



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ET

ISSN 2314-906X

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2016



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

| Euroopa | uimasti- | probleemide | aruanne

Suundumused ja arengud

2016

Õigusteave

Käesolev Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) väljaanne on autoriõigusega kaitstud. EMCDDA ei võta enesele vastutust ega kohustusi seoses selles dokumendis sisalduvate andmete kasutamisest tulenevate tagajärgedega. Käesoleva väljaande sisu ei pruugi kajastada EMCDDA partnerite, Euroopa Liidu liikmesriikide või Euroopa Liidu mis tahes institutsiooni või asutuse ametlike seisukohti.

Europe Direct on teenistus, mis aitab leida vastused Euroopa Liitu käsitlevatele küsimustele.

Tasuta infotelefon(*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Antav teave on tasuta nagu ka enamik kõnesid (v.a mõne operaatori, hotelli ja telefonikabiini puhul).

Lisateavet Euroopa Liidu kohta saab Internetist aadressil <http://europa.eu>.

Aruanne on avaldatud bulgaaria, hispaania, tšehhi, taani, saksa, eesti, kreeka, inglise, prantsuse, horvaadi, itaalia, läti, leedu, ungari, hollandi, poola, portugali, rumeenia, slovaki, sloveeni, soome, rootsi, türgi ja norra keeles. Kõik tõlked on teinud Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskus.

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2016

ISBN: 978-92-9168-894-4

doi:10.2810/29441

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2016

Reprodutseerimine on lubatud allikale viitamisel.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (2016), *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2016: Suundumused ja arengud*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

Printed in Belgium

TRÜKITUD VALGELE ELEMENTAARKLOORIVABALE PAPERILE (ECF)



**Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus**

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Sisukord

5	Eessõna
9	Sissejuhatav märkus ja tänuavaldus
11	KOKKUVÕTE Märgid viitavad endiselt Euroopa uimastituru vastupidavusele
17	1. PEATÜKK Uimastite pakkumine ja turg
37	2. PEATÜKK Uimastitarbimise levik ja suundumused
53	3. PEATÜKK Uimastitega seotud kahju ja meetmed
71	LISA Riikide andmete tabelid

| Eessõna

Meil on hea meel esitleda EMCDDA Euroopa uimastiolukorra 21. iga-aastast analüüsi, mis on meie kui EMCDDA vastvalitud direktori ja haldusnõukogu esinaise jaoks esimene omataoline. Nagu eelmiselgi aastal, esitatakse 2016. aasta Euroopa uimastiprobleemide aruandes tervikliku multimeediapõhise teabepaketi vormis ajakohane ülevaade Euroopa uimastiolukorra viimastest suundumustest ja arengutest. See on ainulaadne aruanne, sest selles esitatakse ajakohane tiptasemel koondülevaade uimastikasutusest, -probleemidest ja -turgudest ning olukorra analüüsis võetakse arvesse uimastipoliitika ja tavade teavet.

Selle aasta analüüsis juhitakse taas kord tähelepanu sellele, et Euroopa seisab silmitsi järjest keerulisema uimastiprobleemiga, milles on üha suurem osa stimulantidel, uutel psühhoaktiivsetel ainetel, ravimite kuritarvitamisel ja probleemsel kanepitarbimisel. Aruandes tuletatakse ka meelde, et osa varasemaid probleeme ei ole kuhugi kadunud, kuigi muutumas on väljakutsed, mida need nii poliitika kui ka tavade seisukohast esitavad. Euroopas valitsev opioidiprobleem on 2016. aasta analüüsis endiselt kesksel kohal, kajastades nende uimastite püsivat märkimisväärset mõju suuremusele ja haigestumusele. Heroiini ja sünteetiliste opioidide tarbimise seos muutub üha keerulisemaks ning sellega kaasneb opioididest põhjustatud surmajuhtumite hinnangulise koguarvu murettekitav tõus. Raviteenused peavad Euroopas vastama üha keerulisematele tervishoiuvajadustele, mis tulenevad herooinitarbijate vananemisest, ning poliitikakujundajad peavad kindlaks tegema sellise rühma jaoks kõige sobivamad pikaajalised ravieesmärgid. Muudes maailma riikides levivad uued herooinepideemiad tuletavad samal ajal meelde, et selles valdkonnas tuleb olla valvas ja endiselt on oluline pidev seire.

Käesolev aruanne valmis koostöös ja me täname kõiki, kes selle koostamisele kaasa aitasid. Nagu ikka, põhineb aruandes esitatud analüüs Reitoxi riiklikelt teabekeskustelt ja riikide ekspertidelt saadud andmetel. Peale selle saime teavet oma Euroopa tasandi institutsioonilistelt partneritelt, eelkõige Euroopa Komisjonilt, Europolilt, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuselt ning Euroopa Ravimiametilt. Meil on rõõm märkida, et selle aasta aruande koostamisel saime Euroopa teadusvõrgustikelt linnade tasandi lisateavet, mis täiendab riikide andmeid reovee analüüsi ja uimastitega seotud erakorralise haiglaravi valdkonnas ning suurendab meie arusaamist nii uimastitarbimise tavadest kui ka sellest tingitud kahjust kogu Euroopas.



Käesolev aruanne avaldatakse nii Euroopa kui ka rahvusvahelise uimastipoliitika kujundamise seisukohast olulisel ajal. Euroopa tasandil hinnatakse praeguse narkootikumidealase tegevuskava saavutusi ja arutatakse meetmeid, mis on vajalikud Euroopa narkostrategia edendamiseks lähiaastatel. Euroopa riigid osalesid aktiivselt ka rahvusvahelistes aruteludes seoses ÜRO Peaassamblee erakorralise istungjärguga, mis toimus selle aasta aprillis New Yorgis. Euroopa seisukoht rõhutas inimõiguste kaitsmisel rajaneva tasakaalustatud ja tõendipõhise lähenemisviisi tähtsust. Üks põhjusi, miks Euroopa on pädev osalema selles arutelus, on meie püüd mõista esilekerivate probleemide muutuvat olemust ja kriitiliselt hinnata asjakohaseid meetmeid. Oleme uhked, et see aruanne ning EMCDDA ja tema riiklike partnerite tegevus toetavad seda arusaama, ning oleme veendunud, et usaldusväärne teave on selle valdkonna põhjendatud poliitika ja meetmete eeldus.

Laura d'Arrigo

EMCDDA haldusnõukogu esinaine

Alexis Goosdeel

EMCDDA direktor

| Sissejuhatav märkus ja tänuavaldus

Aruanne põhineb teabel, mille esitasid EMCDDA-le Euroopa Liidu liikmesriigid, kandidaatriik Türgi ja riikliku aruandena Norra.

Selle eesmärk on esitada ülevaade ja kokkuvõte uimastiprobleemide olukorrast Euroopas ja võetud meetmetest. Kasutatud on 2014. aasta (või viimase aasta, mille kohta andmed olid kättesaadavad) statistilisi andmeid. Suundumuste analüüs põhineb ainult nendel riikidel, kes esitasid kõnealuse perioodi jooksul toimunud muutuste kirjeldamiseks piisavalt andmeid. Statistilist olulisust hinnati 0,05 tasemel, kui ei ole märgitud teisiti. Lugeja peaks arvestama, et harjumuste ja suundumuste seire sellises varjatud ja häbimärgistatud valdkonnas nagu uimastitarbimine on nii praktiliselt kui ka metodoloogiliselt keeruline. Seetõttu on aruandes esitatud analüüsis kasutatud mitmesuguseid andmeallikaid. Kuigi on märgata märkimisväärseid edusamme nii riikide kui ka Euroopa tasandi analüüsis, tuleb arvesse võtta kõnealuses valdkonnas esinevaid metodoloogilisi raskusi. Seetõttu tuleb tõlgendamisel olla ettevaatlik, eriti kui riike võrreldakse ühe näitaja alusel. Andmetega seotud hoiatused ja märkused on esitatud aruande veebiversioonis ja statistikabülletäänis, kus on metoodika ja analüüsi tingimuste üksikasjalik teave ning märkused olemasoleva teabe piirangute kohta. Samas on ka teave Euroopa tasandi hinnangute meetodite ja andmete kohta, mis võivad hõlmata interpolatsiooni.

EMCDDA tänab käesoleva aruande koostamisel osutatud abi eest järgmisi isikuid ja asutusi:

- | Reitoxi riiklike teabekeskuste juhid ja töötajad;
- | käesoleva aruande jaoks lähtematerjali kogunud teenistused ja eksperdid liikmesriikides;
- | EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmed;
- | Euroopa Parlament, Euroopa Liidu Nõukogu – eelkõige selle horisontaalne narkootikumide tööühm – ja Euroopa Komisjon;
- | Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC), Euroopa Raviamet (EMA) ja Europol;
- | Euroopa Nõukogu Pompidou grupp, ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo, Interpol, Maailma Tolliorganisatsioon, Euroopa kooliüuringute projekt alkoholi ja muude uimastite kohta (ESPAD), kanalisatsiooniüuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE), uimastialaste üringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN) ning alkoholi ja muude sõltuvust tekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN);
- | Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskus, Missing Element Designers, Nigel Hawtin ja Composiciones Rali.

Reitoxi riiklikud teabekeskused

Reitox on narkootikumide ja narkomaania Euroopa teabevõrk. Teabevõrk koosneb Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriigi Türgi, Norra ja Euroopa Komisjoni teabekeskustest. Teabekeskused on valitsuste vastutusallas tegutsevad riigiasutused, kes edastavad EMCDDA-le narkootikumide kohta teavet. Riiklike teabekeskuste kontaktandmed on esitatud EMCDDA veebilehel.

Kokkuvõte

**Euroopa uimastipoliitiline
tegevuskava peab hõlmama
varasemast ulatuslikumaid
ja keerukamaid poliitikaküsimusi**

Märgid viitavad endiselt Euroopa uimastituru vastupidavusele

Siin esitatud analüüsi põhjal püsib Euroopa uimastiturg kindlana ning osa eelkõige kanepi ja stimulantidega seotud näitajaid on tõusuteel. Pakkumise andmed näitavad üldiselt enamiku ebaseaduslike ainete suurt või suuremat puhtust või tugevamat toimet. Enamik hiljutistest levikuandmetest näitab samuti levinumate uimastite prognoositud tarbimise mõningast kasvu. Uimastiturg on muutunud keerulisemaks: tarbijatele on levinumate uimastite kõrval kättesaadavad uued ained, märgid viitavad ravimite tähtsuse suurenemisele ning mitme eri uimasti kasutamine on muutunud uimastiprobleemiga inimeste seas normiks. Keelustamispüüdlusi õõnestab asjaolu, et kanepit, sünteetilisi uimasteid ning isegi teatavaid opioide ja uusi psühhoaktiivseid aineid toodetakse nüüd Euroopas, tarbijate lähedal. Kokkuvõttes rõhutab see uus analüüs

vajadust, et Euroopa uimastipoliitiline tegevuskava hõlmaks varasemast ulatuslikumaid ja keerukamaid poliitikaküsimusi.

MDMA taaslevik

MDMA taaslevik noorte seas levinud stimulandina on näide uutest, tänapäeva uimastituru põhjustatud probleemidest. Uuendused lähteainete valdkonnas, uued tootmisviisid ja veebimüük tunduvad olevat peamised edasiviivad jõud turul, mida iseloomustab toodete mitmekesisus. Suure puhtusastmega MDMA on kättesaadav pulbrina, kristalsel kujul ja eri logodega tablettidena – see tõendab tellimuspõhist tootmist ning keerulise ja sihipärase turundusmeetodi kasutamist. Tegu võib olla tootjate kaalutletud uimastimaine parandamise strateegiaga pärast tarbimise pikaleveninud langust, mis oli tingitud MDMA halvast kvaliteedist ja võltsingute levikust. Märgid viitavad selle strateegia teatavale edule, sest tundub, et MDMA populaarsus kasvab nii stimulantide kindlaks kujunenud tarbijaskonnas kui ka uue põlvkonna noorte uimastitarbijate seas. See viitab ennetavate ja kahju vähendavate meetmete vajadusele, et tegeleda uue uimastitarbijate põlvkonnaga, kes kasutavad suure puhtusastmega tooteid, kuid ei mõista nendega kaasnevaid riske.

Uued andmed toovad esile piirkondlikud stimulantide tarbimise harjumused ja kahjud

See aruanne osutab vajadusele pöörata suuremat tähelepanu kohalike stimulantide tarbimise harjumuste ja kaasneva kahju kindlakstegemisele ning asjakohaste meetmete võtmisele. Nii reoveeanalüüside hiljutised tulemused kui ka konfiskeerimis- ja uuringuandmed toovad esile stimulantide tarbimisharjumuste piirkondlikud erinevused Euroopas. Kokaiinitarbijaid on rohkem Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikides, samas kui amfetamiinid on levinumad Põhja- ja Ida-Euroopas. Nii kokaiini kui ka amfetamiini on keskpikas perspektiivis muutunud puhtamaks, kuid nende hind on püsinud suhteliselt stabiilsena. Senisest nähtavamaks on muutunud ka stimulantidega seotud probleemid. Muret tekitab uute, amfetamiiniga seotud ravivajaduste kasv mõnes riigis, kusjuures peaaegu pool uutest patsientidest on andmete kohaselt uimastit süstinud. Stimulandi süstimist seostatakse ka hiljutiste HIV-puhangutega teatavates tõrjutud elanikkonnarühmades. Üha suuremat muret tekitab kõrge riskiga seksuaalkäitumisega seostatud stimulandi süstimine. See probleem esineb väikestes homoseksuaalsete meeste rühmades mõnes Euroopa linnas ning viitab vajadusele narkomaaniaravi- ja seksuaaltervishoiuasutuste suurema koostöö ja ühismeetmete järele.

Kanepivastane tegevus on endiselt Euroopa uimastipoliitika olulisim ülesanne

Nii rahvusvahelisel kui ka Euroopa tasandil peetakse praegu ulatuslikku avalikku ja poliitilist arutelu kanepipoliitika eri variantide kulude ja kasu üle. Käesoleva aruande andmed toetavad seda arutelu, käsitledes keerulisi küsimusi, mida tuleb arvesse võtta. See teema on tähtis, sest tundub, et kanepitarbimise üldine tase ei lange ja võib teatavates elanikerühmades isegi tõusta. Enamik hiljuti uuringuid (alates 2013. aastast) teinud riike on teatanud selle uimasti tarbimise kasvust.

Uued hinnangud näitavad, et kanepi osakaal Euroopa ebaseaduslike uimastite turul on rahalise väärtuse alusel suurim. Kanepitootmisest on saanud organiseeritud kuritegevuse peamine tuluaallikas. Kanepi import mitmest eri lähteriigist ja tootmise kasv Euroopas on õiguskaitsese seisukohast tõsine probleem, mis avaldab survet juba niigi nappidele politsei- ja tolliressurssidele. Ligikaudu kolm neljandikku kõikidest uimastitega seotud õigusrikkumistest on kanepiga seotud õigusrikkumised, millest enamik tuleneb kanepi tarbimisest või omamisest isiklikuks tarbimiseks.

Kanepitarbimisest tekkivaid tervishoiu- ja sotsiaalkulusid mõistetakse üha paremini. Need on eriti suured sagedaste ja pikaajaliste tarbijate puhul, kusjuures hinnangute kohaselt tarbib ligikaudu 1% Euroopa täiskasvanud elanikkonnast kanepit iga päev või peaaegu iga päev. Murettekitavalt on nii kanepivaik kui ka kanepiürt saavutanud erakordse tugevuse, mis võib suurendada ägedate ja krooniliste terviseprobleemidega tarbijate riske. Enamik uutest narkomaaniaravi patsientidest on samuti kanepitarvitajad, kuigi narkomaaniaravi alustamise andmete korral tuleb võtta arvesse ravile suunamise viise ja sellise ravi laia määratlust asjaomase elanikkonnarühma jaoks. Selle valdkonna poliitikameetmetega seoses tuleb arvestada ka seda, et erinevalt mõnest muust maailmajaost suitsetatakse Euroopas kanepit tavaliselt koos tubakaga ning seetõttu on oluline tagada kanepi ja tubakatoodete tarbimise piiramise poliitika koostoime.

Enamik konfiskeeritud uutest psühhoaktiivsetest ainetest on sünteetilised kannabinoidid

Sama oluline küsimus nii rahvusvahelises kui ka Euroopa uimastipoliitikas on see, kuidas tõhusalt reageerida dünaamilisele ja pidevalt muutuvale uute uimastite turule. Uute psühhoaktiivsete ainete tarbimise kohta on väga vähe andmeid, kuid nende suhtelise kättesaadavuse kohta saab järeldada nii mõndagi 2014. aastal teatatud 50 000 konfiskeerimisjuhtumi põhjal. Üle 60% konfiskeeritud ainetest olid sünteetilised kannabinoidid ning see uimastiliik oli olulisel kohal ka 98 uue aine seas, mis avastati esimest korda 2015. aastal ja millest teatati kui uutest psühhoaktiivsetest ainetest Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemi kaudu. 24 neist olid sünteetilised kannabinoidid ehk uimastid, mis avaldavad mõju samadele ajureseptoritele kui THC, üks loodusliku kanepi peamisi toimeaineid. Tervishoiu seisukohast on paljud sünteetilised kannabinoidid siiski hulga toksilisemad, sest teatatud on massilistest mürgistus- ja isegi surmajuhtudest. Nende ainete ohtlikkusele juhib tähelepanu EMCDDA 2016. aasta veebruaris avaldatud hoiatus sünteetilise kannabinoidi MDMB-CHMICA kohta. Seda uimastit on seostatud 13 surmajuhtumi ja 23 mittefataalse mürgistusjuhtumiga. Kõnealune kemikaal tehti kindlaks enam kui 20 erinevas suitsetamisessegu ning surma- või mürgistusjuhtumeid tuvastati kaheksas riigis, kuid neid võis toimuda ka teistes riikides. Nende toodete tarbijad ei tea tavaliselt neis sisalduvatest kemikaalidest.

Kanepi osakaal Euroopa ebaseaduslike uimastite turul on rahalise väärtuse alusel suurim

LÜHIÜLEVAADE – HINNANGULINE UIMASTITARBIMINE EUROOPA LIIDUS

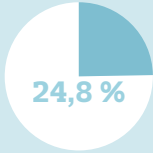
Kanep



On tarbinud:

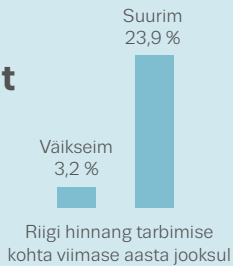
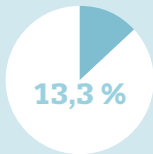
Viimase aasta jooksul **22,1 miljonit** Elu jooksul **83,2 miljonit**

Täiskasvanud (15–64-aastased)



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul **16,6 miljonit**



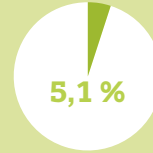
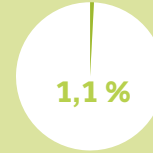
Kokaiin



On tarbinud:

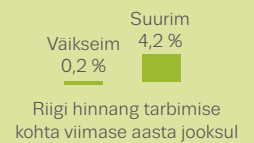
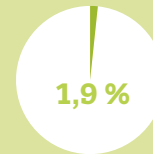
Viimase aasta jooksul **3,6 miljonit** Elu jooksul **17,1 miljonit**

Täiskasvanud (15–64-aastased)



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul **2,4 miljonit**



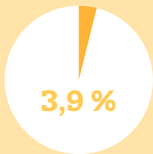
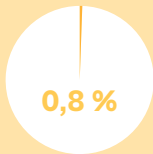
MDMA



On tarbinud:

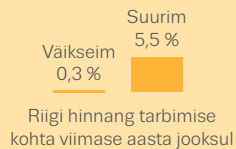
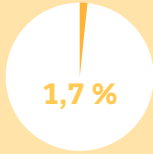
Viimase aasta jooksul **2,5 miljonit** Elu jooksul **13,0 miljonit**

Täiskasvanud (15–64-aastased)



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul **2,1 miljonit**



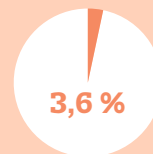
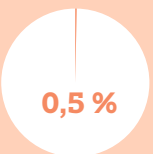
Amfetamiinid



On tarbinud:

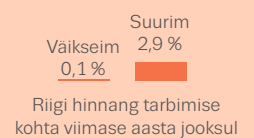
Viimase aasta jooksul **1,6 miljonit** Elu jooksul **12,0 miljonit**

Täiskasvanud (15–64-aastased)



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul **1,3 miljonit**

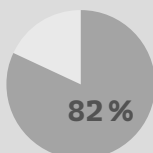


Opioidid



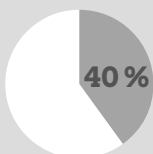
Kõrge riskitasemega opioiditarbijad **1,3 miljonit**

Surmavad üleannused



Narkomaaniaravi taotlused

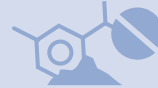
Põhiline uimasti ligikaudu **40 %** narkomaaniaravi taotluste korral Euroopa Liidus



Opiode leiti surmavatest üleannustest **82 %** juhu

644 000
2014. aastal sai asendusravi 644 000 opioiditarbijat

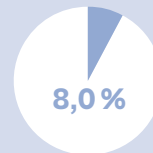
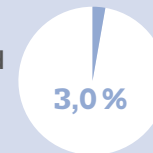
Uued psühhoaktiivsed ained



On tarbinud:

Viimase aasta jooksul Elu jooksul

Noored täiskasvanud (15–24-aastased)



Allikas: Eurobaromeetri 2014. aasta noorte ja uimastite kiiruuring

Tõsiseid kõrvalnähte seostatakse ka varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatatud mittekontrollitavate stimulantide ja opioididega. Selles valdkonnas tekitab suurimaid poliitilisi probleeme tõhus ja kiire reageerimine tundmatute kemikaalide müügile, millest mõni leitakse hiljem olevat eriti toksiline. Noortest tarbijatest võivad tahtmatult saada katsejänesed, kelle peal katsetatakse aineid, mille võimalikud terviseohud on enamjaolt teadmata. Selle näide on sünteetiline katinoon alfa-PVP, millest tulenevaid riske hinnati 2015. aasta novembris. Seda tugevatoimelist psühhostimulanti on seostatud peaaegu 200 ägeda mürgistusjuhtumiga ja üle 100 surmajuhtumiga Euroopas.

Tundub, et uute psühhoaktiivsete ainete tootjad keskenduvad üha enam uimastituru kroonilisematele ja probleemsematele sektoritele. Kättesaadavad on näiteks sellised mittekontrollitavad sünteetilised opioidid nagu fentanüülid. Need uimastid võivad olla eriti kahjulikud. Eriti tuleb esile tuua atsetüülfentanüüli, millest tulenevaid riske hindasid EMCDDA ja Europol 2015. aastal. Uusi psühhoaktiivseid aineid on leitud ka sellistes ravimiasendajatena turustatavates toodetes nagu bensodiasepiinid, mille kuritarvitamine on teatavates riikides probleem.

Üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arvu kasv: heroiin taas tähelepanu keskmes

Selle aasta analüüs toob esile ka uued mureküsimumused seoses heroiini ja muude opioidide üleannustamise levikuga. Üleannustamisest tingitud surmajuhtumite seas on esirinnas just heroiin, mis on ka kõige levinum ebaseaduslik uimasti vastavalt uutele Euroopa linnatasandi andmetele erakorralise haiglaravi kohta. Uimastitega seotud erakorraliste juhtude eest vastutavad ained on eri linnades erinevad ning mõnel pool on ülekaalus ka kanep, kokaiin ja muud stimulandid. Uimastitest tingitud ägedate terviseprobleemide kohta ei koguta praegu Euroopa tasandil süstemaatilist andmeid. Linnatasandi katseuring näitab, et korrapärane seire selles valdkonnas aitaks paremini mõista ja jälgida uimastitest tingitud terviseprobleemide mõju.

Mitmed riigid, enamasti Põhja-Euroopas, kus opioidid on juba pikka aega probleemiks, on teatanud opioididega seotud surmajuhtumite arvu hiljutisest kasvust. Seda suundumust määravaid tegureid ei ole lihtne mõista. Seda on võimalik selgitada heroiini parema kättesaadavuse, suurema puhtuse, tarbijaskonna vananemise, haavatavuse suurenemise ja tarbimisharjumiste muutumisega (sh sünteetiliste opioidide ja ravimite kasutamine). Oluline võib olla ka aruandlustavade muutumine. Kättesaadavuse paranemisele viitavad pakkumise andmed, sealhulgas

heroiinootmise hinnanguline suurenemine Afganistanis, konfiskeeritud heroiinikoguste suurenemine ja suurem puhtus. Usaldusväärsed tõendid uute heroiinitarbijate arvu kasvu kohta siiski puuduvad, heroiini tõttu narkomaaniaravi alustajate arv on vähenemas või püsib stabiilsena ning üleannustamine on eelkõige eakamate opioiditarbijate probleem. Mõnes riigis on siiski täheldatud üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arvu vähest kasvu nooremas elanikkonnas ja sellele tuleks pöörata suuremat tähelepanu.

Sünteetiliste opioidide tarbimine: põhjus muretsemiseks

Mõnes Euroopa riigis näib uimastitest tingitud surmajuhtumites olevat oma osa ka sünteetilistel opioididel ja ravimitel. Muret valmistab raviasutustest kõrvale toimetatud või tegevusloata toodetud bensodiasepiinide ja muude ravimite kuritarvitamine, kuid nende uimastite osa üleannustamisest tingitud surmajuhtumites Euroopas ei mõisteta piisavalt. Sünteetiliste opioidide kohta on olemas rohkem andmeid. Sünteetilistel opioididel põhinevad tooted – enamasti, kuid mitte eranditult asendusravis kasutatavad uimastid – on mõnes riigis uimastisurmade andmetes rohkem esindatud ning suurenenud on ka nende ainete tõttu ravi vajajate arv. Võttes arvesse opioide sisaldavate ravimite kuritarvitamisest tingitud raskeid terviseprobleeme Põhja-Ameerikas ja mujal, tuleb Euroopas parandada järelevalvet kasvavate probleemide tuvastamiseks selles valdkonnas. Peale selle (ja nagu aruande tekstis on märgitud) võivad õigusraamistikud ja kliinilised juhendid avaldada positiivset mõju ning vähendada ohtu, et ravimid toimetatakse asjakohasest ravikasutusest kõrvale.

Uued farmakoloogilised võimalused uimastikahjude vähendamiseks

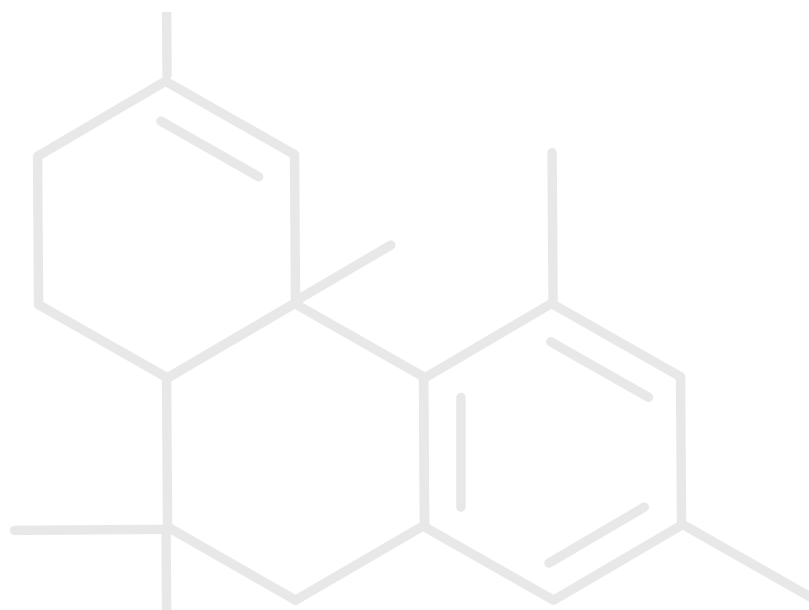
Lähiaastatel pakutakse tõenäoliselt välja palju uusi farmakoloogilisi võimalusi, mis võivad aidata teatud uimastitarbimisega seotud probleemide vähendamiseks. Aruandes tuuakse esile kaks valdkonda, kus on juba kasutusele võetud uued raviviisid ja uuenduslikud manustamismeetodid. Mitmes ELi riigis pakutakse üleannustamisest tingitud surmajuhtumite vähendamiseks üleannuse vastumürgina kasutatavat naloksooni kogukondlike programmide kaudu opioiditarbijatele või vanglast vabanevatele uimastitarbijatele. Nina kaudu manustatavate naloksoonipreparaatide (nt hiljuti Ameerika Ühendriikides apteegiravimina heakskiidetud preparaat) väljatöötamise tulemusena võivad Euroopas edaspidi laiemalt levida kodus manustatavad naloksoonitooted.

Kättesaadavaks muutuvad ka uued ravimid, mis suurendavad võimalust ravida C-hepatiiti aktiivsete uimastisüstijate, sealhulgas narkomaaniaravi saavate isikute seas. Uued raviviisid võivad tuua uimastite valdkonnas tervishoiu seisukohast suurt kasu, kuid kõigepealt tuleb vähendada takistusi nende kasutuselevõtul ja tagada piisavate ressursside olemasolu ravivajaduste katmiseks.

Uimastite e-turgudest tulenevad uued ohud ja võimalused

Uus tähtis uimastipoliitiline ülesanne on reageerida interneti rollile sidevahendina ja uue uimastite tarneallikana. Eelkõige pööratakse tähelepanu ohtudele, mis tulenevad pimevõrgu uimastiturgudest. Oluline on mõista ka pinnaveebi kasvavat rolli, eriti seoses võltsitud ravimite ja uute psühhoaktiivsete ainete pakkumisega, ning sotsiaalmeediarakenduste osa vastastikusel suhtluses. Veebiplatvormid pakuvad võimalusi ka ennetus-, ravi- ja kahjuvähendusmeetmete rakendamiseks, kuid sageli jäetakse need tähelepanuta.

Tagasihoidlikust lähtetasemest hoolimata näib uimastite pakkumine veebi vahendusel üha suurenevat ning plahvatusliku kasvu väljavaade on märkimisväärne. Et see valdkond muutub kiiresti, mida toetavad interneti üha laialdasem kasutamine, uued makseviisid, uuenduslikud krüpteerimislahendused ning uued võimalused hajusate veebipõhiste turuplatvormide loomiseks, ei jõua ühiskond meetmete võtmisega järele. Kuidas kõige paremini reageerida sellele üha suurenevale mustale pilvele meie kohal ja kuidas kõige paremini ära kasutada selle teabevahendi pakutavaid võimalusi uimastiprobleemide vähendamiseks – need on tulevase Euroopa poliitilise tegevuskava tähtsaimad küsimused.



1

**Euroopa on ka kanepi ja sünteetiliste
uimastite tootmispiirkond**

Uimastite pakkumine ja turg

Euroopa on rahvusvahelisel tasandil oluline uimastiturg, mida toetavad kohapealne tootmine ja ebaseaduslik uimastikaubandus teistest piirkondadest. Lõuna-Ameerika, Lääne-Aasia ja Põhja-Aafrika on Euroopasse toodavate ebaseaduslike uimastite olulised lähtepiirkonnad. Hiina ja India on uute psühhoaktiivsete ainete lähteriigid. Peale selle veetakse Euroopa kaudu osa uimasteid ja lähteaineid teistesse maailmajagudesse. Euroopa on ka kanepi ja sünteetiliste uimastite tootmispiirkond, kusjuures kanepit toodetakse peamiselt kohaliku turu jaoks, kuid sünteetilisi uimasteid osaliselt ka eksportimiseks teistesse maailma piirkondadesse.

Uimastiturgude, uimastite pakkumise ja õigusaktide seire

Selles peatükis esitatud analüüs tugineb uimastite ja nende lähteainete konfiskeerimiste, kinnipeetud saadetiste, likvideeritud uimastitootmisrajatiste, uimastiõigusaktide rikkumiste ning uimastite jaehindade, puhtuse ja tugevuse kohta esitatud andmetele. Mõnes valdkonnas on suundumusi raske analüüsida, sest osa olulisemaid riike pole konfiskeerimisandmeid esitanud. Täielikud andmestikud ja meetodite kirjeldused on esitatud veebis avaldatud statistikabülletäänis. Suundumusi võivad mõjutada paljud tegurid, sealhulgas kasutajate harjumused ja eelistused, muutused uimastite tootmises ja vahendamises, õiguskaitsetegevuse tase ja piiramismeetmete tõhusus.

Aruandes esitatakse andmed ka uute psühhoaktiivsete ainete seotud teadete ja konfiskeerimiste kohta, millest on ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatanud EMCDDA ja Europoli riiklikud partnerid. Et selline teave pärineb juhtumiaruannetest, mitte korrapärastest seiresüsteemidest, esindavad konfiskeerimiste kohta esitatud hinnangud miinimumi. Andmeid mõjutavad eri tegurid, nagu suurem teadlikkus sellistest ainetest, nende muutuv õiguslik staatus ja õiguskaitseasutuste aruandlustavad. ELi varajase hoiatamise süsteemi täielik kirjeldus on EMCDDA veebilehel uute uimastite seotud tegevuse rubriigis.

Lisateave Euroopa uimastiõiguse ja -poliitika kohta on EMCDDA veebilehel.

Küllalt suured kanepi-, heroini- ja amfetamiiniturud on paljudes Euroopa riikides tegutsenud alates 1970. ja 1980. aastatest. Aja jooksul on turul juurdunud teisedki ained, sealhulgas MDMA 1990. ja kokaiin 2000. aastatel. Euroopa turg areneb pidevalt ning viimasel aastakümnel on turule tulnud suur hulk uusi psühhoaktiivseid aineid. Suuresti globaliseerumisest ja uue tehnoloogia levikust tingitud hiljutised muutused ebaseaduslike uimastite turul hõlmavad uuenduslikke uimastite tootmis- ja kaubandusmeetodeid ning uusi ebaseadusliku uimastikaubanduse marsruute.

Uimastite pakkumise tõkestusmeetmetes osalevad valitsus- ja õiguskaitseasutused ning need sõltuvad sageli rahvusvahelisest koostööst. Euroopa Liidu tasandi jõupingutusi koordineeritakse ELi narkostrategia ja tegevuskavade ning organiseeritud ja rasket kuritegevust käsitleva ELi poliitikatsükli abil. Riikide hoiakud kajastuvad nende narkostrategiates ja uimastiõigusaktides. Arreteerimis- ja konfiskeerimisandmed on praegu kõige paremini dokumenteeritud näitajad uimastite pakkumise piiramiseks tehtavate jõupingutuste kohta.

Uimastiturud: rahalise väärtuse hindamine

Ebaseaduslike uimastite turg on tootmise ja levitamise keerukas süsteem, mis toob eri tasanditel palju raha sisse. Tagasihoidlike hinnangute järgi oli ebaseaduslike uimastite jaeturu väärtus Euroopa Liidus 2013. aastal 24,3 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 21–31 miljardit eurot). Euroopa ebaseaduslike uimastite turul on suurima osakaaluga kanepitooted: nende hinnanguline jaeväärtus on 9,3 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 8,4–12,9 miljardit eurot) ja turuosa on ligikaudu 38%. Kanepile järgnevad 28% turuosaga heroiin, mille turu hinnanguline väärtus on 6,8 miljardit eurot (6,0–7,8 miljardit eurot), ja 24% turuosaga kokaiin, mille turu väärtus on 5,7 miljardit eurot (4,5–7,0 miljardit eurot). Amfetamiini turuosa on väiksem (8%), hinnangulise väärtusega 1,8 miljardit eurot (1,2–2,5 miljardit eurot), kuid siiski suurem kui MDMA-l (3%), mille turu väärtus on peaaegu 0,7 miljardit eurot (0,61–0,72 miljardit eurot). Need hinnangud põhinevad väga piiratud andmetel, mille tõttu tuli teha üldisi järeldusi, ja seepärast tuleb neid käsitada esialgsete miinimumhinnangutena, mis tuleb edaspidi täpsemate andmete saamisel üle vaadata.

Uued pakkumismeetodid: uimastite e-turg

Kui läbi aegade on ebaseaduslike uimastite turud paiknenud füüsilistes asukohtades, siis viimasel aastakümnel on esile kerkinud uus internetitehnoloogia,

mis on soodustanud veebipõhiste turuplatvormide väljatöötamist. Uimastiturg saab toimida pinnaveebis ning selle kaudu toimub tavaliselt mittekontrollitavate kemikaalide (lähteainete), uute psühhoaktiivsete ainete ning võltsitud ravimite jaemüük. Uimastiturg saab toimida ka süvaveebis selliste pimevõrgu turgude või krüptoturgude kaudu nagu AlphaBay või nüüdseks tegevuse lõpetanud Silk Road. Eri ravimite kõrval pakutakse pimevõrgu turgudel ebaseaduslikest uimastitest kõige sagedamini kanepitooted ja MDMA-d.

Pimevõrgu turg on veebipõhine müügi- või turuplatvorm, mida toetab privaatsust kaitsev tehnoloogia ja kus äritsevad peamiselt ebaseaduslike kaupade ja teenuste müüjad. Kõnealune turg sarnaneb paljuski selliste turuplatvormidega nagu eBay ja Amazon ning kliendid saavad otsida ja võrrelda tooteid ja müüjaid. Nii tehingute kui ka serverite füüsilise asukoha varjamiseks kasutatakse mitmesuguseid strateegiaid. Muu hulgas kasutatakse anonüümseks muutmise teenuseid, nagu Tor (Onioni ruuter), mis varjab arvuti internetiprotokolli (IP) aadressi, detsentraliseeritud ja suhteliselt mittejälitatavoid krüptovaluutasid (nt *bitcoin* ja *litecoin*) maksete tegemiseks ning krüpteeritud sidet turuosaliste vahel. Turul osalevate kauplejate reguleerimisel on oma osa ka mainekujundussüsteemidel. Viimased muudatused on näiteks turvalisuse suurendamine müüjapoolsete pettuste takistamiseks, sealhulgas keerukate hoiustussüsteemide kasutamine, ning turuplatvormide detsentraliseerimine vastuseks õiguskaitsest tulenevatele ohtudele. Nende turgude osakaal ebaseaduslike uimastite kaubanduses on praegu väike ja paljud tehingud toimuvad tarbijate tasandil. Siiski on võimalik veebipõhise uimastikaubanduse plahvatuslik kasv.

**Kanepitoodete osakaal
ebaseaduslike uimastite turul
on suurim**

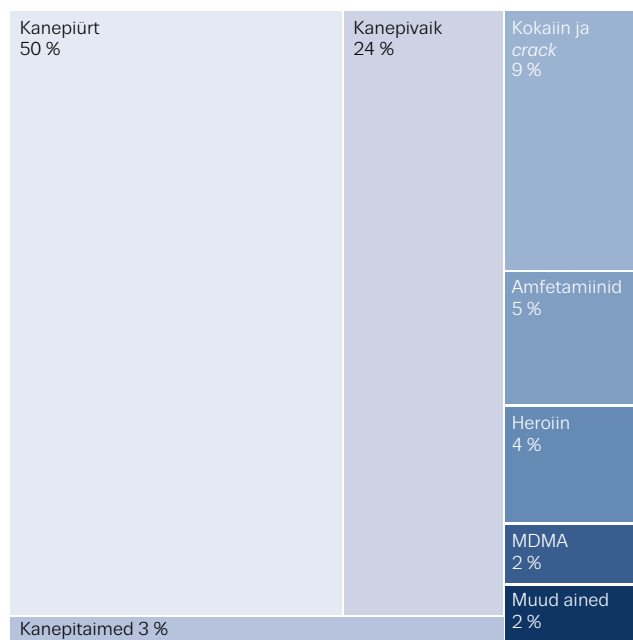
JOONIS 1.1

Uimastite konfiskeerimine: kanepi ülekaal

Igal aastal teatatakse Euroopas rohkem kui miljonist ebaseaduslike uimastite konfiskeerimise juhust. Enamasti on tegu tarbijatelt konfiskeeritud väikeste uimastikogustega, kuigi suure osa konfiskeeritud uimastitest moodustavad mitmekilused saadetised, mis konfiskeeritakse vahendajatelt ja tootjatelt.

Kõige rohkem, ligikaudu kolmel neljandikul juhtudest (78%), konfiskeeritakse Euroopas kanepit (joonis 1.1), mis kajastab selle suhteliselt levinud tarbimist. Kokaiin on üldkokkuvõttes teisel kohal (9%). Vähem konfiskeeritakse amfetamiini (5%), heroini (4%) ja MDMAd (2%).

Teatatud uimastikonfiskeerimiste arv uimastite lõikes, 2014



KANEP

Kanepivaik

Konfiskeerimiste arv

229 000^{EL}243 000^{EL + 2}

Konfiskeeritud kogused

574 tonni (EL)

606 tonni (EL + 2)

Hind (€/g)

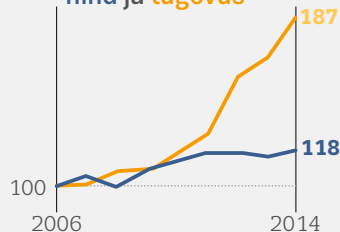
22 €

12 €

9 €

3 €

Indekseeritud suundumused: hind ja tugevus



Tugevus (% THC)

29 %

18 %

12 %

7 %

Kanepiürt

Konfiskeerimiste arv

453 000^{EL}501 000^{EL + 2}

Konfiskeeritud kogused

139 tonni (EL)

232 tonni (EL + 2)

Hind (€/g)

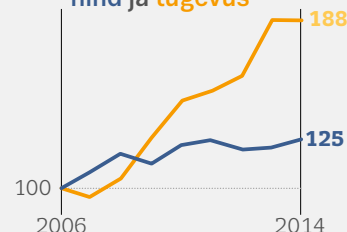
23 €

11 €

7 €

5 €

Indekseeritud suundumused: hind ja tugevus



Tugevus (% THC)

15 %

12 %

8 %

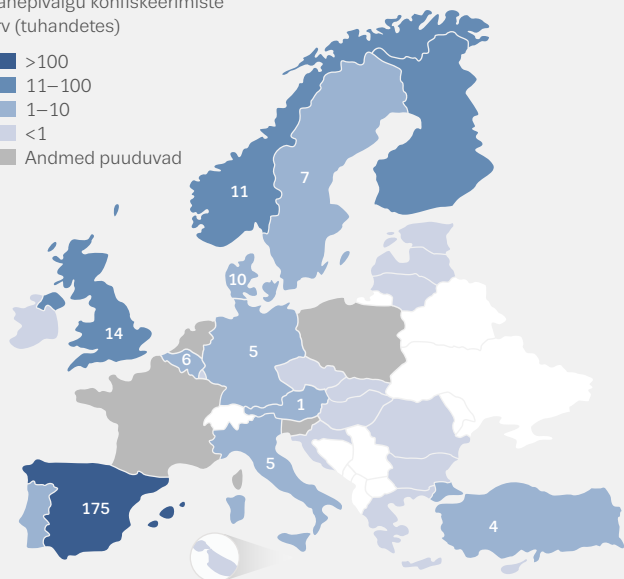
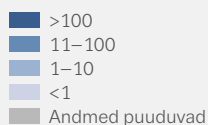
3 %

NB! „EL + 2” tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Kanepitoodete hind ja tugevus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

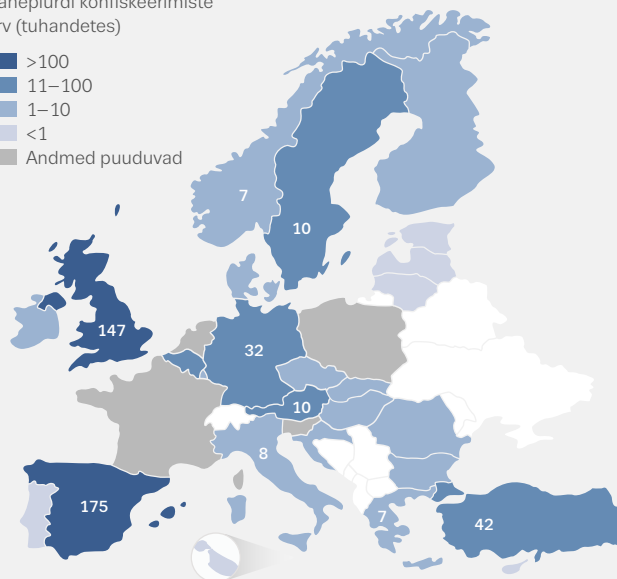
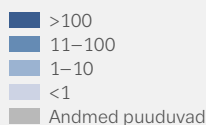
JOONIS 1.2

Kanepivaigu ja kanepiürdi konfiskeerimised, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta

Kanepivaigu konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

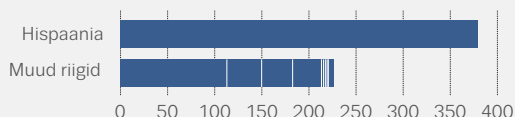


Kanepiürdi konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

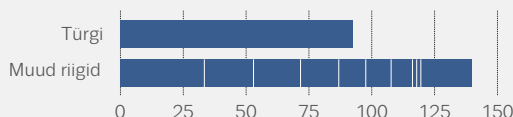


NB! Konfiskeerimiste arv 10 suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud kanepivaigu kogused (tonnides)



Konfiskeeritud kanepiürdi kogused (tonnides)



2014. aastal leidis ligikaudu 60% kõikidest konfiskeerimistest Euroopa Liidus aset vaid kahes riigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis, kuigi märkimisväärsest arvust konfiskeerimistest teatasid ka Belgia, Saksamaa ja Itaalia. Tuleb märkida, et värsked konfiskeerimisandmed Prantsusmaa ja Madalmaade (riigid, mis on varem teatanud arvukatest konfiskeerimistest) ning Soome ja Poola kohta puuduvad. Nende andmete puudumine muudab esitatud analüüsi ebakindlaks. Uimastite konfiskeerimises paistis silma ka Türgi, kus peeti kinni nii teistes riikides (Euroopas ja Lähis-Idas) kui ka kohalikuks tarbimiseks ettenähtud uimasteid.

Kanep: mitmekesised tooted

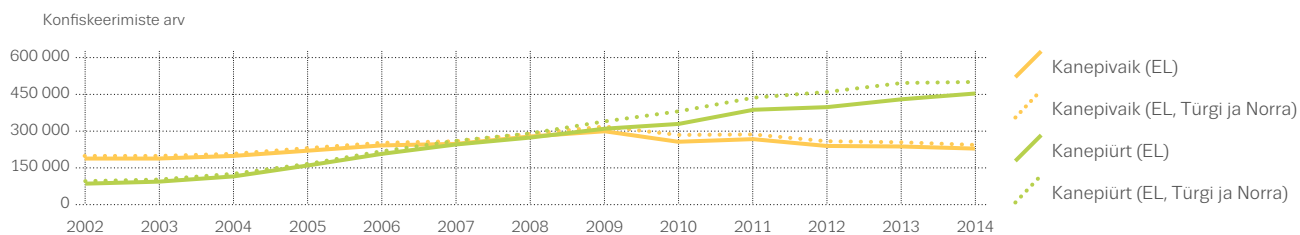
Kanepiürt (marihuaana) ja kanepivaik (hašiš) on kaks peamist kanepitoodet Euroopa uimastiturul. Euroopas tarbitav kanepiürt on kasvatatud kodus või toodud salakaubana kolmandatest riikidest. Euroopas toodetud kanepiürt on kasvatatud peamiselt sisetingimustes. Enamik kanepivaigust imporditakse merd või õhku pidi Marokost.

2014. aastal teatati Euroopa Liidus 682 000 kanepi konfiskeerimise juhust (453 000 olid seotud kanepiürdiga ja 229 000 kanepivaiguga). Lisaks konfiskeeriti 33 000 juhul kanepitaimi. Sellegipoolest konfiskeeritakse Euroopa Liidus kanepivaiku koguse poolest endiselt palju rohkem kui kanepiürti (574 tonni vs. 139 tonni). Osaliselt seletab seda asjaolu, et kanepivaiku tuuakse salakaubana sisse suurtes kogustes kaugelt ja üle riigipiiride, mistõttu on selle avastamise võimalused suuremad. Konfiskeeritud kanepi koguse analüüsis tõuseb ebaproportsionaalselt esile väike arv riike, sest neid läbivad olulised kanepi kaubateed. Näiteks Marokos toodetud kanepivaigu peamises sisenemiskohas Hispaanias konfiskeeritud kogused moodustasid ligikaudu kaks kolmandikku Euroopas 2014. aastal konfiskeeritud kanepivaigu üldkogusest (joonis 1.2). Türgi on viimastel aastatel teatanud suurematest konfiskeeritud kanepiürdi kogustest kui ükski teine Euroopa riik.

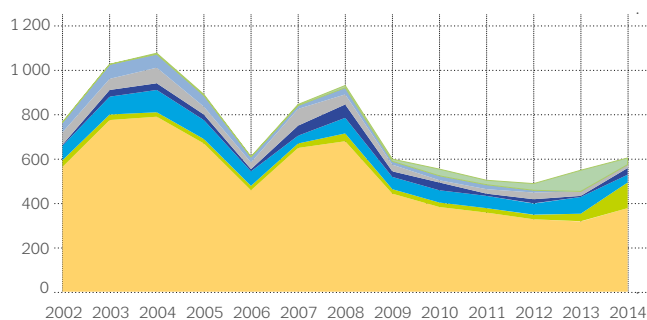
Euroopa Liidus on teatatud ka muude kanepitoodete konfiskeerimisest, sealhulgas ligikaudu 200 kanepiõli konfiskeerimise juhust.

JOONIS 1.3

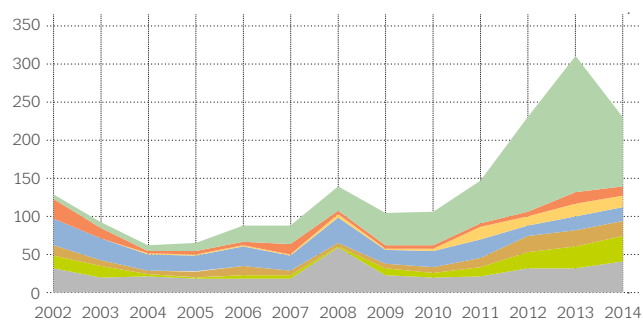
Kanepi konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud kanepikoguste suundumused kanepivaigu ja kanepiürdi lõikes



Kanepivaik (tonni)



Kanepiürt (tonni)



Alates 2009. aastast on kanepiürdi konfiskeerimiste arv Euroopas ületanud kanepivaigu konfiskeerimiste arvu ja see lõhe üha kasvab (joonis 1.3). Samal ajal on Euroopa Liidus kasvanud ka konfiskeeritud kanepiürdi kogus. Uusimate andmete põhjal on konfiskeeritud kanepivaigu kogus Euroopa Liidus suurenenud, samas kui Türgis on täheldatud konfiskeeritud kanepiürdi koguse järsku vähenemist.

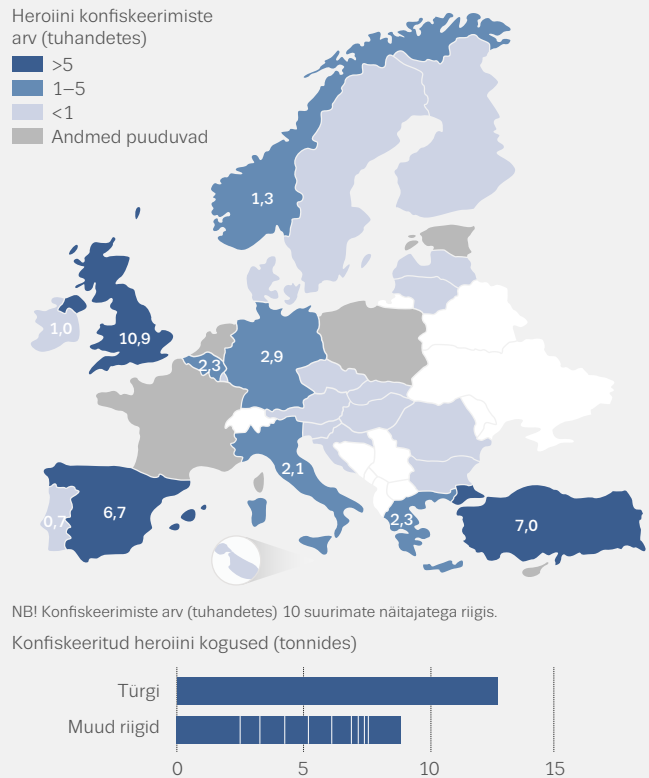
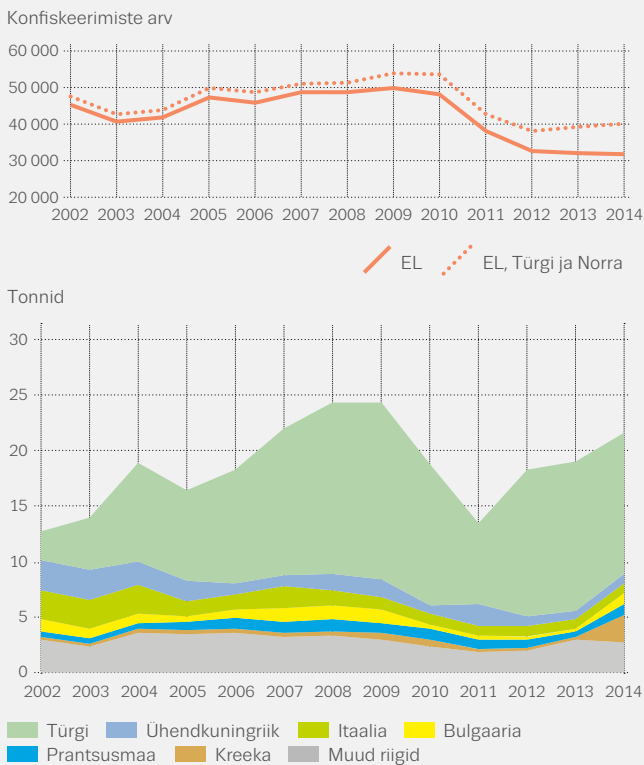
Kanepitaimede konfiskeerimist võib pidada märgiks uimasti tootmisest selles riigis. Metodoloogiliste probleemide tõttu tuleb kanepitaimede konfiskeerimise andmetesse suhtuda ettevaatusega, ometigi suurenes konfiskeeritud taimede arv 1,5 miljonilt (2002) 3,4 miljonini (2014).

Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et aastatel 2006–2014 suurenes nii kanepiürdi kui ka kanepivaigu tugevus (tetrahüdrokannabinooli ehk THC sisaldus). Toime tugevnemine võib olla tingitud intensiivsete tootmismeetodite kasutuselevõtust Euroopas ja viimasel ajal ka tugevatoimeliste taimede kasvatamisest Marokos.



JOONIS 1.4

Heroiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta



Opioidid: kas turg on muutumas?

Kõige levinum opioid Euroopa turul on heroiin. Läbi aegade on imporditud heroiin olnud Euroopa turul kättesaadav kahel kujul: neist levinum on pruun heroiin (keemilise alusena), mis pärineb peamiselt Afganistanist. Tunduvalt haruldasem on valge heroiin (soolana), mida algselt imporditi Kagu-Aasiast, kuid mida nüüd toodetakse arvatavasti ka Afganistanis või selle naaberriikides. Muudest opioididest konfiskeerisid Euroopa riikide õiguskaitseasutused 2014. aastal oopiumi ja ravimeid – morfiini, metadooni, buprenorfiini, tramadooli ja fentanüüli. Osa opioidseid ravimeid oli kõrvale toimetatud ravimivarudest, osa oli toodetud konkreetselt ebaseaduslike uimastite turu jaoks.

Afganistan on endiselt maailma suurim ebaseadusliku oopiumi tootja ja enamik Euroopas pakutavast heroiinist toodetakse arvatavasti seal või Afganistani naaberriikides Iraanis ja Pakistanis. Opioidide tootmine Euroopas on läbi aegade piirdunud kodus valmistatud moonitoodetega mõnes Ida-Euroopa riigis. 2013. ja 2014. aastal avastati siiski kaks laborit Hispaanias ja üks Tšehhi Vabariigis, kus toodeti morfiinist heroiini – see näitab, et heroiini võidakse nüüd valmistada ka Euroopas.

Heroiini tuuakse Euroopasse nelja salakaubateed pidi. Kaks kõige olulisemat on Balkani marsruut ja

lõunamarsruut. Esimene neist kulgeb läbi Türgi Balkani riikidesse (Bulgaariasse, Rumeeniasse või Kreekasse) ning sealt edasi Kesk-, Lõuna- ja Lääne-Euroopasse. Viimasel ajal on esile kerkinud Balkani marsruudi Süüria ja Iraagiga seotud haru. Viimastel aastatel tundub olevat suurenenud lõunamarsruudi tähtsus. Heroiinisadetised saavad Iraanist ja Pakistanist Euroopasse õhku või merd pidi kas otse või läbi Lääne-, Lõuna- ja Ida-Aafrika riikide. Praegu on vähemtähtsad põhjamarsruut ja uus heroiinimarsruut, mis paistab kulgevat läbi Lõuna-Kaukaasia ja üle Musta mere.

Suhteliselt stabiilse aastakümne järel vähenes paljudes Euroopa riikides 2010. ja 2011. aastal heroiini kättesaadavus. Seda näitavad heroiini konfiskeerimisandmed: Euroopa Liidus vähenes heroiini konfiskeerimiste arv 50 000-lt (2009) 32 000-le (2014). Euroopa Liidus konfiskeeritud heroiini kogus pikka aega vähenes – 10 tonnilt (2002) 5 tonnile (2012), kuid suurenes 2014. aastal järsult 8,9 tonnile. Selline muutus tulenes konfiskeeritud suurkoguste (üle 100 kg) arvu suurenemisest, kusjuures mitu riiki teatas 2013. või 2014. aastal heroiini enneolematult suurtest konfiskeerimistest. Uusimate andmete järgi teatasid konfiskeeritud heroiinikoguste suurest kasvust eelkõige Kreeka ja vähemal määral Bulgaaria. Türgi on alates 2003. aastast konfiskeerinud palju rohkem heroiini kui ükski teine ELi riik ja 2014. aastal konfiskeeriti seal ligikaudu 13 tonni (joonis 1.4).

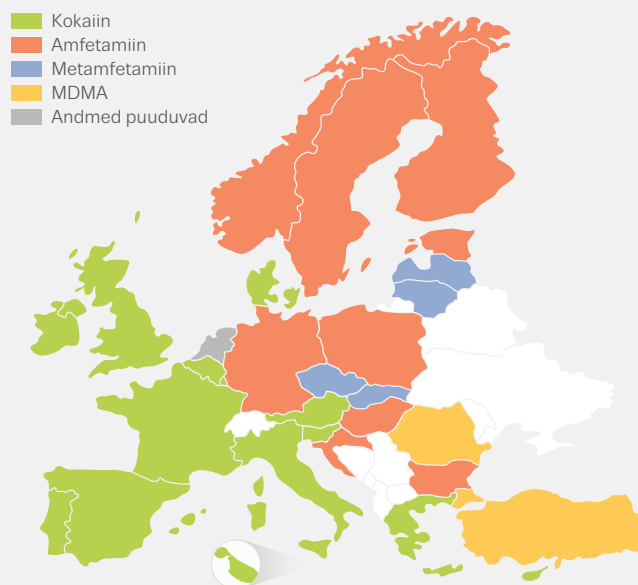
JOONIS 1.5

Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et heroini puhtus Euroopas 2014. aastal suurenes. See asjaolu, konfiskeeritud koguste kasv ja muud muutused võivad osutada sellele, et selle uimasti kättesaadavus võib suurenedada.

Euroopa stimulantide turg: geograafiline jaotus

ELi uimastiturul pakutakse mitmesuguseid ebaseaduslikke stimulante. Kõige sagedamini konfiskeeritavad stimulandid erinevad piirkonniti (joonis 1.5). Need peegeldavad suuresti peamiste tootmisrajatiste asukohta, sisenemissadamaid ja salakaubateid. Kokaiin on näiteks kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant paljudes Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikides, mis tuleneb eelkõige selle uimasti Euroopasse sisenemise kohtadest. Amfetamiini konfiskeeritakse valdavalt Põhja- ja Ida-Euroopas, kusjuures metamfetamiin on kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant Tšehhi Vabariigis, Slovakkias, Lätis ja Leedus. MDMA on kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant Rumeenias ja Türgis.

Kõige sagedamini Euroopas konfiskeeritud stimulant, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta

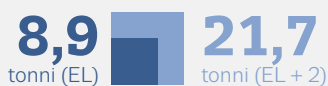


HEROIIIN

Konfiskeerimiste arv



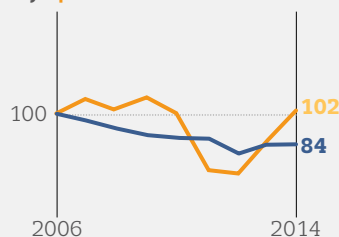
Konfiskeeritud kogused



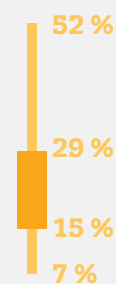
Hind (€/g)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Puhtus (%)



NB! „EL + 2” tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Pruuni heroini hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

Kokaiin: turu stabiliseerumine

Kokaiin on Euroopas kättesaadav kahel kujul: levinuim on kokaiinipulber (vesinikkloriidsoola ehk HCl-na) ja vähem levinud on *crack* ehk kokaiini suitsetatav vorm (vaba alusena). Kokaiini toodetakse kokapõõsa lehtedest. Seda toodetakse peaaegu eranditult Boliivias, Colombias ja Peruus ning tuuakse Euroopasse õhu- või mereteed mööda. Kokaiini Euroopasse veoks kasutatakse mitmesuguseid meetodeid, näiteks kullerteenust kommertslendudel, ärilist lennutransporti, kiirpaki-/postiteenuseid ning eralennukeid. Meritsi pidi saab kokaiini salaja sisse vedada suurtes kogustes, kasutades erajahte ja merekonteinereid. Hispaania, Belgia, Madalmaad (2012. aasta andmed), Prantsusmaa ja Itaalia konfiskeerisid 2014. aastal kokku 84% hinnanguliselt konfiskeeritud 61,6 tonnist kokaiinist (joonis 1.6).

2014. aastal teatati Euroopa Liidus ligikaudu 78 000 kokaiini konfiskeerimise juhus. Olukord on püsunud alates 2010. aastast suhteliselt stabiilsena, kuigi nii konfiskeerimisjuhtude arv kui ka konfiskeeritud kogus on märkimisväärselt väiksemad kui tippaastatel (vt joonis 1.6). Kuigi enamik kokaiini konfiskeeritakse endiselt Hispaanias, leidub märke Euroopa salakaubateede jätkuva mitmekesisusest, sest kokaiini konfiskeerimisest on hiljuti teatatud Vahemere idaosa, Läänemere ja Musta mere riikide sadamates. Indekseeritud suundumused viitavad üldiselt sellele, et pärast kokaiini puhtuse suurenemist viimastel aastatel on nüüd saavutatud puhtuses stabiilne tase.

Lähteained: lähteainena loetlemata ainete üha suurem kasutamine

Lähteained on sünteetiliste stimulantide ja muude uimastite valmistamiseks olulised. Nende kättesaadavus avaldab suurt mõju nii turule kui ka ebaseaduslikes laborites kasutatavatele tootmismeetoditele. Et paljusid lähteaineid kasutatakse seaduslikult, on ELi õigusnormides loetletud teatavad kemikaalid, millega kauplemist jälgitakse rangelt. Sünteetiliste uimastite tootjad püüavad vähendada kontrollide mõju, kasutades lähteainete valmistamiseks loetlemata kemikaale. See võib siiski suurendada ka avastamise riski, sest vajatakse rohkem kemikaale ja toodetakse rohkem jäätmeid.

ELi liikmesriikide andmed uimastite lähteainete konfiskeerimiste ja kinnipeetud saadetiste kohta kinnitavad, et Euroopa Liidus kasutatakse ebaseaduslike uimastite, eelkõige amfetamiinide ja MDMA tootmiseks endiselt nii nimekirjas loetletud kui ka loetlemata lähteaineid (tabel 1.1). 2014. aastal konfiskeeriti BMK lähteainet APAANI (alfa-fenüülatsetonitriili) kokku 6062 kg (2013. aastal 48 802 kg). Selline järsk vähenemine kajastab tõenäoliselt selle aine lisamist ELi õigusaktides loetletud lähteainete nimekirja 2013. aasta detsembris. MDMA jätkuv kättesaadavus turul, samas kui MDMA lähteaine safrooli konfiskeerimine vähenes 13 837 liitrit 2013. aastal nullini 2014. aastal, viitab siiski alternatiivsete lähteainete kasutamisele. 2014. aastal konfiskeeriti rohkem lähteainetena loetlemata MDMA lähteaineid, eriti PMK-glütsidaati.

KOKAIIN

Konfiskeerimiste arv



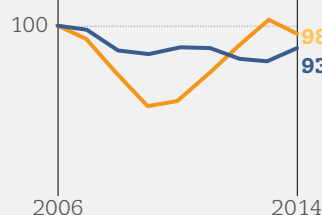
Konfiskeeritud kogused



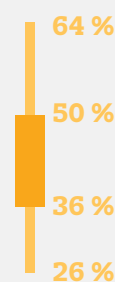
Hind (€/g)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



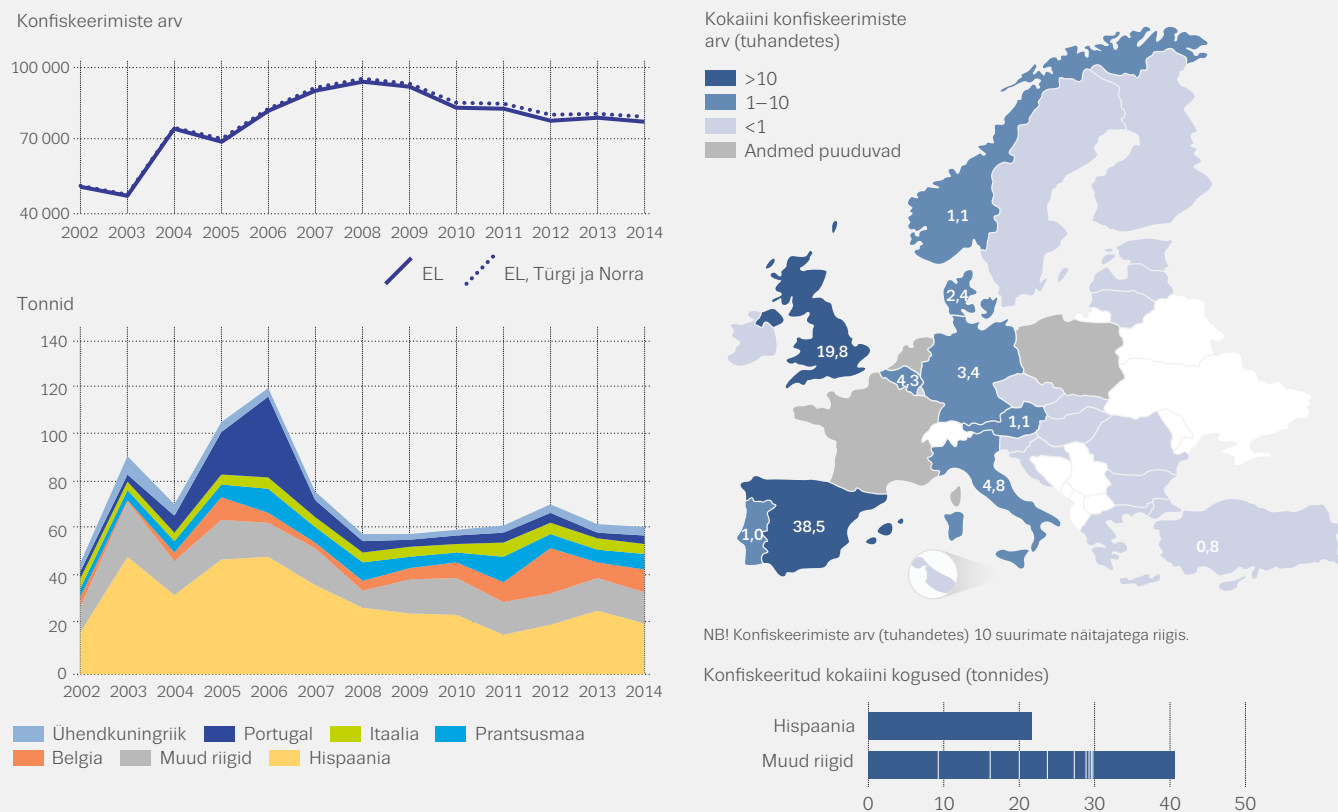
Puhtus (%)



NB! „EL + 2” tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Kokaiini hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

JONIS 1.6

Kokaiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta



TABEL 1.1

Ülevaade Euroopas valmistatavate valitud sünteetiliste uimastite lähteainete konfiskeerimistest ja kinni peetud saadetistest, 2014

Lähteaine / lähteaine lähteaine	Konfiskeerimised		Kinni peetud saadetised ⁽¹⁾		KOKKU	
	Juhtumid	Kogus	Juhtumid	Kogus	Juhtumid	Kogus
MDMA või seotud ained						
PMK (liitrit)	1	5	0	0	1	5
Safrool (liitrit)	0	0	2	1 050	2	1 050
Piperonaal (kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
PMK glütsiidipõhised derivatiivid (kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Amfetamiin ja metamfetamiin						
BMK (liitrit)	14	2 353	0	0	14	2 353
PAA, fenüüläädikhape (kg)	1	100	2	190	3	290
Efedriin, mahtlastina (kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudoefedriin, mahtlastina (kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

⁽¹⁾ Kinni peetud saadetis on saadetis, mida riiki ei lubatud, mis on kinni peetud või mille eksportija on vabatahtlikult tagasi võtnud tulenevalt kahtlusest, et see suunatakse ebaseaduslikku kasutusse.

Amfetamiin ja metamfetamiin

Amfetamiin ja metamfetamiin on tihedalt seotud sünteetilised stimulandid, mida koos nimetatakse amfetamiinideks, ning teatavates andmestikes on neid raske eristada. Amfetamiin on olnud Euroopa turul alati rohkem levinud, kuid viimastel aastatel on üha rohkem teatatud ka turul pakutavast metamfetamiinist.

Mõlemat uimastit toodetakse Euroopas kohalikuks tarbimiseks. Amfetamiini ja metamfetamiini toodetakse osaliselt ka ekspordiks, peamiselt Lähis-Itta, kus neid turustatakse Captagoni tablettidena (mis sisaldavad

amfetamiine) Kaug-Itta ja Okeania piirkonda. Euroopa on ka Lääne-Aafrikast ja Iraanist salakaubana Lähis-Itta veetava metamfetamiini transiidikeskus. Amfetamiini toodetakse peamiselt Belgias, Madalmaades, Poolas, Saksamaal ja vähemal määral Balti riikides. Hiljutiseks muutuseks on tootmise lõppetapi ümberpaigutamine: mitu riiki on teatanud, et nende territooriumil valmistatakse amfetamiiniõlist amfetamiinsulfaati.

Suur osa Euroopa metamfetamiinist toodetakse Tšehhi Vabariigis ja selle lähipiirkonnas. Teatud mahus toodetakse seda ka Madalmaades ja Leedus, samal ajal kui Bulgaarias likvideeritakse üha rohkem laboreid.

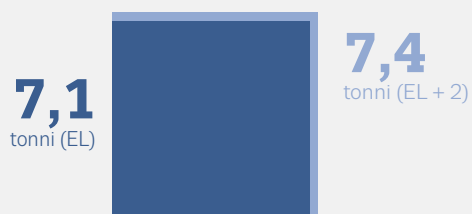
AMFETAMIINID

Amfetamiin

Konfiskeerimiste arv



Konfiskeeritud kogused



Metamfetamiin

Konfiskeerimiste arv



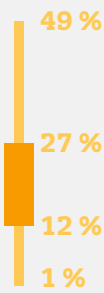
Konfiskeeritud kogused



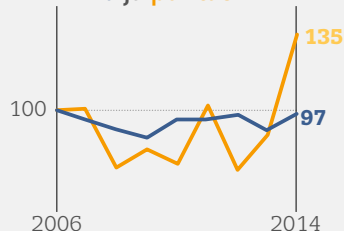
Hind (€/g)



Puhtus (%)



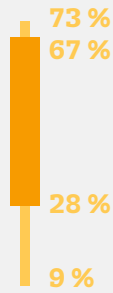
Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Hind (€/g)



Puhtus (%)

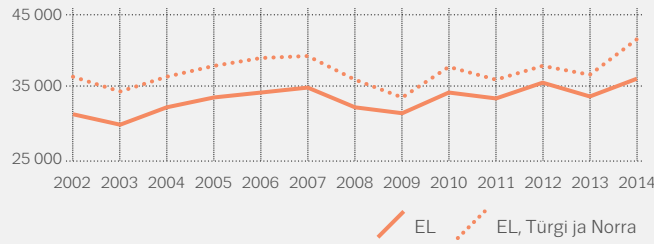


NB! „EL + 2” tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Amfetamiinide hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Metamfetamiini puhul ei ole indekseeritud suundumused kättesaadavad.

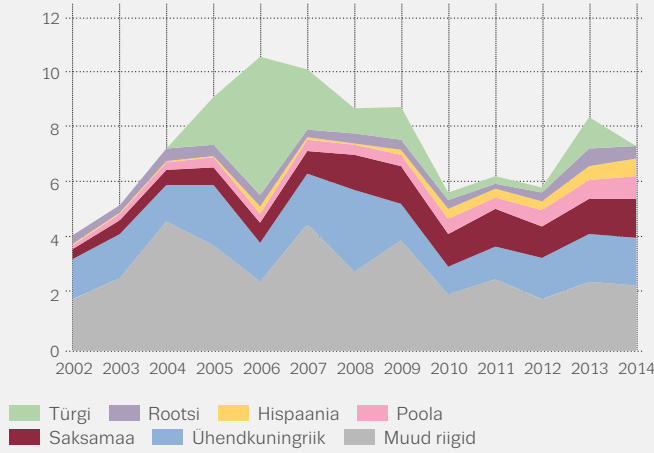
JOONIS 1.7

Amfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta

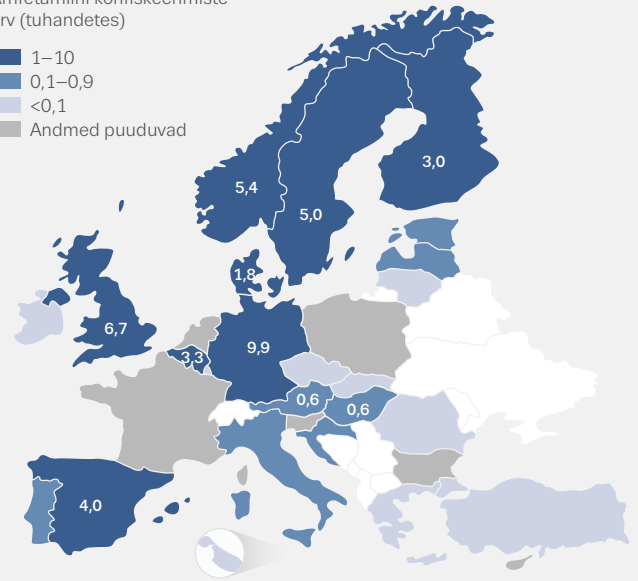
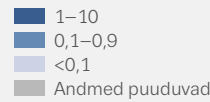
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

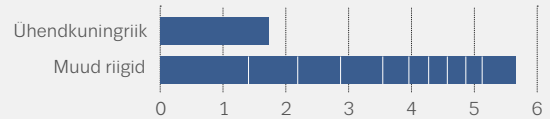


Amfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NB! Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) 10 suurimate näitajatega riigis.

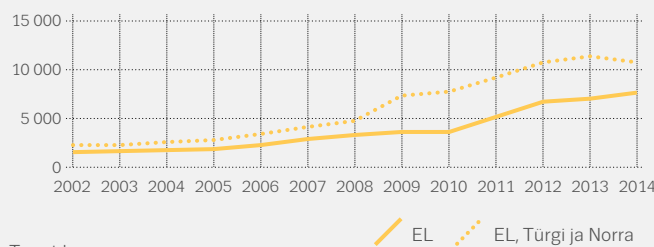
Konfiskeeritud amfetamiini kogused (tonnides)



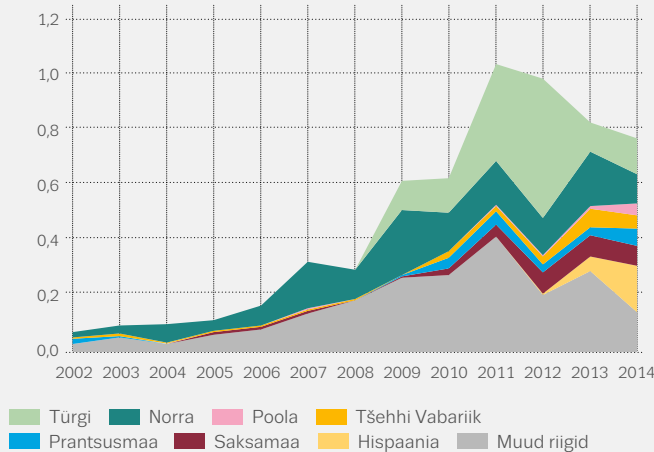
JOONIS 1.8

Metamfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta

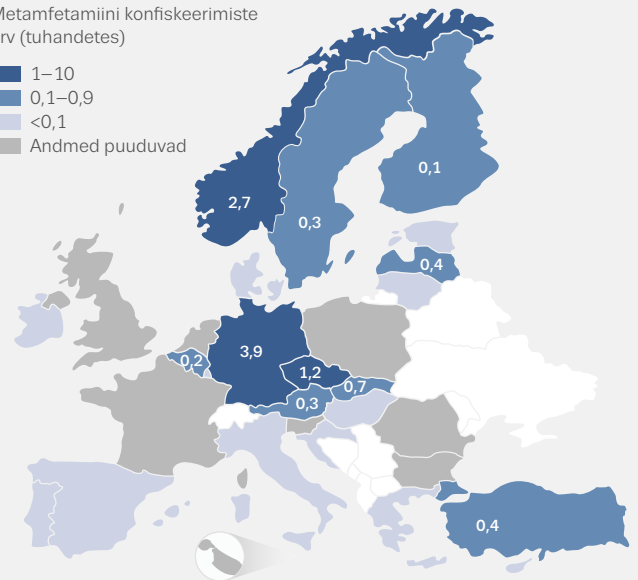
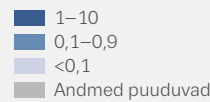
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

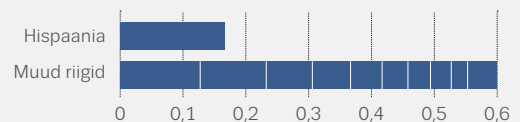


Metamfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NB! Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) 10 suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud metamfetamiini kogused (tonnides)



Leedus ja Bulgaarias kasutatakse metamfetamiini tootmiseks BMKd (bensüülmetüülketooni), kuid Tšehhi Vabariigis ja selle lähipiirkonnas kasutatakse efedriini ja pseudoefedriini. Algselt valmistasid Tšehhi Vabariigis metamfetamiini peamiselt uimastitarbijad oma või kohaliku turu tarbeks väikestes rajatistes. Seda kajastab Tšehhis avastatud tootmiskohtade suur arv (2013. aastal likvideeriti 261 rajatist, Euroopas kokku 294 rajatist). Viimasel ajal on tootmismahud siiski suurenenud ja kasutusele on võetud uued lähteained ning on teateid organiseeritud kuritegelikest rühmitustest, kes toodavad seda uimastit nii kohaliku turu kui ka välisturgude jaoks.

2014. aastal teatasid Euroopa Liidu liikmesriigid amfetamiini 36 000 konfiskeerimisjuhust kokku 7,1 tonni ulatuses. Euroopa Liidus konfiskeeritud amfetamiinikogus on alates 2002. aastast üldiselt suurenenud (joonis 1.7). Metamfetamiini on konfiskeeritud tunduvalt vähem – Euroopa Liidus kokku 7600 konfiskeerimisjuhtu 0,5 tonni ulatuses – ning see on ligikaudu viiendik 2014. aastal teatatud amfetamiinide konfiskeerimistest (joonis 1.8). Nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud metamfetamiini kogus on alates 2002. aastast suurenenud.

Tavaliselt on metamfetamiini keskmine puhtusaste suurem kui amfetamiinil. Kuigi indekseeritud suundumused näitavad, et amfetamiini puhtus on viimastel andmetel suurenenud, on selle uimasti keskmine puhtusaste endiselt suhteliselt madal.

MDMA: juurde tuleb tugevatoimelisi tooteid

Sünteesiline aine MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) sarnaneb keemiliselt amfetamiinidega, kuid selle mõju on mõneti teistsugune. Turul pakutav peamine MDMA-toode on olnud läbi aegade *ecstasy*-tabletid, kuigi need võivad sageli sisaldada mitmesuguseid MDMAga sarnaseid aineid ja muid kemikaale. Kui varem näitasid aruanded, et suurem osa Euroopas *ecstasy*'na müüdavatest tablettidest sisaldab MDMAd väheses koguses või üldse mitte, siis uusimad tõendid osutavad olukorra muutumisele. Uute andmete kohaselt on suurenenud nii suure MDMA-sisaldusega tablettide kui ka pulbrina ja kristalsel kujul müüdava MDMA kättesaadavus.

MDMA tootmine Euroopas tundub olevat koondunud Madalmaadesse, mis on läbi aegade teatanud kõige suuremast selle uimasti tootmise kohtade arvust. Kuigi viimase kümnendi lõpus osutasid tõendid MDMA tootmise langusele, esineb praegu märke tootmise hoogustumisest;

seda kinnitavad teated hiljuti Belgias ja Madalmaades likvideeritud suuremahuliste tootmisrajatiste kohta.

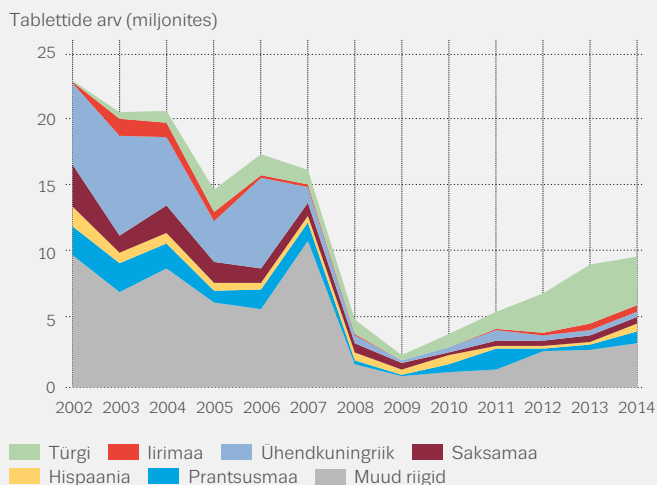
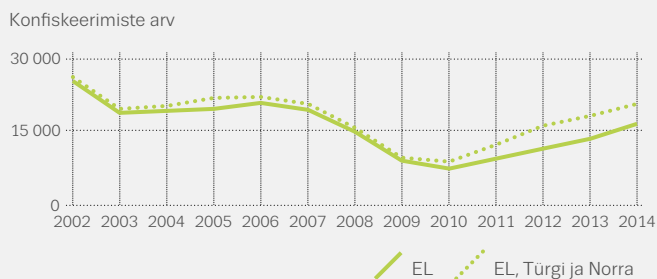
MDMA konfiskeerimistega seotud hiljutiste suundumuste hindamine on keeruline, sest mõne riigi andmed, mis tõenäoliselt mõjutaksid koguarvu olulisel määral, ei ole kättesaadavad. 2014. aasta kohta ei ole saadud andmeid Madalmaadest ning konfiskeerimisandmed puuduvad Soome, Prantsusmaa, Poola ja Sloveenia kohta. Madalmaad teatasid 2012. aastal 2,4 miljoni MDMA-tabletti konfiskeerimisest ning kui eeldada 2014. aastal sama arvu, konfiskeeriti Euroopa Liidus sel aastal hinnanguliselt 6,1 miljonit MDMA-tabletti. See on üle kahe korra rohkem kui 2009. aastal. Lisaks konfiskeeriti 2014. aastal 0,2 tonni MDMA pulbrit. Suuri MDMA koguseid konfiskeeritakse ka Türgis: 2014. aastal konfiskeeriti seal 3,6 miljonit MDMA-tabletti (joonis 1.9).

Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumused osutavad ka MDMA-sisalduse suurenemisele alates 2010. aastast. Suure MDMA-sisaldusega toodete kättesaadavus ajendas Europoli ja EMCDDAd andma 2014. aastal välja ühiseid hoiatusi.

**Suure MDMA-sisaldusega
tooted ajendasid Europoli ja
EMCDDAd andma välja ühiseid
hoiatusi**

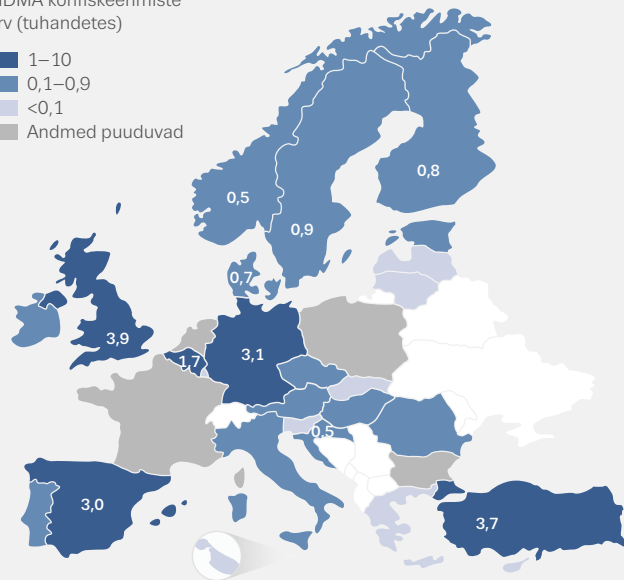
JOONIS 1.9

MDMA konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2014. aasta või viimane teadaolev aasta



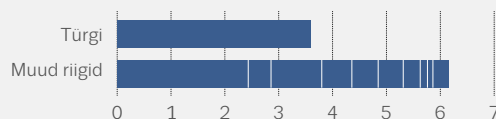
MDMA konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

- 1–10
- 0,1–0,9
- <0,1
- Andmed puuduvad



NB! Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) 10 suurimat näitajatega riigis.

Konfiskeeritud MDMA-tabletid (miljonites)



MDMA

Konfiskeerimiste arv



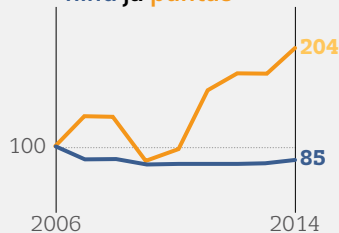
Konfiskeeritud kogused



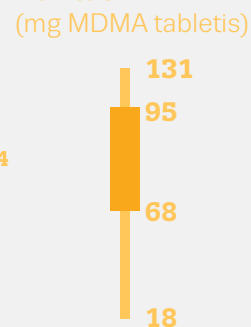
Hind (€/tablett)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



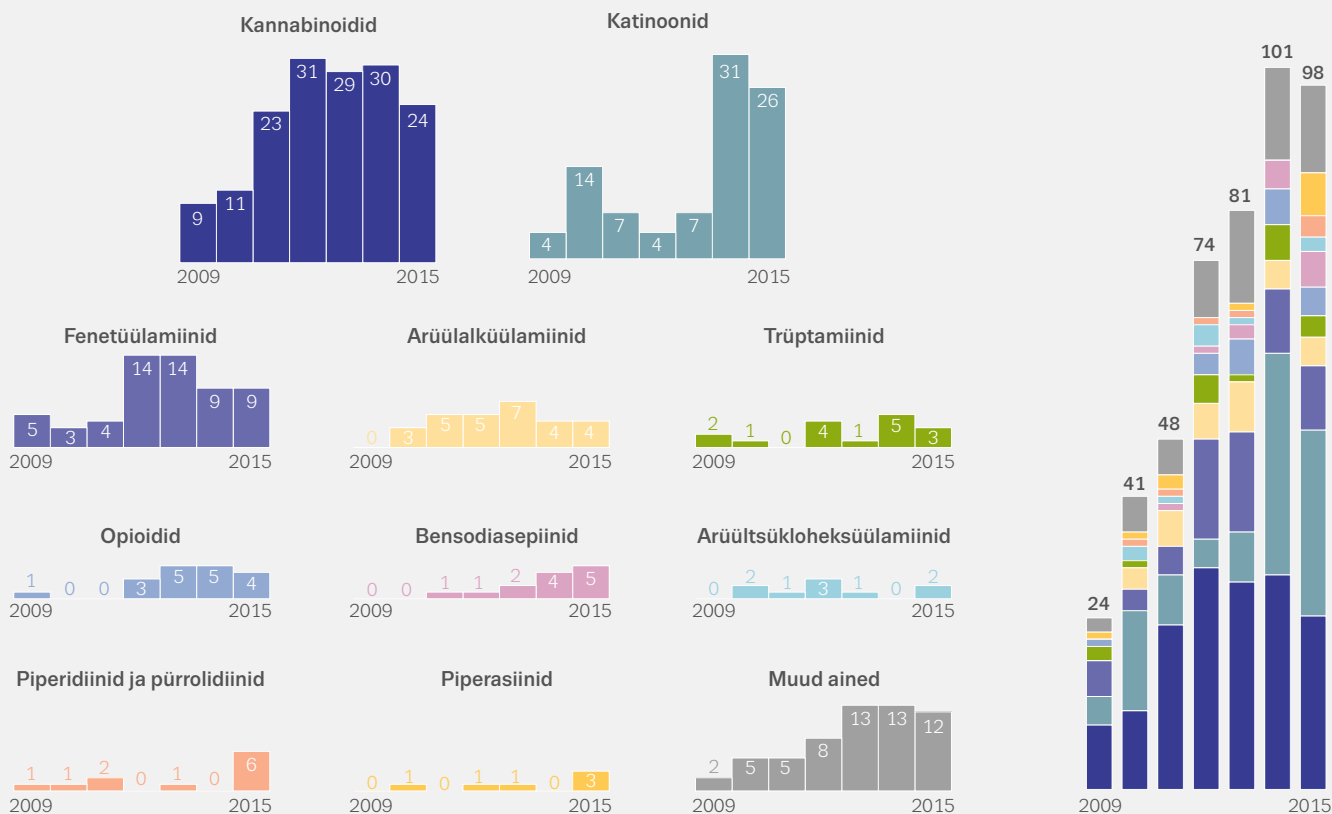
Puhtus (mg MDMA tablettis)



NB! „EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. MDMA hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

JOONIS 1.10

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete arv ja kategooria, 2009–2015



LSD, GHB, ketamiini ja mefedrooni konfiskeerimised

Euroopa Liidus konfiskeeritakse ka muid ebaseaduslikke uimasteid, sealhulgas toimus 2014. aastal 1700 LSD konfiskeerimist (kokku 156 000 annust). Lisaks konfiskeeriti Belgias 3 kg nimetatud uimastit, mis on suurim kogus, mis on kunagi selles riigis registreeritud. Enamiku muude uimastite puhul ei ole puudulike andmete tõttu võimalik teha riikidevahelisi võrdlusi ega analüüsida suundumusi. 2014. aastal teatasid GHB või GBLi konfiskeerimistest 18 riiki. 1243 konfiskeerimisega saadi vastavalt 176 kg ja 544 liitrit uimastit, kusjuures Belgias (40%) ja Norras (34%) toimus kummaski üle kolmandiku konfiskeerimiste koguarvust. 11 riiki teatasid 793 ketamiini konfiskeerimisest kogumahus 246 kg. Üle poole konfiskeerimistest toimus Ühendkuningriigis. Kümme riiki teatasid 1645 mefedrooni konfiskeerimisest kogumahus 203 kg. Peaaegu kõik mefedrooni konfiskeerimised toimusid Ühendkuningriigis (101 kg) ja Küprosel (99 kg).

Uued psühhoaktiivsed ained: turu mitmekesisustumine

EMCDDA seiretegevus hõlmab väga mitmesuguseid uusi psühhoaktiivseid aineid, sealhulgas sünteetilisi

kannabinoidide, sünteetilisi katinoone, fenetüülamiine, opioide, trüptamiine, bensodiasepiine, arüülalküülamiine ja paljusid teisi aineid. 2015. aastal avastati 98 uut ainet; selle tulemusel suurenes seiretegevusega hõlmatud uute ainete arv üle 560, millest 380 (70%) avastati viimasel viiel aastal (joonis 1.10).

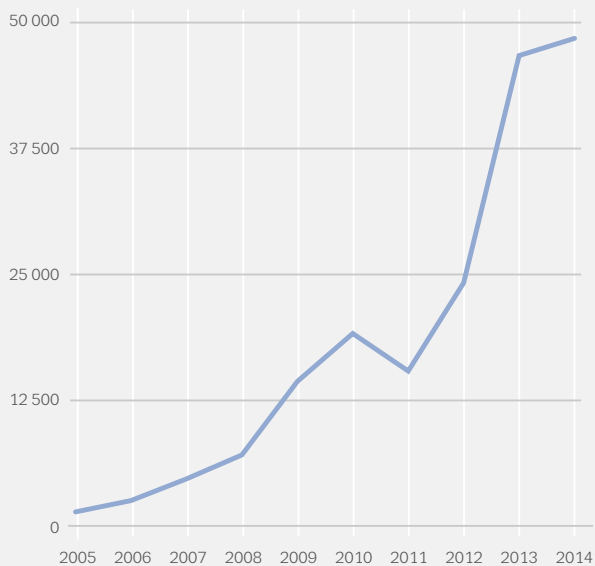
2008. aastast alates on eri toodetes avastatud 160 sünteetilist kannabinoidi, sealhulgas 24 uut kannabinoidi, millest teatati 2015. aastal. Sünteetilisi kannabinoide müüakse kanepi „seaduslike“ aseainetena ning neid võidakse reklaamida eksootiliste viirukitena ja muuks kui inimtarbeks ettenähtud ainetena, et vältida tarbijakaitse- ja ravimiõigusaktide kohaldamist. See on EMCDDA seiretegevusega hõlmatud suurim uute uimastite rühm, mis kajastab nii kanepi suurt nõudlust Euroopas kui ka tootjate suutlikkust tuua turule uusi kannabinoide, kui olemasolevate suhtes rakendatakse kontrollimeetmeid.

Sünteetilised katinoonid on suuruselt teine EMCDDA seiretegevusega hõlmatud ainete rühm. Need avastati Euroopas esimest korda 2004. aastal ja pärast seda on tuvastatud 103 uut katinooni (2015. aastal 26). Sünteetilisi katinoone müüakse tavaliselt selliste stimulantide nagu amfetamiini, MDMA ja kokaiini „seaduslike“ aseainetena.

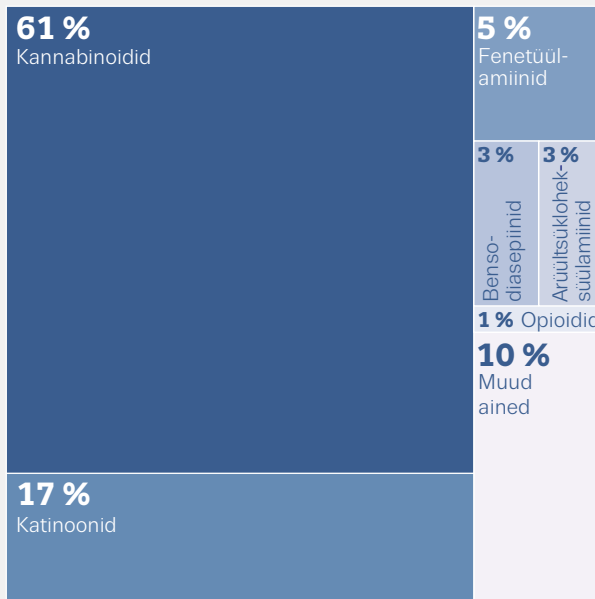
JOONIS 1.11

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste arv: kategooriad ja suundumused, 2014

Konfiskeerimisjuhtumite arv



NB! Euroopa Liidu liikmesriikide, Türgi ja Norra andmed.



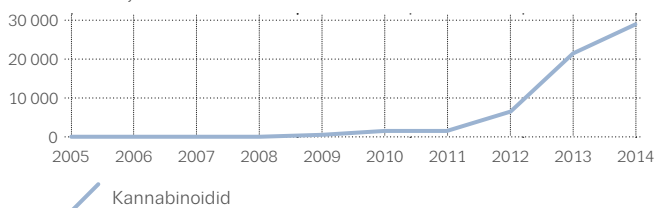
EMCDDA seiretegevus hõlmab praegu 14 uut ja mittekontrollitavat bensodiasepiini. Võltsijad kasutavad neid mõnikord Euroopas müüdavate võltsravimite tootmiseks. 2015. aastal peeti näiteks kinni võltsitud

alprasolaamitabletid, mis sisaldasid flubromasolaami, ja võltsitud diasepaamitabletid, mis sisaldasid fenasepaami. Mõnes Euroopa riigis on neist võltsitud ravimite saanud ebaseaduslike uimastite turu oluline osa.

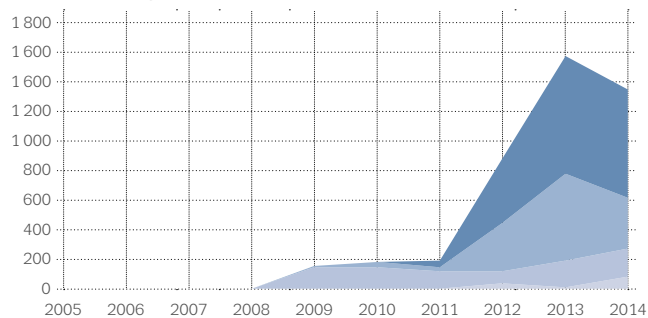
JOONIS 1.12

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud sünteetiliste kannabinooidide ja katinoonide konfiskeerimised: konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud koguste suundumused

Konfiskeerimisjuhtumite arv



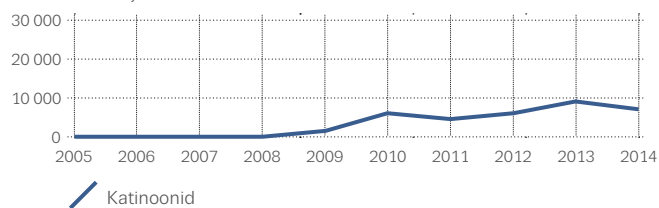
Kannabinooidid (kg)



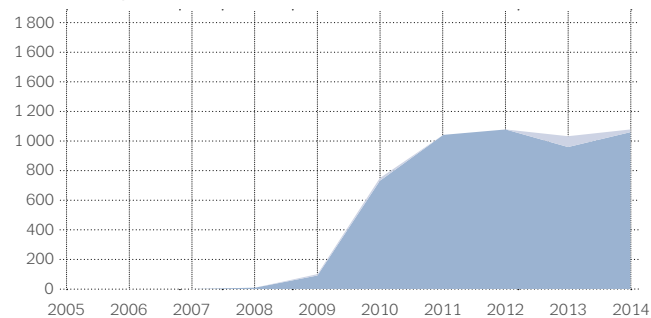
■ Igasugusel muul kujul ■ Taimne materjal ■ Pulber ■ Täpsustamata kujul

NB! ELi, Türgi ja Norra andmed.

Konfiskeerimisjuhtumite arv



Katinoonid (kg)



■ Pulber ■ Igasugusel muul kujul

Uute psühhoaktiivsete ainete suurem konfiskeerimine

ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatatud konfiskeerimisjuhtumite andmed näitavad uute uimastite turu jätkuvat kasvu. 2014. aastal tehti kogu Euroopas ligikaudu 50 000 uute ainete konfiskeerimist peaaegu 4 tonni ulatuses (joonis 1.11). Enamik neist olid sünteetilised kannabinoidid: peaaegu 30 000 konfiskeerimist üle 1,3 tonni ulatuses (joonis 1.12). Teise suurema rühma moodustasid sünteetilised katinoonid: rohkem kui 8000 konfiskeerimist üle ühe tonni ulatuses. Sünteetilised kannabinoidid ja katinoonid moodustasid 2014. aastal kokku peaaegu 80% konfiskeerimiste koguarvust ja üle 60% konfiskeeritud kogustest. Muud rühmad olid näiteks mittekontrollitavad bensodiasepiinid ja tugevatoimelised narkootilised analgeetikumid, nagu fentanüülid, mida võidakse müüa herooinina.

2014. aastal olid uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimisel ülekaalus sünteetilised kannabinoidid, mis moodustasid üle 60% konfiskeerimiste koguarvust ja peaaegu 35% konfiskeeritud uimastitest (joonis 1.11). Enamik konfiskeeritud uimasteid olid pulbri kujul, sageli mahtlastina; ülejäänud osa konfiskeeriti üldiselt taimse materjalina, mis oli ainega üle pritsitud. Pulbreid kasutatakse seaduslike uimastitena müüdavate toodete valmistamiseks ja neid konfiskeeriti kokku mitu miljonit annust. Peamised pulbrina konfiskeeritud viis kannabinoidi olid 2014. aastal AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) ja XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

2014. aastal moodustasid sünteetilised katinoonid üle 15% kõikidest uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimistest ja peaaegu 30% konfiskeeritud kogusest (joonis 1.11). Peamised viis konfiskeeritud katinooni olid mefedroon (222 kg) ja selle isomeerid 3-MMC (388 kg) ja 2-MMC (55 kg) ning pentedroon (136 kg) ja alfa-PVP (135 kg).

Uimastiturg: poliitilised meetmed

Ebaseaduslike uimastite pakkumise ja vähendamise üleilmse olemuse tõttu on vastumeetmete rakendamine keeruline. Poliitikakujundajad saavad kasutada mitmesuguseid pakkumise vähendamise võimalusi, sealhulgas narkostrategiat ja õiguslikke sekkumisi ning regulatiivseid ja õiguskaitsemeetodeid. Euroopas pakkumise vähendamise algatusi koordineerivad mitu ELi institutsiooni. Selleks kasutatakse mitmeid strateegilise planeerimise vahendeid: ELi narkostrategia 2013–2020 ja selle praegune tegevuskava 2013–2016, organiseeritud

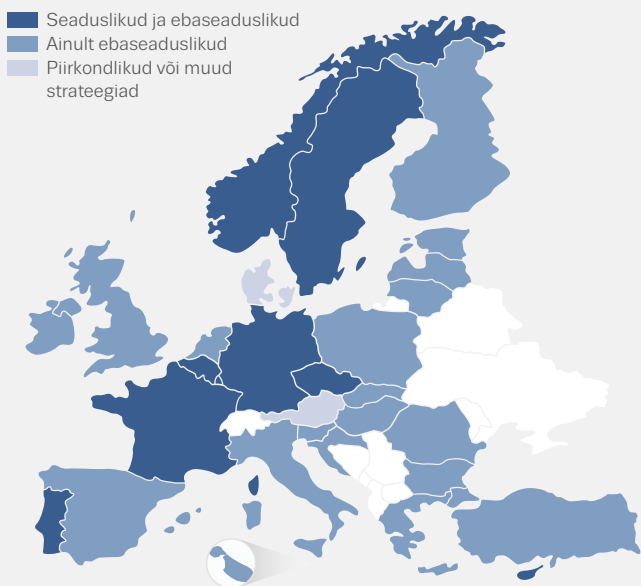
ja rasket rahvusvahelist kuritegevust käsitlev ELi poliitikatsükkel ning ELi julgeolekustrategiad. Nende strateegiatega hõlmatud poliitikavaldkonnad tõendavad õiguskaitse ees seisvate probleemide ulatust ja uimastikaubanduses osalevate organiseeritud kuritegelike rühmituste üha keerukamaks muutumist. Kõnealused valdkonnad on näiteks julgeoleku-, merendus-, rände- ja arengupoliitika. Need hõlmavad meetmeid, mis edendavad teabepõhist politseitegevust, mereseiret ja transporti, ebaseaduslike rahavoogude avastamist ja likvideerimist, piirikontrolli ja tööstuskemikaalide liikumist ning alternatiivseid arengumeetmeid. Euroopa Liit teeb pakkumise vähendamise meetmete rakendamisel koostööd ka paljude rahvusvaheliste partneritega.

Liikmesriigid peavad riiklikul tasandil tegelema sama keeruka uimastituru dünaamika probleemiga ning enamik on kehtestanud riiklikud julgeoleku- ja politseistrateegiad, mille abil püütakse vähendada uimastite pakkumist. Lisaks rakendatakse kõikides riikides (peale kahe) uimastipoliitika elluviimiseks riiklikku narkostrategiat, mis sageli hõlmab nii pakkumise vähendamise meetmeid kui ka nõudluse vähendamise algatusi. Erandiks on Austria, kus on kehtestatud piirkondlikud narkostrategiad, ja Taani, kus on kehtestatud riiklik uimastipoliitika, mida viiakse ellu eri strateegiadokumentide, õigusaktide ja konkreetsete meetmete kaudu. Narkostrategia on tavaliselt ajaliselt piiratud dokument, milles on üldjuhul täpsustatud eesmärgid ja prioriteedid ning erimeetmed ja nende rakendamise eest vastutavad isikud. Uimastipoliitika on muutunud viimastel aastatel üha keerulisemaks. See kajastub olukorras, kus peaaegu kolmandikus ELi liikmesriikide strateegiates käsitletakse peale ebaseaduslike uimastite ka seaduslike uimasteid ja mõnes lisaks sõltuvuskäitumist (vt joonis 1.13).

Riigid kasutavad riiklikku narkostrategiat oma uimastipoliitika elluviimiseks

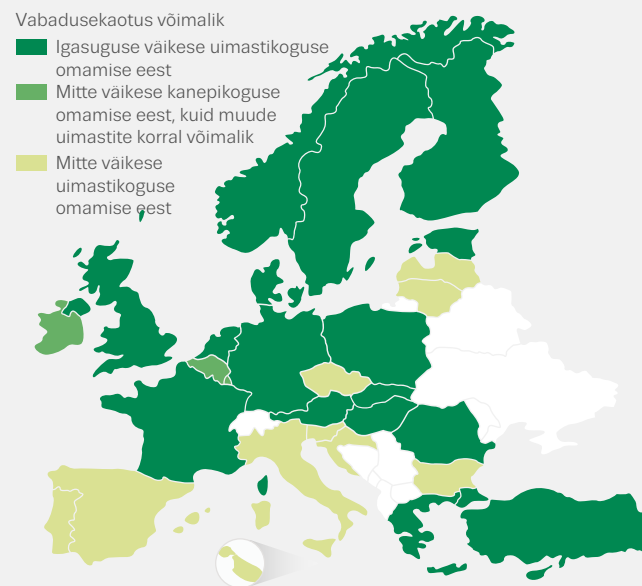
JOONIS 1.13

Riiklikud narkostrategiad ja tegevuskavad: olemasolu ja ulatus



JOONIS 1.14

Seadustes sätestatud karistused: vabadusekaotuse võimalus uimastite omamise eest isiklikuks tarbimiseks (väiksemad õigusrikkumised)



Uimastite pakkumise ja omamise vastased õigusmeetmed

Liikmesriigid võtavad meetmeid ebaseaduslike uimastite pakkumise tõkestamiseks ÜRO kolme konventsiooni alusel, milles on sätestatud enam kui 240 psühhootilise aine tootmist, müümist ja omamist reguleeriv rahvusvaheline raamistik. Kõik riigid on kohustatud käsutama ebaseaduslikku uimastikaubandust kuriteona, kuid seadustes sätestatud karistused on riigiti erinevad. Mõnes riigis võidakse uimastite pakkumise õigusrikkumiste suhtes kohaldada ühtset laia karistusvahemikku, samal ajal kui teistes eristatakse kergemaid ja raskemaid õigusrikkumisi ning kohaldatakse nende suhtes erinevaid karistusvahemikke.

Samuti on kõik riigid kohustatud käsutama uimastite isiklikuks tarbimiseks omamist kuriteona, kuid seda siiski vastavalt asjaomase riigi põhiseaduslikele põhimõtetele ja õigussüsteemi aluspõhimõtetele. Seda klauslit on tõlgendatud mitmeti, mis kajastub erinevates õiguslikes käsitlustes nii Euroopa riikides kui ka mujal. Alates 2000. aastast on kogu Euroopas vähenenud uimastite isikliku kasutamisega seotud väiksemate õigusrikkumiste eest vanglakaristuse või muu vabadusekaotuse määramise tõenäosus. Mõnes riigis on mindud veelgi kaugemale ning neis võib isiklikuks kasutamiseks uimastite omamise eest määrata vaid muid karistusi peale kriminaalkaristuse, tavaliselt trahvi (joonis 1.14).

Uimastivastaste õigusaktide rikkumiste arvu pikaajaline suurenemine

Uimastipakkumise ja -tarbimise vähendamist taotlevate õigusaktide rakendamist jälgitakse asjaomaste õigusrikkumiste andmete abil. Euroopa Liidus teatati 2014. aastal hinnanguliselt 1,6 miljonist õigusrikkumisest (57% ehk enamik oli seotud kanepiga), mille pani toime ligikaudu miljon õigusrikkujat. Ajavahemikus 2006–2014 suurenes teatatud õigusrikkumiste arv peaaegu kolmandiku võrra (34%).

Valdavas osas Euroopa riikides on enamik teatatud uimastivastaste õigusaktide rikkumistest seotud uimastitarbimise ja kasutamiseks omamisega. Kogu Euroopas oli selliseid rikkumisi 2014. aastal kokku hinnanguliselt üle miljoni, st 24% rohkem kui 2006. aastal. Rohkem kui kolmandik uimastite omamisega seotud teatatud õigusrikkumistest hõlmas kanepit. 2014. aastal jätkus kanepi, amfetamiinide ja MDMA omamisega seotud õigusrikkumiste arvu kasv (joonis 1.15).

Üldiselt on uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumistest teatamiste arv alates 2006. aastast suurenenud 24%, 2014. aastal registreeriti üle 214 000 juhtumi. Nagu ka omamisega seotud õigusrikkumised, oli enamik seotud kanepiga. Kokaiini, heroini ja amfetamiinide pakkumisega seotud õigusrikkumisi oli siiski rohkem kui nende isiklikuks kasutamiseks omamisega seotud õigusrikkumisi. Heroini ja kokaiini pakkumisega seotud õigusrikkumiste arvu vähenemise suundumus katkes 2014. aastal ja MDMA pakkumisega seotud õigusrikkumiste arv suurenes järsult (joonis 1.15).

Asendusravimite kõrvaltoimetamise tõkestamine

Muret valmistab opioide sisaldavate asendusravimite kõrvaltoimetamine nende kavandatud kasutusest narkomaaniaravis, et kasutada neid mittemeditsiinilistel eesmärkidel ja müügiks ebaseaduslike uimastite turul. Kõrvaltoimetamine tähendab retseptiravimitega kauplemist või nende jagamist, müümist või andmist teistele isikutele. See võib toimuda tahtlikult (teise isiku tahtlik varustamine) või tahtmatult (tahtmatu varustamine, nagu ravimite kaotamine või vargus).

Riiklikul tasandil rakendatakse asendusravimite kõrvaltoimetamise tõkestamiseks eri strateegiaid. See hõlmab koolituse pakkumist arstidele ja patsientidele, ravi vastavuse strateegiate rakendamist koos asjakohaste

retseptide ja manustamise järelevalvega, kuritarvitamise ärahoidmiseks ettenähtud preparaatide pakkumist, elektrooniliste ravimidosaatorite kasutamist ning mitmesuguste kontrollimeetmete rakendamist, nagu patsiendi toksikoloogilised testid, ravimite loendamine ja etteteatamata jälgimine. Süsteemi tasandil võib olukorda reguleerida apteegitehingute registrite abil ja kasutades distsiplinaarmeetmeid asjakohatute retseptide väljastamise vältimiseks.

Hiljutisest Euroopa ülevaatest selgub, et paljud neist meetmetest võivad vähendada kõrvaltoimetamist, kuigi nende rakendamise võimalikest soovimatutest tagajärgedest on harva teatatud. Praegu on endiselt probleemiks see, et ühest küljest tuleb tagada patsientide hea juurdepääs asendusravimitele, kuid teisest küljest tuleb kehtestada asjakohased ennetus- ja reguleerimismeetmed, et vähendada nende ravimite sattumist ebaseaduslike uimastite turule.

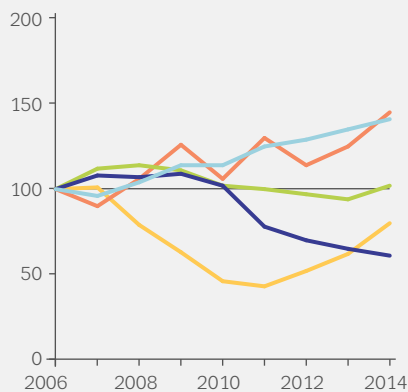
Asendusravimite kõrvaltoimetamise tõkestamiseks rakendatakse eri strateegiaid

JOONIS 1.15

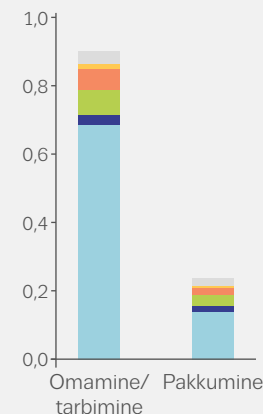
Euroopa uimastiõigusaktides sätestatud õigusrikkumised seoses uimastite tarbimise, omamise või pakkumisega: indekseeritud suundumused ja teatatud õigusrikkumised, 2014

Omamine/tarbimine

Indekseeritud suundumused

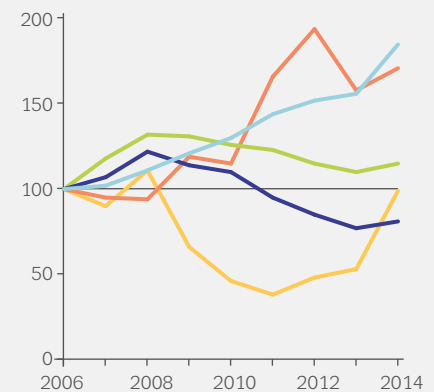


Õigusrikkumiste arv (miljonites)



Pakkumine

Indekseeritud suundumused



Heroiin MDMA Kokaiin Kanep Amfetamiinid Muud ained

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded**2016**

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

EMCDDA ja Europol ühisväljaanded**2016**

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Kõik dokumendid on avaldatud aadressil
www.emcdda.europa.eu/publications.

2

**Euroopas tarbitavate ainete valik
on varasemast mitmekesisem**

Uimastitarbimise levik ja suundumused

Euroopas tarbitavate ainete valik on varasemast mitmekesisem. Uimastitarbijate seas on levinud mitme eri uimasti koostarbimine ning tarbimisharjumused ulatuvad ühekordsest proovimisest kuni harjumusliku ja sõltuvusliku tarbimiseni. Uimastitarbimine on üldiselt suurem meeste seas, eriti kui tarbimine on aktiivne või korrapärane. Kanepit tarbitakse ligikaudu viis korda sagedamini kui teisi aineid. Heroiini ja muude opioidide tarbimine on küll endiselt suhteliselt harv, kuid just neid uimasteid seostatakse endiselt kõige sagedamini tarbimise kõige kahjulikumate viiside, sealhulgas uimastite süstimisega.

Uimastitarbimise seire

EMCDDA kogub ja säilitab andmestikke, mis hõlmavad uimastite tarbimist ja tarbimisharjumusi Euroopas.

Meelelahutusliku uimastitarbimise leviku kohta võib saada ülevaate rahvastiku-uuringute andmetest. Neid uuringutulemusi võivad täiendada Euroopa linnades tehtavad analüüsid uimastijääkide kohta linnade reovees.

Suure riskiga uimastitarbimise hinnangulisi andmeid andvad uuringud aitavad kindlaks teha uimastitarbimisest tulenevate levinumate probleemide ulatuse, samas kui andmed narkomaaniaravi alustavate isikute kohta aitavad koos muude näitajatega paremini mõista suure riskiga uimastitarbimise olemust ja suundumusi.

Iga neljas eurooplane on proovinud ebaseaduslikku uimastit

Hinnangute kohaselt on üle 88 miljoni ehk rohkem kui veerand Euroopa Liidu 15–64-aastastest elanikest proovinud elu jooksul ebaseaduslikku uimastit. Uimasteid tarbivad rohkem mehed (54,3 miljonit) kui naised (34,8 miljonit). Kõige rohkem tarbitakse kanepit (51,5 miljonit meest ja 32,4 miljonit naist), palju väiksemaks hinnatakse kokaiini (11,9 miljonit meest ja 5,3 miljonit naist), MDMA (9,1 miljonit meest ja 3,9 miljonit naist) ja amfetamiinide (8,3 miljonit meest ja 3,8 miljonit naist) tarbimist elu jooksul. Elu jooksul uimasteid tarbinute arv on riigiti väga erinev, ulatudes ligikaudu neljast

kümnendikust täiskasvanutest Prantsusmaal ja ühest kolmandikust täiskasvanutest Taanis ja Itaalias kuni vähem kui ühe kümnendikuni Bulgaarias, Ungaris, Maltas, Rumeenias ja Türgis.

Viimase aasta uimastitarbimine näitab hästi ära hiljutise uimastitarbimise taseme ja on peamiselt levinud just noorte seas (15–34-aastased). Viimase aasta jooksul tarbis uimasteid hinnanguliselt 17,8 miljonit noort täiskasvanut, kusjuures uimasteid tarbivaid mehi oli naistest kaks korda rohkem.

Kanepitarbimine: eri riikides erinev olukord

Kanep on ebaseaduslik uimasti, mida igas vanuses inimesed kõige tõenäolisemalt tarbivad. Kanepit tavaliselt suitsetatakse ja Euroopas segatakse seda harilikult tubakaga. Kanepitarbimise harjumused ulatuvad juhuslikust tarvitamisest kuni korrapärase ja sõltuvusliku tarbimiseni.

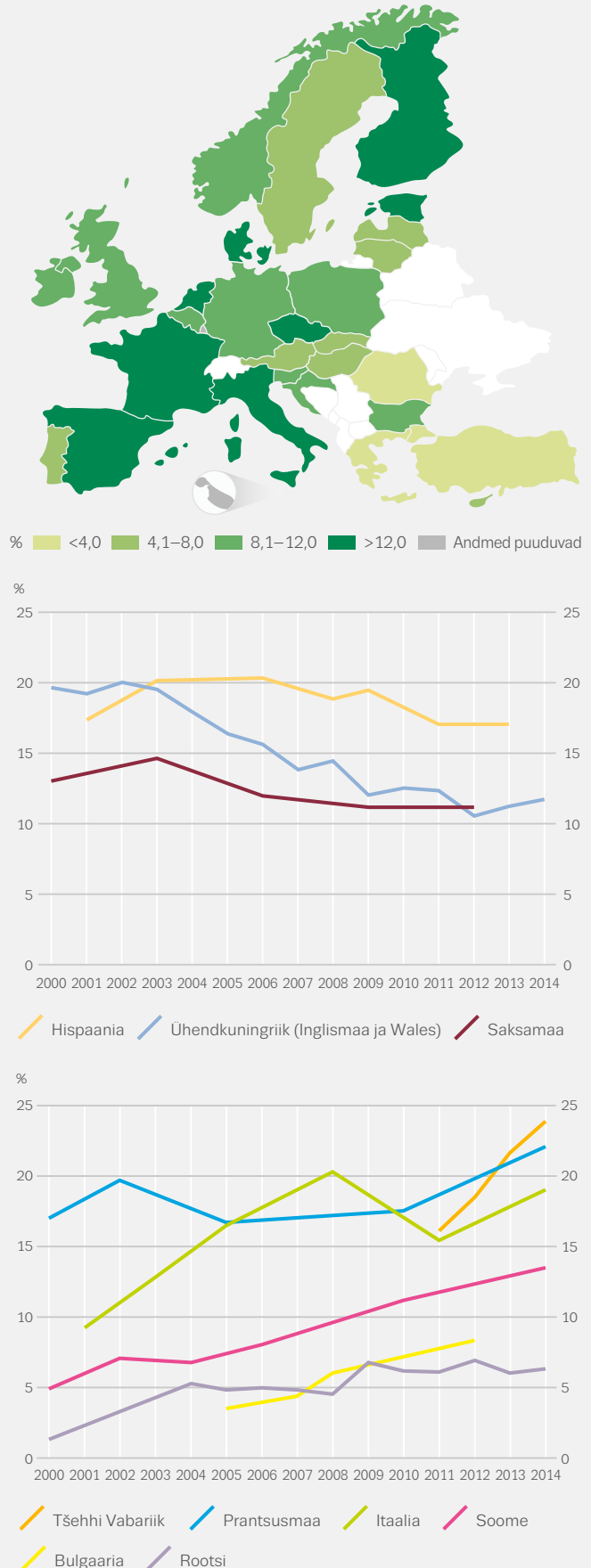
Viimase aasta jooksul tarbis kanepit hinnanguliselt 16,6 miljonit noort eurooplast (15–34-aastased) ehk 13,3% sellest vanuserühmast ning neist 9,6 miljonit (ehk 16,4% sellest vanuserühmast) olid 15–24-aastased. Viimasel aastal kanepit tarvitanud noorte seas oli mehi kaks korda rohkem kui naisi.

Värskeimad uuringutulemused näitavad, et viimase aasta kanepitarbimise andmed on riigiti endiselt erinevad (joonis 2.1). Riikidest, kus on alates 2013. aastast uuringuid tehtud, teatas kaheksa tarbimise suurenemisest, neljas oli olukord stabiilne ja üks hindas tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus.

Ainult osal riikidel on piisavalt uuringuandmeid, et statistiliselt analüüsida noorte täiskasvanute (15–34-aastased) möödunud aasta kanepitarbimise keskmise tähtajaga ja pikaajalisi suundumusi. Uuringute kohaselt on riikides, kus kanepitarbimine on suhteliselt laialt levinud, nagu Saksamaal, Hispaanias ja Ühendkuningriigis, kanepitarbimine viimasel aastakümnel vähenenud või püsinud stabiilsena, samal ajal kui Prantsusmaal on see pärast 2010. aastat suurenenud. Riikidest, kus kanepitarbimine on läbi aegade püsinud madalal tasemel, on Soome järjepidevalt teatanud kanepitarbimise suurenemisest pikas perspektiivis (lähenedes Euroopa keskmisele näitajale), samas kui Rootsis on tarbimine endiselt väike (andmed näitavad viimasel aastakümnel üksnes tagasihoidlikku kasvu). Riikidest, kus on vähem võrreldavaid andmeid, näitasid Bulgaaria andmed 2012. aastani kasvu, samal ajal kui Tšehhi Vabariigi aastauuring näitas kasvu ajavahemikus 2011–2014.

JOONIS 2.1

Kanepi tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): viimased andmed (üleval) ja statistiliselt olulised suundumused (keskel ja all)



Vastavalt alkoholi ja muid uimasteid käsitleva Euroopa kooliuringute projekti (ESPAD) viimastele andmetele, mis avaldati 2011. aastal, oli kanep 15–16-aastaste kooliõpilaste seas enim tarbitud ebaseaduslik uimasti. Värskemaid andmeid kooliõpilaste (15-aastaste) kohta on kooliealiste laste tervisekäitumise (HBSC) uuringus. 2013. ja 2014. aasta HBSC uuringu kohaselt ulatus elu jooksul kanepit tarvitanud kooliõpilaste osakaal 5% tütarlastest ja 7% poistest (Rootsi) kuni 26% tütarlastest ja 30% poistest (Prantsusmaa).

Kanepitarbijate ravi: suurenenud nõudlus

Rahvastiku-uuringute kohaselt tarbib kanepit iga päev või peaaegu iga päev (st nad on seda uimastit kasutanud möödunud kuul vähemalt 20 päeva) hinnangute kohaselt ligikaudu 1% Euroopa täiskasvanutest. Neist ligikaudu 60% on 15–34-aastased ja neist üle kolme neljandiku on mehed.

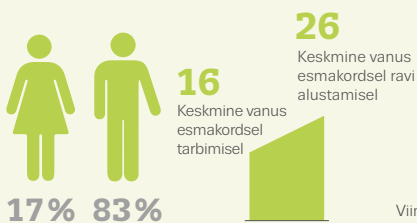
Kanepitarbimisest tulenevate terviseprobleemide tõttu ravi alustavate isikute andmed koos muude näitajatega aitavad paremini mõista suure riskiga kanepitarbimise olemust ja ulatust Euroopas. Aastatel 2006–2014 suurenes esmakordsete ravialustajate koguarv 45 000-lt 69 000-ni. Nende seas suurenes nende isikute osakaal, kes teatasid aine igapäevasest tarbimisest, 46%-lt (2006) 54%-ni (2014). Ravialustajate arvu kasvu põhjused ei ole selged,

kuid seda võib seostada muutustega kanepitarbimises ja aktiivses tarbimises ning muude teguritega, nagu kahjulikumate ja tugevama toimega toodete kättesaadavus, kanepisõltuvuse ravi parem kättesaadavus ja ravile suunamise tavade muutused.



RAVI ALUSTAVAD KANEPITARBIJAJAD

Näitajad



Esmakordsed ravialustajad

59%

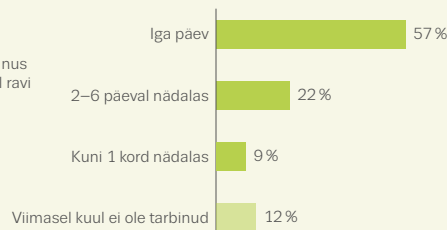


Varem ravi saanud ravialustajad

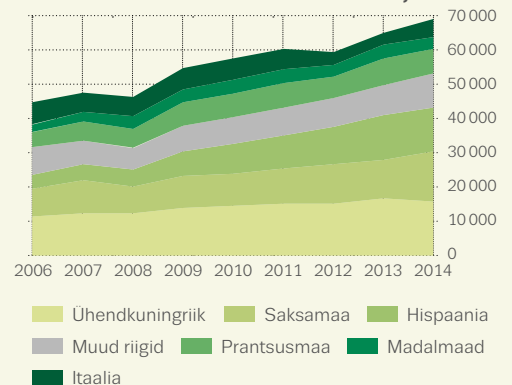
41%

Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine 5,4 päeval nädalas



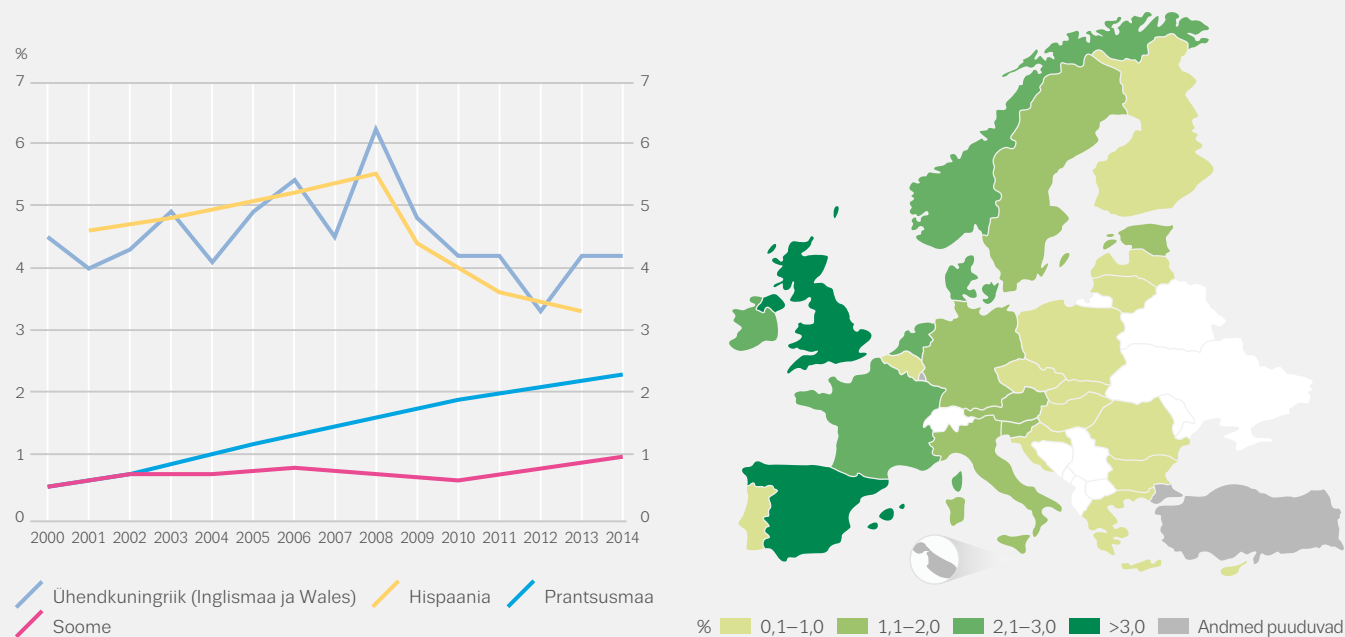
Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kanep. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia 2014. aasta andmed otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.2

Kokaiini tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): statistiliselt olulised suundumused ja viimased andmed



| Kokaiin: levimuse muutumine

Kokaiin on enim tarbitud ebaseaduslik stimulant Euroopas, kuigi selle tarbimine on rohkem levinud Lõuna- ja Lääne-Euroopas. Kokaiinipulbrit (kokaiinhüdrokloriid) tõmmatakse peamiselt ninna (nasaalne manustamine) ja mõnikord ka süstitakse, ent *crack*-kokaiini (alus) tavaliselt suitsetatakse.

Hinnangute kohaselt on viimase aasta jooksul kokaiini tarbinud ligikaudu 2,4 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased, st 1,9% sellest vanuserühmast). Paljud kokaiinitarbijad kasutavad uimastit meelelahutuseks ning enim nädalavahetustel ja pühade ajal. Regulaarsete tarbijate hulgas saab üldiselt eristada sotsiaalselt lõimunud tarbijaid, kes tõmbavad sageli kokaiini ninna, ning tõrjutumaid tarbijaid, kes süstivad kokaiini või suitsetavad *crack*'i, mõnikord koos opioidide tarbimisega.

Ainult Hispaania, Madalmaad ja Ühendkuningriik teatasid eelmisel aastal, et vähemalt 3% noortest täiskasvanutest tarbivad kokaiini. Uusimad uuringud ei kinnita eelmistel aastatel teatatud kokaiinitarbimise vähenemist; alates

2013. aastast uuringuid teinud riikidest teatasid kuus tarbimise suurenemisest, kaks kinnitasid tarbimise stabiilsust ja neli hindasid tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus.

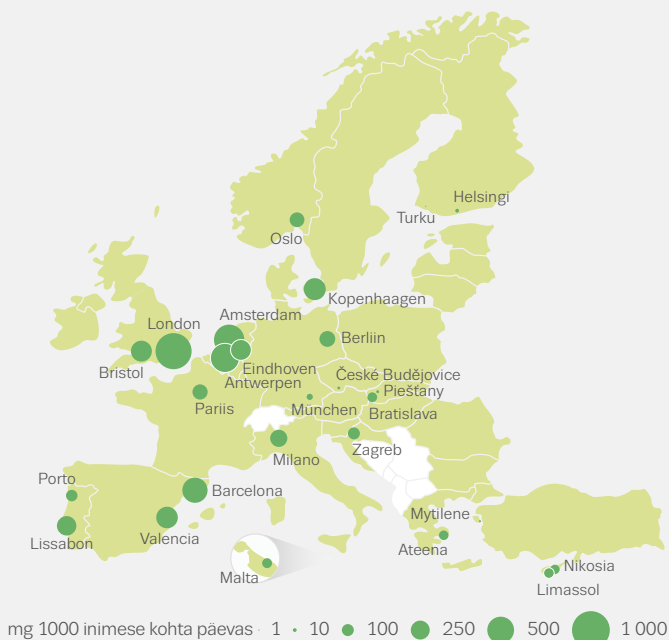
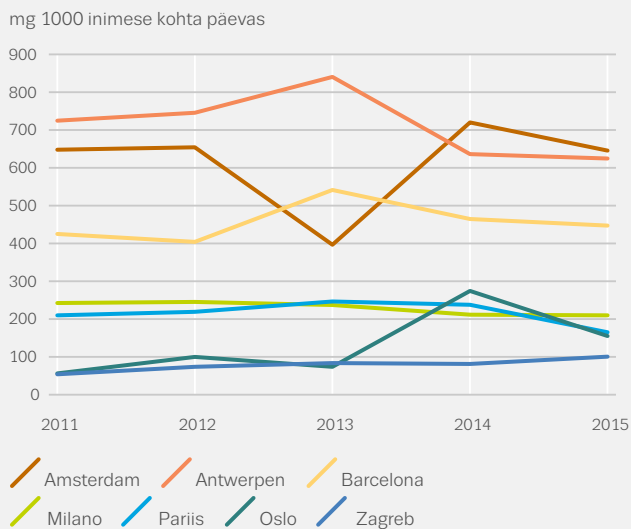
Noorte täiskasvanute viimase aasta kokaiinitarbimise pikaajaliste suundumuste statistilist analüüsi on võimalik teha vaid üksikutes riikides. Hispaania ja Ühendkuningriik teatasid mõlemad kuni 2008. aastani kokaiinitarbimise suurenemisest, sellele järgnes stabiliseerumine või langus. Ühendkuningriigi aruanded viitavad sellele, et langus piirdus noorte täiskasvanutega (16–24-aastased), samas kui vanema vanuserühma kokaiinitarbimine püsis stabiilsena või suurenes. Prantsusmaal jätkub kasvusuundumus (2014. aastal üle 2%). Soomes on kokaiinitarbimine suurenenud, kuid üldiselt tarbitakse seda endiselt vähe, sest näitaja küündis 2014. aastal esimest korda 1%-ni.

Rahvastiku-uuringu tulemusi täiendab mitut linna hõlmav uuring, mille raames analüüsiti kokaiinijääke linnade reovees. Uuringutulemused on esitatud uimastijäägi standarditud kogustena (massikoormus) 1000 inimese kohta päevas. 2015. aasta analüüsi põhjal oli bensoüülkoniini – kokaiini peamise ainevahetussaaduse – suurim massikoormus Belgia, Hispaania, Madalmaade ja Ühendkuningriigi linnades (vt joonis 2.3). 2015. aastal avastatud üldine pilt oli sarnane eelmiste aastatega, mil enamikus linnades tuvastati tarbimise vähenemise või stabiliseerumise ajavahemikus 2011–2015.

**Kokaiin on enim tarbitud
ebaseaduslik stimulant
Euroopas**

JOONIS 2.3

Kokaiinijäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed



NB! Keskmised kokaiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Kaarti: Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2015. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

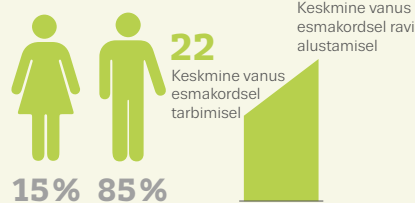
Kokaiinitarbijate ravi: stabiilne nõudlus

Eriti probleemseid kokaiinitarbimise harjumusi Euroopas on raske mõista, sest uusimaid hinnanguid on andnud ainult viis riiki ning kasutatud on erinevaid mõisteid ja

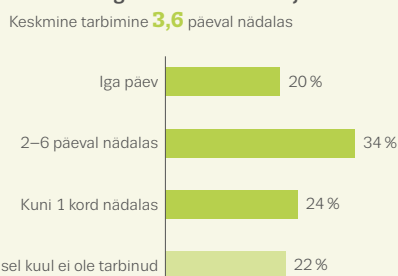
meetodeid. Saksamaa 2012. aasta hinnangu järgi oli kokaiinist sõltuvuses 0,2% täiskasvanud elanikest. Itaalia 2014. aasta hinnangu järgi vajas kokaiinitarbimise tõttu ravi 0,64% elanikest ning Hispaania 2013. aasta hinnangu järgi ulatus suure riskiga kokaiinitarbimine 0,29%-ni.

RAVI ALUSTAVAD KOKAIINITARBIJAJAD

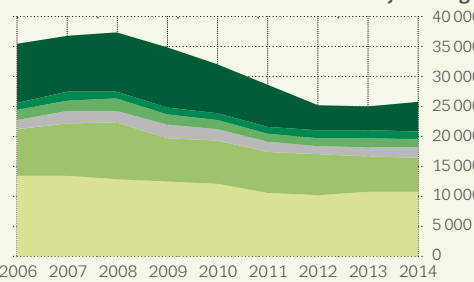
Näitajad



Tarbimissagedus viimase kuu jooksul



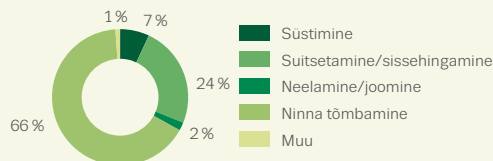
Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas



Esmakordsed ravialustajad



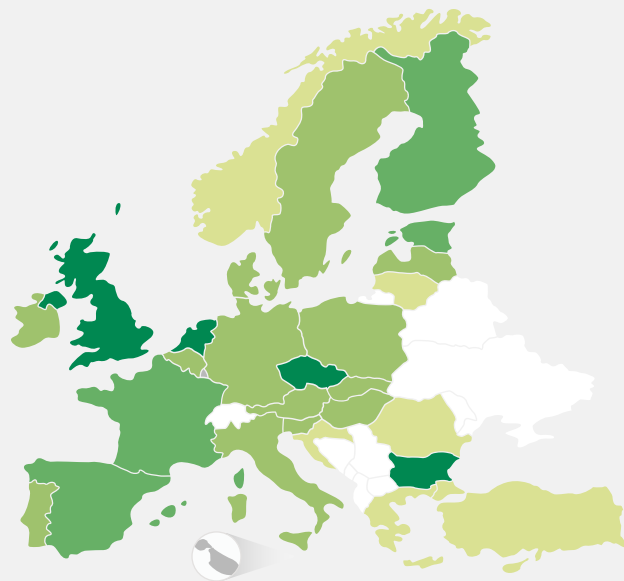
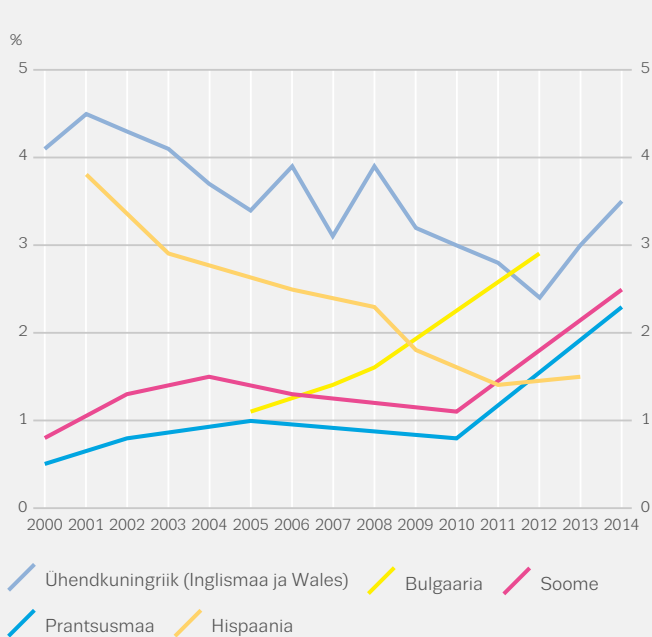
Manustamisviis



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kokaiin või crack. Riigi tasandi andmeveo muutuste tõttu ei ole Itaalia 2014. aasta andmed otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.4

MDMA tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): statistiliselt olulised suundumused ja viimased andmed



% 0–0,5 0,6–1,0 1,1–2,5 >2,5 Andmed puuduvad

Ühendkuningriigi hinnangul tarbis aastatel 2011–2012 crack-kokaiini 0,48% Inglismaa täiskasvanutest ning enamik neist tarbis samal ajal ka opioide. Portugalis ulatus eelmisel aastal teatatud tarbimisandmete alusel suure riskiga kokaiinitarbimine hinnanguliselt 0,62%-ni.

Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriigi elanike osakaal kokaiinisõltuvuse tõttu ravi alustajate koguarvust Euroopas on ligikaudu 74%. 2014. aastal nimetas kokaiini peamiseks tarbitavaks uimastiks 60 000 spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsientidest ja 27 000 esmakordsetest patsientidest. Langusperioodi järel on kokaiinisõltuvuse tõttu esimest korda ravi alustavate isikute koguarv püsinud alates 2012. aastast stabiilsena.

2014. aastal nimetas peamise tarbitava uimastina crack-kokaiini 5500 narkomaaniaravi alustajat ning üle poole neist (3000) elas Ühendkuningriigis, enamik ülejäänutest (2000) elas Hispaanias, Prantsusmaal ja Madalmaades.

MDMA: suundumuste muutumine ja tarbimise kasv

MDMAd (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) tarbitakse tavaliselt *ecstasy*-tabletinä, kuid üha enam on see kättesaadav ka kristalsel kujul ja pulbrina; tablette tavaliselt neelatakse, kuid pulbrit tõmmatakse ka ninna (nasaalne manustamine).

Viimastel aastatel on mitme riigi allikatel põhinev seire andnud märku uutest muutustest Euroopa MDMA turul, sealhulgas on teatatud tarbimise kasvust.

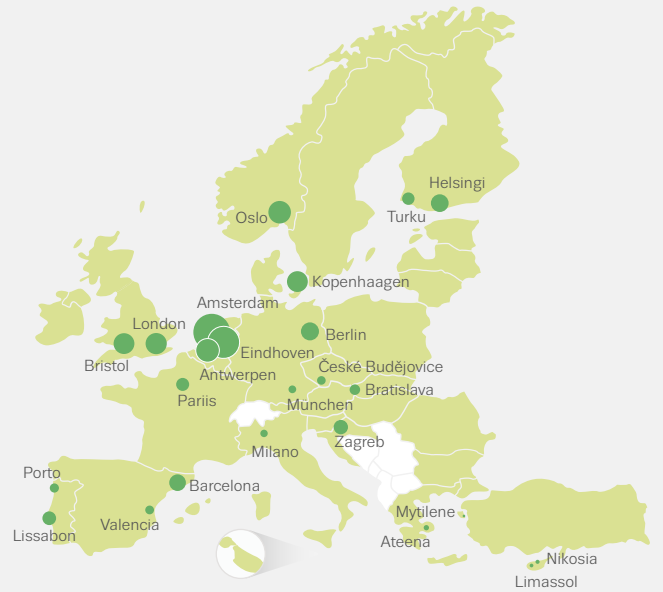
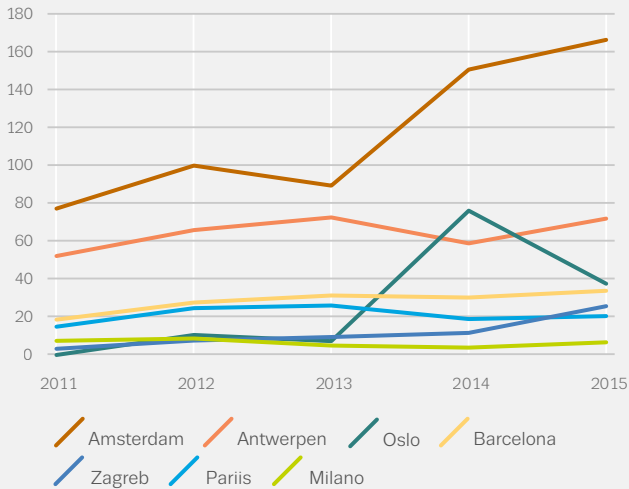
Enamiku Euroopa uuringutega on seni kogutud andmeid pigem *ecstasy* kui MDMA kasutamise kohta, kuid praegu on see muutumas. Hinnangute kohaselt tarbis eelmisel aastal *ecstasy*-t 2,1 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased, st 1,7% sellest vanuserühmast), kusjuures riigi tasandi hinnangute järgi jäi see vahemikku 0,3–5,5%. Viimasel aastal MDMAd tarvitanud noorte seas oli mehi 2,4 korda rohkem kui naisi.

Kuni viimase ajani oli MDMA kasutus paljudes riikides vähenemas pärast tippaseme saavutamist 2000. aastate algusest kuni keskpaigani. See suundumus näib nüüd muutuvat. Alates 2013. aastast uusi uuringuid teinud riikide tulemused näitavad MDMA tarbimise üldist kasvu Euroopas: üheksa riiki teatasid tarbimise kasvust ja kolm hindasid tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas

JOONIS 2.5

MDMA jäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



mg 1000 inimese kohta päevas · 1 ● 10 ● 25 ● 50 ● 100 ● 175

NB! Keskmised MDMA kogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Kaarti: Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2015. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

uuringu. Mõnes riigis, kus on olemas andmed möödunud aasta noorte täiskasvanute MDMA tarbimise suundumuste usaldusväärsemaks analüüsimiseks, on alates 2010. aastast täheldatud tarbimise kasvu. Bulgaarias, Soomes ja Prantsusmaal jätkus sel perioodil kasvusuundumus, samal ajal kui Ühendkuningriigis täheldatud vähenemissuundumus katkes 2011. ja 2012. aastal ning tarbimine hakkas statistiliselt olulisel määral suurenema (joonis 2.4). Madalmaade andmed, mida ei saa küll varasemate uuringutega otseselt võrrelda, näitasid 2014. aastal 5,5% elanikkonna tarbimist.

2015. aasta mitut linna hõlmav analüüs tuvastas MDMA suurima massikoormuse Belgia ja Madalmaade linnades reovees (joonis 2.5). Enamikus linnades oli MDMA massikoormus reovees 2015. aastal suurem kui 2011. aastal ja mõnes linnas täheldati selle järsku kasvu, mis võib olla seotud MDMA suurema puhtusega või selle uimasti parema kättesaadavuse ja suurema tarbimisega.

MDMAd tarbitakse sageli koos muude ainetega, sealhulgas alkoholiga. Tavaliselt osutavad regulaarselt meelelahutusasutusi külastavate noorte hulgas tehtud uuringud sellele, et nad tarbivad uimasteid rohkem kui rahvastik üldiselt. See kehtib eriti MDMA kohta, mida on läbi aegade tihedalt seostatud meelelahutusasutuste ja eelkõige elektroonilise tantsumuusikaga. Praegused andmed näitavad, et suure MDMA levikuga riikides ei ole see enam niši- või subkultuuri uimasti; MDMAd ei tarbita

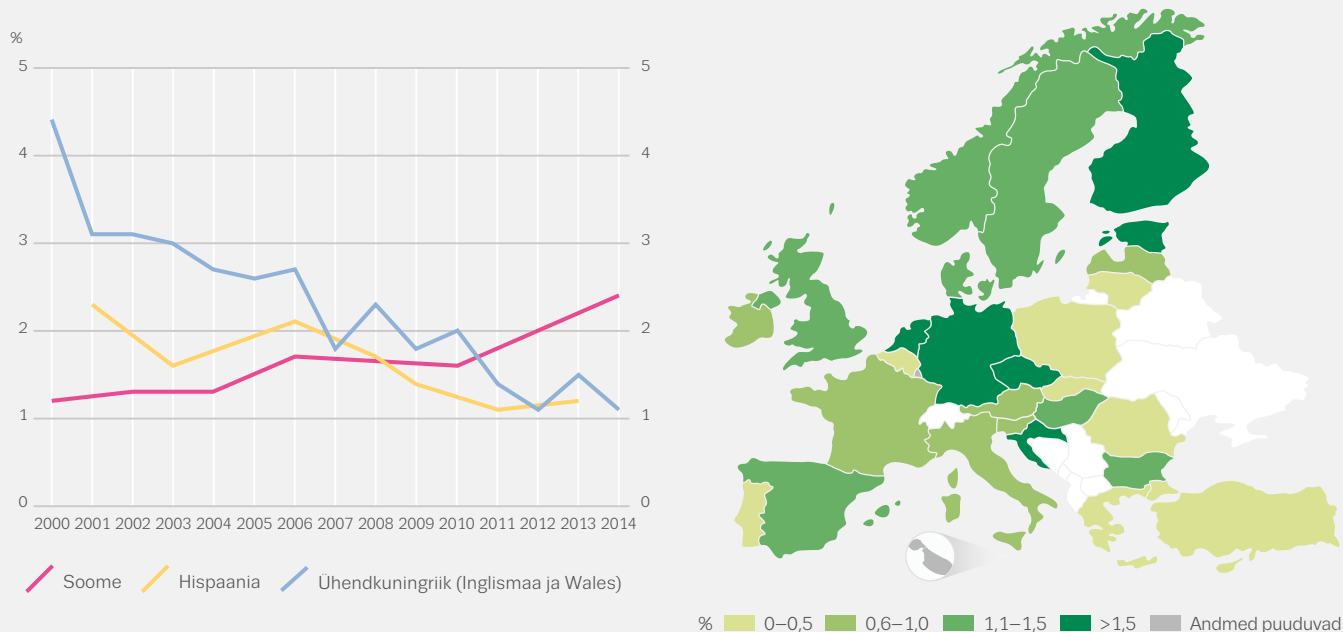
enam üksnes tantsuklubides ega pidudel, vaid paljud noored tarbivad seda meelelahutuseks näiteks baarides ja majapidudel.

MDMA tarvitust tuuakse harva narkomaaniaravi alustamise põhjuseks. 2014. aastal nimetasid põhjusena MDMAd alla 1% (peaaegu 800 juhtumit) esimest korda ravi alustajatest Euroopas.

**MDMAd tarbitakse sageli
koos muude ainetega**

JOONIS 2.6

Amfetamiinide tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): statistiliselt olulised suundumused ja viimased andmed



Amfetamiinide tarbimine: riikide erinevad suundumused

Amfetamiin ja metamfetamiin on kaks lähedast stimulant ja mõlemat tarbitakse Euroopas, kuigi amfetamiini tarbitakse palju rohkem. Metamfetamiini tarbimine piirdus varem Tšehhi Vabariigiga ning viimati ka Slovakkia, kuid viimastel aastatel on märke tarbimise suurenemisest ka teistes riikides. Mõnes andmestikust ei ole võimalik neid kaht ainet eristada; sellisel juhul räägitakse üldiselt amfetamiinidest.

Mõlemat uimastit manustatakse suu kaudu ja ninna tõmmates, lisaks on mõne riigi suure riskiga uimastitarbijate seas tavaline ka süstimine. Metamfetamiini võidakse ka suitsetada, ent sellest manustamisviisist ei ole Euroopas eriti teatatud.

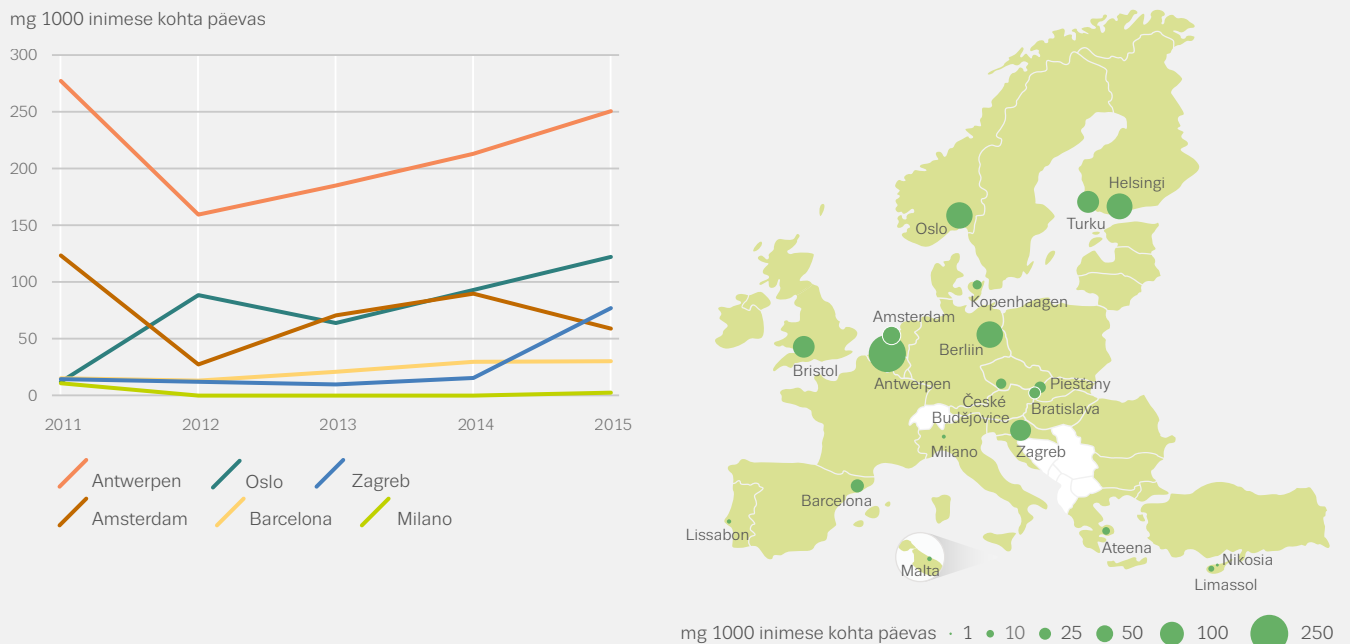
Möödunud aastal tarbis amfetamiine hinnanguliselt 1,3 miljonit (1,0%) noort täiskasvanut (15–34-aastased), kusjuures riikide uusimad hinnangud ulatuvad 0,1%st 2,9%ni. Olemasolevad andmed näitavad, et alates umbes 2000. aastatest on enamikus Euroopa riikides tarbimine suhteliselt stabiilne. Riikidest, kus on alates 2013. aastast uuringuid tehtud, teatas seitse tarbimise suurenemisest, ühes oli olukord stabiilne ja neli hindasid tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus. Madalmaade andmed, mida ei saa küll otseselt varasemate uuringutega võrrelda, näitasid siiski 2,9% tarbimist noorte täiskasvanute seas.

Neist üksikutest riikidest, kus on võimalik analüüsida pikaajalisi statistiliselt olulisi suundumusi, on nii Hispaanias kui ka Ühendkuningriigis MDMA tarbimine alates 2000. aastast vähenenud (joonis 2.6). Soomes on MDMA tarbimine samal perioodil seevastu pidevalt suurenenud ja praegu on selle tase üks kõrgemaid Euroopas.

2015. aasta linnade reovee analüüsist ilmnis amfetamiinide märkimisväärne tarbimine Euroopa linnades. Amfetamiini massikoormus oli väga erinev, kuid suurim oli see Põhja-Euroopa linnades (vt joonis 2.7). Lõuna-Euroopa linnades oli amfetamiini sisaldus palju väiksem. Metamfetamiini suurim massikoormus tuvastati Tšehhi Vabariigi, Slovakkia ja Norra linnades. Üldiselt näitasid 2011.–2015. aasta andmed mõlema uimastiga seoses suhteliselt stabiilseid suundumusi.

JOONIS 2.7

Amfetamiinjäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed



NB! Keskmised amfetamiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Kaarti: Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2015. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Amfetamiinitarbijate ravi: suurenev nõudlus

Pikaajalisest, kroonilisest ja süstla teel amfetamiinitarbimisest tingitud probleemid on läbi aegade enam levinud Põhja-Euroopa riikides. Pikaajalisest metamfetamiinitarbimisest tingitud probleeme on esinenud seevastu rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias. Suure riskiga metamfetamiinitarbimise uuemad hinnangud on olemas Tšehhi Vabariigi ja Küprose kohta. Tšehhi Vabariigis oli 2014. aastal täiskasvanute (15–64-aastaste) seas suure riskiga metamfetamiinitarbijate osakaal hinnanguliselt ligikaudu 0,51%, kusjuures ajavahemikus 2007–2014 võis täheldada tarbimise, peamiselt süstimise märgatavat kasvu (ligikaudu 20 000 tarbijalt üle 36 000 tarbijani). Küproses oli selliste tarbijate osakaal 2014. aastal hinnanguliselt 0,02% ehk 127 tarbijat. Norras oli suure riskiga amfetamiini- ja metamfetamiinitarbijate osakaal 2013. aastal hinnanguliselt 0,33% ehk 11 200 täiskasvanut. Läti andmetel moodustavad amfetamiinide tarbijad tõenäoliselt enamiku hinnanguliselt 2177 (0,17%) suure riskiga stimulantitarbijast; 2010. aastal oli nende arv 6540 (0,46%).

Mitme riigi teatel on homoseksuaalsete meeste väikestes rühmades endiselt levinud metamfetamiini süstimine koos muude stimulantide ja GHBga (gammahüdroksübutüraat). Need süstimistavad on murettekitavad, sest hõlmavad nii uimastitega seotud kui ka seksuaalset riskikäitumist.

Euroopas nimetas 2014. aastal peamise uimastina amfetamiine ligikaudu 32 000 spetsiaalse narkomaaniaravi alustajatest, kellest ligikaudu 13 000 olid esmakordsed patsiendid. Märkimisväärne osa esmakordsetest ravialustajatest Bulgaarias, Saksamaal, Lätis, Ungaris, Poolas ja Soomes on peamiselt amfetamiini tarbijad. Peamiselt metamfetamiini tarbijaid oli ravialustajate seas kõige rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kus kokku elab 95% Euroopa 8700 metamfetamiini tarbivast patsiendist. Alates 2006. aastast suurenes peamiselt amfetamiinide tarbijate osa esmakordsete ravialustajate seas Euroopas 50% ning see tulenes peamiselt tarbimise suurenemisest Saksamaal ja vähemal määral Tšehhi Vabariigis.

Ketamiini, GHB ja hallutsinogeenide tarbimine

Euroopas tarbitakse mitmesuguseid muid hallutsinogeenidena, anesteetikumidena, dissotsiatiivset ja depressantidena toimivaid aineid, sealhulgas LSD-d (lüsergiinhappe dietüülamiid), hallutsinogeenide seeni, ketamiini ja GHB-d (gammahüdroksübutüraat).

Ketamiini ja GHB (sh selle lähteaine GBLi ehk gammabütürolaktooni) meelelahutuslikust tarbimisest teatavates uimastitarbijate alamrühmades on teatatud viimased kaksikümmend aastat. Riikides, kus on uuritud GHB ja

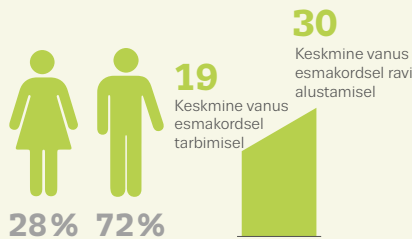
ketamiini tarbimist, kasutavad seda nii täiskasvanud kui ka kooliõpilased endiselt vähe. Viimaste uuringute kohaselt tarbis möödunud aastal GHBd Madalmaades 0,4% 15–64-aastastest täiskasvanutest, Norras 0,1% 16–64-aastastest ja Rumeenias 0,5% noortest, 15–34-aastastest täiskasvanutest. Nii GHB tarbimise ja seonduvate probleemide suurt ulatust on täheldatud linnades konkreetsete sotsiaalsete rühmade seas ja kohalikul tasandil mõnes riigis, sealhulgas Madalmaades, Norras ja Ühendkuningriigis. Möödunud aastal tarbis ketamiini hinnanguliselt 0,3% noortest täiskasvanutest (15–34-aastased) Taanis ja Hispaanias ning 1,6% Ühendkuningriigi 16–24-aastastest, mis viitab stabiliseerumisele alates 2008. aastast.

LSD ja hallutsinogeensete seente tarbimine on olnud mitu aastat üldiselt väike ja stabiilne. Riikide eelmise aasta hinnangute alusel tarbis mõlemat ainet alla 1% noortest täiskasvanutest (15–34-aastased), välja arvatud LSD 1,3% tarbimismäär Soomes ning hallutsinogeensete seente tarbimismäär Ühendkuningriigis (1%), Madalmaades (1,3%), Soomes (1,9%) ja Tšehhi Vabariigis (2,3%).



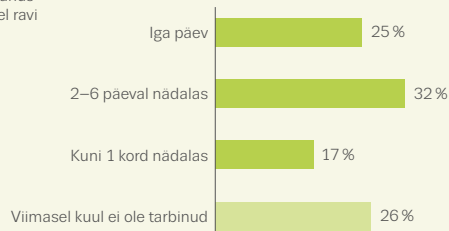
RAVI ALUSTAVAD AMFETAMIINITARBIJAJAD

Näitajad

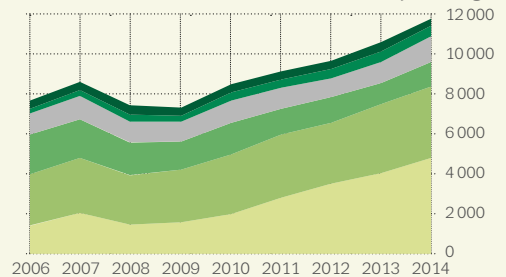


Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine **3,9** päeval nädalas



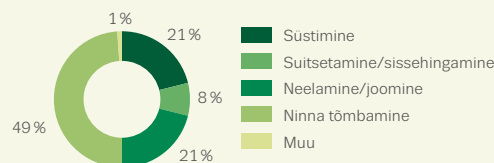
Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas



Esmakordsed ravialustajad



Manustamisviis



NB! Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on amfetamiin.

Uute uimastite tarbimine

Teatava ülevaate uute uimastite tarbimisest saab 2014. aasta Eurobaromeetri noorte ja uimastite kiiruuringust, mille käigus küsitleti 28 ELi liikmesriigis telefoni teel 13 128 noort täiskasvanut (15–24-aastased). Eurobaromeetri uuring on küll rohkem suhtumise uuring, kuid sisaldab siiski ka küsimust selliste ainete tarbimise kohta, millel on ebaseaduslike uimastitega sarnane toime. Praegu on need andmed ainus kogu ELi hõlmav teabeallikas selles valdkonnas, kuigi kasutatud meetoditest tulenevatel põhjustel peab tulemusi tõlgendama ettevaatusega. Kokku mainis 8% vastajatest selliste ainete tarbimist elu jooksul ja 3% viimase aasta jooksul. See tähendab, et võrreldes 2011. aastal korraldatud sarnase uuringuga on elu jooksul tarbimist nimetanute arv 5% kasvanud. 68% neist, kes teatasid tarbimisest viimase aasta jooksul, olid saanud aine mõnelt sõbralt.

Üha rohkem riike lisavad oma rahvastiku-uuringutesse uued psühhoaktiivsed ained, kuid erinevate meetodite ja küsimuste kasutamine raskendab tulemuste võrdlemist riikide vahel. 11 Euroopa riiki on alates 2011. aastast esitanud hinnangulisi andmeid uute psühhoaktiivsete ainete (v.a ketamiini ja GHB) tarbimise kohta. Kõnealuste ainete tarbimine Eurobaromeetri kiiruuringuga hõlmatud vanuserühmas – nooremad täiskasvanud vanuses 15–24 eluaastat – jäi möödunud aastal vahemikku 0,0% Poolas kuni 9,7% Lirimaa. Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Walesi) kohta on kättesaadavad mefedrooni tarbimisuuringu andmed. Viimase uuringu (2014/2015) kohaselt on seda uimastit viimase aasta jooksul hinnanguliselt kasutanud 1,9% noortest (16–24-aastased); see näitaja oli sama mis aasta varem, ent vähenenud võrreldes 4,4%-ga aastatel 2010 ja 2011, mil kontrollimeetmeid veel ei rakendatud. 2014. aasta uuringu järgi tarbis Soomes möödunud aastal sünteetilisi katinoone hinnanguliselt 0,2% noortest (15–24-aastased), samal ajal kui Prantsusmaal on hinnangute kohaselt 4% 18–34-aastastest sünteetilisi kannabinoide elu jooksul suitsetanud.

Heroiinitarbijad: märgid stabiilselt ravinõudlusest

Euroopas on levinuim ebaseaduslik opioid heroiin, mida võidakse suitsetada, ninna tõmmata või süstida. Esineb ka mitme muu sünteetilise opioidi, näiteks metadooni, buprenorfiini ja fentanüüli kuritarvitamist.

2014. aastal oli probleemseid opioiditarbijaid täiskasvanute (15–64-aastased) seas keskmiselt 0,4% ehk 1,3 miljonit probleemset opioiditarbijat Euroopas. Riikide arvestuses jääb suure riskiga opioiditarbimine täiskasvanute (15–64-aastased) seas vahemikku alla 1 kuni ligikaudu 8 inimest 1000 elaniku kohta (joonis 2.8). Ligikaudu 75% ELi probleemsetest opioiditarbijatest elavad Ühendkuningriigis, Prantsusmaal, Itaalias, Saksamaal ja Hispaanias. 11 riigist, kus on ajavahemikus 2008–2014 korduvalt hinnatud suure riskiga opioiditarbimist, võib Hispaanias ja Türgis täheldada statistiliselt olulist vähenemist, kuid teistes riikides on suundumused stabiilsed (joonis 2.8).

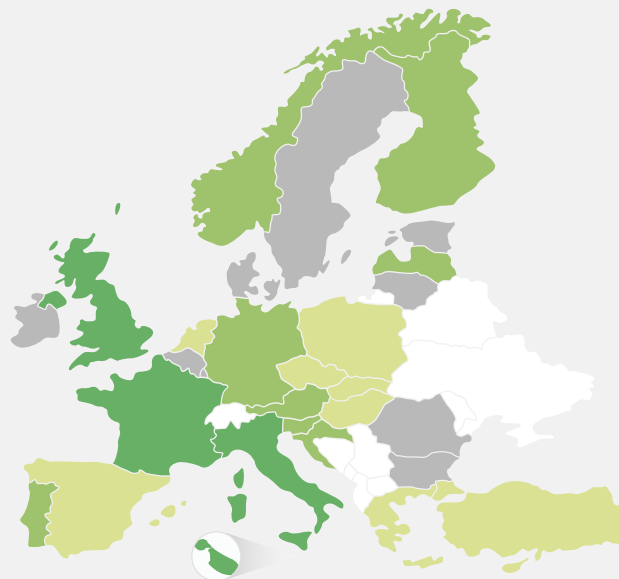
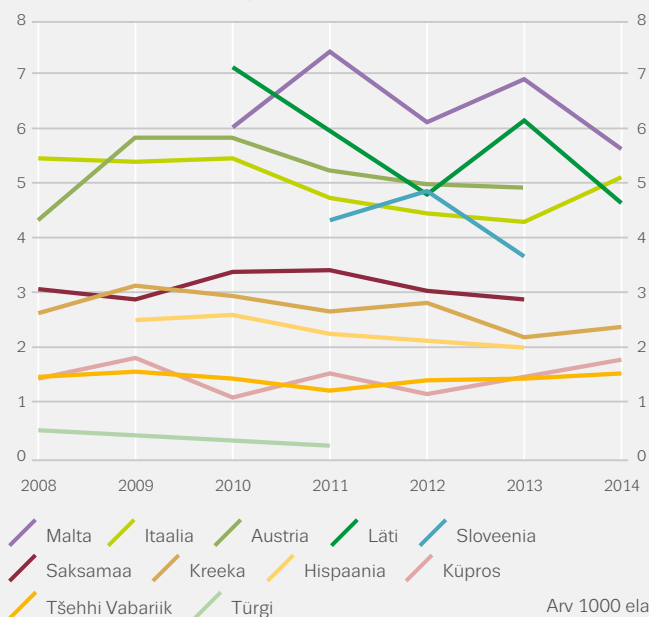
Euroopas on olnud mitu heroinisõltuvuse puhangut, esimene mõjutas paljusid Lääne-Euroopa riike alates 1970. aastate keskpaigast ning teine mõjutas muid riike, eriti Kesk- ja Ida-Euroopas, alates 1990. aastate keskelt kuni kümnendi lõpuni. Hiljem levis see puhang mõnes riigis suurlinnadest maapiirkondadesse ja väiksematesse linnadesse. Alates 2010. ja 2011. aastast tõid näitajad esile paljudes Euroopa riikides uute heroiinitarbijate arvu vähenemise ja suure riskiga vananevate opioiditarbijate rühma olemasolu, kellest paljud saavad asendusravi. Uusimad andmed näitavad, et uute ravialustajate arvu vähenemise suundumus võib olla peatumas.

**Euroopas on levinuim
ebaseaduslik opioid
heroiin**

JOONIS 2.8

Riiklikud hinnangud kõrge riskitasemega opioiditarbimise kohta viimase aasta jooksul: valitud suundumused ja viimased andmed

Juhtumeid 1000 elaniku (15–64 a) kohta



Arv 1000 elaniku kohta 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Andmed puuduvad

RAVI ALUSTAVAD HEROIINITARBIJAD

Näitajad



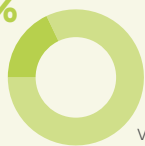
22
Keskmine vanus
esmakordsel
tarbimisel

36
Keskmine vanus
esmakordsel ravi
alustamisel



Esmakordsed
ravialustajad

18%

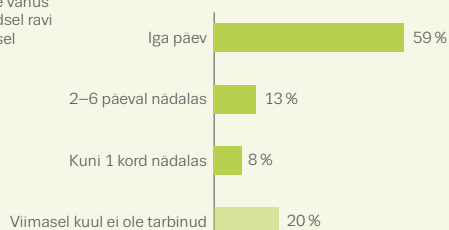


Varem ravi saanud
ravialustajad

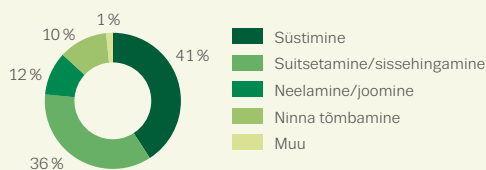
82%

Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

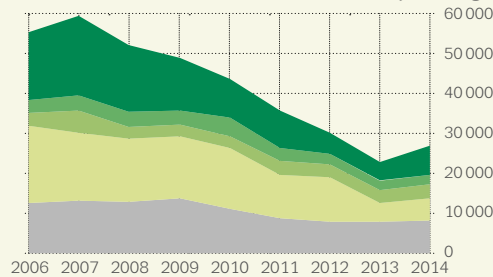
Keskmine tarbimine 5,8 päeval nädalas



Manustamisviis



Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas

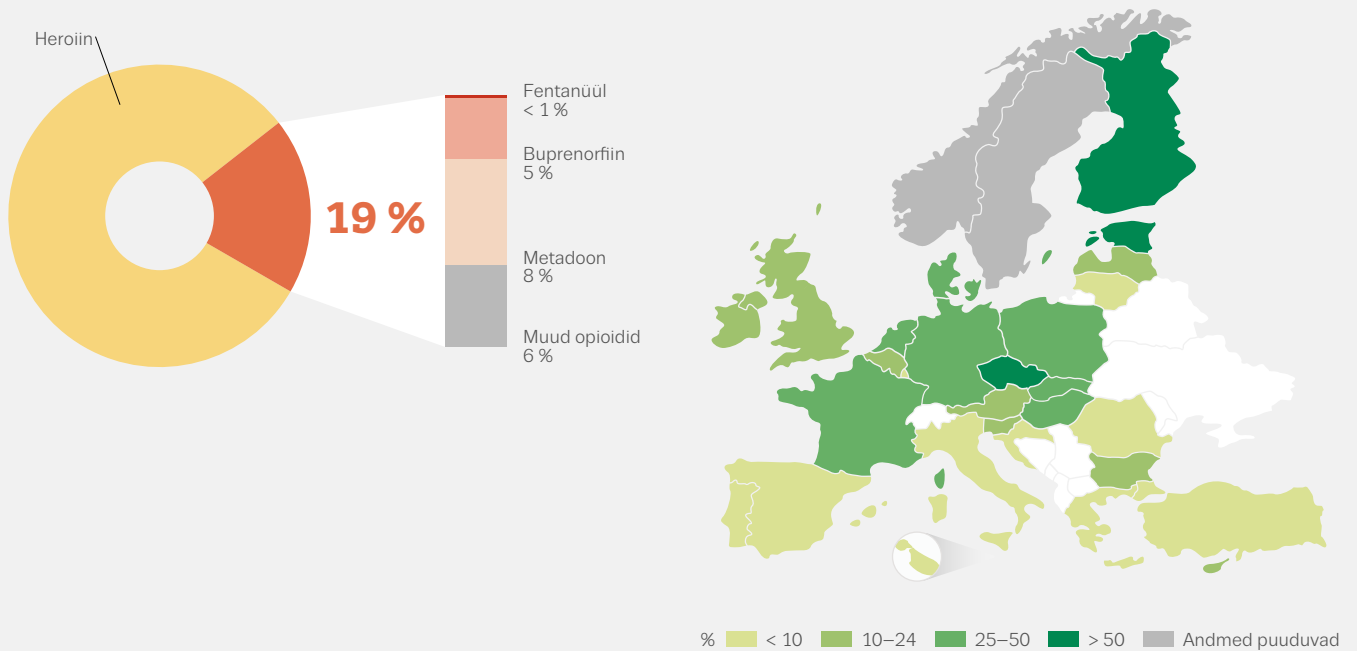


Muud riigid Ühendkuningriik
Saksamaa Hispaania Itaalia

NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on heroiin. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia 2014. aasta andmed otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.9

Ravialustajad, kes nimetavad peamise uimastina opioide: opioidi liik ja nende ravialustajate osakaal, kes nimetavad muid opioide peale heroini



34 000 Euroopas spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud 185 000 inimesest, kes nimetasid peamise uimastina opioide, olid esmakordsed ravialustajad. Uute heroiniitarbijatest patsientide arv vähenes 2013. aastaks rohkem kui poole võrra 23 000-ni (16% uutest patsientidest) võrreldes 2007. aasta tippasemega, kui uusi heroiniitarbijatest patsiente oli 59 000 ehk 36% kõikidest uutest patsientidest. Tundub, et see suundumus on peatumas. Uusimate andmete kohaselt püsib 17 riigis uute heroiniitarbijatest patsientide arv stabiilsena või on vähenemas, kuid üheksas riigis suurenes.

Süntetilised opioideid: üha suurenev probleem

Kuigi heroiin on endiselt kõige levinum opioide, suureneb üha rohkem sünteetiliste opioideid kuritarvitamine. 2014. aastal teatasid 18 Euroopa riiki, et rohkem kui 10%-l kõikidest spetsiaalsete raviteenuste kasutamist alustanud opioideiditarbijatest patsientidest raviti eelkõige muude opioideid kui heroiniiniga seotud probleeme; 2013. aastaga võrreldes on see nende osakaal suurenenud 11 riigis (joonis 2.9). Ravialustajad tarbisid selliseid opioideid nagu metadoon, buprenorfiin, fentanüül, kodeiin, morfiin, tramadool ja oksükodoon. Mõnes riigis on muud opioideid kui heroiin ravialustajate seas kõige levinumad. Näiteks Eesti andmete kohaselt tarbis enamik ravialustajaid opioideidest peamise uimastina fentanüüli, kuid Soomes ja Tšehhi Vabariigis on kõige rohkem kuritarvitatud muu opioideid buprenorfiin.

Süntetilisi opioideid

kuritarvitatakse üha rohkem



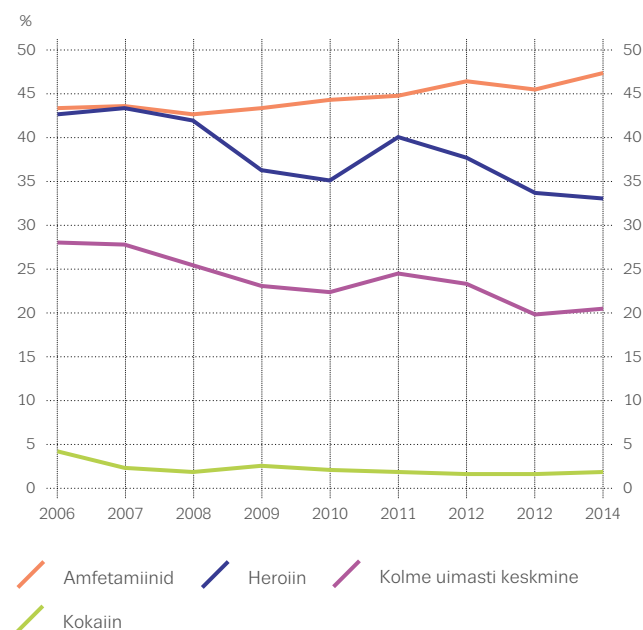
JOONIS 2.10

Süstivate uimastite tarbimine: heroini tarbitakse üha vähem

Uimastite süstimist seostatakse tavaliselt opioididega, kuigi mõnes riigis on suureks probleemiks selliste stimulantide nagu amfetamiinide või kokaiini süstimine. Sünteetiliste katinoonide süstimine ei ole küll laialdaselt levinud, kuid sellest teatatakse jätkuvalt mõne kindla elanikkonnarühma, sealhulgas opioidide süstijate, mõnes riigis narkomaaniaravi saajate ja homoseksuaalsete meeste väikeste rühmade seas. Hiljutised hinnangud süstivate uimastitarbijate kohta on olemas 16 riigis, kus nende osakaal jääb vahemikku alla 1 kuni üle 9 inimese 1000 elaniku (15–64-aastased) kohta.

Peamise uimastina heroini kasutavatest esmakordsetest ravialustajatest nimetas süstimist põhilise manustamisviisina 33%, 2006. aastal oli neid 43% (joonis 2.10). Selles rühmas on süstimise tase eri riikides erinev – alates 11%st Hispaanias kuni üle 90% Lätis ja Rumeenias. Peamise uimastina amfetamiine kasutavatest esmakordsetest ravialustajatest nimetas süstimist põhilise manustamisviisina 47% ja 2006. aastaga võrreldes võis täheldada väikest üldkasvu. Üle 70% selle rühma tarbijatest pärinevad Tšehhi Vabariigist ja tarbivad metamfetamiini. Kolme peamise süstitava uimasti koondandmeid arvestades on süstimine kui põhiline manustamisviis esmakordsete ravialustajate seas Euroopas vähenenud 28%-lt (2006) 20%-ni (2014).

Esmakordsed ravialustajad, kes nimetavad oma peamise uimasti põhilise manustamisviisina süstimist



Uimastite süstimist seostatakse tavaliselt opioididega

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

EMCDDA ja ESPADi ühisväljaanded

2012

ESPADi 2011. aasta aruande kokkuvõte.

Kõik dokumendid on avaldatud aadressil
www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Ebaseaduslike uimastite
tarbimist peetakse haiguste
üleilmset levikut mõjutavaks
teguriks**

Uimastitega seotud kahju ja meetmed

Ebaseaduslike uimastite tarbimist peetakse haiguste üleilmset levikut mõjutavaks teguriks. Kroonilisi ja ägedaid terviseprobleeme seostatakse ebaseaduslike uimastite tarbimisega ning neid süvendavad veelgi mitmesugused tegurid, sealhulgas manustamisviis, individuaalne haavatavus ja uimastite tarbimise sotsiaalne taust. Kroonilised terviseprobleemid hõlmavad sõltuvust ja uimastitega seotud nakkushaigusi. Ägedad terviseprobleemid on väga erinevad ning osa neist sõltub tarbitavast uimastist, kuid kõige paremini dokumenteeritud probleem on üleannustamine. Kuigi opioide tarvitatakse suhteliselt harva, on nende tarbimine siiski suure osa uimastitarbimisest tingitud surma- ja haigusjuhtumite põhjus. Riske suurendab uimastite süstimine. Võrdluseks võib öelda, et kuigi kanepitarbimisega seostatud terviseprobleemid on selgelt väiksemad, võib selle uimasti laialdane tarbimine mõjutada rahvatervist. Uute psühhoaktiivsete ainete kasutamisest

tulenevat kahju on raske kommenteerida, sest neid aineid on palju, aga teave nende kohta on puudulik.

Uimastitega seotud kahju ja meetmete seire

EMCDDA seirab süstemaatiliselt peamiselt sellist kahju nagu uimastitega seotud nakkushaigused ning uimastitarbimisega seostatud suremus ja haigestumus. Neid andmeid täiendavad piiratumad andmed uimastite põhjustatud ägedate terviseprobleemidega seotud haiglaravi ja ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu jälgitava uute psühhoaktiivsete ainete seostatud kahju kohta. Lisateave on veebilehel epidemioloogiliste põhinäitajate, statistikabülletääni ja varajase hoiatamise süsteemi rubriigis.

EMCDDA-le annavad teavet uimastitarbimise ja seonduva kahju vastu suunatud tervishoiu- ja sotsiaalmeetmete kohta Reitoxi riiklikud teabekeskused ja ekspertide töörühmad. Kui ametlikud andmed puuduvad, kasutatakse meetmete kättesaadavuse kohta lisateabe saamiseks eksperdihinnanguid. Käesolevas peatükis on tuginetud ka olemasolevate teaduslike tõendite ülevaadetele rahvatervisega seotud sekkumismetmete tõhususe kohta. Täiendav teave on EMCDDA veebilehel tervishoiu- ja sotsiaalmeetmete ülevaadete rubriigis ning parima tava portaalis.

Uimastitarbimise ennetamise ja varajase sekkumise meetodite eesmärk on ennetada uimastitarbimist, seonduvaid probleeme ja narkomaaniaravi ning see hõlmab nii psühhosotsiaalseid kui ka farmakoloogilisi meetodeid, kujutades endast peamist sõltuvusevastast meedet. Osa põhilisi sekkumismeetmeid, nagu opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmid, töötati välja osaliselt selleks, et reageerida opioidide süstimisele ja sellega seotud probleemidele, eelkõige nakkushaiguste levikule ja üleannustamisest tingitud surmajuhtumitele.

Kanepitarbimise kahjud: uued uuringuandmed

Uuringuandmed viitavad küll sageli uimastitarbimise ja eri kahjude vahelisele seosele, kuid põhjuslikku seost on palju raskem tõendada. Kanepi kui Euroopas kõige levinuma uimasti tarbimisega seostatavad kahjud võivad avaldada mõju kogu rahvastikule. Hiljutises rahvusvahelises (WHO) ülevaates analüüsiti tõendeid kanepiga seotud kahjude kohta. Selles leiti, et kuigi põhjuslikku suhet kanepitarbimise ning tervise- ja sotsiaalsete tagajärgede vahel on raske kindlaks teha, võib vaatlusuuringutest tuletada teatavaid seoseid. Kroonilise kanepitarbimise kahjulike mõjudega seoses tuvastati, et regulaarsetel ja pikaajalistel kanepitarbijatel on kaks korda suurem oht psühhootiliste sümptomite ja häirete avaldamiseks, suurem hingamisprobleemide tekkimise oht ja sõltuvussündroomi kujunemise oht. Regulaarset kanepitarbimist noorukieas seostati suurenenud skisofreeniariskiga ning tarbimise jätkamist noore täiskasvanuna seostati vaimse puude kujunemisega. Oma osa võib siiski olla juba olemasolevatel somaatilistel ja vaimse tervise häiretel ning muude teguritel, kuid seda tuleb edaspidi veel uurida.

Ennetamine: perepõhised programmid

Noorte kanepitarbimine, mis sageli toimub koos alkoholi- ja tubakatarbimisega, on Euroopa ennetusstrateegiate keskmes. Noorte uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide ennetamine hõlmab mitmesuguseid eri meetodeid. Keskkonna- ja üldstrateegiate sihtrühm on kogu rahvastik, valikuline ennetustegevus on suunatud haavatavatele rühmadele, kellel on suurem uimastitarbimisega seotud probleemide tekke risk, ja näidustatud ennetus keskendub ohustatud üksikisikutele.

Paljusid uimastitarbimise ennetusmeetmeid rakendatakse koolides, kus on teatavate ennetamisviiside kohta olemas suhteliselt usaldusväärne tõendusmaterjal. Perekondatele suunatud sekkumismeetmeid peetakse tulemuslikuks mitme riskikäitumisviisi, sealhulgas uimastitarbimise ennetamisel.

Perepõhiste ennetusprogrammide abil koolitatakse tavaliselt vanemaid, et nad aitaksid oma lastel saavutada eakohaseid arengutulemusi (sh impulsside kontroll, sotsiaalne küpsus ja rahulduse edasilükkamine), mida seostatakse väiksema uimastitarbimise ja muude käitumisprobleemide riskiga. Üldised perepõhised ennetusmeetmed on suunatud kõikidele perekondadele ja meetmed keskenduvad lapse arengu eri etappidele. Valikulised programmid on suunatud tõrjutud ja haavatavatele perekondadele, sealhulgas sellistele, kus on probleemiks vanemate uimastitarbimine. Kuigi enamikus riikides on rakendatud haavatavatele perekondadele suunatud ennetusmeetmeid, selgub 2013. aasta eksperdi hinnangust, et nende ulatus on sageli piiratud.

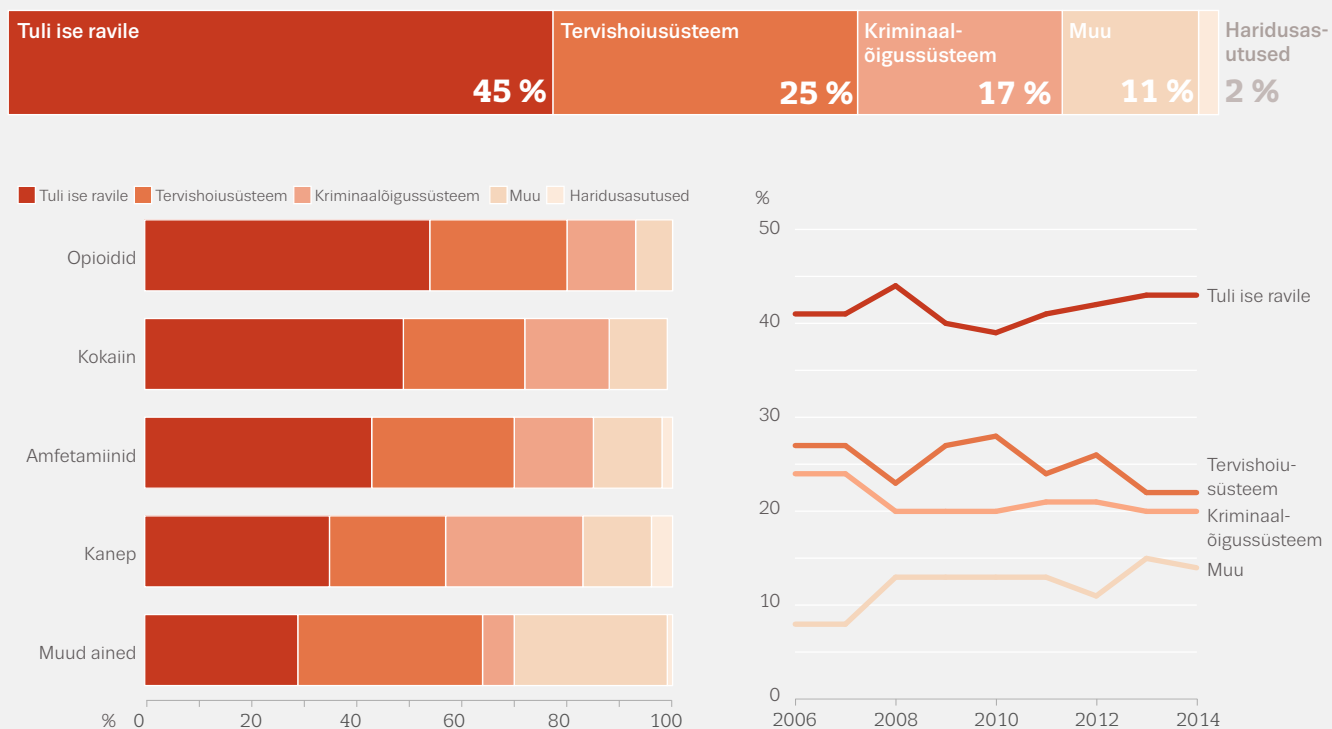
Mitmete perepõhiste sekkumismeetmete kohta on suhteliselt vähe andmeid. Erandiks on perekondade tugevdamise programm, mis pakub vanemlike oskuste koolitust ja mida on rakendatud 13 Euroopa riigis. See rahvusvaheliselt soovitatav programm püüab ka kõrvaldada haavatavate vanemate osalemise takistused, pakkudes abi transpordi ja lapsehoiu korraldamiseks.

Välja on töötatud ka uued lähenemisviisid, mis on tähtajalised ja nõuavad rakendamiseks ressursse. Näiteks EFFEKT programm, mis koosneb mõnest lühisessioonist, on näidanud, et suurem vanemlik järelevalve ja reeglite kehtestamine aitab tõhusalt vähendada Madalmaades ja Rootsis noorte alkoholtarbimist ja parandada nende impulsside kontrolli.

**Paljusid
uimastitarbimise
ennetusmeetmeid
rakendatakse koolides**

JOONIS 3.1

Spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide ravile suunamise allikad Euroopas, 2014



NB! „Kriminaalõigussüsteem” – kohtud, politsei ja kriminaalhooldus; „tervishoiusüsteem” – perearstid, muud narkomaaniaravikeskused ning tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalasutused; „tuli ise ravile” – patsient ise, pere ja sõbrad. Suundumuste diagrammil on haridusasutuste kaudu suunatud „muude” all.

Spetsiaalne ravi: ravile suunamise viisid

Narkomaaniaravi on peamine sekkumismeede suhteliselt väikese, kuid olulise üksikisikute rühma jaoks, kellel tekivad uimastitarbimise tagajärjel probleemid, sealhulgas sõltuvus. Peamine poliitiline eesmärk on tagada hea juurdepääs asjakohastele raviteenustele.

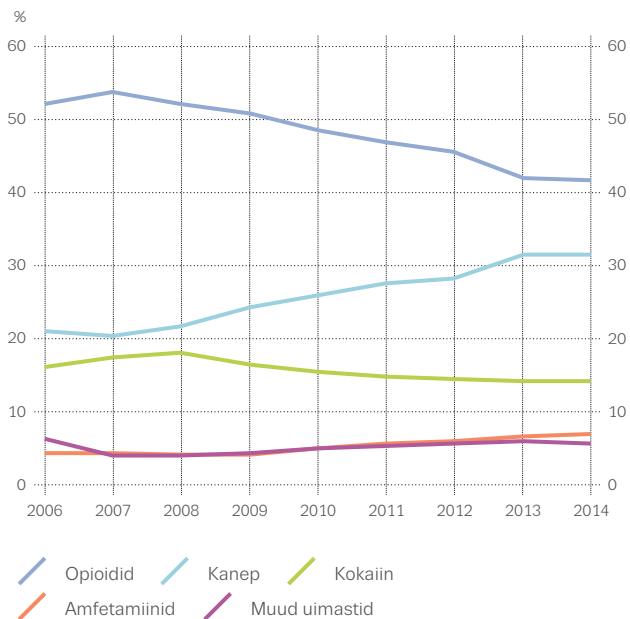
Ravile suunamise andmetest saab teavet eri viisidest, mida kasutatakse üksikisikute narkomaaniaravile suunamiseks. 2014. aastal tulid Euroopas 45% spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud isikutest ravile kas ise või neid saatis pereliige, kuigi see näitaja oli uimastist (vt joonis 3.1) ja riigist olenevalt erinev. Neljandik ravialustajatest suunati ravile tervishoiuasutuse ja 17% kriminaalõigussüsteemi kaudu. Kõikidest patsientidest olid kanepitarvitajad kõige suurema tõenäosusega kriminaalõigussüsteemi kaudu ravile suunatud. Ungaris

suunati sel moel ravile ligikaudu kolm neljandikku (74%) kanepitarbijaid. Suunamisallikatega seotud üldised suundumused on püsivad ajavahemikus 2006–2014 suhteliselt stabiilsena.

Paljudes riikides on loodud kavad uimastitega seotud õigusrikkumiste toimepanijate suunamiseks kriminaalõigussüsteemi asemel narkomaaniaravi programmi. See võib tähendada ravile suunavat kohtuotsust või määratud karistuse peatamist ravile mineku tingimusel, kuid mõnes riigis võib ümbersuunamine toimuda ka varasemas etapis.

JOONIS 3.2

Spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide osakaalu suundumused peamiste uimastite lõikes



Narkomaaniaravi: enamasti ambulatoorne ravi

2014. aastal sai Euroopa Liidus ebaseaduslike uimastite tarbimise tõttu ravi hinnanguliselt 1,2 miljonit inimest (1,5 miljonit, kui võtta arvesse Norrat ja Türgit). Suurim eriravi saav rühm on opioiditarbijad, kellele kulub ka suurim osa olemasolevatest raviressurssidest (peamiselt asendusravina). Suuruselt teise ja kolmanda raviteenuste kasutajate rühma moodustavad kanepitarbijad ja kokaiinitarbijad (joonis 3.2) ning neil rakendatakse peamiselt psühhosotsiaalseid ravivõtteid. Riigiti on erinevused siiski väga suured: mõnes riigis moodustavad opioiditarbijad kuni 88% ravialustajatest, teistes alla 10%.

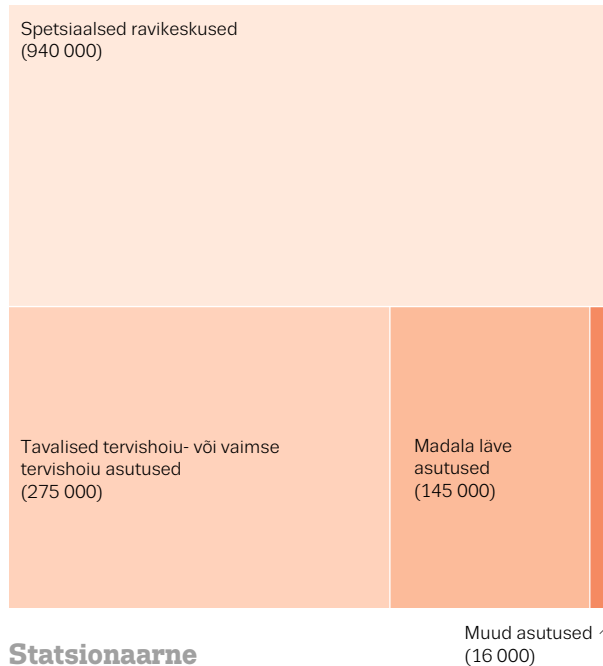
Euroopas on narkomaaniaravi enamasti ambulatoorne ning ravitud uimastitarbijate arvu alusel osutavad kõige rohkem teenuseid ambulatoorsed erikeskused (joonis 3.3). Neile järgnevad tervishoiukeskused. Nende hulka kuuluvad perearstikabinetid, millel on oluline roll opioidide asendusravi määrajatena mõnes suures riigis, nagu Saksamaal või Prantsusmaal. Mujal, näiteks Sloveenias ja Soomes, võib ambulatoorsete raviteenuste osutamisel olla keskne roll vaimse tervise keskustel.

Väiksem osa narkomaaniaravist Euroopas toimub ka statsionaarsetes raviasutustes, sealhulgas haiglapõhistes statsionaarse ravi keskustes (nt psühhiaatriaiglates), teraapiarühmades ja statsionaarsetes eriravikeskustes. Ambulatoorse ja statsionaarse ravi suhteline tähtsus riigi

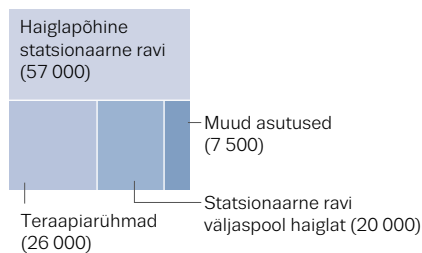
JOONIS 3.3

Euroopas narkomaaniaravi saavate isikute arv raviasutuste lõikes, 2014

Ambulatoorne



Statsionaarne



Vanglad

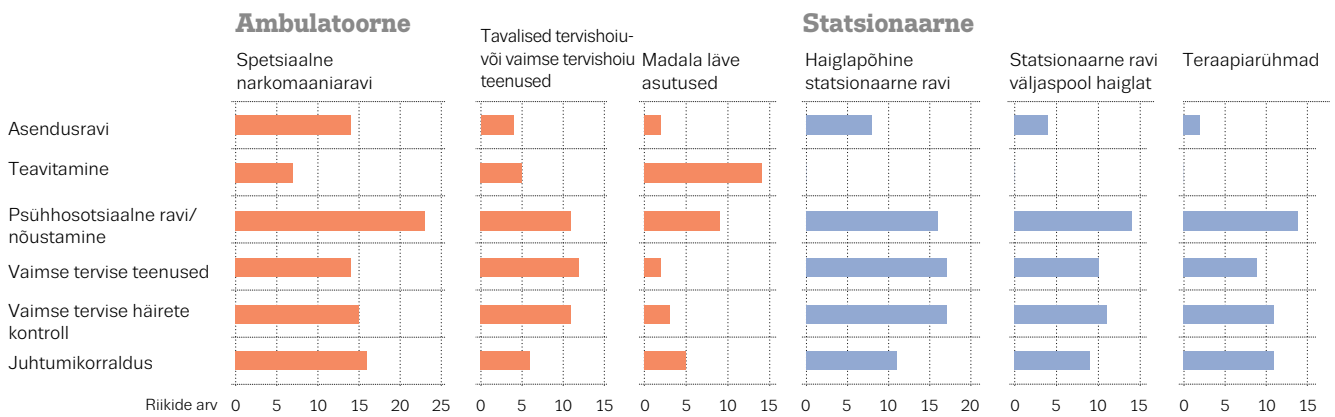
(32 000)

ravisüsteemis on riigiti väga erinev. Eksperdiarvamuses antakse ülevaade valitud sekkumismeetmete kättesaadavusest Euroopa eri raviasutustes (vt joonis 3.4).

Järjest enam on hakatud mitmesuguseid uimastitarbimise ennetus- ja ravimeetmeid pakkuma interneti teel. Internetipõhised sekkumismeetmed võivad laiendada raviprogrammide sisulist ja geograafilist kohaldamisala uimastitarbimisest tulenevate probleemidega inimestele, kellel puudub muidu juurdepääs uimastitega seotud eriteenustele.

JOONIS 3.4

Valitud sekkumismeetmete kõrge kättesaadavuse (>75%) ülevaade raviasutuste lõikes (eksperdi hinnangud)



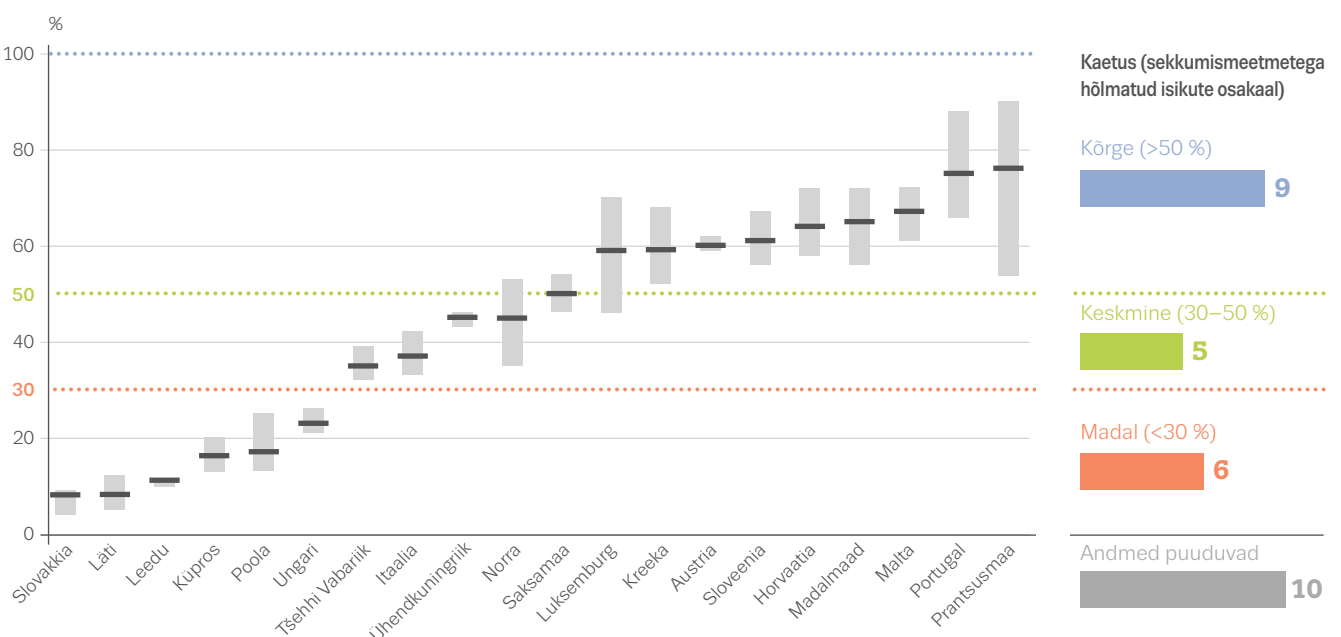
Asendusravi opioidide tarbimisest tulenevate probleemide ravimiseks

Kõige levinum opioidisõltuvuse vastane ravi on asendusravi, tavaliselt koos psühhosotsiaalsete sekkumismeetmetega. Seda meetodit toetavad olemasolevad tõendid, mis näitavad positiivseid tulemusi patsientide ravil hoidmise ning ebaseaduslike opioidide tarbimise, teatatud riskikäitumise ja uimastitest tingitud kahjude ning surmajuhtumite valdkonnas.

2014. aasta sai Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt 644 000 opioiditarbijat (Norrat ja Türgit arvesse võttes 680 000); alates 2010. aastast on see näitaja vähenenud ligikaudu 50 000 võrra. Opioiditarbijate hinnangulised näitajad viitavad sellele, et asendusravi saajaid on kokku vähemalt 50%. Sellesse hinnangusse tuleb kasutatud meetoditest tulenevatel põhjustel suhtuda siiski ettevaatusega ja eri riikide vahel on märkimisväärsed erinevusi (joonis 3.5).

JOONIS 3.5

Asendusravi saavate kõrge riskitasemega opioiditarbijate osakaal (hinnang)

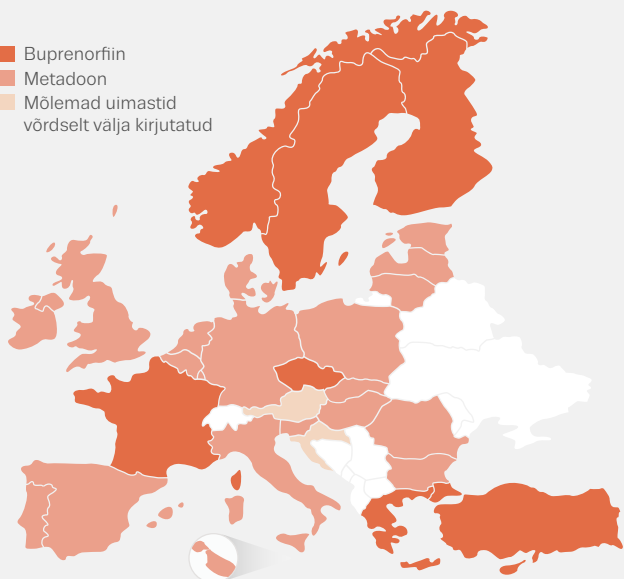


NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

JOONIS 3.6

Peamine arsti väljakirjutatud opioid asendusraviks

- Buprenorfiin
- Metadoon
- Mõlemad uimastid võrdselt välja kirjutatud



Metadoon on kõige tavalisem opioiditarbijatele arsti määratav asendusravim

Kõige tavalisem opioiditarbijatele arsti määratav asendusravim on metadoon, mida saab üle kahe kolmandiku (61%) asendusravi patsientidest. Veel 37% patsientidest ravitakse buprenorfiiniga, mis on peamine asendusravim seitsmes riigis (joonis 3.6). Muid aineid, nagu pikatoimeline morfiin või diatsetüülmorfiin (heroiin), määravad arstid Euroopas harva ja hinnanguliselt saab neid ligikaudu 2% asendusravi patsientidest.

Opioiditarbijate alternatiivsed ravivõimalused ei ole küll nii levinud, kuid on kättesaadavad kõikides Euroopa riikides. Üheksas riigis, mille kohta on andmeid, kasutavad asendusravimiteta ravimeetodeid 2–30% kõigist ravi saavatest opioiditarbijatest (joonis 3.7).



JOONIS 3.7

Ravivõimaluste sobitamine patsientide vajadustega

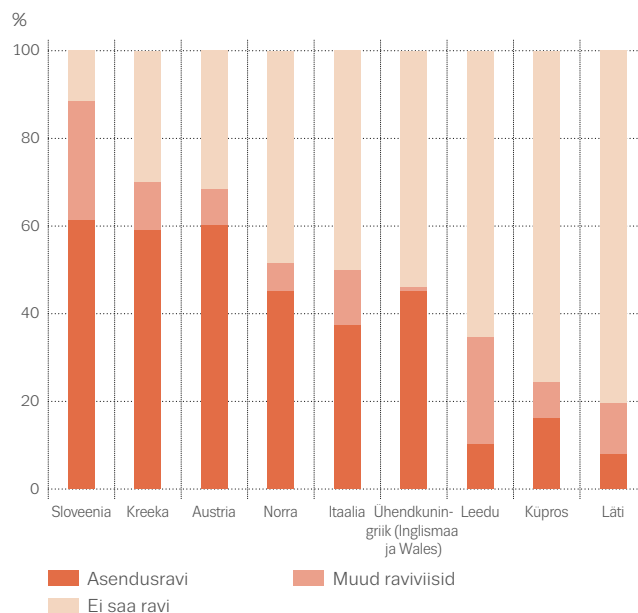
Euroopas raviasutustesse pöörduvatel patsientidel on erinevad vajadused ja sageli tuleb seoses eri probleemidega võtta sekkumismeetmeid. Tõhusaks reageerimiseks on seega oluline tagada uimastitega seotud teenuste ning muude tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakujate vaheline koostöö.

Kuivõrd enamik narkomaaniaravi alustajatest tarbib mitut psühhoaktiivset ainet ning osa kogeb mitmest ainst tingitud terviseprobleeme, on olulised uimastitega seotud teenuste pakujate hindamis- ja ravikavad, mis käsitlevad mitme uimasti koostarvitamist. Tuleb võtta arvesse, et teatavate ainekombinatsioonide tuvastamine võib olla kaasneva suure riski (sh suurema üleannustamisriski) tõttu eriti tähtis. Üks näide on opioidide ja bensodiasepiinide koostarvitamine. Analüüsist selgub, et uimastitarbimisega seotud probleemide tõttu ravi alustanud patsientidest kolm neljandikku teatab ametlikult mitme aine tarbimisest, kusjuures peamiselt opioidi, kokaiini või amfetamiini tarvitajad nimetavad kõige sagedamini teisese uimastina kanepit või alkoholi. Lisaks nimetavad paljud peamiselt opioidide tarbijad teisese uimastina kokaiini.

Ainete tarbimisel ja vaimse tervise häiretel põhinev hulgihaigestumus viitab nende kahe kliinilise seisundi üheaegsele esinemisele samal isikul. Teatav seos esineb ka mõningate vaimse tervise häirete ja ainete tarbimisest tingitud häirete vahel. Hulgihaigestumus on seega nii uimastitega seotud teenuste kui ka vaimse tervise teenuste pakujate jaoks tõsine katsumus. Hiljutises ülevaates nimetati ebaseaduslike ainete tarbijate seas kõige sagedamini tuvastatud psühhiaatrilise hulgihaigestumusena rasket depressiooni, ärevushäireid (peamiselt paanikahooge ja traumajärgset stressi) ning isiksushäireid (peamiselt antisotsiaalset ja piiripealset käitumist). Selle teema tähtsusest hoolimata on probleemi ulatust raske kindlaks teha, sest kättesaadavad andmed on piiratud ja ebaühtlased.

On tõendeid, et narkomaaniaravi saavatel naistel võivad olla keerukamad vajadused, eelkõige seoses hulgihaigestumuse ja lapsehoolduskohustustega, ning nad vajavad rohkem sihipäraseid ja soolisi erinevusi arvestavaid teenuseid. Naiste osakaal eriravi alustajate seas on küll kokku ainult 20% (st mehi on naistest neli korda rohkem), kuid naiste osakaal erineb riigiti, jäädes vahemikku 5–34%, ja esmakordsete ravialustajate seas on erinevus väiksem. Naiste väike osakaal narkomaaniaravi alustajate seas tuleneb mitmesugustest põhjustest; muu hulgas võib see olla tingitud soolistest erinevustest probleemse uimastitarbimise leviku ja sellest teatamise tõenäosuse osas ning teenustele juurdepääsust ja teenuste asjakohasusest.

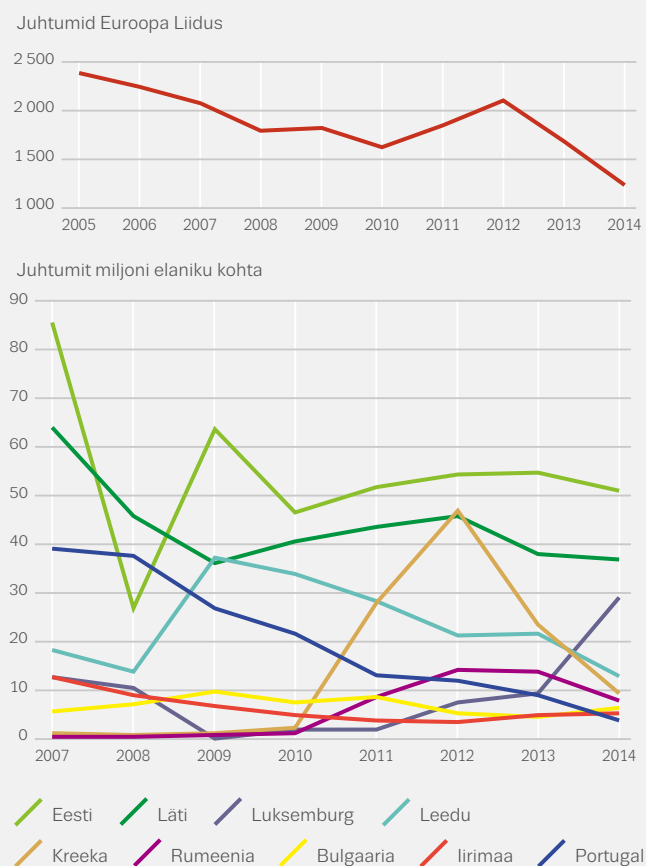
Narkomaaniaravi saavate kõrge riskitasemega opioiditarbijate osakaal (hinnang)



Narkomaaniaravi saavatel naistel võivad olla keerukamad vajadused

JOONIS 3.8

Uimastite süstimisega seotud uued diagnoositud HIV-juhtumid: koguarv, valitud suundumused ja viimased andmed



HIVI puhangud: stimulantide süstijad

Uimastitarbijatel, eelkõige süstivatel uimastitarbijatel, on risk haigestuda nakkushaigustesse uimastite manustamisvahendite jagamise ja kaitsmata suguühte kaudu. Uimastite süstimisel on endiselt keskne osa nakatumisel vere kaudu levivate nakkushaigustega, näiteks C-hepatiidi viiruse (HCV) ja mõnes riigis inimese immuunpuudulikkuse viirusega (HIV). Uimastite süstimise osakaal kõikide teatatud HIV-juhtumite hulgas Euroopas, mille nakatumisviis on teada, on endiselt väike ja stabiilne (viimasel kümnendil alla 8%). Kõrgemad näitajad on siiski Leedus (32%), Lätis (31%), Eestis (28%) ja Rumeenias (25%).

Viimased andmed näitavad, et uute HIV-diagnoosiga süstijate arvu pikaajaline vähenemine Euroopa Liidus jätkub. 2014. aastal oli teatatud diagnoositud uimastite süstimisest tingitud uusi HIV-nakkusjuhtumeid miljoni elaniku kohta keskmiselt 2,5 – see on 2005. aasta näitajaga (5,6 juhtumit miljoni inimese kohta) võrreldes rohkem kui poole võrra vähem. Mitmes riigis, eelkõige Eestis ja Lätis, oli see näitaja siiski kõrgem. Kreekas ja Rumeenias, kus on varem esinenud kohalikke

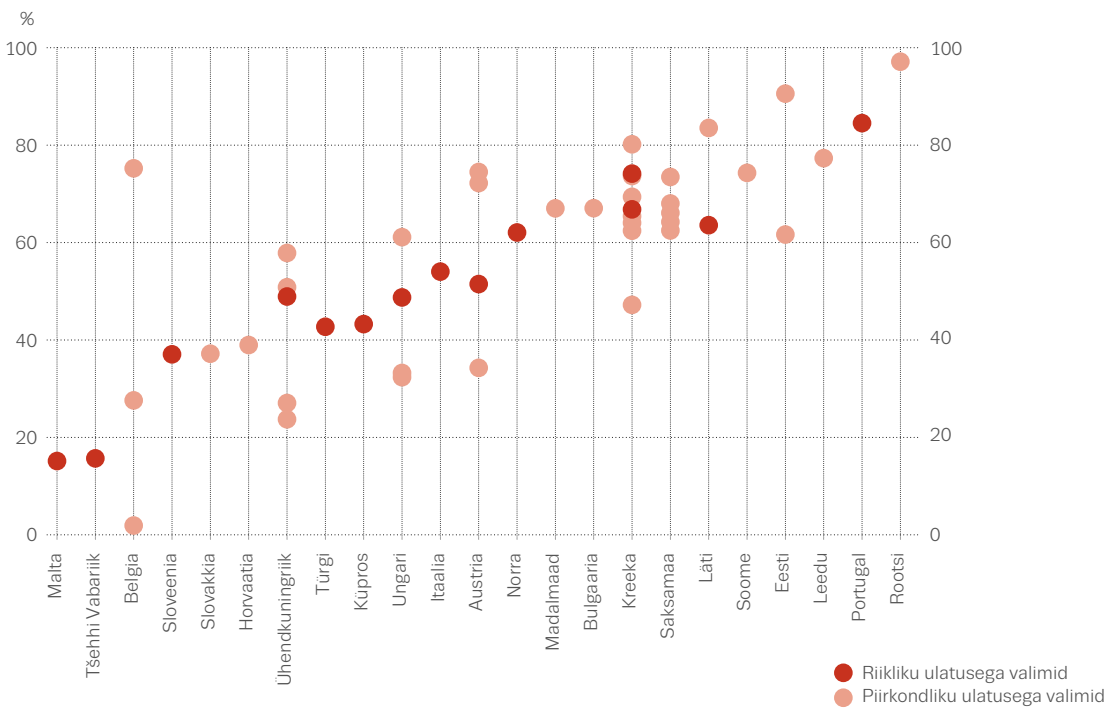
haiguspuhanguid, on uute teatatud diagnooside arv alates 2012. aastast vähenenud (joonis 3.8).

2014. aastal teatati Euroopa Liidus 1236 uuest diagnoositud HIV-nakkusjuhtumist, mis olid tingitud uimastite süstimisest – see on viimase aastakümne väikseim teatatud juhtumite arv. 2015. aastal registreeriti siiski Iirimaa, Ühendkuningriigis (Šotimaal) ja Luksemburgis uute HIV-nakkusjuhtumite kohalikke puhanguid uimastite süstijate seas. Nende hiljutiste HIV-puhangute ühisteguriteks on muutused uimastitarbimise tavades, eelkõige stimulantide süstimise kasv, ja suur tõrjutus.

2014. aastal seostati Euroopas uimastite süstimisega 15% uutest AIDS-i juhtumitest, kusjuures need 590 teatatud juhtumit moodustavad vaid veidi üle veerandi kümme aastat tagasi teatatud juhtumitest. Varajane diagnoosimine on oluline, et vältida HIV-nakkuse progresseerumist AIDSiks. Eriti oluline on see uimastite süstijate jaoks, kes moodustavad nakkuse viimases staadiumis tervishoiuteenuste poole pöördujatest suurima rühma (61%). Lisaks võib mõnes riigis, nagu Kreekas, Lätis ja Rumeenias, kus uute diagnoositud AIDS-i juhtumite arv on suur, olla vaja tugevdada HIV-nakkuse testimist ja ravi.

JOONIS 3.9

HCV-antikehade olemasolu süstivatel uimastitarbijatel, 2013/2014



Süstimisest tulenevad kahjud: peamised haigused

Kõikjal Euroopas on süstivate uimastitarbijate seas väga sage viiruslik hepatiit, eriti C-hepatiidi viiruse (HCV) põhjustatud nakkus. Sellel võivad olla rasked pikaajalised tagajärjed, sest HCV-nakkus, mida sageli raskendab rohke alkoholitarbimine, võib vananevate suure riskiga süstivate uimastitarbijate seas tõenäoliselt põhjustada üha rohkem maksahaiguste, sealhulgas tsirroosi ja maksavähi juhtumeid.

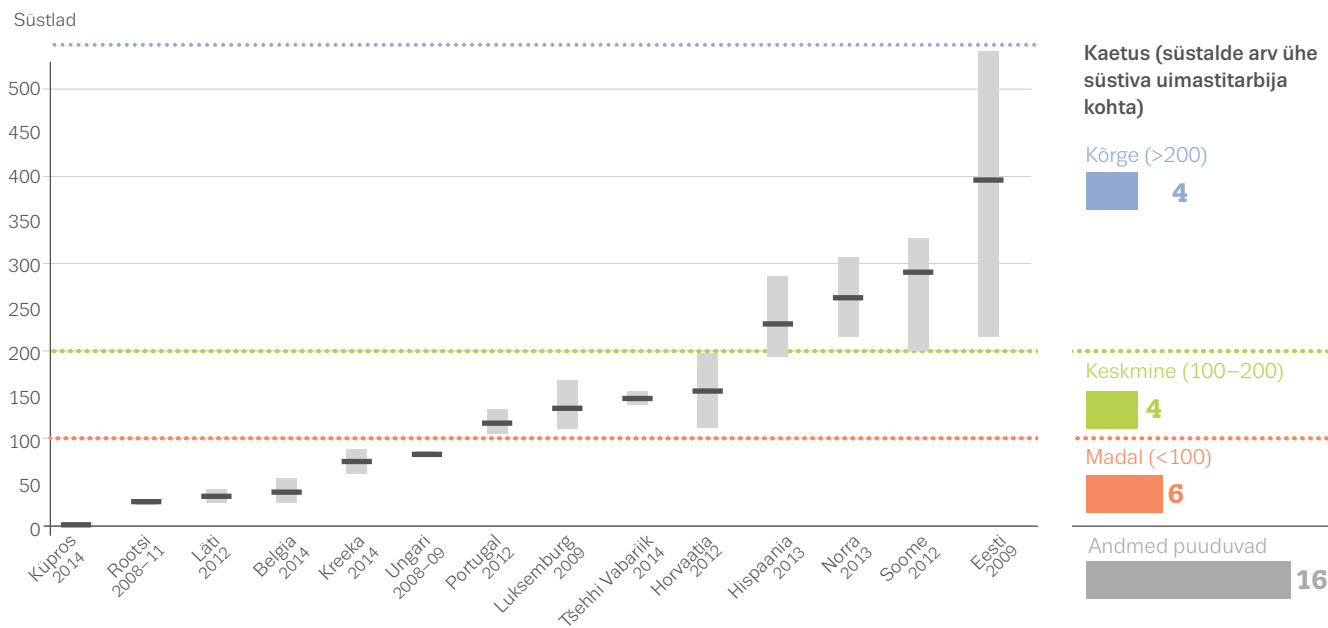
Aastatel 2013–2014 oli süstivaid uimastitarbijaid, kelle veres leidis HCV-antikehi (mis näitab praegust või varasemat süstimist), riikide valimites 15–84%, kusjuures 13 andmeid esitanud riigist kuues oli see näitaja üle 50% (joonis 3.9). Riikidest, kus on olemas perioodi 2006–2014 riiklike suundumuste andmed, täheldasid viis riiki HCV-antikehade esinemise suurenemist süstivate uimastitarbijate seas, samas kui Malta ja Norra täheldasid vähenemist.

Uimastite süstimine on riskitegur ka muude nakkushaiguste, sealhulgas B-hepatiidi, teetanuse ja botulismi korral. Euroopas on teatatud haavabotulismi puhangutest ja sporaadilise haavabotulismi juhtudest süstivate uimastitarbijate seas, sealhulgas Norras ja Ühendkuningriigis aastatel 2013–2015. Levinud on ka süstekoha bakternakkused: Šotimaal teatati 2015. aastal suurest pehmete kudede nakkushaiguste puhangust.



JOONIS 3.10

Eriprogrammide raames jagatavate süstalde arv ühe süstiva uimastitarbija kohta (hinnang)



NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

Nakkushaigused: ennetusmeetmed

Peamised meetmed, mida on rakendatud uimastitarbimisega seotud nakkushaiguste vähendamiseks uimasteid süstivate inimeste seas, on opioidide asendusravi pakkumine, süstimisvahendite pakkumine, testimine, C-hepatiidi ravi ja HIVi retroviirusvastane ravi.

Asendusravi vähendab süstivate opioiditarbijate seas märkimisväärselt nakkushaiguste riski ning mõned analüüsid näitavad, et kaitseefekt on suurem, kui ravi laialdast pakkumist täiendab ulatuslik süstaldega varustamine.

Tõendid näitavad, et nõela- ja süstlavahetuse programmid võivad vähendada süstivate uimastitarbijate riskikäitumist ja seega ka HIVi levikut uimastite süstijate seas. Paaegu kõik riigid pakuvad spetsiaalsete keskuste kaudu tasuta puhtaid süstimisvahendeid. Süstlaid jagavate keskuste geograafiline jaotus ja süstalde hinnanguline arv on riigiti siiski väga erinev (joonis 3.10). Teave süstalde jagamise kohta eriprogrammide kaudu on kättesaadav 23 riigis, kus teatati kokku ligikaudu 36 miljoni süstla jagamisest 2014. aastal. See koguarv on tegelikust väiksem, sest mitu suurt riiki, nagu Prantsusmaa, Saksamaa, Itaalia ja Ühendkuningriik, ei ole teatanud täielikke andmeid süstalde jagamise kohta.

Nakkushaiguste testimine ja ravi võib aidata vähendada nakkusjuhtumite arvu ja levikut uimastitarbijate seas. Testimine võib suurendada üksikisikute teadlikkust nakkuse olemasolust ja toetada varajast ravi alustamist. Takistusteks on siiski endiselt häbimärgistamine ja tõrjutus ning piiratud teadmised kontrolli- ja ravivõimaluste kohta. Kliinilised andmed toetavad retroviirusvastase ravi alustamist kohe pärast HIV-nakkuse diagnoosi, et vältida immuunsuse edasist vähenemist.

Tähtis on ka rakendada sihipäraseid kahju vähendamise ja seksuaaltervishoiu meetmeid uute süstimis- ja seksuaalkäitumistavade korral, millest on teatatud homoseksuaalsete meeste väikestes rühmades. Eriti tähtis võib olla uimastiprobleemide ja seksuaaltervisega seotud teenuste vaheliste seoste loomine lisaks tervisehariduse ja steriilsete süstimisvahendite pakkumisele ning mõnel juhul retroviirusvastastel ravimitel põhineva kokkupuute-eelse profülaktika rakendamisele.

| C-hepatiit: uued ravivõimalused

C-hepatiidi viiruse leviku tõkestamisele suunatud ennetusmeetmed sarnanevad HIV-vastaste meetmetega. Et HIV-nakkus on eriti levinud süstivate uimastitarbijate seas, on HIV-ravi pakkumise kaudu nakkuse levitajate arvu vähendamine ulatuslike ennetusmeetmete oluline komponent. Uutes Euroopa suunistes soovitatakse pakkuda uimastitarbijatele individuaalset HIV-ravi multidistsiplinaarsetes tingimustes. Alates 2013. aastast on kättesaadavad suukaudsed interferoonivabad ravimid, mis sisaldavad otsese toimega viirusevastased ained. Need on muutumas HCV-nakkuse ravi alustalaks. Need ravimid on väga tõhusad, nõuavad lühemat raviäga ja neil on vähem kõrvaltoimeid kui varasematel ravimitel. Peale selle saab neil ravimitel põhinevat ravi pakkuda spetsiaalsete kogukondlike uimastiraviteenuste kaudu, mis suurendab nende kasutamist ja kättesaadavust.

Uued HCV-vastased ravimid on varasemate ravimitega võrreldes kallid. 21 ELi riiki hõlmava 2015. aasta uuringu põhjal järeltas EMCDDA, et kolmekuulise ravi keskmine võrdlusmaksumus uue ravimiga on ligikaudu 60 000 eurot. Eelmise põlvkonna ravimitega maksis ravi 17 000 – 26 000 eurot. Võttes arvesse HCV-nakkuse suurt levikut süstivate uimastitarbijate seas, on optimaalse juurdepääsu tagamine uutele paljutöötavatele ravimitele endiselt poliitikakujundajate peamine katsumus.

| Vanglatervishoid: vaja on laiahaardelisi meetmeid

Vangide hulgas on uimastitarbimine elu jooksul suurem ja uimastitarbimise viisid tervisele kahjulikumad kui rahvastiku seas üldiselt. Seda näitavad hiljutised uuringud, mille kohaselt on kunagi uimasteid süstinud 6–48% vangidest. Paljudel vangidel on eluaegse uimastitarbimise tõttu keerulised tervishoiuvajadused ja nende tervise põhjalik hindamine vanglasse saabumisel on tähtis sekkumismeede. WHO soovitab teha vanglatele kättesaadavaks ennetusmeetmete paketi, mis hõlmab tasuta ja vabatahtlikku nakkushaiguste testimist, kondoomide ja steriilsete süstimisvahendite jagamist ning nakkushaiguste ja uimastisõltuvuse ravi.

Enamikus riikides on loodud asutustevahelised partnerlussuhted vanglate meditsiiniteenistuste ja kogukonna teenusepakkujate vahel, et pakkuda vanglates terviseharidust ja ravi ning tagada toetuse jätkumine nii vanglasse sattumisel kui ka sealt lahkumisel. 30 riigist, mille olukorda EMCDDA jälgib, teatas vanglates opioidide asendusravi pakkumisest 27. Üldiselt tundub, et asendusravi on kättesaadav üha suuremale osale vanglaelanikkonnast, mis kajastab selle sekkumismeetme laialdast kättesaadavust kogukonnas. Puhaste süstimisvahendite jagamine ei ole nii levinud ja süstlavahetusprogrammi rakendamisest vanglates teatas ainult kolm riiki.

JOONIS 3.11

Erakorraline haiglaravi: ägeda kahju andmeallikas

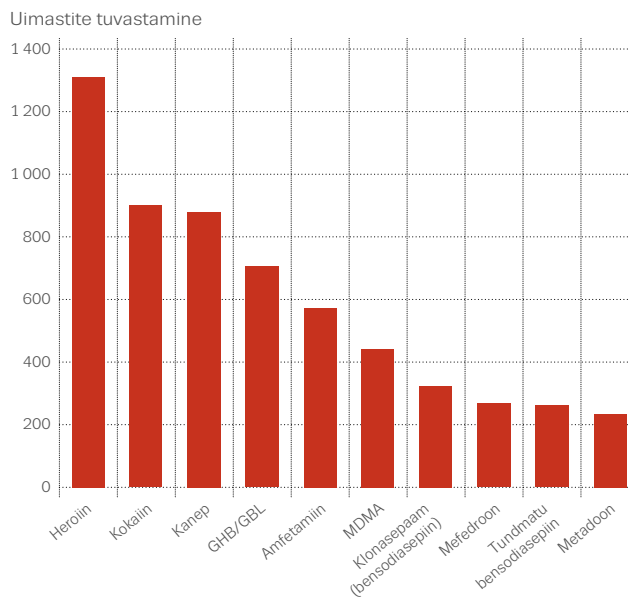
Haiglate erakorralise ravi andmed annavad ainulaadset teavet ägedate terviseprobleemide põhjustatud kahjude kohta. Uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN) jälgib uimastitega seotud erakorralisi haiglaravijuhtumeid 16 valitud (valve-)haiglas kümnes Euroopa riigis. Võrgustiku 2014. aasta analüüs tuvastas, et enamik 5409 haiglasse pöördunud olid mehed (76%) ja noored täiskasvanud (mediaanvanus meestel 32 aastat ja naistel 28 aastat). 24% haiglasse pöördumistest olid seotud heroini, 17% kokaiini ja 16% kanepi tarbimisega.

Paljudel juhtudel tuvastati mitme uimasti tarbimine: 5409 haiglasse pöördumise kohta tehti kindlaks 8358 uimastit (joonis 3.11). Kahel kolmandikul juhtudel tuvastati levinud uimastite, nagu heroini, kokaiini, kanepi, amfetamiini või MDMA tarbimine, veerand juhtumitest olid seotud retsepti- või käsimüügiravimite (kõige sagedamini opioidide ja bensodiasepiinide) ning 6% uute psühhoaktiivsete ainete tarbimisega. Heroiin oli kõige sagedamini teatatud uimasti ja kõige sagedamini teatatud opioid (67% opioididega seoses teatatud juhtumitest); sageduselt järgmised olid medatsoon (12%) ja buprenorfiin (5%), kuid kohast olenevalt olid need näitajad erinevad. Üle kolmveerandi uute psühhoaktiivsete ainete tarbimise juhtudest olid seotud katinooniga ja neist kaks kolmandikku mefedrooniga.

Erakorralise abi andmise juhtumitega seotud uimastid erinesid olenevalt kohast, kajastades suure riskiga kohalikke uimastitarbimise viise. Heroini ja amfetamiiniga seotud erakorralise abi andmise juhtumid olid kõige levinumad Oslos, GHB/GBLI, kokaiini, mefedrooni ja MDMA juhtumid aga Londonis, kajastades meelelahutusasutustega seostatavaid kohalikke tarbimisviise.

Enamik (79%) uimastiga seotud terviseprobleemi tõttu haiglasse pöördunud isikutest kirjutati haiglast välja 12 tunni jooksul. Kokku registreeriti 27 surmajuhumit (0,5%

Valvehaiglates erakorraliste ravijuhtumitega seotud 10 peamist uimastit, 2014



NB! Tulemused 5409 erakorralise ravijuhtumi kohta 16 valvehaiglas 10 Euroopa riigis.
Allikas: uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN).

kõikidest haiglasse pöördumistest), enamik neist olid seotud opioidide tarvitamisega.

Vaid vähestes riikides on sisse seatud riiklik seiresüsteem, mis võimaldab analüüsida uimastitega seotud ägedate mürgistusjuhtumite suundumusi. Pikaajalise seiretegevusega riikidest on Ühendkuningriigis heroini põhjustatud ägedate terviseprobleemidega seotud erakorralise abi andmise juhtumite arv kasvamas, kuid Tšehhi Vabariigis ja Taanis vähenemas. Viimased kaks riiki on teatanud muude opioididega seotud erakorralise abi andmise juhtumite arvu kasvust. Hispaanias on täheldatud kanepi põhjustatud ägedate terviseprobleemidega seotud erakorralise abi andmise juhtumite arvu jätkuvat kasvu, samal ajal kui Madalmaad teatasid festivalide esmaabipunktides registreeritud MDMAst tingitud mürgistusjuhtumite arvu ja uue psühhoaktiivse ainega 4-FA (4-fluoroamfetamiin) seotud ägedate mürgistusjuhtumite arvu suurenemisest.

Haiglate erakorralise ravi andmed annavad ainulaadset teavet ägedate terviseprobleemide põhjustatud kahjude kohta

Uued uimastid: tervishoiuprobleemid

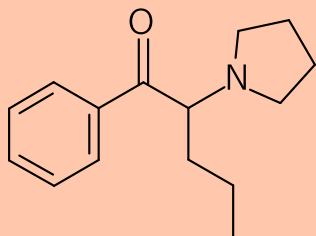
Uusi aineid on Euroopas seostatud mitmesuguste suurte kahjudega, sealhulgas ägedate mürgistusjuhtumite ja surmajuhtumitega. Kahjusid seostatakse ka uimastite, eelkõige selliste stimulantide nagu mefedrooni, alfa-PVP, MDPV ja pentedrooni süstimise tavadega. Massilised mürgistusjuhtumid esinevad küll harva, kuid tekitavad suure koormuse tervishoiusüsteemidele. Ühes 2015. aastal Poolas teatatud juhtumis seostati sünteetiliste kannabinooidide tarbimist rohkem kui 200 erakorralise haiglaravi juhtumiga vähem kui nädala jooksul.

EMCDDA on alates 2014. aasta algusest andnud seoses uue aine tarbimisest tingitud suure kahju juhtumitega 34 avalikku tervisehoiatust ELi varajase hoiatamise süsteemiga liitunutele. Selles ajavahemikus hinnati seitsme uue ainega seotud riske. Viimasel ajal on muret tuntud selliste uute opioidide pärast nagu atsetüülfentanüül, mida on seostatud 32 surmajuhtumiga ja käsitleti seetõttu EMCDDA ja Europoli 2015. aasta ühisaruandes. Paljud fentanüülid on väga tugeva toimega ja neid võidakse müüa pahaaimamatutele tarbijatele heroiinina, põhjustades seega suure üleannustamise ja surma ohu.

Uutele ainetele reageerimine: peamised sekkumismeetmed

Üldiselt on teatatud, et olemasolevad ennetus-, ravi- ja kahjuvähendusmeetmed, mida rakendatakse levinud uimastitega seotud probleemide korral, sobivad ka uute uimastite tarbijate vajadustega või saab neid hõlpsasti kohandada. Uute psühhoaktiivsete ainete ja muude uimastite, nagu GHB, ketamiini ja mefedrooni tarbimisega seostatavad probleemid tekitavad siiski konkreetseid raskusi eri tingimustes, näiteks vanglates, seksuaaltervise kliinikutes ja uimastitega seotud n-ö madala läve teenuste puhul. Nende ainete seotud sekkumismeetmete rakendamisel on teatatud probleemidest raskesti kättesaadavate uimastitarbijateni jõudmisel (nt homoseksuaalsed mehed), kaootiliste süstimistavade haldamisel haavatavate rühmade seas ja toetuse pakkumisel uute uimastite tarbimisega seotud ägedate psühhootiliste juhtumite esinemisel vangide seas. Neil juhtudel on oluline välja töötada sekkumismeetmed, mis keskenduvad konkreetsetelt uute uimastite tarbimiselt ja vastavatele tervisekahjudele, sealhulgas näiteks sihipäraseid kahjude vähendamise abimaterjalid ja nõuanded ning spetsiaalsed ravisuunised.

Alfa-PVP riskihindamine



2015. aasta novembris hinnati Euroopa tasandi alfa-PVPga (alfa-pürrolidinovalerofenoon) seotud riske. Alfa-PVP on sünteetiline katinoon ja MDPVga sarnane tugevatoimeline psühhostimulant. See on olnud Euroopa Liidu uimastiturul vähemalt alates 2011. aasta veebruarist ja seda on avastatud kõigis 28 liikmesriigis. Alfa-PVPd leiti 191 ägeda mürgistusjuhtumi ja 115 surmajuhtumi korral. 20%-l surmajuhtumitest nimetati alfa-PVP kas surma põhjuse või surmajuhtumiga seotud ainenähtuseks; neist viiel juhul oli alfa-PVP ainus leitud aine.

Üleannustamisest tingitud surmajuhtumid: hiljutine kasv

Uimastitarbimist peetakse täiskasvanute välditavate surmajuhtumite põhjuseks Euroopas. Suure riskiga uimastitarbijaid käsitlevad uuringud näitavad tavaliselt, et üldine suremus on 1–2% aastas. Üldiselt on opioiditarbijatel Euroopas 5–10 korda suurem tõenäosus surra kui teistel samas eas ja samast soost isikutel. Opioiditarbijate suurem suremus on eelkõige seotud üleannustamisega, kuid olulised on ka muud uimastitarbimisega kaudselt seotud surmapõhjused, nagu nakkused, õnnetusjuhtumid, vägivald ja enesetapp.

Üldiselt on uimastite üleannustamine uimastitarbijate seas Euroopas endiselt peamine surmapõhjus, kusjuures üle kolmveerandi üleannuse tagajärjel surnud isikutest on mehed (78%). Enamik ELi riike teatas üleannustest tingitud surmajuhtumite arvu kasvust perioodil 2003–2008/2009, mil üldine tase hakkas esimest korda langema. Üleannuseid käsitlevate andmete, eriti ELi kumulatiivsete näitajate tõlgendamisel tuleb olla ettevaatlik mitmel põhjusel, sh süsteemne andmete esitamata jätmine teatavates riikides ja registreerimisprotsessid, mis põhjustavad viivitusi juhtumitest teatamisel. Aastaandmed on seega esialgne miinimum. 2014. aastal toimus Euroopa Liidus hinnanguliselt vähemalt 6800 üleannustest tingitud surmajuhtumit. See viitab selliste surmajuhtumite arvu suurenemisele võrreldes 2013. aasta korrigeeritud näitajaga. Nii nagu eelmistel aastatel, toimus suur osa

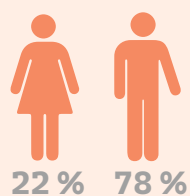
neist Ühendkuningriigis (36%) ja Saksamaal (15%). Kasvusuundumust näitavad viimased andmed mitmest riigist, kus on suhteliselt usaldusväärsed aruandlussüsteemid, sealhulgas Iirimaa, Leedu ja Ühendkuningriik. Märkatavat kasvusuundumust võib täheldada ka Rootsis, kuigi see võib olla osaliselt tingitud teatavate 50-aastaste ja vanemate inimeste surmajuhtumite lisandumisest, mis ei olnud seotud ebaseaduslike uimastite tarbimisega. Juhtumite arv on märkatavalt kasvanud ka Türgis, kuid see võib osaliselt kajastada aruandlustavade paranemist.

Aastatel 2006–2014 suurenes üleannustest tingitud surmajuhtumite arv vanemates vanuserühmades, samal ajal kui nooremates vanuserühmades see arv vähenes, mis näitab, et Euroopa opioiditarbijad, kellel on kõige suurem risk uimastite üleannuse tagajärjel surra, on muutunud vanemaks. Viimasel ajal on siiski mõnes riigis alla 25-aastaste üleannustest tingitud surmajuhtumite arv veidi suurenenud.

Opioiditarbijatel on Euroopas 5–10 korda suurem tõenäosus surra kui teistel isikutel

UIMASTITEST PÕHJUSTATUD SURMAJUHTUMID

Näitajad



Keskmine vanus surres

38

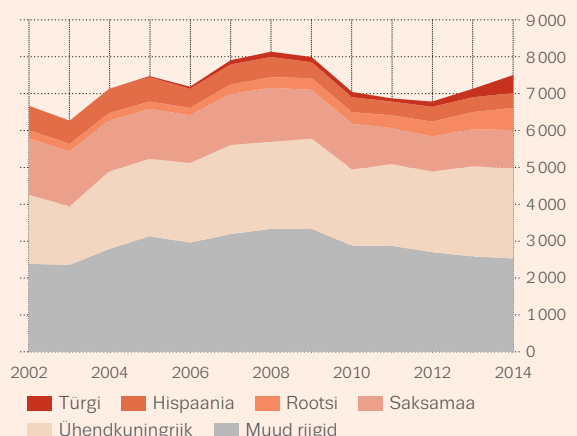
Surmajuhtumid, kus leiti organismist opioide



Vanus surres



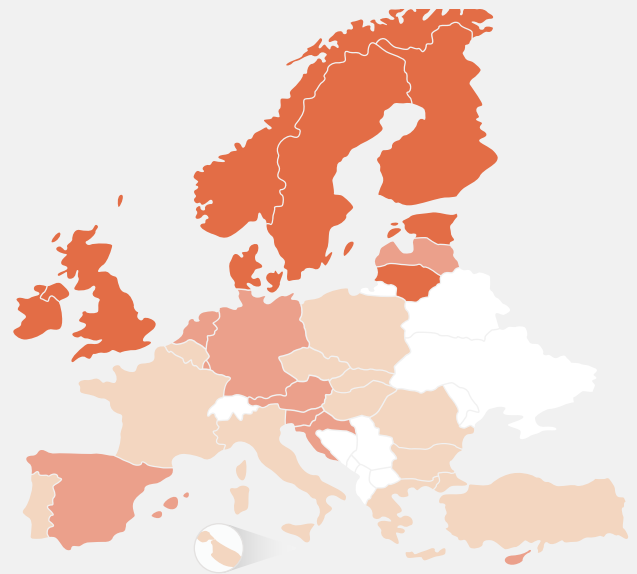
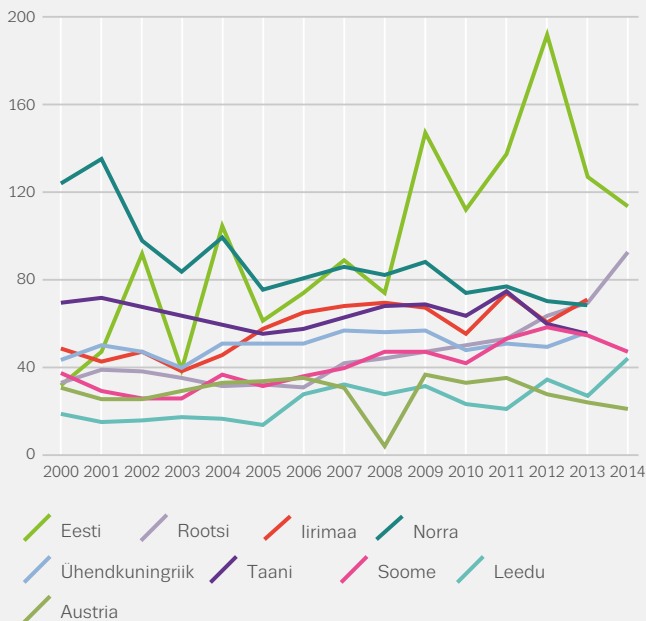
Üleannusest tingitud surmajuhtumite suundumused



JOONIS 3.12

Uimastitest põhjustatud suremus täiskasvanute (15–64-aastased) seas: valitud suundumused ja viimased andmed

Juhtumit miljoni elaniku kohta



Juhtumit miljoni elaniku kohta <10 10–40 >40

NB! Suundumused Euroopa Liidus ja kõige kõrgemad väärtused esitanud 9 riigis 2014. aastal või 2013. aastal.

Enamik Euroopas teatatud surmavaid üleannuseid on seotud heroini või selle metaboliitidega, sageli koos muude ainetega. Muudest opioididest nimetatakse toksikoloogiauringute vastustes sageli ka metadooni, buprenorfiini, fentanüüle ja tramadooli ning mõnes riigis seostatakse neid aineid olulise osa üleannustest tingitud surmajuhtumitega. Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis) märgiti 2014. aastal näiteks 1786 registreeritud surmajuhtumiga seoses opioidide tarbimist, 394 korral metadooni ja 240 korral tramadooli tarbimist. Muude opioidide kui heroiniga seostatud surmavatest üleannustest teatasid muu hulgas Prantsusmaa ja Iirimaa (peamiselt metadoon) ning Soome, kus 2014. aastal märgiti 75 juhul buprenorfiini tarbimist.

Stimulantide, näiteks kokaiini, amfetamiinide, MDMA ja katinoonidega on seostatud vähem üleannustest tingitud surmajuhtumeid Euroopas, kuigi nende olulisus erineb riigiti. Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Walesis) suurenes kokaiiniga seostatud surmajuhtumite arv 169-lt (2013) 247-ni (2014). Hispaanias, kus kokaiiniga seotud surmajuhtumite arv on püsinud mõne aasta vältel stabiilsena, oli see uimasti 2013. aastal endiselt teine kõige sagedamini nimetatud üleannusest tingitud surmajuhtumite põhjus (236 juhtumit).

Suremus suurim Põhja-Euroopas

2014. aastal oli Euroopa keskmine üleannustest tingitud suremus 15–64-aastaste seas hinnanguliselt 18,3 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Suremus on riigiti väga erinev ja seda mõjutavad sellised tegurid nagu uimastitarbimise ulatus ja viisid ning metodoloogilised probleemid (nt juhtumitest teatamata jätmine ja kodeerimistavad). Üle 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta esines kaheksas riigis, kusjuures suurimast suremusest teatati Eestis (113 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Rootsis (93 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) ja Iirimaa (71 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) (joonis 3.12). Uusimad andmed näitavad mitmesuguseid suundumusi.

Üleannustamise ja uimastite põhjustatud surmajuhtumite ennetamine

Uimastite surmavate üleannuste ja muude uimastitarbimisega seotud surmajuhtumite arvu vähendamine on Euroopas oluline rahvatervise poliitika ülesanne. Selles valdkonnas võetavate sihipäraste meetmetega pööratakse tähelepanu üleannustamise ennetamisele või üleannuse korral ellujäämise tõenäosuse suurendamisele. Narkomaaniaravi, eelkõige opioidide asendusravi abil ennetatakse üleannuseid ja vähendatakse ravile allutatud uimastitarbijate surmariski. Järelevalvega uimastitarbimisruumide eesmärk on ennetada üleannustamist ja tagada professionaalse abi kättesaadavus üleannustamise korral. Selliseid ruume, mida on kokku 70, pakuvad praegu kuus riiki.

Naloksoon on opioidide toimet pärssiv antagonist, mis võib aidata opioidi üleannuse korral elusid päästa. Seda kasutatakse haiglate erakorralise abi osakondades ja kiirabis. Viimastel aastatel on suurenenud kodus manustatava naloksooni pakkumine opioiditarbijatele, nende partneritele, kaaslastele ja perekondadele. Ühtlasi pakutakse üleannustamise äratundmise ja sellele reageerimise koolitust. Naloksoon on tehtud kättesaadavaks ka uimastitarbijatega korrapäraselt kokku puutuvate asutuste töötajatele. Hiljutises Euroopa ülevaates leiti, et kodus manustatava naloksooni programme rakendatakse kaheksas Euroopa riigis. Uimastitega seotud teenuste ja tervishoiuteenuste pakkujad varustatakse üldiselt naloksoonikomplektidega, mis sisaldavad eeltäidetud süstlaid, kuigi Norras ja Taanis on võimalik naloksooni manustada ka nina kaudu. Hiljutine süstemaatiline ülevaade kodus manustatava naloksooni tõhususe kohta viitas sellele, et haridus- ja koolitusmeetmed koos kodus manustatava naloksooni pakkumisega vähendavad üleannustamisega seotud suremust. Eriti suurt kasu võib see tuua suure üleannustamisriskiga elanikkonnarühmadele, nagu hiljuti vanglast vabanenud isikud. Šoti riikliku naloksooni programmi hindamise tulemusena leiti hiljuti, et seda programmi saab seostada ühe kuu jooksul vanglast vabanenud isikute opioididest tingitud surmajuhtumite arvu 36% vähenemisega.

Nõudluse vähendamise teenused: kvaliteedinõuded

Et nõudluse vähendamise teenused on laialt levinud, on rohkem hakatud tähelepanu pöörama teenuste kvaliteedile, mille tulemusel võttis Euroopa Liidu Nõukogu 2015. aasta septembris vastu „Minimaalsed kvaliteedinõuded uimastite nõudluse vähendamisel Euroopa Liidus”. Sekkumismeetmete minimaalse kvaliteedikünnise tagamiseks nähakse ette 16 ennetamise, ravi, kahjude vähendamise ja sotsiaalse reintegratsiooniga seotud nõuet. Vastuvõetud nõuded on suur edasimineku uimastite valdkonnas ELi tasandil ning neis võetakse arvesse kõigi 28 riigi eksperditeadmisi ja poliitilisi otsuseid. Nõuded suurendavad vajadust rakendada tõendus põhiseid sekkumismeetmeid ja pakkuda töötajatele asjakohast koolitust. Ühtlasi hõlbustavad need parimate tavade jagamist Euroopa tasandil ja edendavad teadmiste vahetust.

Uimastitevastaste meetmetega seotud kulude mõistmine

Poliitika hindamise oluline aspekt on mõista uimastitevastaste meetmetega seotud kulusid. Kättesaadav teave uimastivaldkonna riiklike kulutuste kohta Euroopas on nii kohalikul kui ka riikide tasandil endiselt puudulik ja ebaühtlane. 18 riigis, kus on viimase kümne aasta jooksul hinnanguid esitatud, jäävad uimastitega seotud riiklikud kulutused hinnanguliselt vahemikku 0,01–0,5% sisemajanduse koguproduktist (SKP) ning tervishoiumeetmed nõuavad 15–53% kõikidest uimastitega seotud riiklikest kulutustest.

Hiljutise hinnangu kohaselt kulutati 15 riigis, mille kohta on olemas andmed, uimastitega seotud terviseprobleemide statsionaarseks raviks haiglates keskmiselt 0,013% SKPst. Riigiti on see protsent siiski väga erinev. Uimastitega seotud terviseprobleemide haiglaravi kulude põhjalikumaks hindamiseks oleks vaja süstemaatilisemalt registreerida erakorralise abi saamise eesmärgil haiglatesse pöördumisi.

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Riskihindamise aruanded
MT-45 (nõukogu otsus 2015/1873/EL).
4,4'-DMAR (nõukogu otsus 2015/1873/EL).

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Riskihindamise aruanded
MDPV (nõukogu otsus 2015/1875/EL).
Methoxetamine (nõukogu otsus 2015/1875/EL).
25I-NBOMe (nõukogu otsus 2015/1875/EL).
AH-7921 (nõukogu otsus 2015/1875/EL).
4-methylamphetamine
(nõukogu otsus 2015/1875/EL).
5-(2-aminopropyl)indole
(nõukogu otsus 2015/1876/EL).

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

Riskihindamise aruanne Mephedrone (nõukogu otsus 2010/759/EL).

EMCDDA ja ECDC ühisväljaanded

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Kõik dokumendid on avaldatud aadressil
www.emcdda.europa.eu/publications

Lisa

Riikide hinnangulised andmed uimastitarbimise leviku, sealhulgas suure riskiga opioiditarbimise, asendusravi, ravialustajate, uimastite süstimise, uimastite põhjustatud surmajuhtumite, uimastitega seotud nakkushaiguste, süstalde jagamise ja konfiskeerimiste kohta. Andmed on võetud ja moodustavad osa EMCDDA statistikabülletäänist 2016, mis sisaldab märkusi ja metaandmeid. Täpsustatud on aastad, mille kohta andmed on esitatud.

TABEL A1

OPIOIDID

Riik	Hinnanguline suure riskiga opioiditarbimine		Aasta jooksul ravi alustajad						Asendusravi saavad patsiendid
			Opioiditarbijate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate opioiditarbijate osakaal			
			Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	
Hinnangu aasta	Juhtumeid 1000 elaniku kohta	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	Üldarv	
Belgia	–	–	28,9 (3079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaaria	–	–	84,8 (1530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Tšehhi Vabariik	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Taani	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Saksamaa	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Eesti	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Iirimaa	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Kreeka	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Hispaania	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Prantsusmaa	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Horvaatia	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Itaalia	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Küpros	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Läti	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Leedu	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luksemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Ungari	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Madalmaad	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Austria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Poola	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Rumeenia	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Sloveenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovakkia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Soome	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Rootsi	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Ühendkuningriik	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Türgi	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norra	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Euroopa Liit	–	–	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
EL, Türgi ja Norra	–	–	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

Asendusravi patsientide andmed on 2014. aasta või viimase aasta kohta, mille kohta andmed on kättesaadavad: Taani ja Soome 2011. aasta, Türgi 2012. aasta, Hispaania ja Malta 2013. aasta, Iirimaa andmed põhinevad 31. detsembril 2013 korraldatud rahvaloendusel.

TABEL A2

KOKAIIN

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad					
	Rahvastik			Kooliõpilased	Kokaiinitarbivate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate kokaiinitarbivate osakaal		
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)		Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik patsiendid	Esmakordsed ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tšehhi Vabariik	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taani	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Saksamaa	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Eesti	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irish	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Kreeka	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Hispaania	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Prantsusmaa	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Horvaatia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Itaalia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Küpros	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Läti	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leedu	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Ungari	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Madalmaad	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Austria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Poola	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Rumeenia	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sloveenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovakkia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Soome	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Rootsi	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Ühendkuningriik (¹)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Türgi	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norra	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Euroopa Liit	–	5,1	1,9	–	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist.

(¹) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

TABEL A3

AMFETAMIINID

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad						
	Rahvastik			Kooliõpilased	Amfetamiiniravivate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate amfetamiiniravivate osakaal			
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik patsiendid	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	
Belgia	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–	
Bulgaaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	
Tšehhi Vabariik	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)	
Taani	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–	
Saksamaa	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)	
Eesti	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)	
Irish	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)	
Kreeka	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)	
Hispaania	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)	
Prantsusmaa	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)	
Horvaatia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Itaalia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)	
Küpros	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)	
Läti	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)	
Leedu	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)	
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ungari	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)	
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)	
Madalmaad	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)	
Austria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)	
Poola	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)	
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–	
Rumeenia	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)	
Sloveenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–	
Slovakkia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)	
Soome	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)	
Rootsi	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–	
Ühendkuningriik (¹)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)	
Türgi	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–	
Norra (²)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–	
Euroopa Liit	–	3,6	1	–	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)	
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)	

Amfetamiinide all peetakse silmas nii amfetamiini kui ka metamfetamiini.

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist.

(¹) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puuduvad üksnes Inglismaad ja Walesi.

(²) Ravialustajate arv hõlmab patsiente, kes on teatanud muude stimulantide kui kokaiini (mitte ainult amfetamiini) tarbimisest.

TABEL A4

MDMA

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Rahvastik		Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Kooliõpilased	MDMA tarbijate osakaal ravialustajate seas		
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)			Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad
		%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tšehhi Vabariik	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Taani	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Saksamaa	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Eesti	2008	–	2,3	3	–	–	–
Iirimaa	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Kreeka	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Hispaania	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Prantsusmaa	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Horvaatia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Itaalia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Küpros	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Läti	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Leedu	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungari	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Madalmaad	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Austria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Poola	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumeenia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Sloveenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakkia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Soome	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Rootsi	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Ühendkuningriik (¹)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Türgi	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norra	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Euroopa Liit	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist.

(¹) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puuduvad Inglismaad ja Walesi.

TABEL A5

KANEP

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Rahvastik		Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Kooliõpilased	Kanepitarbijate osakaal ravialustajate seas		
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)			Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad
		%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tšehhi Vabariik	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Taani	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Saksamaa	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Eesti	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Iirimaa	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Kreeka	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Hispaania	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Prantsusmaa	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Horvaatia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Itaalia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Küpros	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Läti	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Leedu	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luksemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Ungari	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Madalmaad	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Austria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Poola	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Rumeenia	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Sloveenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovakkia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Soome	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Rootsi	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Ühendkuningriik ⁽¹⁾	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Türgi	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norra	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Euroopa Liit	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist.

(¹) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad Inglismaad ja Walesi.

TABEL A6

MUUD NÄITAJAD

Riik	Uimastitarbimisest põhjustatud surmad (15–64-aastased)	Süstivate uimastitarbijate seas diagnoositud HIV-juhtumid (ECDC)	Hinnanguline uimastite süstimine		Eriprogrammide raames jaotatavad süstlad
	Juhtumeid miljoni elaniku kohta (üldarv)	Juhtumeid miljoni elaniku kohta (üldarv)	Hinnangu aasta	Juhtumeid 1000 elaniku kohta	Üldarv
Belgia	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Tšehhi Vabariik	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Taani	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Saksamaa	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Eesti	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Iirimaa	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Kreeka	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Hispaania	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Prantsusmaa	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Horvaatia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Itaalia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Küpros	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Läti	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Leedu	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luksemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Ungari	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Madalmaad	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Austria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Poola	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Rumeenia	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Sloveenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovakkia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Soome	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Rootsi	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Ühendkuningriik (*)	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Türgi	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norra	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Euroopa Liit	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
EL, Türgi ja Norra	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

Uimastitest tingitud surmajuhtumite võrdlemisel tuleb olla mõnes riigis kodeerimise, kaetuse ja andmete esitamata jätmisega seotud probleemide tõttu ettevaatlik.
(*) Süstalde andmed puudutavad Walesi ja Šotimaad (2014) ning Põhja-Iirimaa (2013).

TABEL A7

KONFISKEERIMISED

Riik	Heroiin		Kokaiin		Amfetamiinid		MDMA	
	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv
	kg	üldarv	kg	üldarv	kg	üldarv	tabletid (kg)	üldarv
Belgia	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Tšehhi Vabariik	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Taani	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Saksamaa	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Eesti	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Iirimaa	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Kreeka	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Hispaania	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Prantsusmaa	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Horvaatia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Itaalia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Küpros	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Läti	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Leedu	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luksemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Ungari	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Madalmaad	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Austria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Poola	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugal	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Rumeenia	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Sloveenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovakkia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Soome	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Rootsi	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Ühendkuningriik	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Türgi	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norra	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Euroopa Liit	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
EL, Türgi ja Norra	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

Amfetamiinide all peetakse silmas nii amfetamiini kui ka metamfetamiini.

Kõik andmed on 2014. aasta kohta, v.a Madalmaad (2012), Soome (konfiskeerimiste arv aastast 2013) ja Ühendkuningriik (2013).

TABEL A7

KONFISKEERIMISED (jätkub)

Riik	Kanepivaik		Kanepiürt		Kanepitaimed	
	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv
	kg	üldarv	kg	üldarv	taimed (kg)	üldarv
Belgia	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (-)	1 227
Bulgaaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (-)	100
Tšehhi Vabariik	15	73	570	2 833	77 685 (-)	484
Taani	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Saksamaa	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (-)	2 400
Eesti	273	31	352	507	- (13)	30
Iirimaa	677	258	1 102	1 770	6 309 (-)	340
Kreeka	36	176	19 568	6 985	14 173 (-)	587
Hispaania	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (-)	2 252
Prantsusmaa	36 917	-	10 073	-	158 592 (-)	-
Horvaatia	2	371	1 640	5 591	3 602 (-)	188
Itaalia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (-)	1 773
Küpros	0,1	12	203	901	487 (-)	44
Läti	30	38	27	366	- (11)	16
Leedu	841	24	79	341	- (-)	-
Luksemburg	1	78	13	1 015	97 (-)	11
Ungari	8	101	529	2 058	3 288 (-)	146
Malta	42	39	70	176	8 (-)	5
Madalmaad	2 200	-	12 600	-	1 600 000 (-)	-
Austria	101	1 380	1 326	10 088	- (281)	408
Poola	99	-	270	-	95 214 (-)	-
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (-)	302
Rumeenia	15	154	145	1 967	- (422)	93
Sloveenia	2	73	535	3 673	11 067 (-)	212
Slovakkia	0,1	12	113	1 061	496 (-)	20
Soome	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Rootsi	877	6 547	1 041	10 028	- (-)	-
Ühendkuningriik	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (-)	15 744
Türgi	30 635	3 972	92 481	41 594	- (-)	3 017
Norra	1 919	10 509	505	6 534	- (276)	383
Euroopa Liit	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
EL, Türgi ja Norra	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Kõik andmed on 2014. aasta kohta, v.a Madalmaad (2012), Soome (konfiskeerimiste arv aastast 2013) ja Ühendkuningriik (2013).

KUST SAAB ELi VÄLJAANDEID?

Tasuta väljaanded

Üksikeksemplarid:

EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>).

Rohkem eksemplare ning plakatid ja kaardid:

Euroopa Liidu esindustest

(http://ec.europa.eu/represent_et.htm),

delegatsioonidest väljaspool ELi

(http://eeas.europa.eu/delegations/index_et.htm),

kasutades Europe Direct'i teenistust

(http://europa.eu/europedirect/index_et.htm)

või helistades infotelefonile 00 800 6 7 8 9 10 11

(kõikjalt EList helistades tasuta) (*).

(*). Antav teave on tasuta nagu ka enamik kõnesid (v.a mõne operaatori, hotelli ja telefonikabiini puhul).

Tasulised väljaanded

EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>).

Aruandest

Suundumuste ja arengute aruandes antakse tiptasemel ülevaade Euroopa uimastiprobleemidest, käsitledes uimastite pakkumist, tarbimist ja rahvaterviseprobleeme, samuti uimastipoliitikat ja sekkumisi. Koos elektroonilise statistikabülletääni, riikide ülevaadete ja projektiga „Perspectives on drugs” moodustab see Euroopa uimastiprobleemide 2016. aasta aruande.

EMCDDA

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) on uimastiküsimuste Euroopa tasandi koondpunkt ja tunnustatud asutus. Üle 20 aasta on EMCDDA kogunud, analüüsinud ja avaldanud teaduslikult usaldusväärset teavet uimastite ja uimastisõltuvuse ning nende tagajärgede kohta, andes sihtrühmadele tõenduspõhise ülevaate uimastiolukorrast Euroopas.

EMCDDA väljaanded on oluline teabeallikas paljudele sihtrühmadele, sealhulgas poliitikakujundajatele ja nende nõustajatele, uimastivaldkonna asjatundjatele ja teadlastele ning üldisemal tasandil ka meediale ja üldsusele. Lissabonis asuv EMCDDA on üks Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutustest.