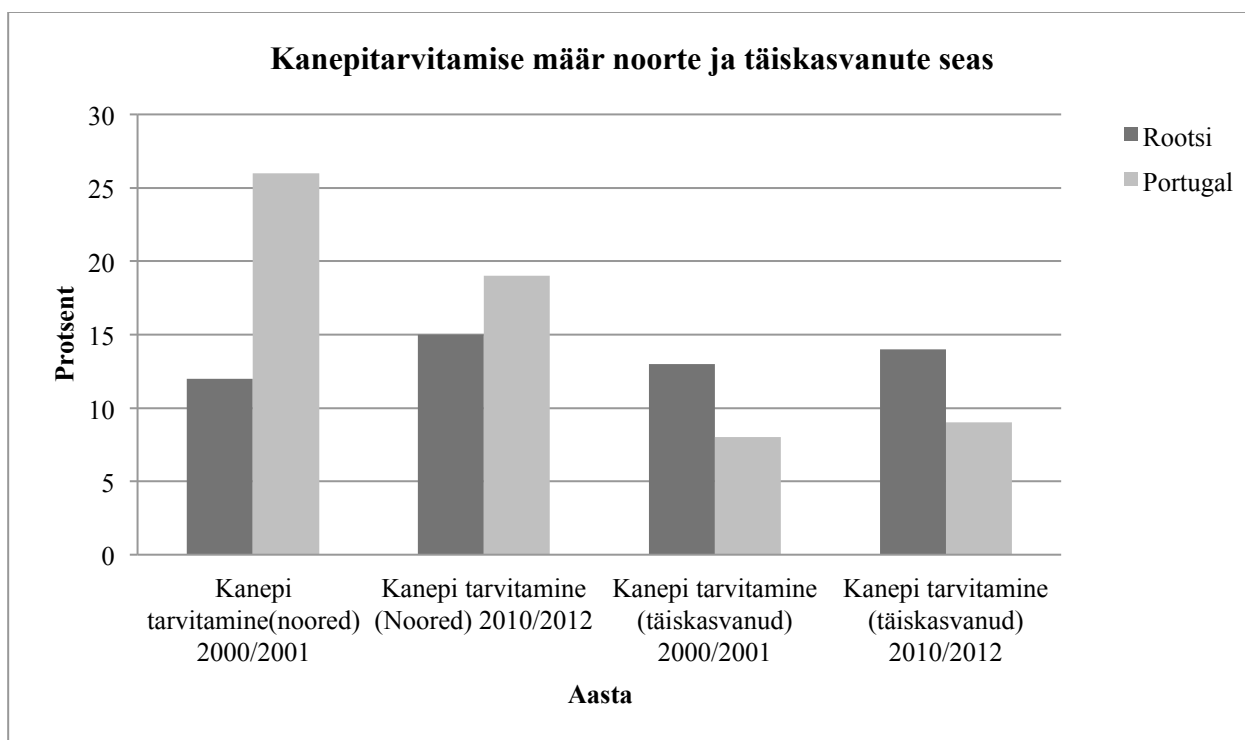
alusel ennetatakse igal aastal sellega seoses üle 3000 HIV nakkuse juhu(Reitox National focal point Portugal 2006, 2009, 2011).

Samuti on keskustes ja raviasutustes kättesaadav naloksoon, mis aitab üledoosi korral narkootilise aine neutraliseerida. Lisaks sellele manustab naloksooni ka kiirabi. (Reitox National focal point 2011)

2.3. Poliitika indikaatorite tulemused

2.3.1. Uimastitarvitamise määr noorte (15-16; 15-24) ning täiskasvanud elanikkonna seas (15-64)

Illegaalsete uimastitarvitajate määr ühiskonnas näitab, mitu protsenti elanikkonnast on vähemalt kord elujooksul proovinud illegaalseid uimasteid. Antud indikaatorit uuritakse nii noorte (15-16 aastaste) kui ka täiskasvanud elanikkonna seas (15-64 aastased). (Swedish council for Information 2010, 6)



Allikas: Autori koostatud.

Joonis 1. Rootsi ja Portugali kanepitarvitajate määr (2000/2001- 2010/2012 aastatel).

Ülal oleval joonisel (joonis 1) on toodud Rootsi ning Portugali noorte ja täiskasvanud elanikkonna kanepi tarvitamise määrad protsentides. Nagu ka jooniselt näha on kanepi tarvitamine noorte seas Rootsis väiksem kui Portugalis, kuid on võrreldes Portugaliga kasvavas

trendis. Portugalis on kanepi tarvitamine noorte seas aastatega vähenenud. Kanepi tarvitamise määr täiskasvanud elanikkonna seas on suurem hoopis Rootsis ning ka antud näitaja puhul on trend kasvav. Muude uimastite tarvitamise osas on mõlemad riigid olnud stabiilsed. (Reitox National focal point Sweden 2002, 2008, 2012; Reitox National focal point Portugal 2002, 2006, 2011)

EMCDDA'le (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) esitatud andmete põhjal on Rootsi tuntud oma üsna madala uimastitarvitajate määra poolest. Kümne aasta jooksul on uimastitarvitajate määr kogu elanikkonda arvestades olnud üsna stabiilne. Olulist muutust võib näha alates 1970ndatest kuni tänaseni, mil uimastitarvitamise määr on langenud 15lt 9%, kõige madalam oli see 1995. aastal 6%. Kanepi tarvitamine on aga Rootsis kasvav trend ning kümne aastaga on kanepi tarvitamine mõlemas vanusegrupis kasvanud. Siiski on Rootsi näitajad allpool Euroopa keskmist (17%), mis näitab väga head tulemust. (Reitox National Focal Point Sweden 2002; 2009)

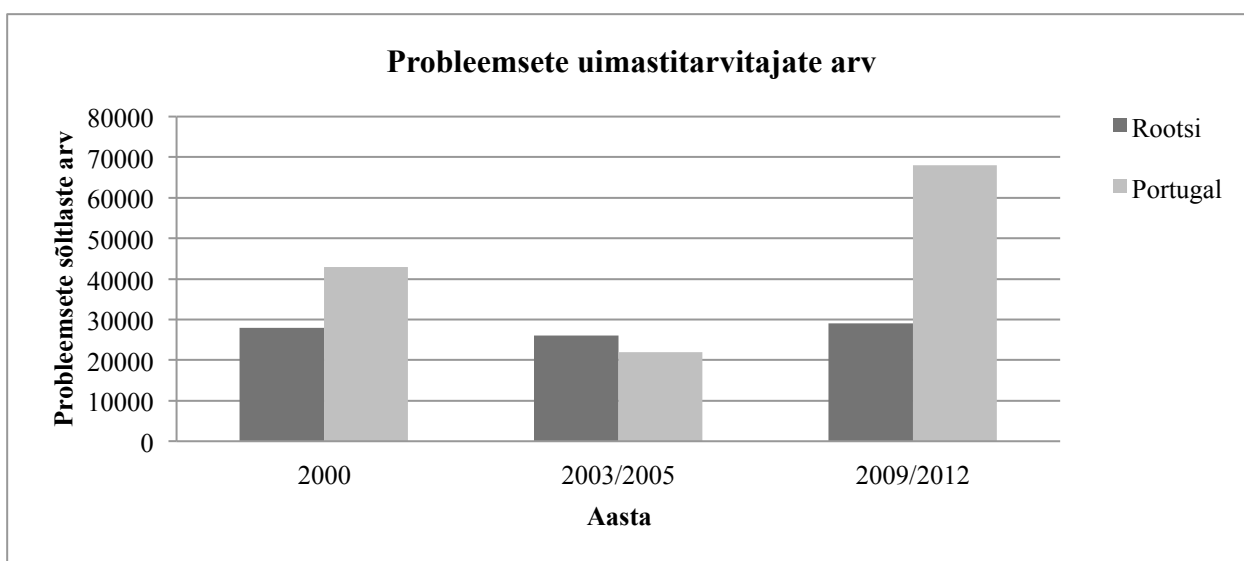
Portugali uimastitarvitajate määr on kümne aasta jooksul olnud peamiselt langevas trendis, vaid täiskasvanute puhul väikese protsendi kasvuga. Langenud on kanepi tarvitamine noorte seas ning olulist muutust ei ole toimunud ka täiskasvanud elanikkonna uimastitarvitamise harjumustes. Üldiselt on uimastite tarvitamine Portugalis püsinud kümne aasta jooksul stabiilsena ning jääb allpoole Euroopa keskmist. (Muscat 2008; Aleem 2015; Blackstone 2012; Reitox National focal point Portugal 2002)

2.3.2. Probleemsed uimastitarvitajad/ süstivate uimastitarvitajate määr

Probleemsete sealhulgas süstivate uimastitarvitajate määr ühiskonnas peegeldab seda osa sõltlasi, kes pidevalt/ aasta ringselt tarvitavad illegaalseid narkootilisi aineid. See osa sõltlastest, kes põhjustavad kahju endale, lähedastele ning ühiskonnale. Probleemsed uimastitarvitajad on enamasti raskesti ligipääsetav osa ühiskonnast ning seetõttu on neid raske identifitseerida ning tuvastada nende osakaalu ühiskonnast. Seetõttu arvutatakse probleemsete uimastitarvitajate määra hinnanguliselt. (Reitox National Focal Point Sweden 2014)

Vaadates all toodud joonist (joonis 2), kus on märgitud probleemsete uimastitarvitajate absoluutarv Portugalis ja Rootsis on näha, et Rootsis on probleemsete uimastitarvitajate määr olnud kümne aasta jooksul üsna stabiilne. Aastal 2000 hinnati nende hulgaks 28 000 ning 2003.

aastal kordusuuringuga vähenes see arv 26 000-le, siiski aastaks 2009 on selleks arvuks hinnatud 29 000. (Reitox National Focal Point Sweden 2014; 2011; 2001; 2005) Portugalis on antud näitaja oluliselt suurem kui Rootsis. 2000. aastal oli hinnanguline arv 43 000, 2005. aastal 22 000 ja 2012. aastaks oli see taas tõusnud ning siis juba hinnati nende hulka 68 000. (Reitox National focal point Portugal 2003) Suhtarvudena vaadeldes on riigid üsna võrdsed Rootsis on probleemsete tarvitajate arv 100 000 elaniku kohta vastavalt 316, 293 ning 327. Portugalis on sama suhtarv 427, 219 ja 676.



Allikas: Autori koostatud.

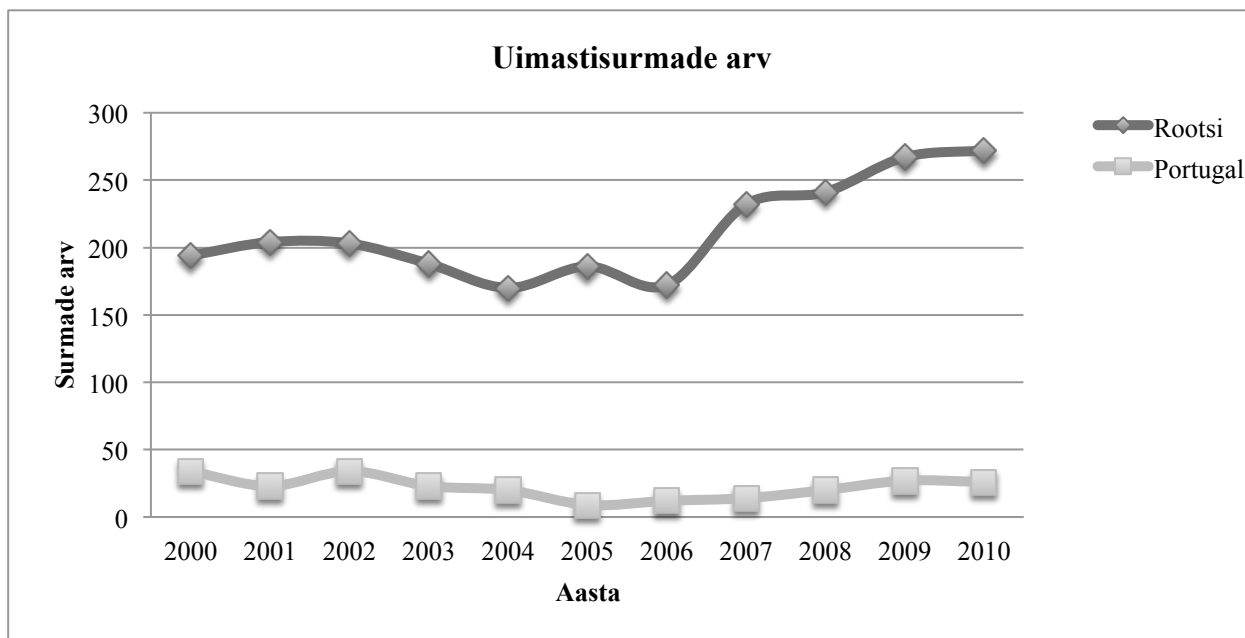
Joonis 2. Probleemsete uimastitarvitajate määr Rootsis ja Portugalis (2000-2009/2012 aastatel).

Nii Rootsi kui ka Portugal on probleemsete uimastitarvitajate hinnangulise arvu alusel Euroopas keskmine (85 000), kuid riigi siseselt on probleem suur (EMCDDA Problem drug use). Puudulik andmete kogumine ning vaid hinnanguline arv võib endas peita hoopis suuremat probleemi, kui esmapilgul välja paistab, mistõttu peegeldab antud indikaator probleemi vaid osaliselt.

2.3.3. Üledoosidest tingitud surmade arv/ illegaalsete uimastite tarvitamisest põhjustatud surmad

Uimastite tarvitamisega seotud surmasid võib vaadelda kahest vaatenurgast- esiteks võib neid vaadelda otseselt uimasti üledoosist tingitud surmadena ning teiseks võib vaadelda ka uimastite tarvitamisega kaasuvaid aspekte näiteks haiguste tagajärjel suremine, AIDS või muud surma põhjustavaid olukorrad, mis on seotud uimastite tarvitamisega. Mõlemad riigid hõlmavad oma

statistika kogumisel mõlemat aspekti, kuid olulisem on otseselt üledoosidest tingitud surmade arv. (Reitox National Focal Point Sweden 2011) Joonisel (Joonis 3) on kajastatud, vaid otseselt uimastite üledoosidest tingitud surmade arv.



Allikas: Autori koostatud.

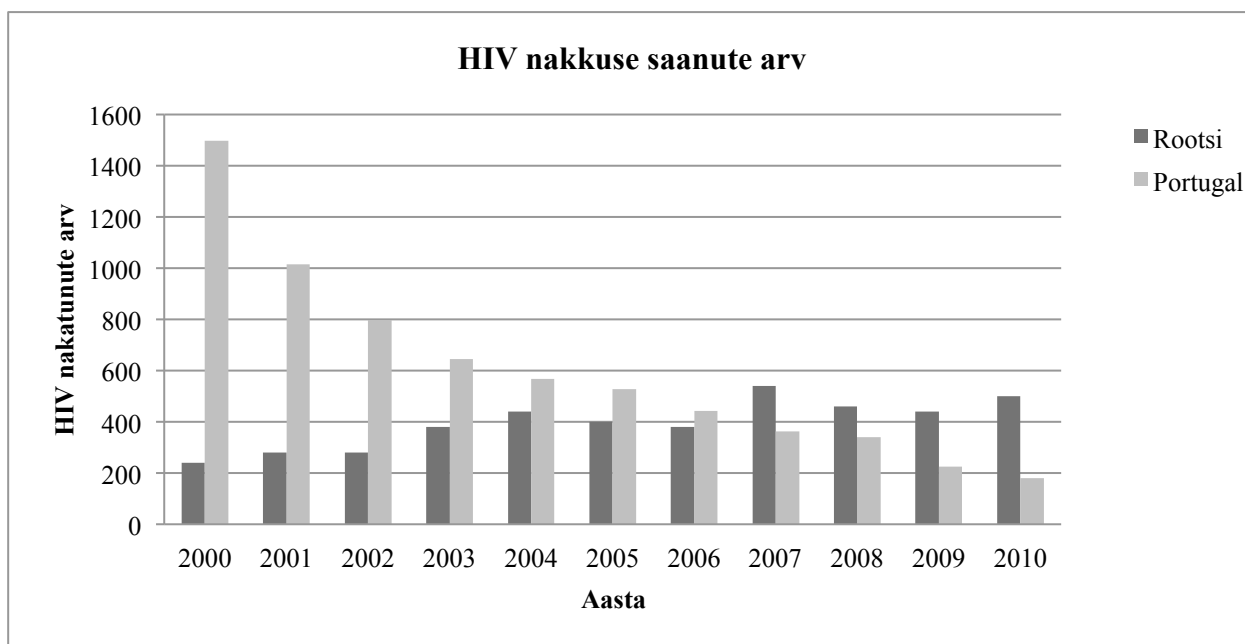
Joonis 3. Uimastisurmade arv Rootsis ja Portugalis 2000-2010 aastatel.

Joonisel 3 (üleval) on toodud Rootsi ja Portugali uimastisurmade graafik. Jooniselt järeldeb, et Rootsis sureb uimastite üledoosi tagajärjel oluliselt rohkem inimesi, kui Portugalis. EMCDDA andmetel on kümne aasta jooksul Rootsis uimastisurmade arv iga aastaga kasvanud, kümne aastaga on surnud 2329 inimest. (Reitox National Focal Point Sweden 2011) Portugalis on üledooside tagajärjel surnute arv oluliselt madalam, kümne aasta jooksul on surnud ligikaudu 200 inimest (Aleem 2015; Blackstone 2012). Surmade arv on 10 aasta jooksul olnud stabiilne, aastas suri üledoosi tõttu ligikaudu 20-30 inimest (EMCDDA overdose deaths). Keskmiselt sureb aastas Rootsis 100 000 elaniku kohta 2-3 inimest, Portugalis seevastu alla 1 inimese.

2.3.4. HIV nakkuse määr

Üks suurimaid probleeme ühiskonnas, mis kaasub uimastite tarvitamisega on HIV nakkuse kiire levik. HI-viirus on tänapäeva üks ohtlikematest viirustest, mis põhjustab inimese enneaegset surma ning mõnedel juhtudel ka AIDS'i. HIV nakkuse määr on seotud süstivate narkomaanide

arvuga, kuna suur osa HIV nakkuse saajatest saab selle läbi korduvkasutatud süstla. HIV nakkuse määra hindamisel on oluline vaadata, mitu uut HIV nakatunut aastas juurde tuleb. (Reitox national focal point Portugal 2001)



Allikas: Autori koostatud.

Joonis 4. HIV nakkuse saanute hulk Rootsis ja Portugalis 200-2010 aastatel.

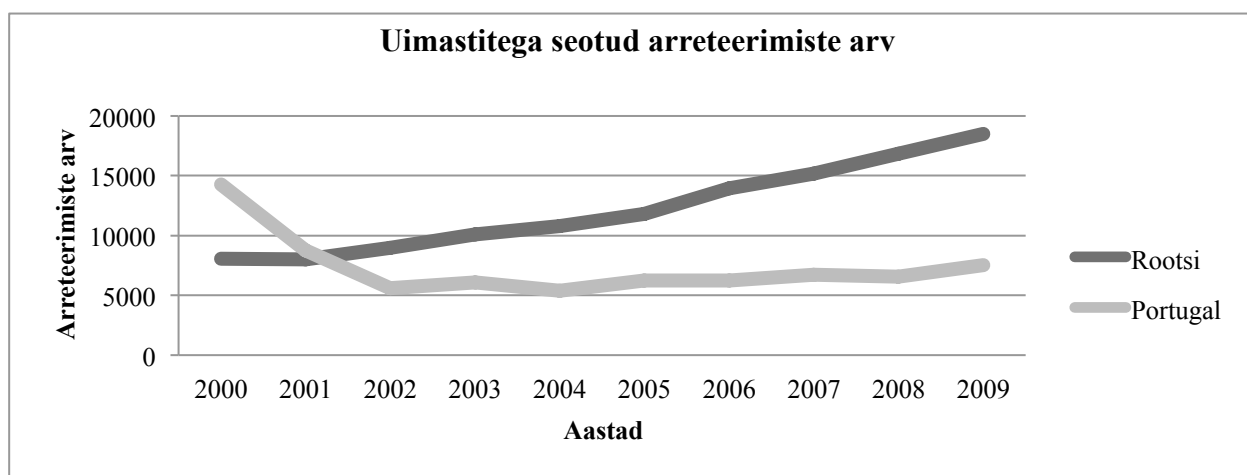
Joonisel 4 (ülal) on toodud uute HIV nakkuse saajate arv Rootsis ja Portugalis aastatel 2000-2010. Nagu näha on HIV nakkuse saajate arv Rootsis järjest kasvavas trendis, samas kui Portugalis on trend järsult langev. Aastal 2007 on toimunud nö. vahetus ning Rootsi edestab Portugali uute HIV nakkuse saajate arvu poolest. 2000. aastaks, HIV epideemia alguseks oli Rootsis diganoositud 5368 HIV positiivset inimest, kellest 804 said nakkuse korduvkasutatud süstlalt. (Reitox National Focal Point Sweden 2001) 2010. aastaks oli HIV positiivseid inimesi juba 9708, juurde nakatus kümne aastaga üle 4000 inimese. (Smittskyddsinstytutet 2012, 10) HIV nakkuse saanute hulk läbi korduvkasutatud süstla on aastate vältel püsinud 15-25% juures, millele järgneb seksuaalsel teel edasikandumine (Reitox National Focal Point Portugal 2011).

Enne seadusemuudatust 2001. aastal oli Portugal üks kõrgeima HIV tasemega riike, joonisel on see näha üsna kõrge tulbana, mis ulatub peaaegu 1500 piirini (Murkin 2014b). 2001. aastal kui võeti vastu uus poliitika suund ning seadusandlus on see hakanud aasta-aastalt langema kuni 180le uuele juhule aastas, aastaks 2010. (Reitox National focal point Portugal 2010) Samuti on langenud ka nakatumise põhjusena korduvkasutatud süstlast nakkuse saanute arv, mis 2000. aastal oli ligikaudu 50%, kuid 2010. aastaks vähenes see 25%. (Murkin 2014b; O'Neil 2011, EMCDDA data; Aleem 2015; Blackstone 2012)

2.3.5. Uimastikuritegevuse/ arreteeritute määr

Illegaalsete uimastitega seotud kuritegevust defineeritakse mõlemas riigis erinevalt. Rootsis defineeritakse kuriteona uimastite omamine, tarvitamine, kasvatamine, müümine, töötlemine ning transportimine. Portugalis aga alates 2001. aasta seaduse muudatusest defineeritakse kuriteona ainult uimastite kasvatamine, müümine, töötlemine ning transportimine, uimastite omamine ning tarvitamine ei ole kriminaalselt karistatav. Tarvitajad, vaid arreteeritakse ning suunatakse vastava Komisjoni ette. Antud indikaatori puhul vaadeldakse seaduse alusel arreteeritute arvu.

Jooniselt 5 (all) on toodud Rootsis ja Portugalis üheksa aasta jooksul uimastikuritegude alusel arreteeritute arv. Jooniselt on näha, et uimastikuritegude eest arreteeritute arv on riigiti väga erinev. Rootsis on üsna karmid seadused ning arreteeritakse kõik, kellel on väiksegi kogus uimasteid, politsei teeb aktiivselt tööd tänavatel ning peamine ressurss on suunatud tarvitajate tabamisele. 100 000 elaniku kohta on arreteerimisi aasta jooksul umbes 700. Portugalis, aga on sama suhtarv 40 piires ning on püsivalt stabiilne. Kõik arreteeritud on kohustatud astuma vastava Komisjoni ette, kes määrab süüdimõistmise korral vastava karistuse.



Allikas: Autori koostatud.

Joonis 5. Uimastitega seotud arreteerimiste hulk Rootsis ja Portugalis 2000-2009. aastatel.

Uimastitega seotud kuritegevus on Rootsis aastatega kasvavas tendentsis ning suur osa arreteerimistest on seotud uimastite omamise ning tarvitamisega see tähendab, et peamiselt arreteeritakse tarvitajaid, mitte diilereid ega kaubitsejaid. Kuigi enamasti määratakse rikkujale trahvi, siis kolmandik Rootsi vangla populatsioonist on seal seotult uimastikuritegevusega.

(Reitox National Focal Point Sweden 2002; 2009; 2014) Portugalis seevastu pärast 2001. aasta seadusemuudatust isikud küll arreteeritakse, kuid neid ei karistada karistusseadustiku alusel, vaid saadetakse kohtu asemel kolme liikmelise komisjoni ette, kes hindavad tarvitaja sotsiaalset-, majanduslikku- ning tervislikku seisundit. Seejärel määratakse tarvitajale vastav karistus.(Reitox National focal point Portugal 2011)

2.4. Poliitika instrumentide ning indikaatorite vaheline dünaamika Rootsis ja Portugalis

Rootsi

Rootsi uimastipoliitika indikaatoreid vaadeldes võib öelda, et enamasti on probleem süvenev ning näitajad kasvavas tendentsis. Uimastite tarvitamine on Rootsis riiklikul tasandil üsna tõsine probleem, lähtutakse uimastivaba ühiskonna mudelist mis eeldab, et antud määr peaks olema 0%, kuid mida saavutatud pole. Kuigi indikaatori väärtus on Euroopaga võrreldes allpool keskmist ning kuulub minimaalseimate hulka on indikaatori näitaja aastatega hoopis kasvanud. Väga kõrge ning aina kasvav näitaja on ka uimastisurmade arv, mis on saanud negatiivset vastukaja(Murkin 2014a). Samuti on kasvavas trendis HIV nakkuse määra näitaja ning uimastitega seotud kuritegevuse (arreteerimiste) määr.

Instrumentide rakendamine on kümne aasta jooksul olnud kasvavas tendentsis ning üsna aktiivne. Seaduse rakendamine on olnud põhjalik, mida osaliselt näitab ka suur arreteeritute ning karistatute arv. Politseil on Rootsis palju võimu ning suur uriinitestide tegemise arv näitab, et antud õigust kasutatakse aktiivselt. Iga aastaga viiakse läbi üha rohkem ennetuslikke programme nii koolis kui kogukonnas. Luuakse uusi Interneti saite ning viiakse läbi massikampaaniaid. Vähem rakendatakse valitsuse poolseid teenuseid. SVP teenus on reguleeritud alates 2006. aastast, teenuse kättesaadavus on kehv ning samuti ka pakutavad vahendid. Asendusravi ravikohti on lisandunud juurde alles viimastel aastatel ning kõrge probleemsete uimastitarvitajate määr eeldaks teenuse aktiivsemat pakkumist. Naloksooni, mis aitaks ennetada uimastisurmasid Rootsis teenusena ei pakuta.

Instrumentide ning indikaatorite vahelise dünaamika põhjal võib hinnata, et mida karmimad on regulatiivsed vahendid ning mida vähem ja vähemas mahus instrumente rakendatakse, seda kehvemad on ka indikaatorite näitajad. Regulatiivsed instrumendid, mida Rootsis aktiivselt

rakendatakse on liiga karmid ning põhjustavad sõltlastes hirmu, mistõttu ei julge nad üledoosis sõbrale kutsuda abi, kartes kiirabi saabudes jääda ka ise vahele (Hoskins 1998) ning see on üks mõjur uimasti üledoosidest tingitud surmade kasvul, samuti on üheks oluliseks teguriks uimastisurmade vähendamisel naloksoon, mis Rootsis puudub. (Young 2012; EMCDDA papers 2015; Coffin and Sullivan 2013) Lisaks sellele tõstavad karmid seadused ka uimasti kuritegevuse määra(Steves; Baker and Home Office 2014).

Karmid ja karistavad seadused, mis kohustavad HIV positiivset teatama oma nakkusest partnerile on samuti hirmu tekitavad ning seetõttu ei soovita minna arsti juurde ega viia läbi HIV testi, sellisel juhul on nakatunu palju nakkusohtlikum(Danzinger 1998, Demstader 2012). Samuti on karmid reeglid ning seadused pääsemaks teenusele, mis ei soosi sõltlaste ravi ja teenuste kasutamist. Mitmed uuringud kinnitavad, et efektiivse ja eduka ravi ning SVP teenuse eelduseks on teenuse hea kättesaadavus ning usaldusväärsus.(WHO 2004; Lurie et al. 1998; Strathdee and Vlahov 2001; Harris 2000; Rankin and Mattick 1997; Mattick et al. 2009)

Teenuste halb kättesaadavus ning vähene pakkumine mõjutab ka nii HIV nakkuse levikut, probleemsete uimastitarvitajate arvu, uimastitest põhjustatud surmasid kui ka uimastitega seotud kuritegevust. HIV nakkuse määr on Rootsis väga kõrge samas pakutakse teenust väikeses mahus. Vahetatavate süstlade arv ning pakutavad vahendid on minimaalsed- aastas vahetatakse vaid kuni 70 000 süstalt. Lisaks sellele on apteekides keelatud süstalde müük, mis samuti vähendab ligipääsu puhastele süstaldele, mis on aga peamiseks HIV nakkuse tõkestamise vahendiks(O'Mara 2009). SVP teenus on tunnustatud meede, vähendamaks HIV nakkuse levikut(Gibson et al. 2001; Who 2004; Käll et al.; Christensson and Ljungberg 1991 jpt.). Asendusravi, mis aitab süstivaid sõltlasi uimastitest loobumisel, aitab ennetada uimastisurmasid ning on üheks kuritegevust alandavaks meetmeks, on samuti vähe levinud: avatud on vaid viis ravikeskust, reeglid teenusele pääsemiseks ranged, samuti on piiratud ravikohtade arv.

Üldine dünaamika, mis Rootsis indikaatorite ning rakendatavate instrumentide vahel tekib näitab, et mida rangemad on seadused ja regulatsioonid ning mida vähem rakendatakse teenuseid, seda kõrgemad on ka uimastipoliitika indikaatorid. Kuigi informatiivseid vahendeid rakendatakse riigis palju, pole see piisav tagamaks indikaatorite langust (indikaatorite vahel peab toimuma koostöö).

Portugal

Portugalis on indikaatorite näitajad liikunud pigem positiivses suunas. Pärast 2001. aasta seaduse muudatust on mitme indikaatori näitajad oluliselt alanenud. Seoses seaduse muudatusega, kus kümnepäevase kogusega uimastitarvitajat ning omamist karistusseadustiku alusel ei vaadelda, vähenes uimastiseaduse alusel arreteeritute arv poole võrra ning on püsinud samal tasemel üheksa aastat. Lisaks sellele on oluliselt vähenenud HIV nakatunute arv. Uimastisurmade tase on Portugalis stabiilne ning püsivalt madal, jäädes alla 50 surma aastas. Vähenenud on ka kanepi tarvitamine noorte seas. Kasvanud on vaid kanepi tarvitamine täiskasvanute seas ning probleemsete uimastitarvitajate hinnanguline arv, mis võib olla põhjustatud indikaatori hinnangulisest määramisest tulenevast olemusest ning probleemist.

Nagu Rootsis, rakendatakse ka Portugalis mitmeid erinevaid instrumente, mis on mõeldud nii üldise poliitilise suuna määramiseks, kuriteo defineerimiseks kui ka karistuste määramiseks. Instrumente on rakendatud aktiivselt. Vastavalt seaduse muudatusele vähenes arreteeritute arv ligi 50% ning kõik kinnipeetud suunati Komisjoni ette, kus hinnati sõltlase seisundit ning määrati vastav karistus, mis enamasti oli kas trahv, ravile suunamine või hoiatus. Palju panustati informatiivsete instrumentide rakendamisele, kus iga aastaga kasvas programmide ning projektide arv. Valitsuse poolsetest teenustest pakutakse väga suure varieeruvusega teenuseid, mis annavad sõltlasele võimaluse valida sobivaim ravimeede. Ravi on kättesaadav ja kvaliteetne. SVP'd on laialdaselt levinud, aastas vahetatakse üle kolme miljoni süstla. Portugal pakub ka naloksooniprogrammi.

Dünaamika instrumentide rakendamise ning indikaatorite vahel näitab, et mida avatum on riik oma suhtumises sõltlastesse ning mida rohkem pakutakse teenuseid, seda paremad on indikaatorite tulemused. Rakendatud regulatiivsed vahendid suhtuvad sõltlastesse kui haigesse, mitte kui kurjategijasse, see tekitab sõltlastes usaldust ning nad on altimad asuma ravile ning kasutama teenuseid. 2001. aasta uimastiseaduse muudatus, vähendas uimastikuritegevuse indikaatorit, nüüdsest ei arreteeritud karistusseadustiku alusel enam kümne ja vähema päeva kogusega tarvitajaid. Vähenes ka karistatute ja süüdimõistetute arv, kuna kriminaalkaristuse asemel määrati rikkujale trahv, ravi või hoiatus.

Valitsuse poolseid teenuseid rakendati üsna suures mahus ning pakutavad teenused on mitmekülgsed. SVP teenused on üleriigi kättesaadavad, vahetatavate süstlade arv ületab aastas kolm miljonit, pakutavad vahendid SVP's sisaldavad kogu vajalikku varustust ohutuks

süstimiseks. 2005. aasta raporti kohaselt ennetatakse SVP teenusega aastas ligikaudu 3000 HIV juhtu aastas, lisaks tagatakse teenuse kaudu informatsiooni levik.(Reitox National focal point Portugal 2009) Nagu ka piiratud ratsionaalsuse teooriast järeldub(Golut, Lane 2012, 1), mida informeeritum on inimene antud olukorrast, seda tõenäolisemalt teeb ta paremaid otsuseid.

Samuti on kättesaadavad asendusravi teenused ning kõigile soovijatele on tagatud ravikoht. Lisaks pakub Portugal mitmeid alternatiivseid teenuseid- kommuunid, päevakeskused ning detoksifikatsioon, kus on võimalik saada sõltuvuse korral abi. Instrumente on rakendatud laialdaselt ning mitme indikaatori tulemus on paranenud. Nähtavalt on alanenud HIV nakkuse levik, kanepi tarvitamine noorte seas, uimastitega seotud arreteerimiste arv. Stabiilsena on püsinud uimasti üledoosist tingitud surmade arv.

Üldine seos rakendatavate instrumentide ning indikaatorite vahel on tajutav. Portugal rakendas laialdaselt erinevaid instrumente ning kõikide teenuste pakkumisel püüti tagada kättesaadavus ning kvaliteet. Dünaamika näitab, et mida avatumalt suhtus riik sõltlastesse ning mida rohkem teenuseid pakkus, seda paremad olid ka indikaatorite tulemused.

2.5. Järeldused

Analüüsides, milliseid poliitika indikaatoreid Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendati ning milline on riikides valitsev dünaamika rakendatud instrumentide ning indikaatorite vahel, võib teha alljärgnevad järeldused. Analüüsimisel kasutati dokumendianalüüsi ning selle käigus kasutati riiklikke raporteid ning ajakirjanduses ilmunud artikleid. Ajaperioodina analüüsiti tulemusi 2000- 2010 aastatel (andmete puudumisel kättesaadavat informatsiooni).

Käesoleva töö analüüsist selgus, et Portugali ja Rootsi uimastipoliitikas rakendatakse mitmeid erinevaid poliitika instrumente. Peamised instrumentide klassid, mida rakendatakse on informatiivsed ning regulatiivsed vahendid ja valitsuse poolt pakutavad teenused. Instrumente on rakendatud läbivalt kõigi indikaatorite täitmisel.

Rakendatud poliitika instrumendid oli mõlemas riigis üsna sarnased. Nii Rootsis kui Portugalis rakendati nii informatiivseid kui regulatiivseid vahendeid ning ka valitsuse poolt pakutavaid teenuseid. Peamised erinevused seisnesid regulatiivsete vahendite olemuses, kus Rootsi poliitika oli pigem repressiivne ning keelustav ning Portugali poliitika ja regulatsioonid liberaalsemad ning toetavamad. Oluline erinevus seisnes uimastikuriteo definitsioonis, mis Rootsis määratles

kuriteona igasuguse uimastitega seotud tegevuse ning Portugalis karistatakse karistusseadustiku alusel, vaid diilereid ja kaubitsejaid.

Rootsi regulatiivsed instrumendid olid pigem karistava iseloomuga, probleemi lahendamisel püüti rakendada karistusi ning kohustusi ja tihti lõppes uimastitega seotud tegevus sanktsioonidega. Karmid seadused ning regulatsioonid mõjutasid teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust, mis Rootsis oli oluliselt kehvem kui Portugalis ning see omakorda oli mõjuriks mitme indikaatori tulemustele. Rootsi oli halvemas seisus nii täiskasvanud elanikkonna kanepitarvitamise määrades, üledoosidest tingitud surmade korral, alates 2007. ka HIV nakkuse määra poolest ning uimastitega seotud kuritegevuses. Kuigi Portugal on Rootsist tagapool nii noorte kanepi tarvitamise määra kui probleemsete uimastitarvitajate määra alusel on instrumentide positiivne dünaamika indikaatorite suhtes siiski märgatav. Seda enim just HIV nakkuse määra alandamisel ning uimastikuritegevuse alandamisel. Regulatiivsete instrumentide positiivne dünaamika indikaatorite suhtes oli kindlasti suurem Portugalis, kus mitmete indikaatorite näitajad vähenesid kümne aasta jooksul oluliselt, kuid seos oli tuntav ka Rootsis.

Mõlemas riigis rakendati peaaegu identselt informatiivseid poliitika instrumente, Portugalis oli vaid väikse lisana ka telefoniabiliini teenus. Mõlemas riigis olid kohalikul tasandil olemas kavad ning strateegiad, mille alusel tegevusi ning plaane ellu viidi. Kuigi Rootsis kasvas uimastitarvitajate määra näitaja, püsis see mõlemas riigis allpool Euroopa keskmist, näidates head tulemust.

Valitsuse poolt pakutavate teenustena rakendati mõlemas riigis põhilisi teenuseid: SVP ja asendusravi, Portugalis rakendati lisaks sellele ka naloksooni programmi ning alternatiivseid ravimeetmeid. Erinevused ilmnesisid teenuse pakkumise mahus ja ulatuses. Rootsis pole teenused kõikjal kättesaadavad ning on avatud vaid vähest aega. Portugalis on antud teenuste võrk abivajajatele kättesaadavam. Rootsi teenuste puudulik pakkumine on avaldanud mõju ka mitmele indikaatori näitajale näiteks nagu uimastisurmade arv ning HIV nakkuse levik. Valitsuse poolt pakutavate teenuste dünaamika indikaatorite suhtes on taaskord parem Portugalis, kus rakendati rohkem ning kvaliteetsemalt antud instrumente. Rootsis, kus teenuste kättesaadavus ja kvaliteet oli halvem jäid ka vastavate indikaatorite tulemus Portugalile alla ning seos antud indikaatorite osas oli halvem.

Vaadeldes kahte riiki eraldi võib järeldada, et instrumentide ning indikaatorite vaheline dünaamika Rootsis näitab, et mida karmimad olid seadused, mida vähem teenuseid rakendati,

seada halvemad olid ka näitajad. Portugalis valitses teistpidi dünaamika, millest võib järeldada, et mida rohkem instrumente rakendati ning leebemad olid regulatsioonid, seda paremad olid ka indikaatorite näitajad. Võrreldes kahte riiki, võiks edukamaks pidada Portugali, kus rakendavate meetmete hulk ja maht oli suurem ning ka indikaatorite näitajad olid paremad.

Kokkuvõte

Poliitika instrumendid on oluliseks osiseks poliitika eesmärkide saavutamisel, osaledes nii poliitika kujundamisel kui elluviimisel. Olemuselt on need tehnilised vahendid, mida valitsus kasutab, et viia ellu oma võimu ning poliitika kujundajate seatud eesmärgid. Uimastipoliitikas rakendatakse peamiselt nelja poliitika instrumentide kategooriat: regulatsioonid, majanduslikud vahendid, valitsuse otsene sekkumine ning informatiivsed vahendid. Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas on tuvastavad neist kolm kategooriat, kust välja jäävad majanduslikud vahendid. Instrumentide mõjusust poliitikale saab kõige paremini hinnata vaadates poliitikaga seatud indikaatoreid.

Antud magistritöö eesmärgiks oli uurida Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas rakendatavaid poliitika instrumente ning akadeemilise kirjanduse ning statistiliste andmete põhjal hinnata nende dünaamikat kummaski riigis. Täpsemalt vaadati rakendatavate instrumentide dünaamikat viie poliitikaga seatud indikaatori osas. Nendeks viieks analüüsitavaks indikaatoriks olid: uimastitarvitajate määr, probleemsete uimastitarvitajate arv, HIV nakkuse määr, narkosurmade arv ning uimastikuritegevuse (arreteerimiste) määr. Magistritööga otsiti vastust küsimusele, missuguseid poliitika instrumente rakendati Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas ning milline oli seos riigis rakendatavate instrumentide ning indikaatorite vahel.

Juhtumianalüüsi käigus selgus, et peamiselt rakendati Rootsi ning Portugali uimastipoliitikas kolme poliitika instrumentide klassi: regulatiivseid vahendeid, valitsuse otsesest sekkumisest ning informatiivseid vahendeid. Erinevused seisnesid rakendatavate instrumentide olemuses ning mahus. Rootsi oli repressiivsem ning pigem karistav, pakkudes vähem teenuseid ning ka teenuste kättesaadavus oli halvem. Portugal seevastu pakkus oluliselt rohkem teenuseid, suuremas mahus. Rakendatavad regulatiivsed instrumendid olid liberaalsemad ning toetavamad.

Portugali uimastipoliitika on suunatud uimastisõtlase abistamisele ning tarvitajat vaadeldakse kui haiget. Sellest lähtuvalt on rakendatavad sekkumised ja meetmed humaansed ning suunatud nii ennetusele kui ka sõtlaste taasühiskonnastumisele pakkudes suurt hulka teenuseid, mis on mõeldud uimastisõtlaste raviks ning ühiskonda tagasi toomiseks. Rootsis seevastu on poliitika eesmärgiks tarvitajaid karistada ning seeläbi neid taasühiskonnastada. Tarvitajat koheldakse kui kurjategijat. Kuna Portugal suunab suure osa ressursse tarvitajate abistamisele on nende rakendatavad instrumendid ravi ning kuritegevuse valdkonnas mitmekülgsemad ning kättesaadavamad ja kvaliteetsemad. Sellest lähtuvalt on ka instrumentide mõju oluliselt suurem. Rootsi keskendub peamiselt ennetusele ning kurjategijate kinnipidamisele, mistõttu nende ravivaldkond on oluliselt kehvemas seisus ning rakendatavad meetmed ei avalda piisavat mõju, et vähendada probleemsete uimastisõtlaste arvu ning suremust.

Kokkuvõttes võib käesoleva magistr töö põhjal järeldada, et Rootsi ja Portugali uimastipoliitikas on rakendatud mitmeid erinevad poliitika instrumente ning dünaamika instrumentide ning indikaatorite vahel tajutav. Riike võrreldes on edukamalt hakkama saanud Portugal, kes on vähendanud indikaatorite näitajaid kuid säilitanud ka humaanse elukeskkonna. Rootsi on samuti vähendanud mõne indikaatori näitajat, kuid repressiivne poliitika ei taga piisavat ravi pakkumist ning sõtlaste tervenemist. Mõlemal riigil tuleb probleemi lahendamiseks ning uimastikahjude vähendamiseks teha veel palju tööd, kuid eeldused on olemas.

Summary

“Comparative analysis of policy instruments implemented in Sweden's and Portugal drug policy”

Drug epidemic has become one of the most severe problems of our society. Since 1970's drugs has become more available and more people are using drugs. The ideal model of drug free society has become unreachable. Different countries have developed a wide range of interventions and policies to deal with the issue. Sweden for example has implemented zero-tolerance policy which is one of the toughest policies in the world and it's main goal is a drug free society. Portugal in the other hand has gone a bit different way implementing softer and more humane policy by decriminalizing drugs. Both countries use a wide range of different drug policy interventions.

The goal of the thesis is to identify what kind of drug policy instruments are implemented in Sweden's and Portugal drug policy and assess their dynamics regarding five indicators. The indicators under evaluation is: drug use in population, problem drug users, HIV infection rate, drug deaths and drug related crime rate. The research question what thesis is trying to answer is: what kind of policy instruments are implemented in Sweden's and Portugal drug policy and what kind of influence they have on policy indicators?

The theoretical part of the thesis is based on the policy instruments theory. It gives an overview of policy instruments definition, classification types, describes different types of policy instruments and bases for choosing instruments and finally brings out theoretical ideas of policy instruments effectiveness. There are three policy instruments categories used in drug policy: regulations, government interventions and information tools.

This Master thesis is a case study using qualitative research methods. Data was collected by using document analysis, the required information was collected from different sources such as online surveys, scientific articles and research documents, also from national home-pages and

EMCDDA country reports. Data were collected on five drug policy indicators between 2000-2010.

The case analysis showed that main categories used in Sweden's and Portugal drug policy were regulations, government interventions and information tools. Even though countries data and results were quite similar, Portugal were still a bit better and used interventions showed better results in indicators than in Sweden. Drug use rate in both countries were approximately 8-9%, both countries used similar information tools and interventions. Other indicators had a bit different data and results. Sweden had a lot less problem drug users than Portugal, but had a lot more drug related deaths. Same was with HIV infection rate that was a lot smaller in Sweden, but crime rate was again higher than in Portugal. Used instruments were quite similar but Portugal concentrated on prevention and treatment, Sweden in the other hand concentrated more on criminal system.

The analysis showed that Portuguese drug policy is aimed to help drug addicts and views them as sick persons. Based on this, implemented drug policy interventions are more humane and directed to prevention and drug addicts treatment system, offering a wide range of treatment services and re-socializing interventions. Sweden in the other hand has set the drug free society goal and uses punitive methods. Drug users are treated as criminals.

In conclusion it can be inferred, that drug policy interventions implemented in Sweden and Portugal drug policy have been effective and have helped reducing problems that drug use is causing. Comparing Portugal and Sweden more successful has been Portugal which has reduced many indicators and has also preserved humane environment. Sweden has also reduced many indicators, but repressive policy causes many problems such as fear, stigmatization and discrimination.

Kasutatud kirjandus

Akadeemilised allikad

1. Balzacq, T. (2008). *The external dimensions of EU justice and home affairs: tools, processes, outcomes*. CEPS Working document No. 303.
2. Bemelmans-Videc, M-L.; Rist R.C.; Vedung E. (2011). *Carrots, sticks and sermons. Policy instruments and their evaluation*. New Jersey: Transactional publishers.
3. Bobrow, D. B. (2006). "Policy Design: Ubiquitous, Necessary and Difficult", in B. G. Peters (ed.), *Handbook of public policy*, Sage, Beverly Hills, CA.
4. Boekhout van Solinge, T. (1997). *The Swedish Drug Control System: An in-depth review and analysis*. Amsterdam: Cedro.
5. Bressers, H. T. A. and O'Toole, L. J. (1998). The selection of policy instruments: a network-based perspective. *Journal of public policy*. Vol.18, No. 3, 213-239.
6. Bridgman, P. and Davis G. (2004) *The Australian policy Handbook*. Sydney: Allen and Unwin.
7. Brigham, J. and Brown, D. (1980). *Policy implementation: penalties or incentives?* United Kingdom: Sage.
8. Bryman, A. (2012) „Part One“ in *Social Research Methods*, 4th Ed., Oxford: Oxford University Press, 1-129.
9. Capano, G and Lippi, A. (2013). *Enlightening policy mix complexity: a typology of actors choices*. ICPP Conference, Grenoble, 2013.

10. Christensson, B., Ljungberg, B. (1991). Syringe Exchange for Prevention of HIV Infection in Sweden: Practical Experiences and Community Reactions. *Substance use and misuse*. Vol. 26, No. 12, pp 1293-1302.
11. Coffin, P. O., Sullivan, S. D. (2013). Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal in Russian cities. *Journal of Medical Economics*. Vol. 16, No. 8, 1051-1060.
12. Crisholm, D., Doran, C., Shibuya, K., Rehm, J. (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug and alcohol review*. Vol. 25, 553-565.
13. Crotty, M. (1998). „Introduction: The Research Process“ in *The Foundations of Social Research: Meaning and perspective in the research process*, Sage Publications, 1-17.
14. Danzinger, R. (1998). HIV Testing for HIV Prevention: A Comparative analysis of policies in Britain, Hungary and Sweden. *AIDS Care*. Vol. 10, No. 5.
15. de Lovinfosse, J. (2008). *How and why do policies change? A Comparison of Renewable Electricity Policies in Belgium, Denmark, Germany, the Netherlands, and the UK*. Germany: Die Deuche Biblioteke.
16. Doern, G.B. and Phidd R. W. (1983). Public policy: ideas, structure, process. *Canadian Journal of political science*. Vol. 17, No. 1, 178-179.
17. Flyvberg, B. (2006). „Five Misunderstandings about Case-Study Research“ *Qualitative Inquiry* Vol 12, No. 2, 219–245.
18. Gibson, D.R., Flynn, N. M., Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*. Vol. 15, No. 11.
19. Golut, F and Lane. P.C.R. (2012). *Bounded rationality learning*. New York: Springer.
20. Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Kättesaadav: <http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies>. 13.03.2015.

21. Howlett, M and Ramesh, M. (1993). "Patterns of Policy Instrument Choice: Policy Styles, Policy Learning and the Privatization Experience", *Policy Studies Review*, Vol.12, No. 1-2 , 1-22.
22. Howlett, M. (2005). "What is a Policy Instrument? Policy Tools, Policy Mixes and Policy-Implementation Styles." In *Designing Government*. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, 311-50.
23. Howlett, M. (2011). *Revisiting Policy Design: The Rise and Fall (and Rebirth?) of Policy Design Studies*. General Conference of the European Consortium for Political Research (ECPR), Iceland Reykjavik 2011.
24. Howlett, M., Ramesh, M. and Perl, A. (2009). *Public policy: Policy cycles and policy subsystems*. Oxford: Oxford University press.
25. Hughes, C.E., Stevens, A. (2010). *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?* The British journal of criminology. Vol. 50, 999-1022.
26. Isacson, D and Bingefors, K. (2002). Attitudes towards drugs- a survey in the general population. *Pharmacy world and science*. Vol. 24, No. 3, 104-110.
27. Justiitsministeerium, Riigikantselei (2012). „Mõjude hindamise metoodika“ Kättesaadav: http://www.just.ee/sites/www.just.ee/files/elfinder/article_files/mojude_hindamise_metoodika.pdf
28. Käll, K., Hermasson, U., Amundsen, E. J., Rönnback, K., Rönnberg, S. The effectiveness of needle exchange programmes for HIV Prevention- a critical review. *The Journal of Global Drug Policy and Practice*. Kättesaadav: <http://www.globaldrugpolicy.org/Issues/Vol%201%20Issue%203/The%20Effectiveness%20of%20Needle%20Exchange.pdf>. 20.03.2015.
29. Kirchen, E.S. (1964) *Economic policy in our times*. Chicago: University of Chicago press.
30. Kraft, M.E. and Furlong S.R. (2007). *Public policy: politics, analysis and alternatives*. University of Michigan: CQ press.
31. Lafreniere, G. (2002). *National drug policy: Sweden*. Kättesaadav: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/gerald-e.htm>. 13.03.2015.

32. Lascombes, P. and Le Gales P. (2007). Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments—From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, Vol. 20, No. 1, 1–21.
33. Linder, S. H and Peters, B. G. (1989). Instruments of government: perceptions and context. *Journal of public policy*. Vol 9, No. 1, 35-58.
34. Linder, S. H, and Peters B. G. (1990). “Policy Formulation and the Challenge of Conscious Design”, *Evaluation and Program Planning*. Vol. 13, No. 3, 303-311.
35. Lurie P, Gorsky R, Jones T-S, Shomphe L. (1998). An Economic Analysis of Needle Exchange and Pharmacy-based Programs to Increase Sterile Syringe Availability for Injection Drug Users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. University of California: San Francisco.
36. Mahoney, J. ja G. Goertz (2006) .“*A Tale of Two Cultures: Contrasting Quantitative and Qualitative Research.*” *Political Analysis*, 14, 227–249.
37. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane*. Vol. 3. Kättesaadav: http://www.oregon.gov/oha/amh/docs/Methadone_maintenance_therapy_review.pdf. 20.03.2015.
38. May, P. J. (1986). Politics and policy analysis. *Political Science Quarterly*. Vol. 101, 109-125.
39. McVay, D.A. (2014). *Drug war facts*. Canada.
40. Merkinaitė, S. (2012). *A war against people who use drugs: the costs*. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network.
41. Moreira, M., Hughes, B., Costa Storti, C., Zobel.F. (2011). *Drug policy profiles - Portugal*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
42. Muscat, R. (2008). *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

43. O'Mara, E. (2009). Sweden violates human rights. *The International Network of People Who Use Drugs*. Kättesaadav: <https://inpud.wordpress.com/2009/06/17/sweden-violates-human-rights/>. 20.03.2015.
44. Perrels, A. (2001). *Efficiency and effectiveness of policy instruments: concepts and practice*. Workshop on good practices in policies and measures, Copenhagen 2011.
45. Rankin, J., Mattick, R. P. (1997). Review of the effectiveness of methadone maintenance treatment and analysis of St Mary's Clinic. *NDARC Technical Report*. No. 45. Kättesaadav: <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/T.R%20045.pdf>. 20.03.2015.
46. Ritter, A. and McDonald, D. (2005). *Monograph No. 02: Drug policy interventions: A comprehensive list and a review of classification schemes*. DPMP Monograph Series. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
47. Ritter, A., McDonald, D. (2008). Illicit drug policy: scoping interventions and taxonomies. *Drugs: education, prevention and policy*. Vol. 15, No. 1, 15-35.
48. Rolles, S. (2009). *After the war on drugs: blue print for regulation*. United Kingdom: Adam Shaw Association.
49. Salamon, L.M. and Lund, M.S. (1989). *Beyond privatization: the tools of government action*. Washington D.C.: The Urban Institute Press.
50. Schneider, A., & Ingram, H. (1990). Behavioral assumptions of policy tools. *The Journal of Politics*. Vol. 52, No. 2, 510-529.
51. Stone, A. (1982). *Regulation and its alternatives*. University of Michigan: Congressional Quarterly Press.
52. Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, Vol. 379, 71-83.
53. Strathdee, S.A., Vlahov, D. (2001) .The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy. *AIDScience*. Vol. 1, No. 16.
54. Talu, A., Abel, K., Kutsar, K., Laastik, L., Allaste, A-A., Ahven, A. Neuman, A. (2005). *Narkomaania Eestis*. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: AS Spin Press.

55. Torre, C. (2009). *Syringe exchange programmes- the Portuguese experience*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
56. Vahar, K. (2014). *Liberaalse ja Karmi uimastipoliitika edukuse analüüs*. Tallinn: Tartu Ülikool.
57. Woo, J-J. and Gou, Y. (2013). *Several birds with one stone: multiple objectives in policy instrument design. The case of financial regulation in Singapore and Hong Kong*. International Political Science Association (IPSA), France, Grenoble, June 2013.
58. Woodside, K. (1986). Policy instruments and the study of public policy. *Canadian journal of political science*. Vol. 19, No. 4, 775-793.
59. Yin, R. (2003). *"The Role of Theory in Doing Case Studies."* In *Applications of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 3–27.
60. Young, M. (2012). *Study shows naloxone kits cost-effective in preventing overdose deaths*. Kättesaadav: <http://www.washington.edu/news/2012/12/31/study-shows-naloxone-kits-cost-effective-in-preventing-overdose-deaths/>. 20.03.2015.
61. Zehavi, A. (2012). *New governance and policy instruments: are governments going "soft"?* The Oxford Handbook of Governance.

Muud allikad

62. Aleem, Z. (2015). 14 years after decriminalizing all drugs, here's what Portugal looks like. *Policy Mic*. Kättesaadav: <http://mic.com/articles/110344/14-years-after-portugal-decriminalized-all-drugs-here-s-what-s-happening>. 20.03.2015.
63. Avert 2014. Global HIV and AIDS Epidemic. Kättesaadav: <http://www.avert.org/global-hiv-aids-epidemic.htm>. 25.04.2015.
64. Baker, N; Home Office. (2014) *Drugs: international comparators*. Kättesaadav: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368489/DrugsInternationalComparators.pdf. 18.04.2015.

65. Blackstone, S. (2012). Portugal decriminalized all drugs eleven years ago and the result are staggering. *Business Insider*. Kättesaadav: <http://www.businessinsider.com/portugal-drug-policy-decriminalization-works-2012-7>. 20.03.2015.
66. Challenging Sweden's HIV policy. Kättesaadav: <http://www.ippf.org/news/blogs/Challenging-Swedens-HIV-Policy>. 18.04.2015.
67. Demstader, C. (2012) The infected years: when HIV came to Sweden. *The Local*. Kättesaadav: <http://www.thelocal.se/20121204/44682>. 20.03.2015.
68. EMCDDA data. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>. 18.04.2015.
69. EMCDDA drug markets and supply reduction. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/indicators/drug-markets-crime-and-supply-reduction>. 18.04.2015.
70. EMCDDA Illegal possession of drugs. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5749EN.html>. 18.04.2015.
71. EMCDDA key indicators. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>. 18.04.2015.
72. EMCDDA Overdose deaths. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>. 20.03.2015.
73. EMCDDA papers. (2015) Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
74. EMCDDA problem drug use. (2014). Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>. 20.03.2015.
75. EMCDDA Sweden. Kättesaadav: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/sweden>. 13.03.2015.
76. Graham, G. (2014). Drug laws around the world. Kättesaadav: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/crime/11197559/Drug-laws-around-the-world-does-anyone-get-it-right.html>. 25.04.2015.
77. Harris, L. (2000) *Methadone maintenance found to be more effective in treating heroin addiction than 180 day detoxific.* Kättesaadav:

<https://www.ucsf.edu/news/2000/03/5047/methadone-maintenance-found-be-more-effective-treating-heroin-addicti>. 20.03.2015.

78. Hollersen, W. 2013. This is working. Portugal 12 years of the decriminalizing drugs. Spiegel Online International. Kättesaadav: <http://www.spiegel.de/international/europe/evaluating-drug-decriminalization-in-portugal-12-years-later-a-891060-2.html>. 13.03.2015.

79. Hoskins, V. M. (1998) The Silence Not as Powerful in Sweden. *Body Positive*. Kättesaadav: <http://www.thebody.com/content/art30489.html>. 20.03.2015.

80. Murkin, G. (2014a) *Drug policy in Sweden: a repressive approach that increases harm*. Kättesaadav: <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-policy-sweden-repressive-approach-increases-harm>. 20.03.2015.

81. Murkin, G. (2014b) *Drug decriminalization in Portugal: setting the record straight*. Kättesaadav: <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>. 20.03.2015.

82. Nispen F. K. M. *Policy instruments*. available at: dwb.unl.edu/teacher/nsf/c09/c09links/www.../policy.htm.

83. O'Neil, T. (2011). Ten years ago Portugal legalized all drugs - what happened next? *The Fix*. Kättesaadav: http://www.alternet.org/story/151635/ten_years_ago_portugal_legalized_all_drugs_--_what_happened_next. 20.03.2015.

84. Reitox National Focal Point (2002) *National Report 2001*. Portugal. Lisbon.

85. Reitox National Focal Point (2003) *National Report 2002*. Portugal. Lisbon.

86. Reitox National Focal Point (2003) *National Report 2002*. Sweden. Östersund.

87. Reitox National Focal Point (2005) *National Report 2004*. Sweden. Östersund.

88. Reitox National Focal Point (2006) *National Report 2005*. Portugal. Lisbon.

89. Reitox National Focal Point (2008) *National Report 2009*. Sweden. Lisbon.

90. Reitox National Focal Point (2009) *National Report 2008*. Portugal. Lisbon.

91. Reitox National Focal Point (2009) *National Report 2010*. Sweden. Lisbon.

92. Reitox National Focal Point (2011) *National Report 2010*. Portugal. Lisbon.
93. Reitox National Focal Point (2012) *National Report 2011*. Sweden. Lisbon.
94. Reitox National Focal Point (2014) *National Report 2013*. Sweden. Lisbon.
95. Reitox National Focal Point. (2001) *National Report 2000*. Sweden. Stockholm.
96. RNW. (2012). One hundred years of the war on drugs. Kättesaadav: <https://www.rnw.org/archive/one-hundred-years-war-drugs>. 25.04.2015.
97. Serlin, T. (2014). The issue- why hard-line drug policies don't work. Tez Magazine, 16. mai. Kättesaadav: <https://www.tes.co.uk/article.aspx?storycode=6428999>. 15.03.2015.
98. Smittskyddsinstitutet (2012) Global AIDS response progress report. Kättesaadav: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12846/global-aids-response-progress-report.pdf>. 18.04.2015.
99. Steves, R. Views on Drug policy reforms. Kättesaadav: <https://www.ricksteves.com/about-rick/drug-policy-reform>. 18.04.2015.
100. Sweden's HIV sex law leaves country divided. Kättesaadav: <http://www.thelocal.se/20131129/swedens-hiv-disclosure-law-divides-nation>. 18.04.2015.
101. *Sweden's successful drug policy a review of the evidence*. 2007. Kättesaadav: http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf. 13.03.2015.
102. Sweden's tough laws leave addicts behind. 2014. The Local, 10. april. Kättesaadav: <http://www.thelocal.se/20140410/swedens-strict-anti-drug-laws>. 13.03.2015.
103. Swedish council for Information. (2010). *Drug trends in Sweden 2010*. Kättesaadav: <http://www.can.se/contentassets/97d77ab4b84540179a16e08ac177efd8/can-rapportserie-125-drogutvecklingen-i-sverige-2010-summary.pdf>. 20.03.2015.
104. Swedish National Institute of Public Health homepage. kättesaadav: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/>. 20.03.2015.
105. Swedish National Institute of Public Health. "2013 National Report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Sweden: New Developments, Trends and in-

depth information on selected issues." Östersund: Swedish National Institute of Public Health, 2013

106. Tham, H. Abolish the Slogan "a drug free society". Kättesaadav: <http://www.cannabislegal.de/international/se-tham.htm>. 18.04.2015.

107. United Nations of Drugs and Crime. (1995). The social impact of drug abuse. Kättesaadav: http://www.unodc.org/pdf/technical_series_1995-03-01_1.pdf. 25.04.2015.

108. United Nations Office on Drugs and Crime. (1998). Economic and social consequences of drug abuse and illicit trafficking. Kättesaadav: http://www.unodc.org/pdf/technical_series_1998-01-01_1.pdf. 28.04. 2015.

109. Who. 2004. *Evidence for action technical papers effectiveness of sterile needle and syringe programming reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Kättesaadav: <http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/EffectivenessNSP.pdf>. 20.03.2015.