



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ET

ISSN 2314-906X

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2017



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2017

Õigusteave

Käesolev Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) väljaanne on autoriõigusega kaitstud. EMCDDA ei võta enesele vastutust ega kohustusi seoses käesolevas 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 ametlikke seisukohti.

Europe Direct on teenistus, mis aitab leida vastuseid 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, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-096-1	ISSN 1977-9844	doi:10.2810/713252	TD-AT-17-001-ET-C
PDF	ISBN 978-92-9497-068-8	ISSN 2314-906X	doi:10.2810/080851	TD-AT-17-001-ET-N

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2017

Reprodutseerimine on lubatud allikale viitamisel.

Viitamisel kasutada:

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (2017), *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2017*.

Suundumused ja arengud, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.



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	ÜLEVAADE Uimastiprobleemide olukord Euroopas 2017. aastal
19	1. PEATÜKK Uimastite pakkumine ja turg
41	2. PEATÜKK Uimastitarbimise levik ja suundumused
61	3. PEATÜKK Uimastitega seotud kahju ja meetmed
83	LISA Riikide andmete tabelid

Eessõna

Meil on hea meel esitleda dokumenti *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2017. Suundumused ja arengud*. Tegemist on EMCDDA juhtiva väljaandega, milles esitatakse uusimad andmed uimastiprobleemide olukorra ja meetmete kohta Euroopas. See rikkalikku ja mitmekihilist teavet ja analüüsi sisaldav pakett põhineb meie riiklike partnerite esitatud uusimatel andmetel ja statistikal.

2017. aasta aruandele lisaks avaldatakse riikide ülevaadete uus kogum, mis sisaldab 30 riigi uimastiprobleemide aruandeid ehk veebipõhiseid kokkuvõtteid uimastitega seotud suundumustest ning poliitika ja tavade arengust Euroopa riikides.

Selles väljaandes esitatakse iga-aastane ajakohastatud kokkuvõtte uimastiolukorrast Euroopas, kuid tuginetakse ka 2016. aastal avaldatud ELi uimastiturgude aruandele, mis koostatakse iga kolme aasta tagant. Edaspidi avaldatakse selle täiendamiseks ELi esimene spetsiaalne aruanne uimastite tervise- ja sotsiaalse mõju kohta.

EMCDDA ülesanne on koguda andmeid ja tagada nende eesmärgipärasus. Seda ülesannet täites püüab EMCDDA anda võimalikult häid tõendeid ning aidata saavutada visiooni tervemast ja turvalisemast Euroopast. Uimastitega seotud suundumuste ja arengu tiptasemel ülevaate ja analüüsina peaks see aruanne olema kasulik abivahend Euroopa ja riikide poliitikakujundajatele ja kavandajatele, kes soovivad võtta oma strateegia ja meetmete aluseks uusima kättesaadava teabe. Kooskõlas keskuse eesmärgiga osutada sidusrühmadele kvaliteetseid teenuseid võimaldab aruanne juurdepääsu andmetele, mida saab kasutada mitmeks otstarbeks: põhi- ja järelandmetena poliitika ja teenuste hindamisel, kontekstina ja abivahendina strateegilise planeerimise prioriteetide seadmisel, riikide olukorra ja andmestike võrdlemiseks ning esilekerkivate ohtude ja probleemide nähtavale toomiseks.

Käesoleva aasta aruandes juhitakse tähelepanu mõningatele murettekitavatele muutustele ebaseaduslike opioidide turul, kuna tegemist on ainetega, mida jätkuvalt seostatakse suure haigestumuse ja suremusega Euroopas. Opioidide üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arv on üldiselt kasvanud ja üha rohkem teatatakse probleemidest seoses opioidide asendusraviv kasutatavate ravimite ja uute sünteetiliste opioididega. Uimastiolukorra muutudes tuleb muuta ka Euroopa reageerimist uimastitele. Euroopa narkostrategias 2013–2020 kavandatud kooskõlastatud tegevuse raamistik võimaldab



seada. Euroopa Komisjon on teinud ettepaneku uue uimastitevastase võitluse tegevuskava kohta aastateks 2017–2020, mis on praegu arutamisel Euroopa Parlamendis ja nõukogus. See tugineb praeguse ELi narkostrategie vahhindamise ja uimastivastase võitluse tegevuskava 2013–2017 lõpphindamise tulemustele. Need olulised poliitikadokumendid peegeldavad EMCDDA tööd tõendus põhise uimastipoliitika kujundamise toetamiseks Euroopas.

Kokkuvõttes soovime tänada oma kolleege riiklike teabekeskuste Reitoxi võrgustikus, kes koos riikide ekspertidega esitavad enamiku selle väljaande aluseks olevatest andmetest. Soovime tunnustada ka mitmesuguste Euroopa teadusrühmituste panust, kelle tehtud tööta oleks see analüüs palju vaesem. Käesoleva aruande koostamisele on kaasa aidanud ka meie koostöö Euroopa partneritega: Euroopa Komisjoni, Europoli, Euroopa Ravimiameti ning Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega.

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 2015. 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. Lugejad peaksid 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. Seepärast tuleb tõlgendamisel olla ettevaatlik, eriti kui riike võrreldakse ühe näitaja alusel. Andmetega seotud hoiatused ja märkused on esitatud aruande veebiversioonis ja [statistikabülletäänis](#), mis sisaldavad analüüsi metoodika ja tingimuste üksikasjalikku teavet ning märkusi kättesaadavas teabes esinevate 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;
- | aruande jaoks lähtematerjali kogunud asutused ja eksperdid liikmesriikides;
- | EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmed;
- | Euroopa Parlament, Euroopa Liidu Nõukogu – eelkõige selle horisontaalne narkootikumide töörühm – 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 kooliuuringute projekt alkoholi ja muude uimastite kohta (ESPAD), kanalisatsiooniuuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE) ning uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN);
- | Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskus ja Euroopa Liidu Väljaannete Talitus.

Reitoxi riiklikud teabekeskused

Reitox on uimastite ja uimastisõltuvuse Euroopa teabevõrk. Teabevõrk koosneb Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriigi Türgi, Norra ja Euroopa Komisjoni teabekeskustest. Teabekeskused on valitsuste vastutusallas tegutsevad riigiasutused, kes edastavad EMCDDA-le uimastitega seotud teavet. Riiklike teabekeskuste kontaktandmed on esitatud [EMCDDA veebilehel](#).

Ülevaade

Euroopa

ees seisvad

uimastiprobleemid

Uimastiprobleemide olukord Euroopas 2017. aastal

Aruandes antakse ELi seiretegevusest saadud uusima teabe põhjal ülevaade uimastiprobleemide olukorrast Euroopas. Aruandes kesksel kohal olev ülevaade hõlmab uimastite turgu, tarbimist, kahjusid ja meetmeid. Sellele lisanduvad 30 täiendavat riigi aruannet ning ulatuslikud veebiandmed ja metoodikaalne teave.

See sissejuhatav osa sisaldab mõningate käesoleva aasta andmetest tuletatud põhiteemade lühianalüüsi. Kuna Euroopa ees seisvaid uimastiprobleeme mõjutavad üha enam

suundumused rahvusvahelisel tasandil, tõstab analüüsi väärtust selle asetamine laiemasse üleilmsesse konteksti. Kahes olulises küsimuses – kanepitarbimine noorte seas ja muutused opioidide turul – võrreldakse Euroopa hetkeolukorda ja selle hinnangut Põhja-Ameerikaga ning tuvastatakse märkimisväärsed sarnasused ja erinevused.

Kas kanepipoliitika rahvusvahelised suundumused mõjutavad Euroopat?

Euroopa poliitikakujundajates ja üldsuses on äratanud huvi kanepit käsitleva õigusraamistiku hiljutised muudatused Ameerika mõningates piirkondades. Need muudatused on olnud üsna mitmekesised ja neid tuleb usaldusväärselt hinnata, enne kui saab kaaluda erinevate kanepipoliitika käsitluste suhtelist kulu ja kasu. Pealegi on ebaselge, millises ulatuses saab mujal tehtud muudatusi otse üle kanda Euroopa konteksti.

Euroopa Liidu 28 liikmesriigis on suhtumine kanepi reguleerimisse ja tarbimisse väga erinev ning lähenemisviisid ulatuvad piiramisest kuni teatava isiklikuks tarbeks kasutamise sallimiseni. Selles valdkonnas toimub elav arutelu ja osas riikides kasvab huvi selliste teemade vastu nagu kanepitootmise lubamine isiklikuks tarbeks ja kanepi muutmine teatavate haiguste ravimisel kättesaadavaks.

Hoolimata laiemast mõjust uimastipoliitikale soodustab kaubanduslikult reguleeritud kanepituru olemasolu mõnedes riikides väljaspool Euroopat innovatsiooni ja tootearendust näiteks atomiseerijate, e-vedelike ja söödavate kanepitoodete vallas. Osa neist suundumustest võib mõjutada tarbimisharjumusi Euroopas ning seetõttu on oluline teha selles valdkonnas käitumise seiret ja hinnata igasuguste muutuste võimalikku tervisega seotud mõju tulevastele tarbimisharjumustele.

Euroopa kanepiturg on viimastel aastatel juba oluliselt muutunud ja osaliselt on seda tinginud üleminek kohalikele toodetele. Endiselt võib täheldada Euroopas viimastel aastatel kättesaadavaks muutunud erakordselt tugeva toimega kanepivaigu ja kanepiürdi levikut. Seda uimastit seostatakse jätkuvalt terviseprobleemidega ja seda tarvitab suurim osa esmakordsetest narkomaaniaravi patsientidest. Nendel põhjustel on aruteludes selle üle, millised on selle uimasti puhul kõige asjakohasemad poliitikameetmed, oluline mõista kanepitarbimise suundumusi ja seonduvaid kahjusid.

ELi ja Ameerika Ühendriikide kooliõpilaste uimastitarbimise võrdlus

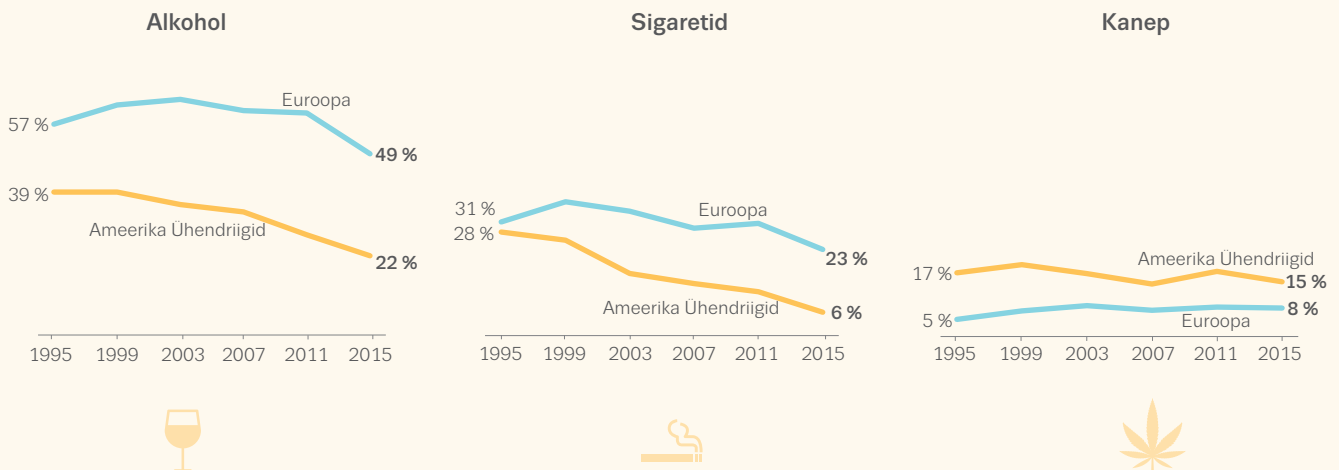
Selle küsimuse käsitlemisel tulevad kasuks 2016. aastal algatatud kaks uut kooliõpilasi (vanuses 15–16 eluaastat) hõlmavat uuringut, kuna need võimaldavad võrrelda kanepi- ja muude ainete tarbimise harjumusi Euroopa ja Ameerika õpilaste seas. Julgestavalt väheneb uusimate andmete kohaselt mõlemas piirkonnas nii tubaka- kui ka (kuigi väiksemal määral) alkoholtarbimine, kanepitarbimise suundumus tundub aga olevat püsivam. Nende ainete tarbimise tasemes ja harjumustes esineb Euroopa ja Ameerika õpilaste puhul siiski olulisi erinevusi.

Euroopas on kanepitarbimise näitajad madalamad kui Ameerika Ühendriikides ja kanepitarbimisest teatatakse harvemini kui tubakatarbimisest. Ameerika Ühendriikide õpilaste kanepitarbimine ületab seevastu nende väga vähest tubakatarbimist. Alkoholtarbimise tasemed on samuti erinevad: Euroopa õpilased tarbivad alkoholi rohkem ja intensiivsemalt kui nende Ameerika eakaaslased.

Erinevate ainete tarbimises esinevaid sarnasusi ja erinevusi tuleb täiendaval analüüsil, et hinnata sotsiaalsete, keskkondlike ja regulatiivsete tegurite suhtelist mõju noorte tehtavatele valikutele. Näiteks võib nende tegurite mõistmine, mis on põhjustanud suitsetamise vähenemist nii Ameerika Ühendriikides kui ka Euroopas, aidata tegeleda muude ainete (nt kanepi) tarbimise probleemiga. Samuti on tähtis meeles pidada, et ainete tarbimise viisid on erinevad. Erinevalt Ameerika Ühendriikidest suitsetatakse Euroopas näiteks kanepit sageli koos tubakaga ja see avaldab tõenäoliselt mõju riikide tervishoiupoliitikale.

**Oluline on mõista
kanepitarbimise suundumusi
ja seonduvaid kahjusid**

VIIMASE KUU UIMASTITARBITUMISE SUUNDUMUSED 15–16-AASTASTE KOOLIÕPILASTE SEAS EUROOPAS JA AMEERIKA ÜHENDRIIKIDES



NB! Euroopa keskmised näitajad (kaalumata) põhinevad 21 ELi liikmesriigi ja Norra andmetel (allikas: ESPAD). Ameerika Ühendriikide keskmised näitajad põhinevad 10. klassi õpilaste valimil (allikas: [Monitoring the Future](#)).

Euroopa stimulantide turg: kas kokaiini kättesaadavus on tõusuteel?

Euroopas levinuimaid ebaseaduslikke stimulantere – kokaiini, MDMA-d ja amfetamiini – seostatakse jätkuvalt mitmekesiste ja geograafiliselt diferentseeritud tarbimisharjumustega. Eelmise aastakümne võrreldes on kõikide nende ainete puhtus suurenenud. See ebaseaduslike uimastite turu sektor on muutunud keerukamaks ning lisandunud on mitmesugused uued stimulantid, sealhulgas katinoonid ja fenetüülamiinid. Eelmise aasta aruandes juhiti tähelepanu tugevatoimeliste MDMA-tablettide kättesaadavusele ja tarbimisele ning uusimate andmete kohaselt on see suundumus endiselt märgatav. Konfiskeeritud tablettide suur MDMA-sisaldus viitab sellele, et nende tootjatel ei ole probleeme kõnealuse uimasti valmistamiseks vajalike lähteainete hankimisel. Konfiskeerimisandmed osutavad ka, et Euroopa on üleilmsel MDMA turul endiselt oluline tootja.

Mitmesugused näitajad, sealhulgas reovee seire, konfiskeerimiste ning hinna ja puhtuse andmed, osutavad kokaiini kättesaadavuse võimalikule uuele tõusule mõningates Euroopa piirkondades. See uimasti on pikka aega olnud levinuim ebaseaduslik stimulant paljudes riikides, eriti Lõuna- ja Lääne-Euroopas. Seda kinnitavad uued andmed, mis näitavad selle uimasti konfiskeerimise juhtude kasvu piki väljakujunenud salakaubateid peamistele Euroopa turgudele. Põhja- ja Kesk-Euroopas on seevastu amfetamiini ja väiksemal määral ka metamfetamiini osatähtsus uimastiturul palju suurem võrreldes kokaiiniga. Amfetamiinide puhul valmistavad

endiselt muret juba varem täheldatud arengusuundumused, näiteks muutused lähteainete kättesaadavuses ja sünteesimeetodites, metamfetamiinituru kasv ning tõendid süstimise üha suurema leviku ja seotud kahjude kohta.

Süstimine väheneb, kuid jääb riikide tervishoiupoliitikas endiselt mureküsimuseks

Narkomaaniaravist ja muudest allikatest saadud teave näitab, et süstimise kui manustamisviisi üldine pikaajaline langussuundumus jätkub. Esimest korda elus spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate herooinitarbijate seas on süstimine praegu viimase aastakümne madalaimal tasemel, kuigi riigiti on olukord märkimisväärselt erinev. Ühtlasi on langenud teatavad selle manustamisviisiga seotud tervisekahju näitajad, eelkõige uimastite süstimisest tingitud uute HIV-nakkusjuhtumite määr. Ometigi ei tähenda see probleemide kadumist selles valdkonnas. 2016. aastal teatati 1233 uuest HIV-juhtumist, mis oli küll viimase kahe aastakümne madalaim tase, kuid kujutab endast siiski olulist tervishoiuprobleemi. Pealegi on viimasel ajal toimunud uusi haiguspuhanguid haavatavates elanikkonnakihtides ning stimulantere ja uusi psühhoaktiivseid aineid süstivate rühmade seas.

Samuti on tõendeid, et vere kaudu levivad nakkushaigused diagnoositakse uimastite süstivate inimestel suhteliselt hilja võrreldes teiste inimrühmadega. See vähendab eduka sekkumise võimalust. Hilist diagnoosimist esineb palju ka C-hepatiidi nakkuse puhul, mille laialdast levikut

tuvastatakse sageli uimasteid süstinud isikutel. Viirusliku hepatiidi ravivõimalused on viimastel aastatel märgatavalt paranenud, sest turule on tulnud väga tõhusad uue põlvkonna ravimid. Selle haiguse kaotamist võib käsitada nüüd nii võimalusena kui ka tervishoiutöötajate ja spetsiaalsete narkomaaniraviteenuste ees seisva väljakutsena.

Opioidide probleemi muutuv olemus

Võrdlus Põhja-Ameerika arengusuundumustega on oluline ka Euroopa opioidide probleemi analüüsiks. Selles aruandes esitatud andmete ülevaatest selgub, et ELi üldine olukord on küll erinev, kuid ometi saab tõmmata teatavaid paralleele.

Viimased andmed näitavad, et heroiinitarbimine moodustab endiselt enamiku, st ligikaudu 80% uute opioididega seotud ravinõudlusest Euroopas. Peale selle ei ole enam võimalik täheldada heroiiniga seotud ravinõudluse üldist vähenemist, mis algas 2007. aastal. Erilist muret valmistab üleannusest tingitud surmajuhtumite hinnanguline arv Euroopas, mis kasvab juba kolmandat järjestikust aastat; heroiin on seotud paljude nende surmajuhtumitega.

Põhja-Ameerikas on täheldatud ka suurt haigestumust ja suremust, mis seonduvad retseptiopioidide väärtarvitamise, heroiinitarbimise kasvu ja tugevatoimeliste sünteetiliste opioidide, eelkõige fentanüüli derivaatide hiljutise turuletulekuga. Üks neid kaht piirkonda eristav tegur on see, et Euroopas on spetsiaalset narkomaaniravi alustavate patsientide seas vähe neid, kes on sõltuvuses opioidsetest valuvaigistitest. See kajastab tõenäoliselt Euroopa ja Põhja-Ameerika erinevat õigusraamistikku ja käsitlust turunduse ja retseptide valdkonnas. Ometi ei saa eirata ebapiisava aruandluse võimalust, kuna eurooplastel, kellel on probleeme retseptiravimitega, on juurdepääs teistsugustele teenustele kui ebaseaduslike uimastite tarbijatel. Paljudes Euroopa riikides on opioidide asendusravis kasutatavatel ravimitel nüüd siiski palju suurem osakaal ravinõudluses ja tervisekahjudes. Muud opioidid kui heroiin moodustavad üldiselt ligikaudu viiendiku kogu opioididega seotud nõudlusest spetsiaalsete narkomaaniraviteenuste järele. Selliste sünteetiliste opioidide nagu metadooni osa üleannusest tingitud surmajuhtumites on ELi tasandil raske hinnata, kuid paljudes riikides on need ained olulisel kohal ja üksikutes koguni ülekaalus. Ravimite, sealhulgas opioidide asendusravis kasutatavate ravimite väärtarvitamise vähendamine on suurenev väljakutse paljude Euroopa tervishoiutöötajate jaoks. Kindlad tõendid toetavad opioidide asendusravi ravimite asjakohast tarbimist.

Kõnealused ravimid vähendavad tõendatult neid saavate isikute haigestumust, suremust ja kahjustatust. Et mitte vähendada sellest ravimeetodist tulenevat selget kasu tervisele, on seega olulised nii head kliinilised tavad kui ka mõistmine, kuidas toimub retseptiravimite kõrvaldamine õiguspärasest kasutusest ja kuidas seda vähendada.

Tugevatoimelised sünteetilised opioidid: kasvav oht tervisele

Nii Euroopas kui ka Põhja-Ameerikas teeb tõsist muret tugevatoimeliste uute sünteetiliste opioidide, eelkõige fentanüüli derivaatide hiljutine turuletulek. ELi varajase hoiatamise süsteem on alates 2012. aastast saanud üha suuremal arvul teateid kõnealuste ainete ja nende tekitatavate kahjude kohta. Neid aineid on müüdnud nii veebipõhistel turgudel kui ka ebaseaduslikul turul. Mõnikord on neid müüdnud heroiini, muude ebaseaduslike uimastite või isegi võltsravimite nime all või nendega segatuna. Tugevatoimelised sünteetilised opioidid põhjustavad tõsiseid terviseriske mitte ainult neid tarbivatele isikutele, vaid ka nende tootmises osalevatele isikutele, postitöötajatele ja õiguskaitseametnikele. Kuna tuhandete annuste tootmiseks on vaja vaid väikseid koguseid, on neid aineid lihtne varjata ja transportida. See tekitab suuri probleeme uimastikontrolli asutustele. Samal ajal kujutavad need endast organiseeritud kuritegelike rühmituste jaoks potentsiaalselt atraktiivset ja kasumlikku kaupa.

Tugevatoimelised sünteetilised opioidid põhjustavad suuri terviseriske

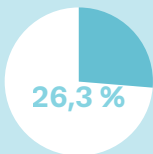
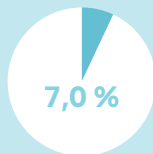
LÜHIÜLEVADE – HINNANGULINE UIMASTITARBIMINE EUROOPA LIIDUS

Kanep

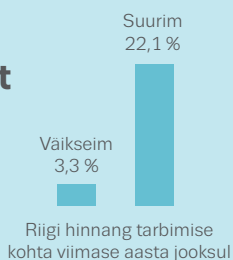


On tarbinud:
Viimase aasta jooksul **23,5 miljonit** Elu jooksul **87,7 miljonit**

Täiskasvanud
(15–64-aastased)



Noored täiskasvanud
(15–34-aastased)

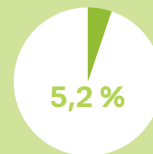


Kokaiin

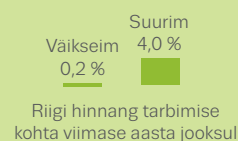
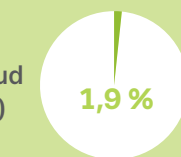


On tarbinud:
Viimase aasta jooksul **3,5 miljonit** Elu jooksul **17,5 miljonit**

Täiskasvanud
(15–64-aastased)



Noored täiskasvanud
(15–34-aastased)

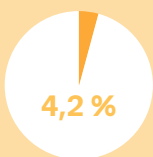
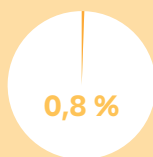


MDMA



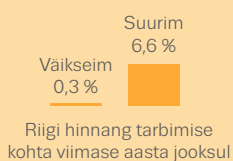
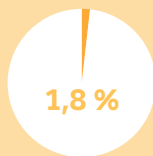
On tarbinud:
Viimase aasta jooksul **2,7 miljonit** Elu jooksul **14,0 miljonit**

Täiskasvanud
(15–64-aastased)



Noored täiskasvanud
(15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul
2,3 miljonit

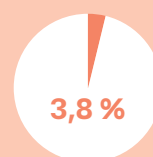
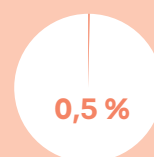


Amfetamiinid



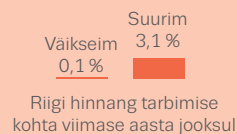
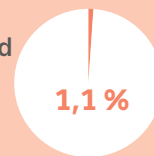
On tarbinud:
Viimase aasta jooksul **1,8 miljonit** Elu jooksul **12,5 miljonit**

Täiskasvanud
(15–64-aastased)



Noored täiskasvanud
(15–34-aastased)

Viimase aasta jooksul
1,3 miljonit

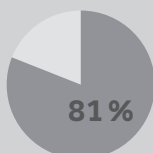


Opioidid



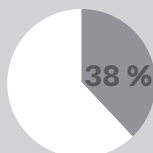
Suure riskiga
opioiditarbijad
1,3 miljonit

Surmavad
üleannused



Narkomaaniaravi taotlused

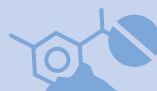
Põhiline uimasti
ligikaudu 38%
narkomaaniaravi
taotluste korral Euroopa
Liidus



Opioidide leiti surmavatest
üleannustest 81% juhu

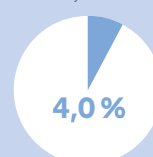
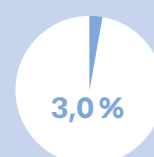
2015. aastal
sai asendusravi
630 000
opioiditarbijat

Uued psühhoaktiivsed ained



On tarbinud:
Viimase aasta jooksul Elu jooksul

15–16-aastased
kooliõpilased
24 Euroopa riigis



Allikas: ESPADi 2015. aasta aruanne, täiendavad tabelid.

Euroopas tunduvad tugevatoimeliste sünteetiliste opioididega seotud probleemid kasvavat, nagu näitavad varajase hoiatamise süsteemi saadud üha arvukamad teated mitteletaalsetest mürgistusjuhtumitest ja surmajuhtumitest. EMCDDA tegi 2017. aasta alguses fentanüüli derivaate akrüloüülfentanüüli ja furanüülfentanüüli puudutava riskihindamise. Euroopa tasandil kaalutakse nende ainete üle kontrolli kehtestamist ja paljud teised selle kategooria uimastid on hetkel uurimise all.

Uute psühhoaktiivsete ainete muutuv olemus

Selle aasta analüüsist selgub, et nii Euroopas kui ka mujal võetavatel meetmetel võib olla küll teatav mõju uute ainete turuletulekule, kuid uued psühhoaktiivsed ained on jätkuvalt märkimisväärne probleem rahvatervise valdkonnas. Kuigi ELi varajase hoiatamise süsteem sai 2016. aastal uute uimastite kohta keskmiselt ühe teate nädalas, avastati varasemate aastatega võrreldes kokkuvõttes vähem uusi uimasteid. See võib olla eriti languse jätkudes positiivne märk. Muud andmed on aga vähem julgustavad, sest ei näita selgelt uute psühhoaktiivsete ainete üldise kättesaadavuse vähenemist. Pealegi on turul kättesaadavate ainete koguarv jätkuvalt kasvuetapis, kuigi uute ainete turuletuleku tempo võib olla aeglustumas. Samuti on märke sellest, et teatavad uute psühhoaktiivsete ainete liigid, eelkõige sünteetilised katinoonid ja sünteetilised kannabinoidid, kindlustavad oma positsiooni uimastiturul.

Uute ainete turuletuleku tempo võimalikul aeglustumisel võivad olla mitmesugused põhjused. Osa Euroopa riike on kehtestanud üldised piirangud, geneerilisi ja analoogravimeid käsitlevad õigusaktid ning muud meetmed, mis on suunatud uute psühhoaktiivsete ainete tootjatele ja jaemüüjatele. Sellega on loodud piiravam õiguskeskkond, mis võib vähendada tootjate soovi reguleerimisasutustest kõrvale hoiduda, kasutades innovatsiooni edumaa saavutamiseks õiguslike kontrollimeetmete ees.

Peale selle pärineb suur osa Euroopasse tarnitavaid uusi psühhoaktiivseid aineid Hiinast ja seal kasutusele võetud uued kontrollimehhanismid võisid samuti avaldada teatavat mõju nende ainete kättesaadavusele Euroopa Liidus.

Mõnedes Euroopa riikides on uute psühhoaktiivsete ainete kättesaadavust mõjutanud tänavakaubandusele suunatud kontrollimeetmed. Nende ainete müük on muutunud varjatumaks ning veebimüügi ja ebaseaduslike uimastite turu osatähtsus on varasemaga võrreldes kasvanud. Seda arvesse võttes võib uute ainete õiguslik staatus, eriti kui neid müüakse kõrvuti ebaseaduslike uimastitega, olla vähem tähtis ja soodustada seega vähem tooteinnovatsiooni.

Uued psühhoaktiivsed ained: odavad joovastavad ained tõrjutud rühmadele ja kroonilistele uimastitarbijatele

Uute psühhoaktiivsete ainete nõudlust võib olla mõjutanud ka tarbijate negatiivne hoiak. Näib, et ennetustöö, kahjude vähendamine ja negatiivsetest tagajärgedest teatamine on mõjutanud noorte arusaama, et uued ained on levinud ebaseaduslike uimastite suhteliselt ohutud seaduslikud alternatiivid. Hoolimata sellest on tõendeid, et krooniliste uimastitarbijate ja tõrjutud rühmade seas võivad nende ainete kättesaadavus ja tarbimine olla tõusuteel.

Uute psühhoaktiivsete ainete probleemne tarbimine on ilmsem teatavas keskkonnas ja mõningates haavatavates inimrühmades. Katinooni süstimist praeguste ja endiste opioiditarbijate seas on näiteks seostatud suuremate füüsilise ja vaimse tervise probleemidega.

Üha rohkem teevad muret ka sünteetilised kannabinoidid. Farmakoloogilistest sarnasustest hoolimata ei tohiks neid uimasteid segi ajada kanepitoodetega. Sünteetilised kannabinoidid on sageli tugeva toimega ained, millel võivad olla tõsised, võimalik et letaalsed tagajärjed. Tõendid viitavad sellele, et osas Euroopa riikides tarbivad tõrjutud rühmad (nt kodutud) sünteetilisi kannabinoide odavate ja tugevatoimeliste joovastavate ainetena. Avastamise keerukuse tõttu on sünteetilised kannabinoidid muutunud suureks probleemiks teatavates Euroopa vanglates ning avaldavad tõsist mõju vangide tervisele ja turvalisusele.

1

**Euroopa uimastituru
areng jätkub**

Uimastite pakkumine ja turg

Euroopa on rahvusvahelisel tasandil oluline uimastiturg, kus pakutakse nii kohapeal toodetud uimasteid kui ka teistest piirkondadest ebaseaduslikult toodud uimasteid. Lõuna-Ameerika, Lääne-Aasia ja Põhja-Aafrika on Euroopasse toodavate ebaseaduslike uimastite olulised lähtepiirkonnad. Uute psühhoaktiivsete ainete lähteriik on Hiina. 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.

Küllalt suured kanepi-, heroini- ja amfetamiinurud on paljudes Euroopa riikides tegutsenud alates 1970. ja 1980. aastatest. Aja jooksul on turul juurdunud teisedki ained, sealhulgas MDMA ja kokaiin 1990. aastatel. Euroopa uimastiturg 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 uute ebaseadusliku uimastikaubanduse marsruutide ja veebipõhiste turgude loomist.

Uimastiturgude, uimastite pakkumise ja õigusaktide seire

Selles peatükis esitatud analüüs tugineb uimastite ja nende lähteainete konfiskeerimise, kinnipeetud saadetiste, likvideeritud uimastitootmisrajatiste, uimastiõigusaktide ja nende rikkumise ning uimastite jaehindade, puhtuse ja tugevuse kohta esitatud andmetele. Mõnes valdkonnas on suundumusi raske analüüsida, sest osa olulisemaid riike pole konfiskeerimisandmeid esitanud. Suundumusi võivad mõjutada mitmesugused tegurid, sealhulgas uimastitarbijate eelistused, muutused tootmises ja ebaseaduslikus uimastikaubanduses, õiguskaitseasutuste tegevus ja prioriteedid ning tõkestamismeetmete tõhusus. Täielikud andmestikud ja meetodite kirjeldused on esitatud veebis avaldatud [statistikabülletäänis](#).

Aruandes esitatakse andmed ka uusi psühhoaktiivseid aineid puudutavate teadete ja konfiskeerimiste kohta, millest EMCDDA ja Europoli riiklikud partnerid on teatanud ELi varajase hoiatamise süsteemile. Kuna selline teave pärineb juhtumiaruannetest, mitte korrapärastest seiresüsteemidest, on konfiskeerimiste kohta esitatud miinimumhinnang. Varajase hoiatamise süsteemi täielik kirjeldus on avaldatud EMCDDA veebilehel [uute uimastitega seotud tugevuse](#) jaotises.

Uimastiturud: internetipõhise pakkumise levik

Ebaseaduslike uimastite turud seovad tarbijad tootjatega vahendajate kaudu. Need keerukad süsteemid toodavad suuri rahasummasid turu kõikidel tasanditel. Tagasihoidlike

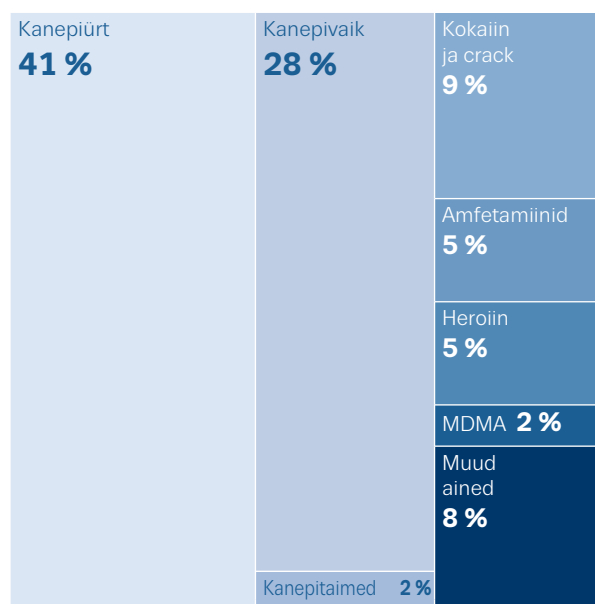
JOONIS 1.1

hinnangute järgi oli ebaseaduslike uimastite jaeturu väärtus Euroopa Liidus 2013. aastal 24 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 21–31 miljardit eurot).

Viimasel aastakümnel on toimunud füüsilise uimastituruga kõrvuti tegutsevate veebipõhiste turgude areng, mida toetab uue internetitehnoloogia levik. Osa müüjaid kasutab pinnaveebi, mille kaudu toimub üldiselt mittekontrollitavate lähteainete ja uute psühhoaktiivsete ainete või ravimite jaemüük. Need ained võivad olla võltsitud. Teised müüjad tegutsevad süvaveebis pimevõrgu turgude kaudu, mida toetab ostja ja müüja isikut varjav tehnoloogia. Need turud sarnanevad selliste seaduslike veebipõhiste turuplatvormidega nagu eBay ja Amazon ning kliendid saavad otsida ja võrrelda tooteid ja müüjaid. Nii tehingute kui ka serverite füüsilise asukoha varjamiseks kasutatakse eri strateegiaid. Muu hulgas kasutatakse anonüümseks muutmise teenuseid, nagu Tor ja I2P, mis varjavad arvuti internetiprotokoll (IP) aadressi, krüptovaluutasid (nt *bitcoin* ja *litecoin*) võrdlemisi jälitamatu maksete tegemiseks ning krüpteeritud sidet turuosaliste vahel. Turul tegutsevate müüjate reguleerimisel on oma osa ka mainekujundussüsteemidel.

Enamik pimevõrgu turgudel tehtavaid müügitehinguid on seotud uimastitega. Hiljutisest uuringust, mis hõlmas 16 suuremal pimevõrgu turul tehtud müügitehinguid aastatel 2011–2015, selgus, et uimastimüük andis üle 90% üleilmsete pimevõrgu turuplatvormide majanduslikust kogutulust. Kõikidest pimevõrgus tehtud uimastimüügitehingutest peaaegu pooltel (46%) juhtudel asus müüja Euroopas ja nende tehingute väärtus oli uuringuga hõlmatud ajavahemikul hinnanguliselt 80 miljonit eurot. Euroopa peamised lähteriigid müügimahtude järjekorras olid Saksamaa, Madalmaad ja Ühendkuningriik. Enamiku müügitulust andsid stimulandid, eelkõige MDMA ja kokaiin.

Teatatud uimastikonfiskeerimiste arv uimastite lõikes, 2015



Uimastite konfiskeerimine: üle ühe miljoni juhtumi Euroopas

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

Uimastitest konfiskeeritakse kõige sagedamini kanepit – üle 70% konfiskeerimiste koguarvust Euroopas (joonis 1.1). Sellele järgnevad kokaiin (9%), amfetamiinid (5%), heroiin (5%) ja MDMA (2%).

Enamik pimevõrgu turgudel tehtavaid müügitehinguid on seotud uimastitega

2015. aastal toimus üle 60% kõikidest konfiskeerimistest Euroopa Liidus vaid kolmes riigis – Hispaanias, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis –, kuigi märkimisväärsest arvust konfiskeerimistest teatasid ka Belgia, Taani, Saksamaa, Kreeka, Itaalia ja Rootsi. Madalmaade, Poola ja Soome puhul ei ole uusimad andmed konfiskeerimiste arvu kohta kättesaadavad. Need andmelüngad suurendavad analüüsi ebakindlust.

Türgi teatatud konfiskeerimiste suur arv peegeldab nii märkimisväärse kliendituru olemasolu kui ka tema positsiooni ebaseadusliku uimastikaubanduse marsruutidel Euroopa Liidu, Lähis-Ida ja Aasia vahel.

Hiljutine langus konfiskeeritud kanepiürdi koguses

Kanepiürt (marihuaana) ja kanepivaik (hašiš) on kaks peamist kanepitoodet Euroopa uimastiturul, sest kanepiõli müüakse suhteliselt harva. Kanepitooted moodustavad Euroopa ebaseaduslike uimastite jaeturust suurima osa (38%) hinnangulise väärtusega 9,3 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 8,4–12,9 miljardit eurot). Euroopas tarbitav kanepiürt on kasvatatud kodus või toodud salakaubana kolmandatest riikidest. Euroopas toodetud kanepiürt on kasvatatud peamiselt sisetingimustes. Enamik kanepivaigust imporditakse, peamiselt Marokost. Hiljuti on täheldatud muutusi ebaseadusliku kanepikaubanduse marsruutidel – nii kanepiürti kui ka kanepiõli tuuakse salakaubana üha enam Lääne-Balkani riikidest, eriti Albaaniast, ja see on seotud kanepikasvatuse tõusuga neis riikides. Peale selle näitavad tõendid, et

KANEP

Kanepivaik

Konfiskeerimiste arv

288 000 EL

303 000 EL + 2

Konfiskeeritud kogused

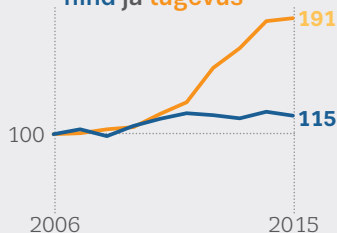
536
tonni (EL)

546
tonni (EL + 2)

Hind
(€/g)
25 €

11 €
8 €
3 €

Indekseeritud suundumused:
hind ja tugevus



Tugevus
(% THC)

28 %
19 %
11 %
4 %

Kanepiürt

Konfiskeerimiste arv

404 000 EL

438 000 EL + 2

Konfiskeeritud kogused

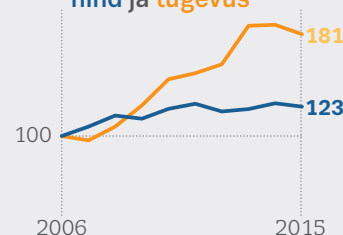
89
tonni (EL)

135
tonni (EL + 2)

Hind
(€/g)

20 €
12 €
8 €
5 €

Indekseeritud suundumused:
hind ja tugevus



Tugevus
(% THC)

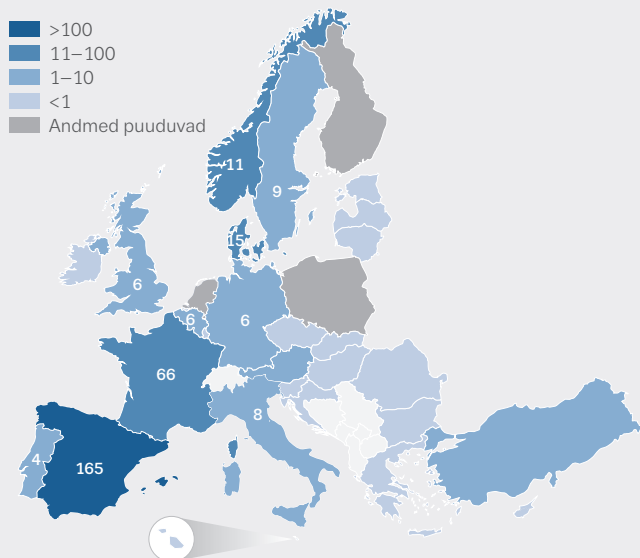
22 %
11 %
7 %
3 %

„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.

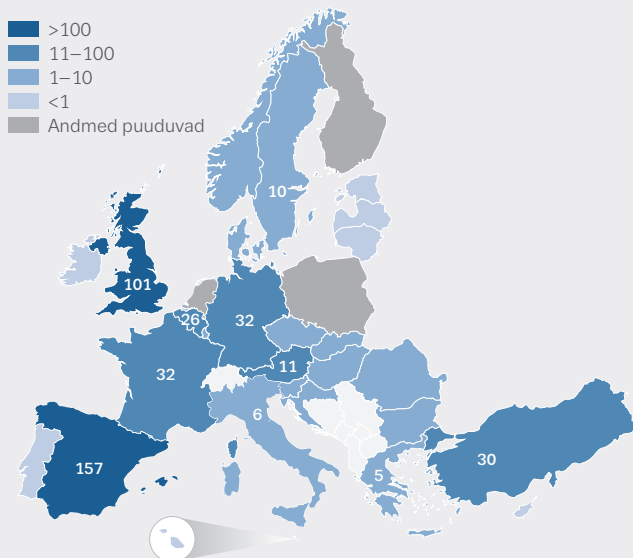
JOONIS 1.2

Kanepivaigu ja kanepiürdi konfiskeerimised, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

Kanepivaigu konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

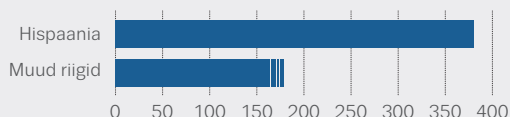


Kanepiürdi konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

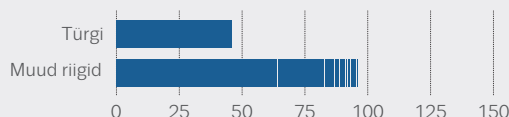


NB! Konfiskeerimiste arv kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud kanepivaigu kogused (tonnides)



Konfiskeeritud kanepiürdi kogused (tonnides)



Liibüast on saanud põhikeskus kanepivaigu salakaubaveol eri sihtkohtadesse, sealhulgas Euroopasse.

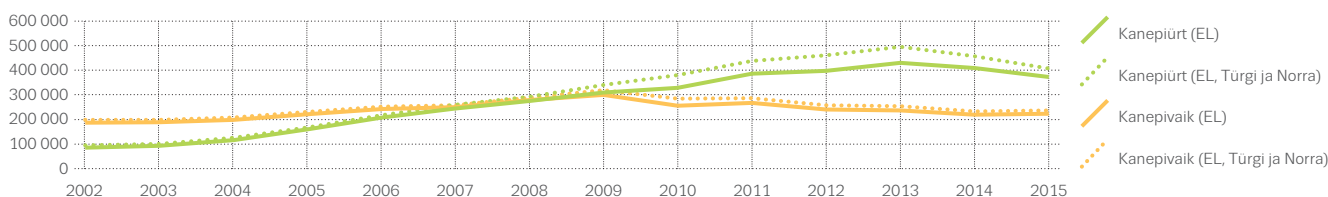
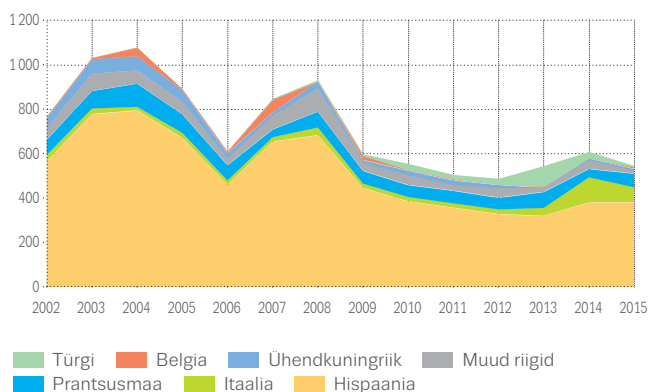
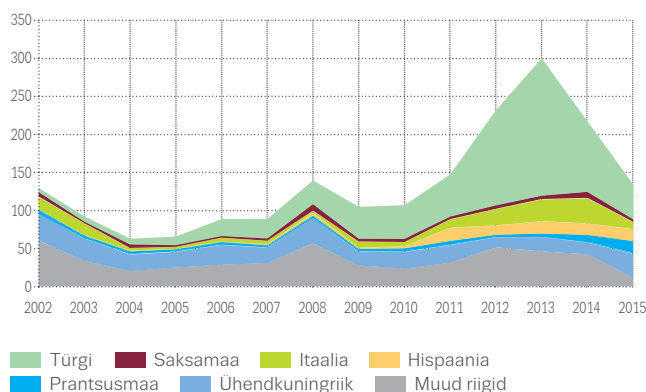
2015. aastal teatati Euroopa Liidus 732 000 kanepi konfiskeerimise juhust, neist 404 000 olid seotud kanepiürdiga, 288 000 kanepivaiguga ja 19 000 kanepitaimedega. Sellegipoolest konfiskeeritakse kanepivaiku koguseliselt üle kuue korda rohkem kui kanepiürti (vastavalt 536 tonni ja 89 tonni). Osaliselt tuleneb see sellest, et kanepivaiku tuuakse salakaubana sisse suurtes kogustes kaugelt ja üle riigipiiride, mistõttu on selle avastamise võimalused suuremad. Konfiskeeritud kanepi koguse analüüsis tõuseb eriti esile väike arv riike, sest neid läbivad olulised kanepi salakaubateed. Näiteks Marokos toodetud kanepivaigu peamises sisenemiskohas Hispaanias konfiskeeritud kogused moodustasid üle 70% Euroopas 2015. aastal konfiskeeritud kanepivaigu üldkogusest (joonis 1.2).

Kanepiürdi konfiskeerimiste arv Euroopas on alates 2009. aastast ületanud kanepivaigu konfiskeerimiste arvu, kusjuures alates 2011. aastast on nii kanepivaigu kui ka kanepiürdi konfiskeerimiste arv olnud suhteliselt stabiilne (joonis 1.3). 2015. aastal konfiskeeriti Euroopas hinnanguliselt 135 tonni kanepiürti ehk 38% vähem kui 2014. aastal (217 tonni). Märkatav vähenemine toimus Belgias, Kreekas ja Itaalias. Samasugust vähenemist võib alates 2013. aastast täheldada Türgis konfiskeeritud kanepiürdi koguses. Seda üldist langust Euroopas võivad põhjustada mitu tegurit, näiteks algatused suuremahulise tootmise tõkestamiseks Euroopa Liidust väljaspool asuvates riikides (nt Albaanias), suurem keskendumine omamaisele kanepikasvatusele ebaseadusliku uimastikaubanduse asemel, muudatused konfiskeerimiste registreerimise viisis ning õiguskaitsesutuste prioriteetide muutumine mõnes riigis. Uusimate andmete kohaselt on Euroopa Liidus konfiskeeritud kanepivaigu kogus olnud alates 2009. aastast suhteliselt stabiilne.

JOONIS 1.3

Kanepi konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud kanepikoguste suundumused kanepivaigu ja kanepiürdi lõikes

Konfiskeerimiste arv

Kanepivaik
(tonni)Kanepiürt
(tonni)

Kanepitaimede konfiskeerimist võib pidada märgiks uimasti tootmisest asjaomases riigis. Kuna aruandlus on riigiti erinev, tuleb kanepitaimede konfiskeerimise andmetesse suhtuda ettevaatusega. Konfiskeeritud taimede arv on pikaajalises plaanis siiski kasvanud – alates 1,5 miljonist taimest 2002. aastal kui 3,3 miljoni taimeni 2014. aastal. 2015. aastal tõusis konfiskeeritud taimede arv järsult 11,4 miljoni taimeni, kusjuures Madalmaad teatasid konfiskeeritud taimede arvu suurest kasvust. See suundumus võib peegeldada õiguskaitsesüsteemide prioriteetide muutumist, mis väljendub suuremas keskendumises kanepikasvatusele.

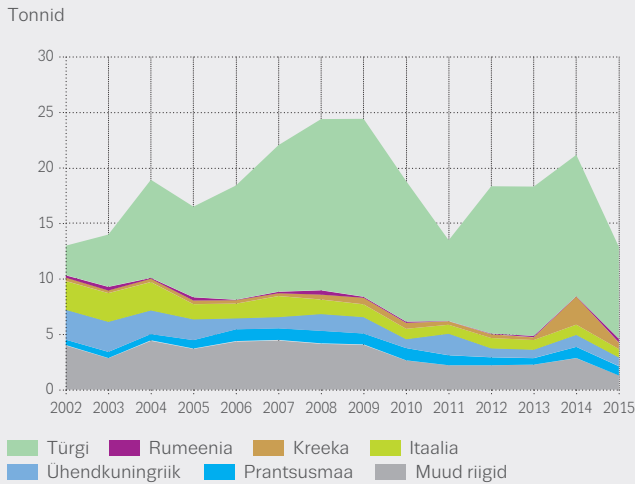
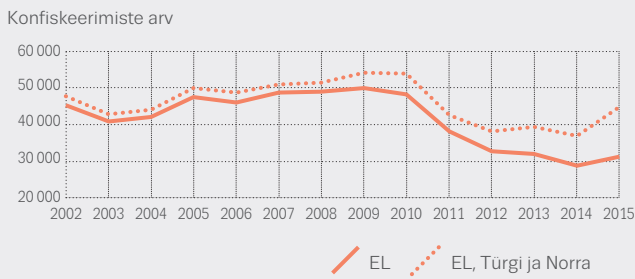
2015. aastal teatati 335 kanepiõli konfiskeerimise juhust. Suurimad kogused konfiskeeriti Kreekas ja Türgis.

Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et nii kanepiürdi kui ka kanepivaigu tugevus (tetrahüdrokannabinooli ehk THC sisaldus) suurenes aastatel 2006–2014, kuid stabiliseerus 2015. aastal. Toime tugevnemine võib olla tingitud intensiivsete tootmismeetodite kasutuselevõtust Euroopas ning viimasel ajal ka tugevatoimeliste taimede kasvatamisest ja uute meetodite kasutamisest Marokos. Uusimad andmed osutavad sellele, et kanepivaigu ja kanepiürdi hind on sarnane, kuid kanepivaik on keskmiselt tugevama toimega.

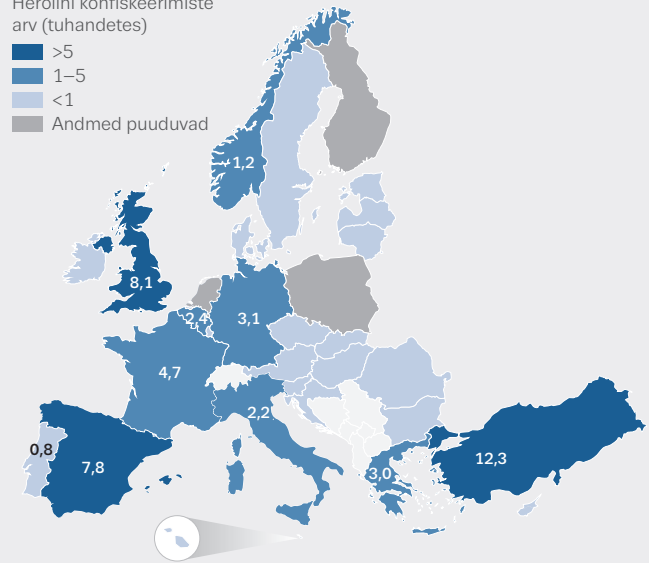
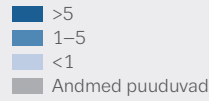
Kanepiürdi konfiskeerimiste arv Euroopas on alates 2009. aastast ületanud kanepivaigu konfiskeerimiste arvu

JOONIS 1.4

Heroiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

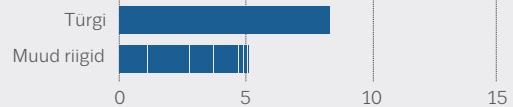


Heroiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud heroini kogused (tonnides)



Heroiini puhtuse jätkuv suurenemine

Heroiin on Euroopa uimastiturul levinuim opioid hinnangulise väärtusega 6,8 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 6,0–7,8 miljardit eurot). 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 kunagi imporditi Kagu-Aasiast, kuid nüüd toodetakse arvatavasti ka Afganistanis või selle naaberriikides. Muudest opioididest konfiskeerisid

Euroopa riikide õiguskaitseasutused 2015. aastal oopiumi ja selliseid ravimeid nagu morfiin, metadoon, buprenorfiin, tramadool ja fentanüül (tabel 1.1). Osa ravimina kasutatavaid opioide suunatakse arvatavasti kõrvale seaduslikest ravimivarudest, kuid osa, näiteks 2015. aastal konfiskeeritud pulbriline morfiin (27 kg), on ebaseaduslikult toodetud.

Afganistan on endiselt maailma suurim ebaseadusliku oopiumi tootja ning enamik Euroopas pakutavast heroiinist toodetakse arvatavasti seal või Afganistani naaberriikides

HEROIIIN

Konfiskeerimiste arv



Konfiskeeritud kogused

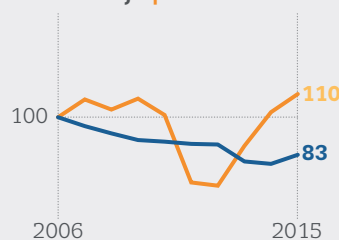


Hind (€/g)

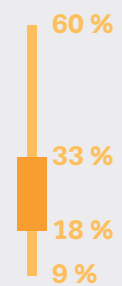


Indekseeritud suundumused:

hind ja puhtus



Puhtus (%)



„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.

Iraanis ja Pakistanis. Opioidide tootmine Euroopas on alates 1970. aastatest piirdunud kodus valmistatud moonitoodetega mõnes Ida-Euroopa riigis. Mõni aasta tagasi avastati siiski kaks laborit Hispaanias ja üks Tšehhi Vabariigis, kus toodeti morfiinist heroini – see näitab, et heroini valmistatakse väikeses koguses ka Euroopas.

Heroini 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. Esile on kerkinud ka Balkani marsruudi Süüria ja Iraagiga seotud haru. Viimastel aastatel on suurenenud lõunamarsruudi tähtsus. Iraanist ja Pakistanist pärit saadetised sisenevad Euroopasse õhu- või mereteed pidi kas otse või Aafrika riikide kaudu. Samuti kasutatakse põhjamareruuti ning Lõuna-Kaukaasiat läbivat ja Musta merd ületavat marsruuti.

Suhteliselt stabiilse aastakümne järel vähenes paljudes Euroopa riikides 2010. ja 2011. aastal heroini kättesaadavus. Seda tõendab heroini konfiskeerimiste arvu vähenemine Euroopa Liidus aastatel 2009–2014 enne stabiilse taseme saavutamist 2015. aastal. Ajavahemikus 2002–2013 vähenes Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini kogus poole võrra, 10 tonnilt 5 tonnile. 2014. aastal konfiskeeriti 8,4 tonni heroini ja mitu riiki teatasid suurtest konfiskeerimistest (100 kg ja rohkem). 2015. aastal vähenes Euroopas konfiskeeritud heroini kogus (4,5 tonni) 2010. aastate alguse tasemele. Türgis konfiskeeriti 2014. aastal 13 tonni heroini, kuid

2015. aastal vähenes konfiskeeritud kogus 8,3 tonnini – mis on siiski rohkem kui kõikides teistes Euroopa riikides kokku –, kuigi konfiskeerimiste arv kasvas samal ajal (joonis 1.4). Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et 2015. aastal jätkus heroini puhtuse suurenemine Euroopas.

Peale heroini konfiskeeritakse Euroopa riikides ka muid opioide, kuid nende osakaal konfiskeerimiste koguarvus on väga väike. Muudest opioididest konfiskeeritakse kõige sagedamini ravimina kasutatavaid opioide – buprenorfiini, tramadooli ja metadooni (vt tabel 1.1).

TABEL 1.1

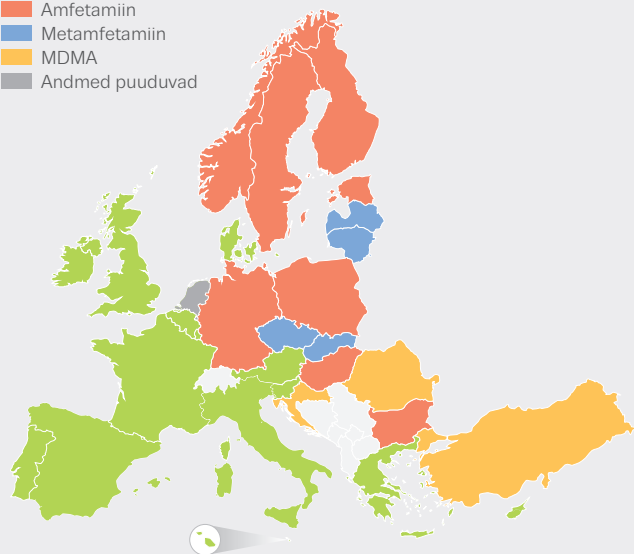
Opioidide (v.a heroini) konfiskeerimised 2015. aastal

Opioid	Arv	Kogus			Riikide arv
		Kilogrammi	Liitrit	Tabletti	
Metadoon	1566	31	8	60 472	17
Buprenorfiin	3377	4		68 419	17
Tramadool	2467			690 080	12
Fentanüülid (fentanüül, okfentaniil, karfentaniil)	287	3		41	10
Morfiin	775	27		8837	15
Oopium	293	734			14
Kodeiin	293	3		9855	8
Oksükodoon	16	0,0003		962	5

JOONIS 1.5

Kõige sagedamini Euroopas konfiskeeritud stimulant, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

- Kokaiin
- Amfetamiin
- Metamfetamiin
- MDMA
- Andmed puuduvad



Stimulantide konfiskeerimine: piirkondlikud erinevused

Euroopas kättesaadavad peamised ebaseaduslikud stimulantid on kokaiin, amfetamiin, metamfetamiin ja MDMA. Euroopa Liidu stimulantide jaeturu väärtus on hinnanguliselt 6,3–10,2 miljardit eurot. Piirkonnad on kõige sagedamini konfiskeeritavate stimulantide poolest väga erinevad (joonis 1.5) ning seda mõjutavad sisenemissadamate ja salakaubateede asukoht, suured tootmiskeskused ja suured klienditurud. Kokaiin on kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant paljudes Lääne- ja Lõuna-Euroopa riikides, mis peegeldab eelkõige selle uimasti Euroopasse sisenemise kohti. Amfetamiine konfiskeeritakse valdavalt Põhja- ja Ida-Euroopas ning metamfetamiin on kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant Tšehhi Vabariigis, Lätis, Leedus ja Slovakkias. MDMA on kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant Horvaatias, Rumeenias ja Türgis.

Kokaiin: turunäitajate hiljutine kasv

Kokaiin on Euroopas kättesaadav kahel kujul: levinuim on kokaiinipulber (soolana) ja vähem levinud on crack ehk kokaiini suitsetatav vorm (vaba alusena). Kokaiini toodetakse kokapõõsa lehtedest. Seda uimastit toodetakse peamiselt Boliivias, Kolumbias ja Peruus. Kokaiini transporditakse Euroopasse eri meetodeil, kasutades reisilende, kaubalende, postiteenuseid, eralennukeid, jahte ja merekonteinereid. Euroopa Liidu kokaiini jaeturu hinnanguline väärtus on vähemalt 5,7 miljardit eurot.

KOKAIIN

Konfiskeerimiste arv



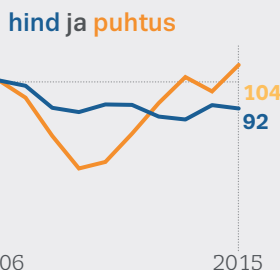
Konfiskeeritud kogused



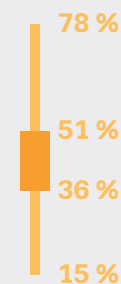
Hind (€/g)



Indekseeritud suundumused:



Puhtus (%)

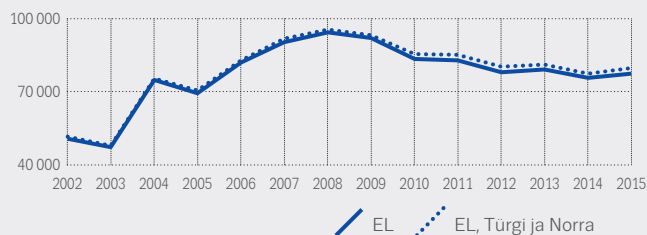


„EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Kokaiini hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

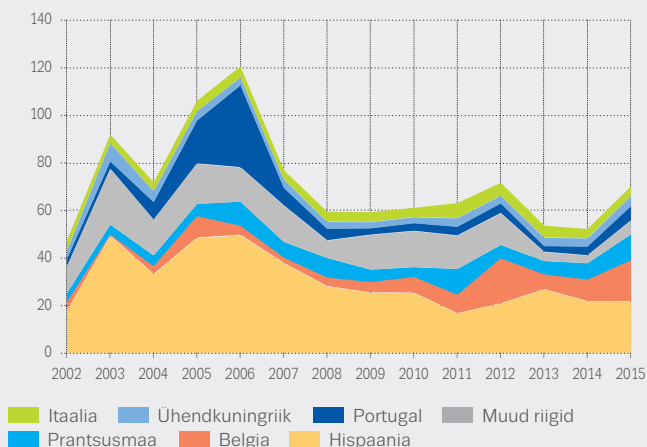
JOONIS 1.6

Kokaiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

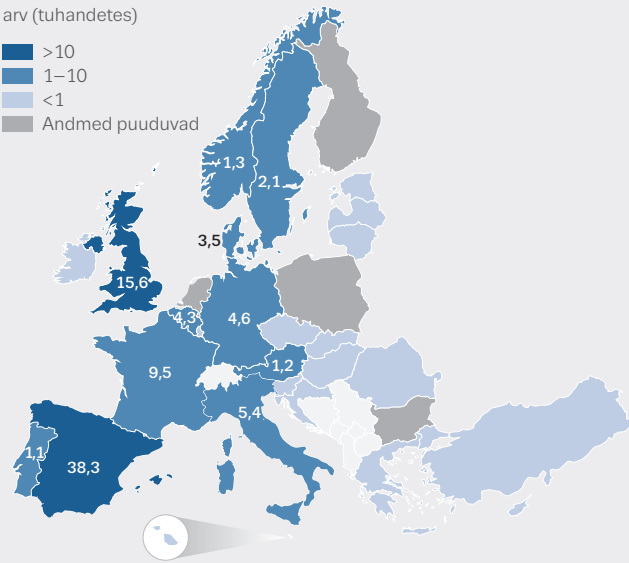
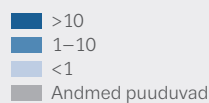
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

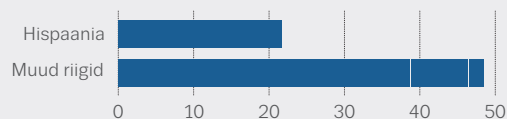


Kokaiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



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

Konfiskeeritud kokaiini kogused (tonnides)



2015. aastal teatati Euroopa Liidus kokku ligikaudu 87 000 kokaiini konfiskeerimise juhust. Hinnanguliselt 69,4 tonnist konfiskeeritud kokaiinist konfiskeeriti 78% Belgias, Hispaanias, Prantsusmaal, Itaalias ja Portugalis (joonis 1.6). Olukord on püsinud alates 2007. aastast suhteliselt stabiilsena, kuigi aastatel 2014–2015 suurenes nii konfiskeerimisjuhtude arv kui ka konfiskeeritud kogus (vt joonis 1.6). Suurim kogus kokaiini konfiskeeriti 2015. aastal jätkuvalt Hispaanias (22 tonni), kuid väga suuri koguseid konfiskeeriti ka Belgias (17 tonni) ja Prantsusmaal (11 tonni). Belgia, Saksamaa ja Portugal teatasid konfiskeeritud koguste märgatavast suurenemisest võrreldes eelmise aastaga. Indekseeritud suundumuste

analüüs osutab kokaiini puhtuse väiksele suurenemisele 2015. aastal.

2015. aastal konfiskeeriti Euroopas ka muid kokatooteid, sealhulgas 76 kg kokapõõsa lehti ja 377 kg kokapastat. Kokapasta konfiskeerimised viitavad kokaiinhüdrokloriidi tootvate ebaseaduslike laborite olemasolule Euroopas. See on uus areng, kuna seni tegeles enamik Euroopas avastatud kokaiinilaboritest teisese ekstraheerimisega, et saada kokaiin kätte materjalidest, millele see oli lisatud (nt veinid, rõivad, plastmaterjalid).

**Euroopas kättesaadavad peamised
ebaseaduslikud stimulandid on
kokaiin, amfetamiin,
metamfetamiin ja MDMA**

Lähteained: kättesaadavad on amfetamiinide uued alternatiivid

Uimastite lähteained on ebaseaduslike uimastite tootmiseks vajalikud olulised kemikaalid. Kuna paljusid lähteaineid kasutatakse seaduslikult, on ELi õigusnormides loetletud teatavad kemikaalid, millega kauplemist jälgitakse ja kontrollitakse rangelt. Lähteainete kättesaadavus avaldab suurt mõju nii turule kui ka ebaseaduslikes laborites kasutatavatele tootmismeetoditele. 2015. aastal hoidsid tootjad jätkuvalt kontrollimehhanismidest kõrvale, kasutades õigusnormides loetlemata kemikaale uimastite lähteainete tootmiseks tootmiskohtade lähedal. See suurendas siiski avastamise riski, sest suuremad töötlemismahud nõuavad rohkem kemikaale ja põhjustavad rohkem jäätmeid.

Uimastite lähteainete konfiskeerimiste ja kinnipeetud saadetiste andmed kinnitavad, et Euroopa Liidus kasutatakse ebaseaduslike uimastite, eelkõige amfetamiinide ja MDMA tootmiseks nii loetletud kui ka loetlemata lähteaineid (tabel 1.2). 2015. aastal konfiskeeriti suures koguses amfetamiini lähteainet BMK (bensüülmetüülketoon), kui Poola ametiasutused konfiskeerisid ühe saadetise (7000 kg), mis oli seotud tootmisega Madalmaades. Tundub, et kontrolli kehtestamisel BMK lähteaine APAANI

(alfa-fenüülsetoatsetonitriil) suhtes 2013. aasta lõpus on olnud teatav mõju, kuna konfiskeeritud kogus on vähenenud 48 000 kilogrammilt 2013. aastal 780 kilogrammile 2015. aastal. Selle kontrollimeetme tulemusena on siiski toimunud teatav innovaatiline areng ning 2015. aastal teatati esimest korda sellistest alternatiivsetest kemikaalidest nagu APAA (alfa-fenüülsetoatsetamiid) ja BMK glütsiidipõhised derivaadid.

MDMA loetlemata lähteaineid konfiskeeriti stabiilselt ligikaudu 5500 kg. Safrooli konfiskeeriti küll väga väikeses koguses, kuid BMK konfiskeeritud kogus kasvas Madalmaade andmetel 622 kilogrammini 2015. aastal (2014. aastal ei konfiskeeritud seda üldse).

Amfetamiin ja metamfetamiin: omamaine tootmine

Amfetamiin ja metamfetamiin on sünteetilised stimulandid, mis sageli liigitatakse ühtse termini „amfetamiinid“ alla ja seetõttu on neid keeruline mõningates andmestikes eristada. Viimasel kümnendil tehtud konfiskeerimised näitavad metamfetamiini kättesaadavuse suurenemist, kuigi see on endiselt palju vähem kättesaadav kui amfetamiin.

TABEL 1.2

Ülevaade Euroopa Liidus valmistatavate valitud sünteetiliste uimastite lähteainete konfiskeerimistest ja kinnipeetud saadetistest, 2015

Lähteaine / lähteaine lähteaine	Konfiskeerimised		Kinnipeetud saadetised		KOKKU	
	Arv	Kogus	Arv	Kogus	Arv	Kogus
MDMA või seotud ained						
BMK (liitrit)	6	622	0	0	6	622
Safrool (liitrit)	2	2	0	0	2	2
Piperonaal (kg)	7	45	4	1925	11	1970
BMK glütsiidipõhised derivaadid (kg)	11	5461	0	0	11	5461
Amfetamiin ja metamfetamiin						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (liitrit)	17	1029	0	0	17	1029
PAA, fenüüläädikhape (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedriin, mahtlastina (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedriin, mahtlastina (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
BMK glütsiidipõhised derivaadid (kg)	5	14	0	0	5	14

Mõlemat uimastit toodetakse Euroopas kohalikule turule. Märkide kohaselt toodetakse amfetamiini peamiselt Belgias, Madalmaades ja Poolas, aga vähemal määral ka Baltimaades, Saksamaal ja Ungaris. Euroopas tundub toimuvat tootmise viimane etapp, st amfetamiiniõli konversioon amfetamiinsulfaadiks.

Osa amfetamiinist toodetakse ekspordiks eelkõige Lähis- ja Kaug-Ida riikidesse ning Okeaaniasse. Captagon-logoga amfetamiinitablettide konfiskeerimine on viimasel ajal samuti suurenenud, eriti Türgis, kus 2015. aastal konfiskeeriti üle 15 miljoni tableti.

Valdava osa Euroopas kättesaadava metamfetamiini allikas on pikka aega olnud Tšehhi Vabariik ja viimasel ajal ka tema naaberriikide piirialad. Seda uimastit toodetakse veel Bulgaarias, Leedus ja Madalmaades.

Tšehhi Vabariigis toodetakse metamfetamiini peamiselt sellistest lähteainetest nagu efedriin ja pseudoefedriin, mida saadakse eeskätt Poolast salakaubana toodud ravimitest. Selle uimasti tootmiseks saab kasutada ka BMKd. 2015. aastal oli Euroopa Liidus ametlikel andmetel 291 ebaseaduslikku metamfetamiinilaborit, neist 263 asusid Tšehhi Vabariigis. Tšehhi Vabariigis on tootmine arenenud väikesemahulise tegevusest, mis seisnes uimasti valmistamises isiklikuks tarbeks või kohalikule turule, suuremahuliseks tootmiseks organiseeritud kuritegelike rühmituste poolt, kes toodavad seda uimastit nii Euroopa riikides tarbimiseks kui ka ekspordiks.

AMFETAMIINID

Amfetamiin

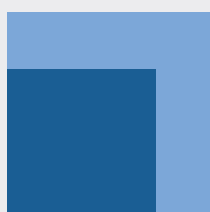
Konfiskeerimiste arv

34 000 EL **39 000** EL + 2



Konfiskeeritud kogused

4,7
tonni (EL)



9,0
tonni (EL + 2)

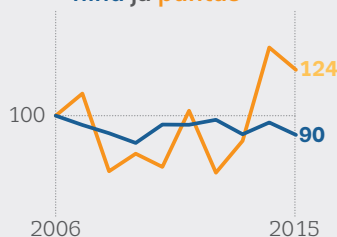
Hind (€/g)

43 €
26 €
10 €
7 €

Puhtus (%)

50 %
35 %
13 %
7 %

Indekseeritud suundumused:
hind ja puhtus



Metamfetamiin

Konfiskeerimiste arv

8 000 EL **12 000** EL + 2



Konfiskeeritud kogused

0,5
tonni (EL)

0,9
tonni (EL + 2)

Hind (€/g)

172 €
111 €
18 €
10 €

Puhtus (%)

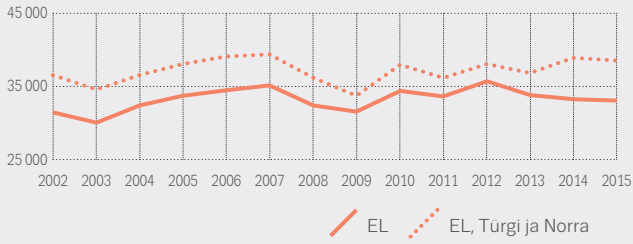
79 %
70 %
36 %
16 %

„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.

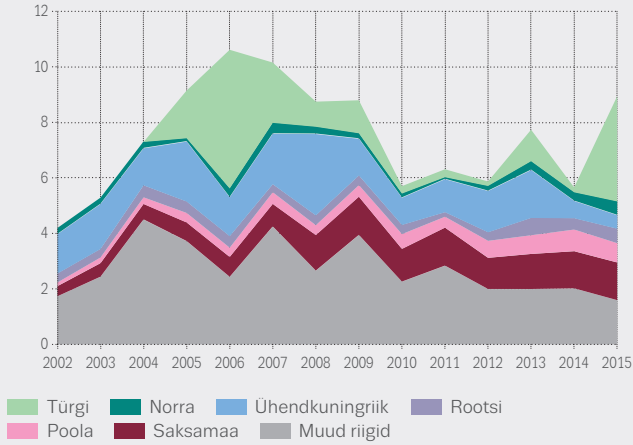
JOONIS 1.7

Amfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

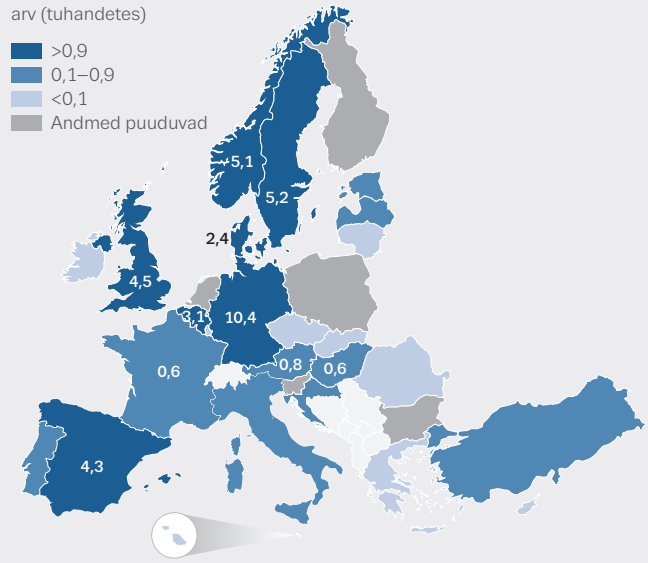
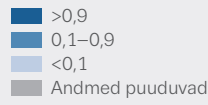
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

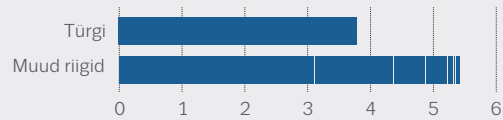


Amfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

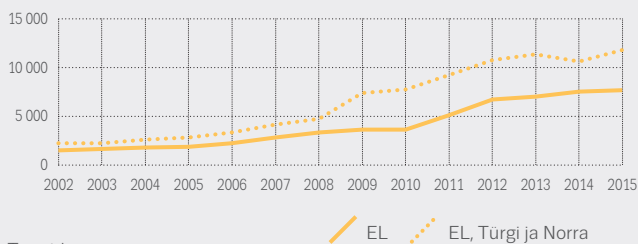
Konfiskeeritud amfetamiini kogused (tonnides)



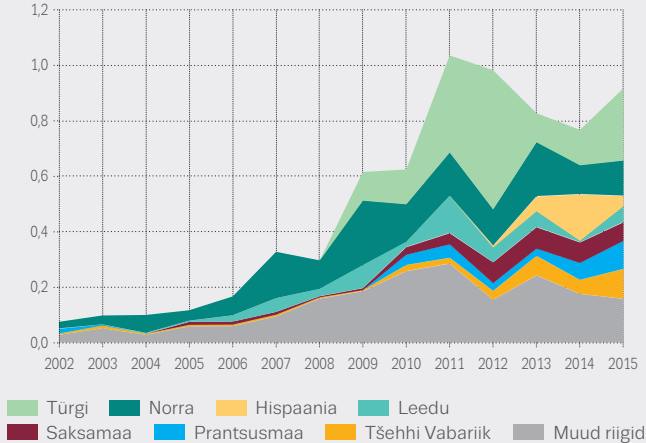
JOONIS 1.8

Metamfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta

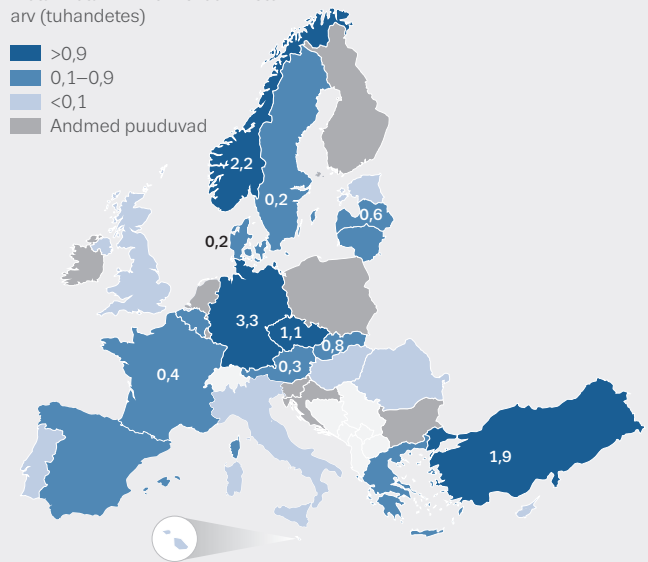
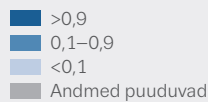
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

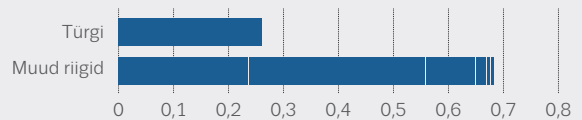


Metamfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud metamfetamiini kogused (tonnides)



2015. aastal teatasid Euroopa Liidu liikmesriigid amfetamiini 34 000 konfiskeerimisest koguses 4,7 tonni. Euroopa Liidus konfiskeeritud amfetamiini kogus on kokkuvõttes kasvanud, kõikides aastatel 2002–2015 vahemikus 4–6 tonni (joonis 1.7). Metamfetamiini konfiskeeritakse palju vähem: 2015. aastal toimus Euroopa Liidus 7700 konfiskeerimist koguses 0,5 tonni, kusjuures enamiku konfiskeeris Tšehhi Vabariik (joonis 1.8). 2015. aastal toimusid amfetamiinide suuremahulised konfiskeerimised ka Türgis (3,8 tonni amfetamiini ja 0,3 tonni metamfetamiini) ja Norras (0,1 tonni metamfetamiini). Nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud metamfetamiini kogus on alates 2002. aastast suurenenud.

Metamfetamiini keskmine puhtusaste on tavaliselt suurem kui amfetamiinil. Indekseeritud suundumuste analüüsi põhjal on amfetamiini puhtus viimastel aastatel suurenenud.

MDMA: kättesaadavad on tugevatoimelised tooted

MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) on sünteetiline uimasti, mis on keemiliselt seotud amfetamiinidega, kuid mille toime on erinev. MDMAd tarbitakse tablettidena (nn *ecstasy*), kuid see on saadaval ka pulbrina ja kristalse ainenä. Turule tuuakse pidevalt uue kujunduse, värvuse, kuju ja logoga MDMA-tablette. Varem oli MDMA turg selle uimasti tootmiseks vajalike lähteainete nappuse tõttu kiratsev, kuid viimastel aastatel on toimunud elavnemine. MDMA jaeturu hinnanguline väärtus on ligikaudu 0,7 miljardit eurot. MDMA keskmine sisaldus

tablettides on viimastel aastatel suurenenud ning MDMA suurt kogust mõningates partiides on seostatud kahjustuste ja surmajuhtumitega.

MDMA tootmine tundub olevat Euroopas koondunud Belgiasse ja Madalmaadesse. 2015. aastal likvideeriti Euroopa Liidus neli MDMA laborit (kolm Madalmaades ja üks Belgias). Euroopas toodetavat MDMAd eksporditakse ka teistesse riikidesse.

MDMA konfiskeerimise hiljutiste suundumuste hindamine on keeruline, sest mõne riigi andmed, mis tõenäoliselt mõjutaksid koguarvu olulisel määral, ei ole kättesaadavad. 2015. aasta kohta ei ole kättesaadavad Madalmaade andmed, kes teatas 2,4 miljoni MDMA-tableti konfiskeerimisest 2012. aastal; konfiskeerimiste arvu andmed puuduvad ka Poola ja Soome kohta. Kui need olulised andmed välja arvata, on Euroopa Liidus 2015. aastal konfiskeeritud MDMA kogus hinnanguliselt 4 miljonit tabletti ja 0,2 tonni pulbrit.

MDMA keskmine sisaldus tablettides on viimastel aastatel suurenenud

MDMA

Konfiskeerimiste arv



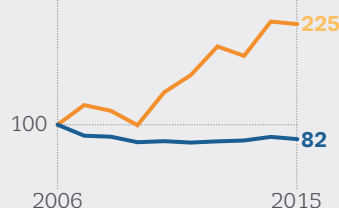
Konfiskeeritud kogused



Hind (€/tablett)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



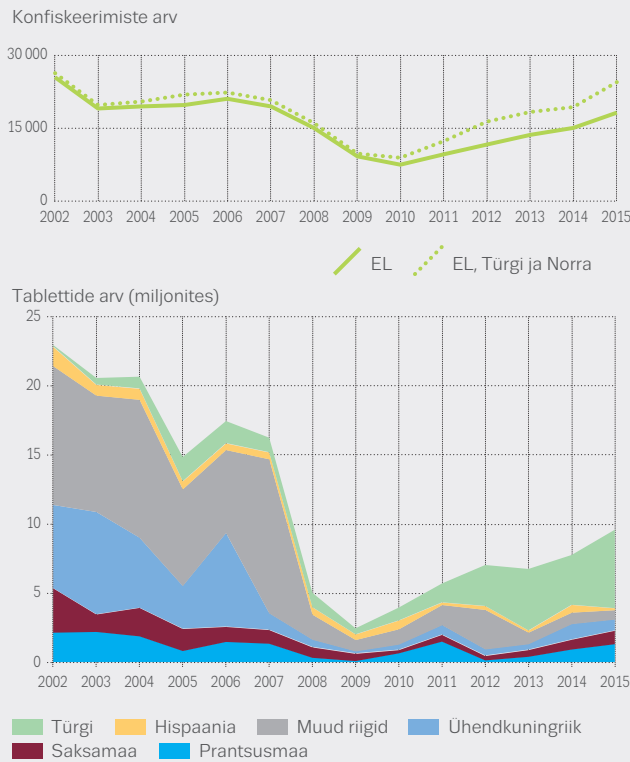
Puhtus (mg MDMA tablettis)



„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.

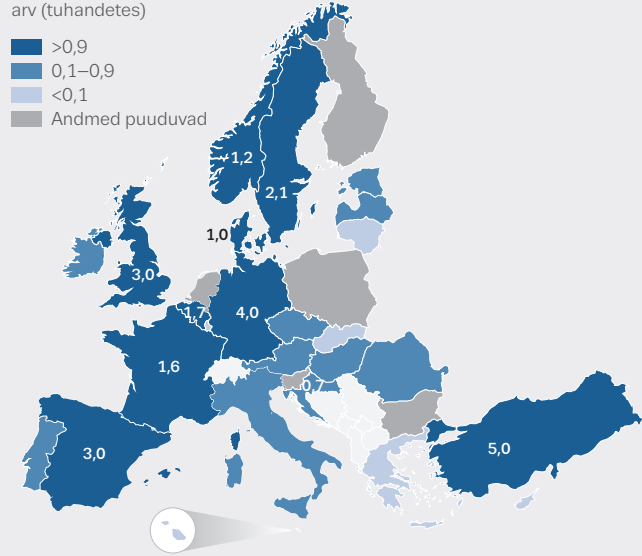
JOONIS 1.9

MDMA konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2015. aasta või viimane teadaolev aasta



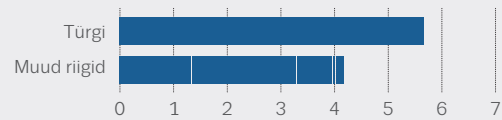
MDMA konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

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



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud MDMA-tabletid (miljonites)



MDMA konfiskeerimiste koguarv on alates 2010. aastast pidevalt tõusnud, kuid konfiskeeritud kogus on püsinud suhteliselt stabiilsena. Suur kogus MDMAd konfiskeeriti 2015. aastal ka Türgis – kokku 5,7 miljonit tabletti ehk rohkem kui kõikides teistes riikides kokku (joonis 1.9).

LSD, GHB ja ketamiini konfiskeerimine

Euroopa Liidus teatatakse ka muude ebaseaduslike uimastite konfiskeerimisest. 2015. aastal toimus muu hulgas 1400 LSD (lüsergiinhappe dietüülamiid) konfiskeerimist ja kokku konfiskeeriti 100 000 toimeühikut. Lisaks sellele konfiskeeriti Belgias 1 kg seda uimastit. LSD konfiskeerimiste koguarv on alates 2010. aastast kahekordistunud, kuigi konfiskeeritud kogus on kõikuv. 2015. aastal teatasid GHB (gamma-hüdroksübutüraat) või GBLi (gamma-butürolaktoon) konfiskeerimisest 14 riiki. Hinnanguliselt 1300 konfiskeerimisega saadi 320 kg ja üle 1500 liitri uimastit, kusjuures Belgias (33%) ja Norras (35%) kokku toimus kaks kolmandikku konfiskeerimiste koguarvust. 12 riiki teatasid ligikaudu 1200 ketamiini konfiskeerimisest ja kokku konfiskeeriti hinnanguliselt 130 kg uimastit, sellest enamik Taanis, Itaalias ja Ühendkuningriigis.

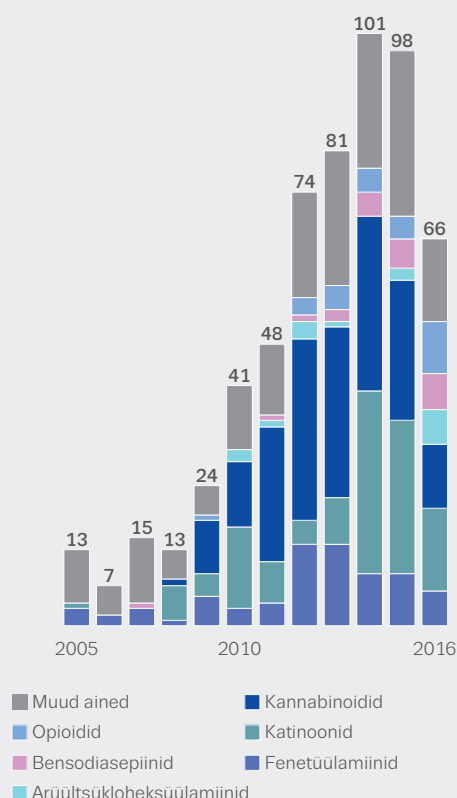
Uued psühhoaktiivsed ained: palju uusi aineid

2016. aasta lõpus teostas EMCDDA seiret rohkem kui 620 uue psühhoaktiivse aine üle, mis olid ilmunud Euroopa uimastiturule. Nende ainete suhtes ei kohaldata rahvusvahelisi uimastikontrollimeetmeid, kuid need hõlmavad mitmesuguseid uimasteid, nagu sünteetilisi kannabinoide, stimulante, opioide ja bensodiasepiine (joonis 1.10). Enamasti turustatakse neid ebaseaduslike uimastite seaduslike asendajatena, kuid osa on suunatud väikestele rühmadele, kes soovivad uurida nende võimalikku uutset toimet.

Uusi aineid toodetakse paljudel juhtudel suurtes kogustes Hiina keemia- ja farmaatsiaettevõtetes. Sealt tarnitakse need Euroopasse, kus toimub toodeteks töötlemine, pakendamine ja müük. Mõningate uute ainete lähtematerjaliks on arvatavasti ravimid, mis on kas seaduslikust tarneahest kõrvale suunatud või ebaseaduslikult toodetud. Neid aineid võidakse toota ka salalaborites Euroopas või mujal riikides. Mitmesugused näitajad, sealhulgas ebaseaduslike laborite avastamine, sünteetiliste uimastite jäätmete analüüs ja lähteainete konfiskeerimised, viitavad sellele, et kirjeldatud tootmine on viimasel mõnel aastal Euroopas kasvanud.

JOONIS 1.10

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete arv ja kategooria, 2005–2016



Osa uusi aineid müüakse avalikult pinnaveebis ja spetsiaalsetes poodides, sageli n-õ seaduslike uimastitena. Peale selle müüakse neid pimevõrgu turgudel ja ebaseaduslikul turul, vahel oma nime alla, kuid mõnikord väärtalt selliste ebaseaduslike uimastitena nagu heroiin, kokaiin, *ecstasy* või bensodiasepiinid.

Üle 70% ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu avastatud uutest ainetest olid valmistatud viimasel viiel aastal. 2016. aastal teatati Euroopas 66 uut ainet esimest korda. See on vähem kui eelmisel kahel aastal, kuid võrreldav 2012. ja 2013. täheldatud näitajatega. Sellise languse põhjus on ebaselge, kuid võib olla osaliselt tingitud meetmetest, mida Euroopa riikide valitsusasutused on võtnud uute ainete ja eelkõige nende n-õ seaduslike uimastitena avaliku müügi keelamiseks. Langust võivad olla mõjutanud ka uusi aineid tootvate laborite vastu suunatud kontrollimeetmed ja õiguskaitseasutuste operatsioonid Hiinas. Seoste tihenemine laiaulatuslikuma ebaseaduslike uimastite turuga võib samuti olla oluline.

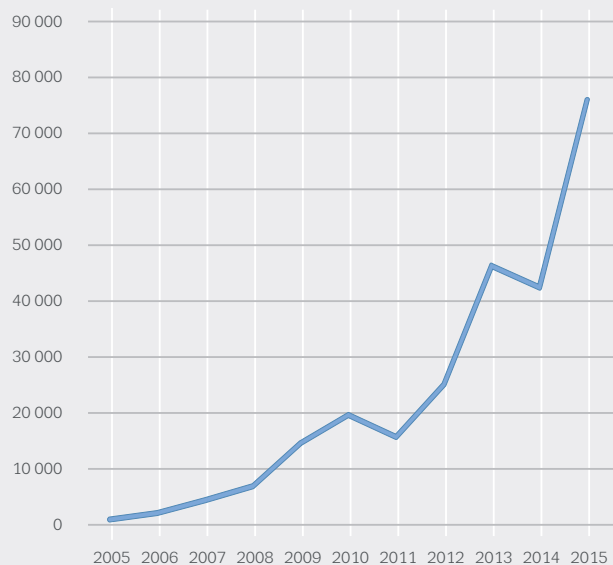
Igal aastal avastatud uute ainete arv on ainult üks näitaja, mida EMCDDA kasutab uimastituru mõistmiseks. Näiteks avastati praegu seire all olevast 620 uuest ainetest 2015. aastal 423 ainet (peaaegu 70%), kusjuures 2014. aastal avastati 365 ja 2013. aastal 299 uut ainet – see näitab selle turu üha kasvavat keerukust.

**2016. aasta lõpus teostas
EMCDDA seiret rohkem kui
620 uue psühhoaktiivse aine üle**

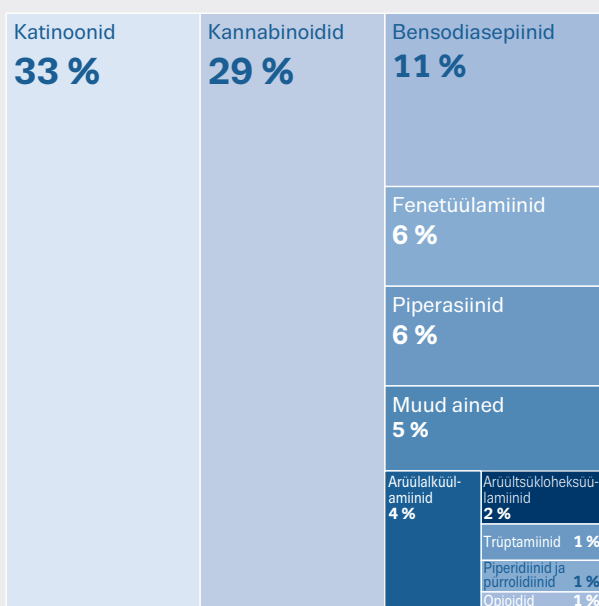
JOONIS 1.11

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste arv: suundumused ja jaotus kategooriate kaupa, 2015

Konfiskeerimisjuhtumite arv



NB! Euroopa Liidu liikmesriikide, Türgi ja Norra andmed.



Uute psühhoaktiivsete ainete suurem konfiskeerimine

2015. aastal teatati ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu uute psühhoaktiivsete ainete 80 000 konfiskeerimisest (joonis 1.11). 2015. aastal moodustasid sünteetilised katinoonid ja sünteetilised kannabinoidid üle 60% uute ainete konfiskeerimiste koguarvust (üle 47 000). Eelneva aastaga võrreldes suurenesid ka sünteetiliste katinoonide, sünteetiliste kannabinoidide ja uute opioidide konfiskeeritud kogused.

Euroopa uute ainete konfiskeerimise kogunäitajad on miinimumväärtused, sest andmed pärinevad juhtumiaruannetest, mitte seiresüsteemidest. Konfiskeerimisandmeid mõjutavad eri tegurid, nagu suurem teadlikkus uutest ainetest, nende muutuv õiguslik seisund ning õiguskaitseasutuste suutlikkus, prioriteetid ja aruandlustavad.

Uued sünteetilised opioidid

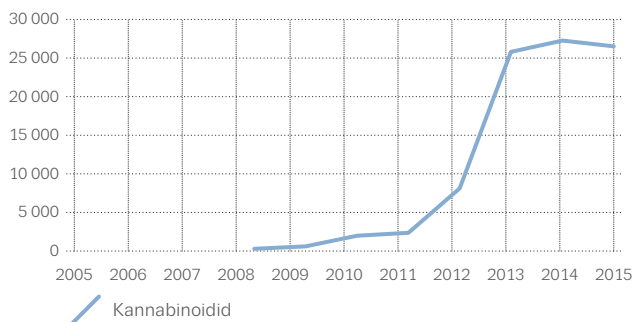
Alates 2009. aastast on Euroopa uimastiturul avastatud kokku 25 uut opioidi, kusjuures 2016. aastal teatati esimest korda üheksast uuest opioidist. See näitaja hõlmab 18 fentanüüli, millest kaheksa avastati esimest korda 2016. aastal. Uute fentanüülide osakaal Euroopa uimastiturul on praegu küll suhteliselt väike, kuid kuna tegemist on tugevatoimeliste ainetega, ohustavad need tõsiselt nii üksikisikute tervist kui ka rahvatervist.

Uusi opioide on konfiskeeritud erineval kujul: peamiselt pulbri, tablettide ja kapslitena, kuid alates 2014. aastast ka vedelikena. 2015. aastal teatatud uute sünteetiliste opioidide 600 konfiskeerimisest üle 60% moodustasid fentanüülid. 2015. aastal konfiskeeriti peaaegu 2 liitrit sünteetilisi opioide ja eelmise aastaga võrreldes oli kasv 240 ml. Konfiskeeritud vedelikest 85% sisaldasid fentanüüle. Muret teeb selliseid fentanüüle nagu akrüloüülfentanüüli ja furanüülfentanüüli sisaldavate ninaspreide turuletulek. Nimetatud opioidid moodustavad 0,75% uute ainete konfiskeerimiste koguarvust, kuid ainult 0,04% konfiskeeritud kogustest – see peegeldab nende väikest turuosa, kuid tugevat toimet.

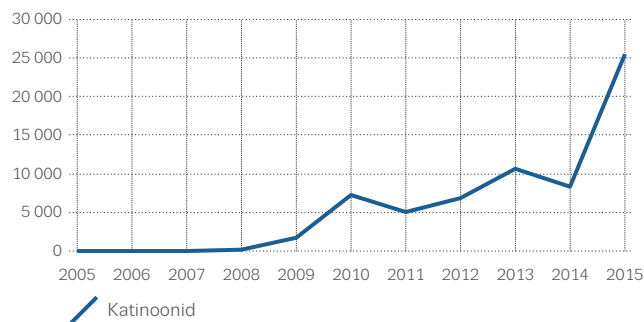
JOONIS 1.12

Europa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud sünteetiliste kannabinoidide ja katinoonide konfiskeerimised: konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud koguste suundumused

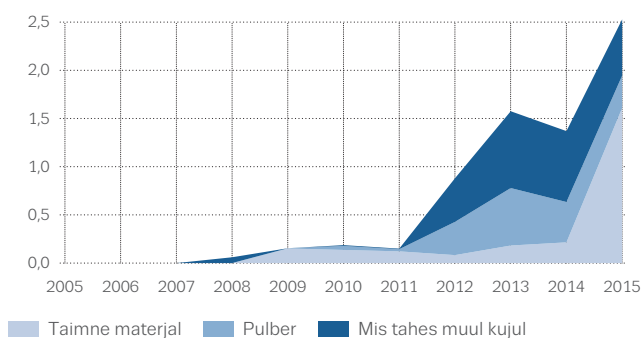
Konfiskeerimisjuhtumite arv



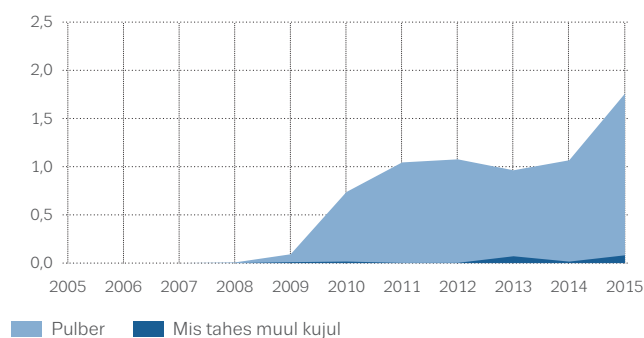
Konfiskeerimisjuhtumite arv



Kannabinoidid (tonni)



Katinoonid (tonni)



NB! ELi, Türgi ja Norra andmed.

Sünteetilised kannabinoidid

Sünteetilised kannabinoidid on ained, mille toime on sarnane delta-9-tetrahydrokannabinooliga (THC), mis on kanepi suure psühhoaktiivse toime peamine mõjur. Alates vähemalt 2008. aastast on tootjad Euroopas kasutanud seda toimet ära, importides suures koguses pulbilisi kannabinoide ja segades neid kuivatatud taimse materjaliga, et toota sadu erinevaid n-õ seaduslikke uimasteid. Neid turustati seejärel kanepi seaduslike alternatiividena ja müüdi kasutamiskõlblikuks taimsete suitsetamissegudena. Sünteetilised kannabinoidid on jätkuvalt suurim EMCDDA seirega hõlmatud uute ainete rühm. See rühm muutub keemiliselt üha mitmekesisemaks: alates 2008. aastast on avastatud 169 uut ainet ja 2016. aastal teatati 11 uuest ainet (2015. aastal 24).

2015. aastal teatati veidi rohkem kui 22 000 sünteetiliste kannabinoidide konfiskeerimisest (joonis 1.12). Viis kõige sagedamini konfiskeeritud sünteetilist kannabinoidi olid 2015. aastal ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 ja ADB-CHMINACA.

Neid konfiskeeriti üle 2,5 tonni. Konfiskeeritud sünteetiliste kannabinoididest moodustasid taimsed segud peaaegu 64% ja 13% olid pulbrid.

Sünteetiliste kannabinoidide avastamine pulbri kujul ja töötlemisrajatiste tuvastamine Euroopas viitavad sellele, et tooteid pakendatakse Euroopas. Kui need pulbrid oleks töödeldud taimseteks suitsetamissegudeks, oleks neist saanud toota mitu miljonit annust. 2015. aastal konfiskeeriti pulbri kujul kõige sagedamini selliseid kannabinoide nagu 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) ja ADB-FUBINACA (57 kg).

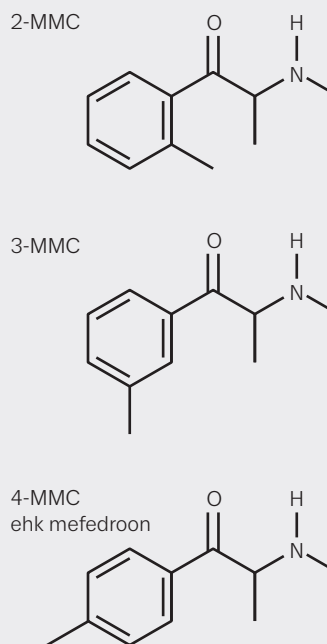
Sünteetilised katinoonid

Sünteetilised katinoonid on keemiliselt seotud katinooniga, mis on katapõõsa (*Catha edulis*) taimes looduslikult esinev stimulant. Nende ainete toime on sarnane selliste levinud ebaseaduslike stimuleerivate uimastitega nagu amfetamiin, kokaiin ja MDMA. Sünteetilised katinoonid on suuruselt teine EMCDDA seirega hõlmatud uute uimastite rühm: kokku on neid avastatud 118, sealhulgas 14, mis avastati 2016. aastal (2015. aastal 26).

Sünteesilised katinoonid olid 2015. aastal kõige sagedamini konfiskeeritud uued psühhoaktiivsed ained ja neid konfiskeeriti rohkem kui 25 000 korral (moodustasid peaaegu kolmandiku konfiskeerimiste koguarvust). Eelneva aastaga võrreldes suurenes konfiskeerimiste arv seega rohkem kui 17 000 võrra. Kokku konfiskeeriti veidi üle 1,8 tonni ehk ligikaudu 0,75 tonni rohkem kui 2014. aastal (joonis 1.12). Sünteetilisi katinoone leitakse tavaliselt pulbrina. 2015. aastal olid viis kõige sagedamini konfiskeeritud katinooni alpha-PVP, 3-MMC, etüloon, 4-CMC ja pentedroon. Enam kui 60% (1,2 tonni) 2015. aastal konfiskeeritud sünteetilisest katinoonidest tarniti Hiinast. Konfiskeeritud sünteetilisest katinoonidest suure osa (42%) moodustasid 2-MMC (156 kg) ja 3-MMC (616 kg), mis on keemiliselt seotud mefedrooniga (4-MMC), kuid ei kuulu rahvusvahelise uimastikontrolli alla. Mefedroon on mõningates riikides ebaseaduslike uimastite turul juurdunud ning osa 2-MMCst ja 3-MMCst müüakse arvatavasti mefedroonina (vt joonis 1.13).

JOONIS 1.13

2-MMC, 3-MMC ja 4-MMC (mefedroon) keemiline valem



Uued bensodiasepiinid

Muret teeb ka uute bensodiasepiinide turu hiljutine kasv. EMCDDA seire hõlmab umbes 20 sellist ainet, kusjuures neist kuus avastati Euroopas esimest korda 2016. aastal. 2015. aastal konfiskeeriti üle 300 000 tableti, mis sisaldasid selliseid uusi bensodiasepiine nagu klonasolaam, diklasepaam, etisolaam ja flubromasolaam. 2014. aastaga võrreldes oli kasv peaaegu kahekordne. Osa uusi bensodiasepiine müüdi tablettide, kapslite või pulbritena oma nime all. Teistel juhtudel kasutasid võltsijad neid aineid, et toota ärevushäire raviv levinud retseptiravimeid diasepaami ja alprasolaami, mis müüdi seejärel otse ebaseaduslike uimastite turul.

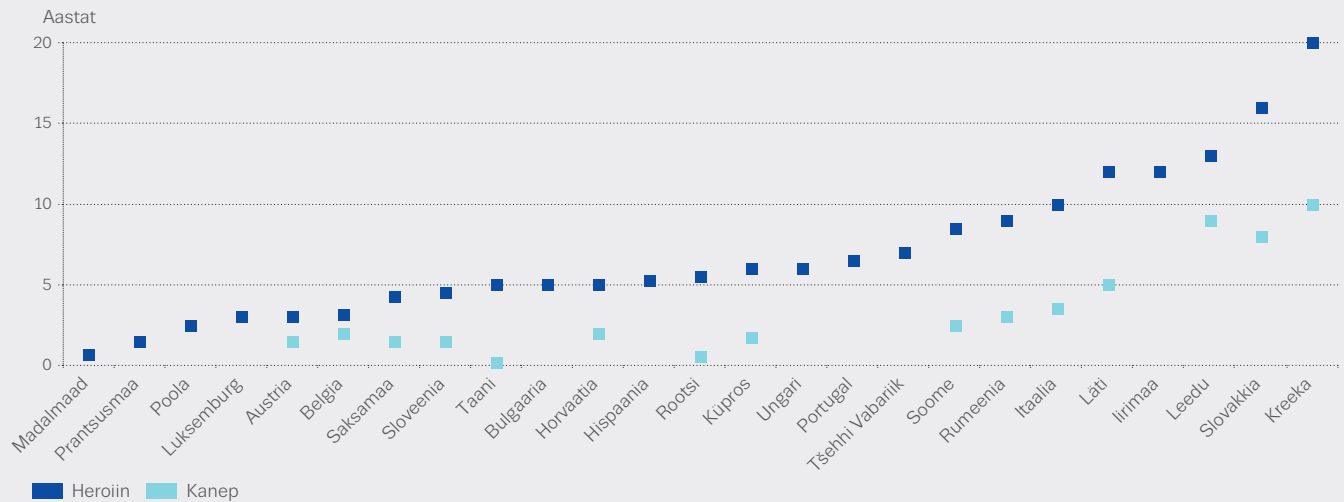
Uute psühhoaktiivsete ainete pakkumist tõkestavad õigusaktid

Euroopa riigid võtavad meetmeid uimastite pakkumise tõkestamiseks ÜRO kolme konventsiooni alusel, milles on sätestatud enam kui 240 psühhoaktiivse aine tootmist, müümist ja omamist reguleeriv raamistik. Uute psühhoaktiivsete ainete kiire juurdetekkimine ja kättesaadavate toodete mitmekesisus on osutunud nii konventsioonide kui ka Euroopa poliitikakujundajate ja seadusandjate jaoks keeruliseks probleemiks.

Riikide tasandil on uute ainete kontrollimiseks kasutatud mitmesuguseid meetmeid ning eristada saab kolme suuremat õigusmeetmete rühma. Paljud Euroopa riigid kasutasid probleemi lahendamiseks kõigepealt tarbijakaitsealaseid õigusakte, kuid seejärel laiendasid või kohandasid uute psühhoaktiivsete ainete lisamiseks olemasolevaid uimastiõigusakte. Üha rohkem riike töötab selle probleemi lahendamiseks välja uued eriõigusaktid. Õigusrikkumiste ja karistuste määratlused on väga erinevad, nagu on ka Euroopa eri riikides vastu võetud uimastiõigusaktid. Riikide uimastikontrolli õigusnormide üldine suundumus vähendada isiklikuks tarbeks omamise eest ettenähtud karistusi kajastub ka hiljuti vastu võetud õigusaktides, mis käsitlevad uusi uimasteid. Enamikus uutes õigusaktides, mis käsitlevad uusi psühhoaktiivseid aineid, on karistus ette nähtud ainult uimastite ebaseadusliku pakkumise, mitte isiklikuks tarbeks omamise eest.

JOONIS 1.14

Eeldatav vabadusekaotus 1 kg heroini või kanepi pakkumise eest ELi liikmesriikides



NB! Eeldatava karistuse mediaankestus iga riigi õiguspraktikute valimi arvamuste põhjal; esmakordsed õigusrikkujad, kellel puudub kokkupuude organiseeritud kuritegevusega. Kui peeti võimalikuks karistuse peatamist, siis ei esitatud karistuse mediaankestust.

2005. aastast pärinevat uute psühhoaktiivsete ainete õigusraamistikku vaadatakse liidu tasandil läbi, eesmärgiga luua kiirem ja tõhusam süsteem kahjulike uute psühhoaktiivsete ainete seotud tegevuse allutamiseks kriminaalõigusmeetmetele.

Karistused uimastite pakkumise eest: uimastite ja riikide lõikes erinevad karistused

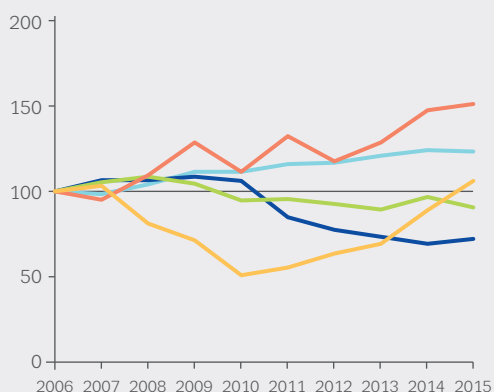
Volitamata uimastipakkumine on kuritegu kõikides Euroopa riikides, kuid õigusaktides sätestatud karistused on väga erinevad. ELi liikmesriikide õiguspraktikute arvamusi käsitlevas hiljutises EMCDDA uuringus leiti, et eksperdid eeldavad ebaseaduslikku uimastikaubandust puudutavate sarnaste õigusrikkumiste eest eri riikides väga erinevaid karistusi (vt joonis 1.14). Erinevused võivad tuleneda riigi ajaloo ja kultuuriga seotud teguritest, mis mõjutavad riigi kriminaalõigussüsteemi, aga ka erinevatest riiklikest seisukohtadest süüdimõistmise kui heidutusmeetme tõhususe kohta. Uuringust selgus ka, et kuigi õigusaktid võivad sisaldada erinevate ainete puhul sarnaseid karistusi, arvasid praktikud enamikus riikides, et karistused oleksid sisuliselt erinevad. See osutab võimalusele, et kohtunikud võtavad arvesse selliseid tegureid nagu erinevate uimastite poolt ühiskonnale põhjustatud tajutav kahju.

JOONIS 1.15

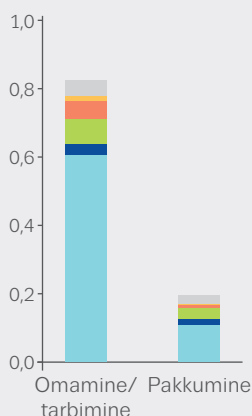
Euroopa uimastiõigusaktides sätestatud õigusrikkumised seoses uimastite tarbimise, omamise või pakkumisega: indekseeritud suundumused ja teatatud õigusrikkumised, 2015

Omamisega/tarbimisega seotud rikkumised

Indekseeritud suundumused

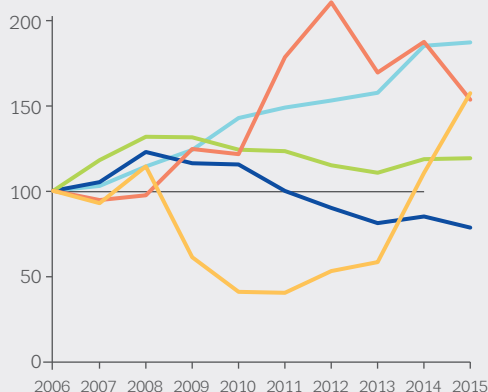


Õigusrikkumiste arv (miljonit)



Pakkumisega seotud rikkumised

Indekseeritud suundumused



Legend: Heroiin (dark blue), Kokaiin (green), MDMA (orange), Kanep (light blue), Amfetamiinid (red), Muud ained (grey)

NB! Nende õigusrikkumiste andmed, mille puhul on teatatud asjaomane uimasti.

Uimastiõigusaktide rikkumised: enamik on seotud kanepiga

Õigusaktide rakendamise seire põhineb uimastiõigusaktide rikkumise andmetel. Euroopa Liidus teatati 2015. aastal hinnanguliselt 1,5 miljonist uimastiõigusakti rikkumisest; neist enamik (57%) oli seotud kanepi tarbimise või omamisega ja õigusrikkujaid oli kokku ligikaudu 1 miljon. Ajavahemikus 2006–2015 suurenes teatatud õigusrikkumiste arv peaaegu kolmandiku võrra (31%).

Üldiselt on uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumistest teatamiste arv alates 2006. aastast suurenenud 18% ja 2015. aastal registreeriti üle 214 000 juhtumi. Enamik pakkumisega seotud õigusrikkumisi (57%) puudutasid kanepit. MDMA pakkumisega seotud õigusrikkumistest teatamine on alates 2013. aastast järsult kasvanud (joonis 1.15).

Kogu Euroopas oli uimastite tarbimise või isiklikuks tarbeks omamisega seotud rikkumisi 2015. aastal kokku hinnanguliselt üle miljoni, st 27% rohkem kui 2006. aastal. Uimastite omamisega seotud teatatud õigusrikkumistest ligikaudu kolmveerand (74%) puudutasid kanepit. 2015. aastal jätkus amfetamiinide ja MDMA omamisega seotud õigusrikkumiste arvu kasv (joonis 1.15).

**2015. aastal teatati
hinnanguliselt 1,5 miljonist
uimastiõigusakti
rikkumisest**

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, 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

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

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.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

EMCDDA ja Europoli ühisväljaanded**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

EMCDDA ja Eurojusti ühisväljaanded**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

2

**Uimastitarbijate seas
on levinud mitme
uimasti koostarbimine**

Uimastitarbimise levik ja suundumused

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

Uimastitarbimise seire

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

Kooliõpilasi ja elanikkonda hõlmavad uuringud võivad anda ülevaate uimastite proovimise ja meelelahutusliku tarbimise levikust. 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.

Täielikud andmestikud ja metodoloogia kirjeldused on veebis [statistikabülletäänis](#).

Uimastitarbimise erinevad suundumused eri riikide kooliõpilaste seas

Kooliõpilaste uimastitarbimise seire annab olulist teavet noorte praegusest riskikäitumisest ja võimalikest tulevikusuundumustest. 2015. aastal toimus koolides läbiviidava alkoholi ja muude uimastite Euroopa uurimisprojekti (ESPAD) raames kuues andmete kogumine alates selle projekti algatamisest 1995. aastal. Viimase uuringu käigus koguti võrreldavaid andmeid uimastitarbimise kohta 15–16-aastaste kooliõpilaste seas 25 Euroopa riigis, sealhulgas ELi liikmesriikides ja Norras. Nende 24 riigi kooliõpilastest keskmiselt 18% olid tarbinud kanepit vähemalt ühe korra (elu jooksul uimastite tarvitamine). See näitaja oli kõrgeim Tšehhi Vabariigis (37%) ja Prantsusmaal (31%). Viimase 30 päeva jooksul oli kanepit tarbinud keskmiselt 8% uuringuga hõlmatud õpilastest 24 riigis – alates 2%st Rootsis, Soomes ja Norras kuni 17%ni Prantsusmaal. Soolised erinevused kõikusid Euroopa piires: elu jooksul kanepit tarbinud õpilaste seas oli poisse ja tüdrukuid Tšehhi Vabariigis ja Maltas võrdselt, kuid Norras oli see suhe 2,5 poissi ühe tüdruku kohta.

Muude ebaseaduslike uimastite (peale kanepi) tarbimine oli palju väiksem ja elu jooksul uimastite tarvitamise üldmäär oli 5%. Kanepi kõrval tarbiti ebaseaduslikest uimastitest kõige sagedamini MDMAd (*ecstasy*), amfetamiini, kokaiini, metamfetamiini ja LSDd või muid hallutsinogeene. Nende tarbimist tunnistas 2% kooliõpilastest. Uute psühhoaktiivsete ainete tarbimisest teatas 4% õpilastest, kusjuures Eestis ja Poolas oli see näitaja kõige kõrgem (kummaski 10%).

Analüüsi jaoks piisavalt andmeid esitanud 22 riigis (21 ELi liikmesriiki ja Norra) saavutas viimase kuu jooksul kanepit tarbinute arvu üldine kasvusuundumus haripunkti 2003. aastal, kuid seejärel toimus järgmiste uuringute kohaselt väike langus (joonis 2.1). 2011. ja 2015. aastal tehtud uuringute vahelisel ajal oli nii elu jooksul kanepit tarbinute kui ka viimase kuu jooksul kanepit tarbinute arv enamikus neist riikidest stabiilne. Elu jooksul muid ebaseaduslikke uimasteid (v.a kanep) tarbinute arv on alates 1995. aastast püsinud sisuliselt muutumatuna ja väike tõus toimus vaid ajavahemikus 2011–2015.

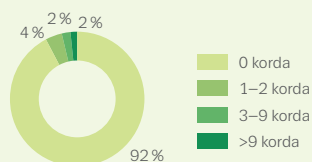
4% kooliõpilastest teatasid, et on elu jooksul tarbinud uusi psühhoaktiivseid aineid

UIMASTITARBIMINE 15–16-AASTASTE EUROOPA KOOLIÕPILASTE SEAS (2015 ESPAD)

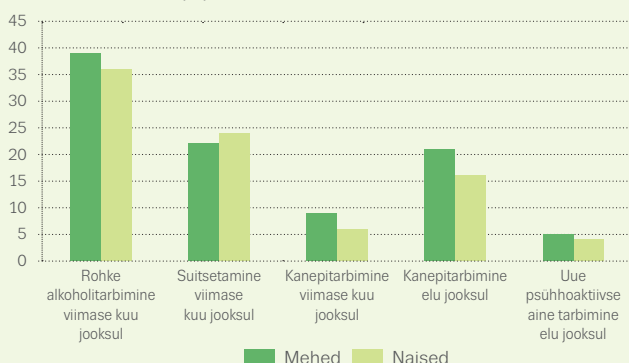
Viimase kuu kanepitarbimine sugude lõikes



Kanepitarbimise sagedus viimase kuu jooksul



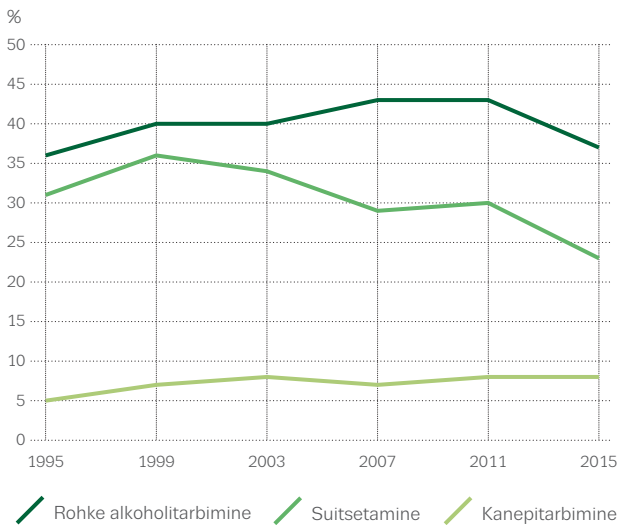
Uimastitarbimine (%)



NB! Põhineb ESPADi 2015. aasta uuringus osalenud 23 ELi liikmesriigi ja Norra andmetel.

JOONIS 2.1

Viimase kuu jooksul rohke alkoholitarbimise, suitsetamise ja kanepitarbimise suundumused 15–16-aastaste Euroopa kooliõpilaste seas



NB! Põhineb vähemalt neljas ESPADi uuringus osalenud 21 ELi liikmesriigi ja Norra andmetel.

Tubakatarbimise ja rohke alkoholitarbimise hiljutine vähenemine kooliõpilaste seas

ESPAD esitab ka alkoholi- ja tubakatarbimise andmeid. Vähemalt ühe korra elus oli alkoholi tarbinud rohkem kui neli viiendikku (83%) kooliõpilastest. Pooled õpilased teatasid, et tarbisid alkoholi vähemalt ühe korra viimase kuu jooksul. 39% poistest ja 36% tüdrukutest olid viimase kuu jooksul ühel korral tarbinud viis või rohkem alkohoolset jooki (rohke alkoholitarbimine).

Suitsetanud oli veidi alla poole (47%) kooliõpilastest. 23% õpilastest teatas päevas ühe või mitme sigareti suitsetamisest uuringule eelnenud kuu jooksul ning 3% suitsetas päevas üle kümne sigareti.

Suundumuste analüüsiks piisavalt andmeid esitanud 22 EMCDDA riigis vähenes ajavahemikus 1995–2015 üldiselt nii alkoholi kui ka sigareti elu jooksul ja viimase kuu jooksul tarbinute arv. Rohke alkoholitarbimise suundumuse muutused olid vähem märgatavad, kuigi tüdrukute seas täheldati teatavat kasvu sellel ajavahemikul. 2011. ja 2015. aasta uuringute vahelisel ajal vähenes nii rohke alkoholitarbimine kui ka viimase kuu jooksul suitsetamine.

Ebaseaduslikke uimasteid on proovinud üle 93 miljoni täiskasvanu

Hinnangute kohaselt on üle 93 miljoni ehk veidi rohkem kui veerand Euroopa Liidu 15–64-aastastest elanikest proovinud elu jooksul ebaseaduslikku uimastit. Uimasteid proovivad rohkem mehed (56,8 miljonit) kui naised (36,8 miljonit). Kõige rohkem proovitakse kanepit (53,8 miljonit meest ja 34,1 miljonit naist), palju väiksemaks hinnatakse kokaiini (12,2 miljonit meest ja 5,3 miljonit naist), MDMA (9,3 miljonit meest ja 4,7 miljonit naist) ja amfetamiinide (8,4 miljonit meest ja 4,2 miljonit naist) tarbimist elu jooksul. Elu jooksul kanepit tarvitanute arv on riigiti väga erinev – Prantsusmaal on see ligikaudu 8 täiskasvanut 20st, kuid Maltas ja Rumeenias vähem kui 1 täiskasvanu 20st.

Viimase aasta uimastitarbimine näitab hiljutise uimastitarbimise taset ja on peamiselt levinud just noorte täiskasvanute seas. Viimasel aastal tarbis uimasteid hinnanguliselt 18,7 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased), kusjuures mehi oli nende seas kaks korda rohkem kui naisi.

Kanepitarbimine: riigiti erinevad suundumused

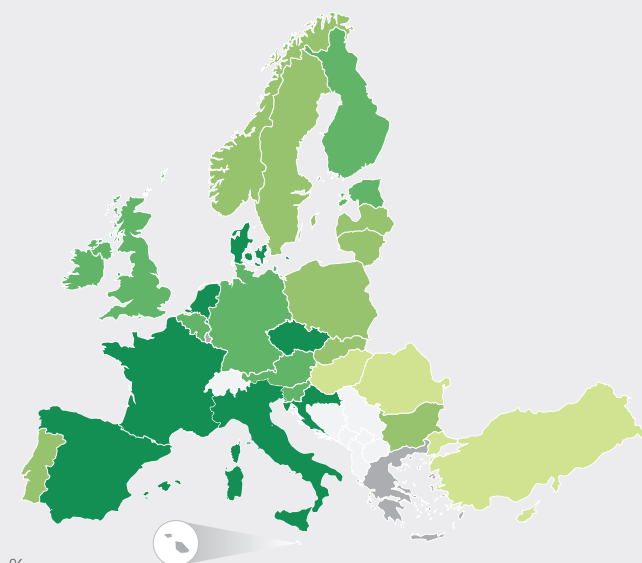
Kanep on ebaseaduslik uimastit, mida igas vanuses inimesed kõige tõenäolisemalt tarbivad. Kanepit tavaliselt suitsetatakse ja Euroopas segatakse seda harilikult tubakaga. Kanepitarbimise tavad erinevad alates juhuslikust tarvitamisest kuni sõltuvuseni.

Elu jooksul on kanepit proovinud hinnanguliselt 87,7 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 26,3% sellest vanuserühmast. Viimase aasta jooksul tarbis neist kanepit hinnanguliselt 17,1 miljonit noort eurooplast (15–34-aastased) ehk 13,9% sellest vanuserühmast ning neist 10 miljonit (ehk 17,7% sellest vanuserühmast) olid 15–24-aastased. 15–34-aastaste seas oli viimasel aastal kanepit tarbinute määr vahemikus 3,3%st Rumeenias kuni 22%ni Prantsusmaal. Viimasel aastal kanepit tarbinud noorte seas oli mehi kaks korda rohkem kui naisi.

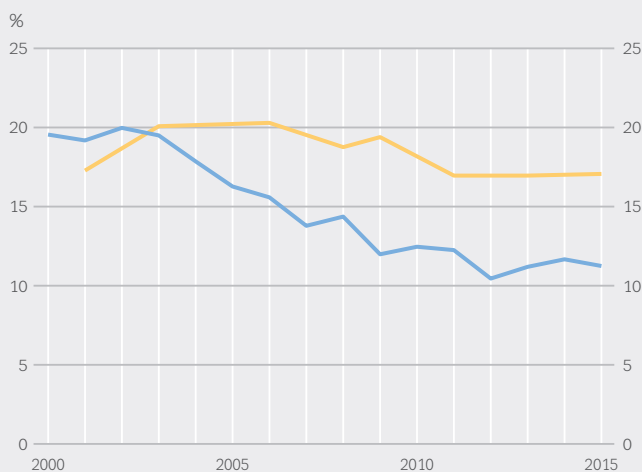
**Kõige sagedamini
proovitakse uimastitest
kanepit**

JOONIS 2.2

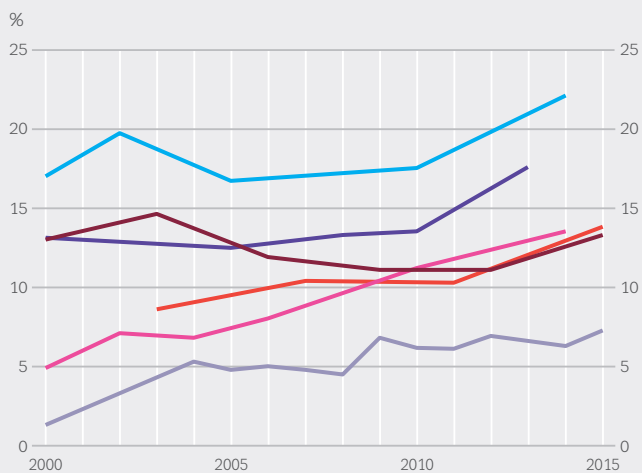
Kanepitarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): viimased andmed (kaart) ja valitud suundumused



%
 <5,1 5,1–10,0 10,1–15,0 >15,0 Andmed puuduvad



Hispaania Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales)



Prantsusmaa Taani Iirimaa Soome
 Saksamaa Rootsi

Värskemad uuringutulemused näitavad, et viimase aasta kanepitarbimise andmed on riigiti endiselt erinevad. Nendest riikidest, mis on alates 2014. aastast uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatas seitse tarbimise suurenemisest, kuues oli olukord stabiilne ja kaks hindasid tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus.

Üksikutel riikidel on piisavalt uuringuandmeid, et statistiliselt analüüsida noorte täiskasvanute (15–34-aastased) viimase aasta kanepitarbimise suundumusi. Hispaanias ja Ühendkuningriigis viimasel kümnendil valitsenud pikaajaline langussuundumus on viimaste andmete põhjal nüüd stabiliseerunud (joonis 2.2).

Iirimaa, Soomes ja Rootsis valitses viimasel kümnendil kasvusuundumus, kuid alates 2009. aastast on kanepitarbimise levik olnud Rootsis stabiilne. Saksamaal, Prantsusmaal ja Taanis puudus kõnealusel ajavahemikul kasvusuundumus, kuid värskemad uuringutulemused viitavad hiljutisele tõusule viimasel aastal kanepit tarbinud noorte täiskasvanute arvu. Prantsusmaa teatas 2014. aastal uue 22% tipptaseme saavutamisest, samas kui Saksamaa teatel saavutati viimase kümnendi uus 13% tippase 2015. aastal. Mõnedel riikidel puuduvad piisavad andmed suundumuste statistilise analüüsi tegemiseks. 2015. aastal ilmnis Madalmaade teisest iga-aastasest võrdlevast uuringust ligikaudu 16% kanepitarbimise levik, samal ajal kui Austria esimene riiklik uuring (alates 2008. aastast) näitas 14% kanepitarbimise levikut.

Suure riskiga kanepitarbijad: ravialustajate arvu kasv

Rahvastiku-uuringute kohaselt tarbib kanepit iga päev või peaaegu iga päev (st viimasel kuul vähemalt 20 päeva) hinnanguliselt ligikaudu 1% Euroopa täiskasvanutest. Neist ligikaudu 30% on vanemad uimastitarbijad (35–64-aastased) ja üle kolmveerandi neist on mehed.

Kanepitarbimisest tulenevate terviseprobleemide tõttu ravi alustavate isikute andmed koos muude näitajatega annavad teavet suure riskiga kanepitarbimise olemuse ja ulatuse kohta Euroopas. Aastatel 2006–2015 suurenes esmakordsete ravialustajate koguarv 43 000-lt 76 000-le. Seda võis põhjustada mitu tegurit, sealhulgas kanepitarbimise suur levik elanikkonna hulgas, aktiivsete tarbijate arvu kasv, tugevatoimeliste toodete kättesaadavus ning ravile suunamise ja ravi pakkumise suurenemine.

Kokaiinitarbimine: riigiti stabiilsed suundumused

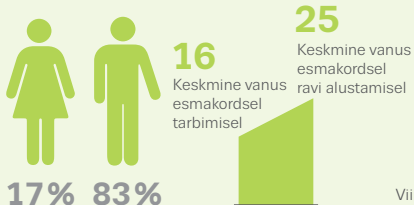
Kokaiin on enim tarbitud ebaseaduslik stimulant Euroopas ning selle tarbimine on rohkem levinud Lõuna- ja Lääne-Euroopa riikides. Regulaarsete tarbijate hulgas saab üldiselt eristada sotsiaalselt lõimunud tarbijaid, kes tõmbavad sageli kokaiinipulbrit (kokaiinhüdrokloriid) ninna, ning tõrjutumaid tarbijaid, kes süstivad kokaiini või suitsetavad *crack'i* (aluseline kokaiin), mõnikord koos opioidide tarbimisega.

Elu jooksul on kokaiini proovinud hinnanguliselt 17,5 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 5,2% sellest vanuserühmast. Viimase aasta jooksul on kokaiini tarbinud ligikaudu 2,3 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,9% sellest vanuserühmast.

Ainult Iirimaa, Hispaania, Madalmaad ja Ühendkuningriik teatasid, et noortest täiskasvanutest on viimase aasta jooksul kokaiini tarbinud 2,5% või rohkem. Euroopas varasematel aastatel üldiselt täheldatud kokaiinitarbimise vähenemist ei olnud uusimates uuringutes märgata. Nendest riikidest, mis on alates 2014. aastast uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatas kaks tarbimise suurenemisest, 11 riigis oli olukord stabiilne ja üks hindas tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus.

RAVI ALUSTAVAD KANEPI TARBIJAD

Näitajad



Esmakordsed ravialustajad

60%

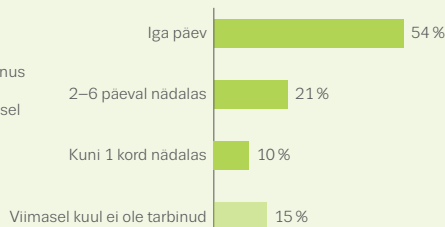


Varem ravi saanud ravialustajad

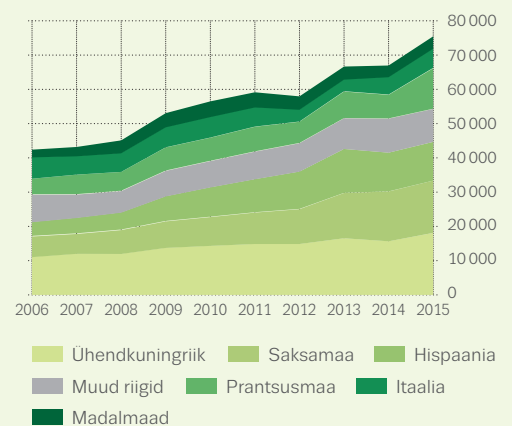
40%

Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine 5,4 päeval nädalas



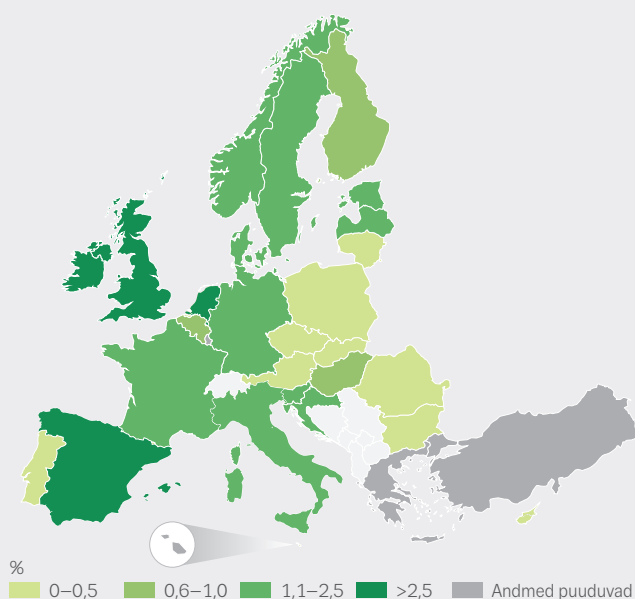
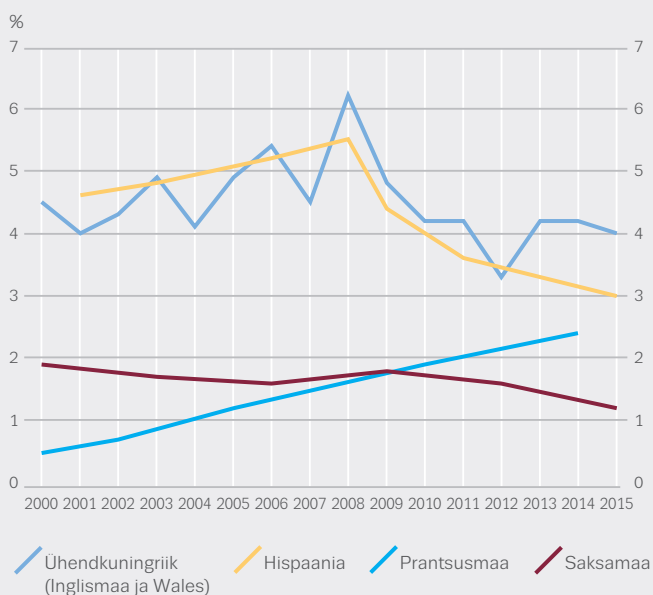
Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



NB! Näitajad on esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamiseks uimastiks on kanep. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 23 riigi andmetel. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.3

Kokaiinitarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): valitud suundumused ja viimased andmed



Noorte täiskasvanute viimase aasta kokaiinitarbimise pikaajaliste suundumuste statistilist analüüsi on võimalik teha vaid üksikutes riikides. Uued andmed kinnitavad suundumuste olemasolu. Hispaania ja Ühendkuningriik teatasid mõlemad kuni 2008. aastani kokaiinitarbimise suurenemisest, sellele järgnes stabiliseerumine või langus (joonis 2.3). Prantsusmaal oli kokaiinitarbimine küll vähem levinud, kuid ka seal võis täheldada kasvusuundumust ja 2014. aastal ületas leviku näitaja esimest korda 2% taseme. Saksamaal püsis kokaiinitarbimine aastatel 2000–2009 stabiilsena, kuid 2015. aasta uuring näitas kokaiinitarbimise vähenemist.

Rahvastiku-uuringu tulemusi täiendab mitut linna hõlmav uuring, mille raames analüüsiti kokaiinijääke linnade reovees. Reovee analüüs näitab puhaste ainete üldist tarbimist kogukonnas ja selle tulemused ei ole otseselt võrreldavad riikide rahvastiku-uuringu hinnangutega. Reovee analüüsi tulemused on esitatud uimastijäägi standarditud kogustena (massikoormus) 1000 inimese kohta päevas.

2016. aasta analüüsi põhjal oli bensoüülkoniini – kokaiini peamise ainevahetussaaduse – suurim massikoormus Belgia, Hispaania ja Ühendkuningriigi linnades ning väga väike massikoormus Ida-Euroopa linnades (vt joonis 2.4). 2015. ja 2016. aasta kohta andmeid esitanud 33 linnast teatasid 22 massikoormuse kasvust, neli vähenemisest ja seitsme andmetel oli olukord stabiilne. Enamik 2011. ja 2016. aasta kohta andmeid esitanud 13 linnast teatasid, et pikaajalised suundumused on stabiilsed või kasvavad.

Suure riskiga kokaiinitarbimine: stabiilne ravinõudlus

Suure riskiga kokaiinitarbimise levikut Euroopas on raske hinnata, sest uusimaid hinnanguid on andnud ainult neli riiki ning kasutatud on erinevaid mõisteid ja meetodeid. 2015. aastal oli Saksamaal suure riskiga kokaiinitarbimise hinnanguline osakaal täiskasvanute seas sõltuvusastmete küsimustiku põhjal 0,20%, kuid Hispaanias oli see tarbimissageduse põhjal 0,24%. Itaalia 2015. aasta hinnangu kohaselt vajas kokaiinitarbimise tõttu ravi 0,65% elanikest. Portugalis oli suure riskiga kokaiinitarbimine viimase aasta kohta teatatud tarbimisandmete alusel 2012. aastal hinnanguliselt 0,62%.

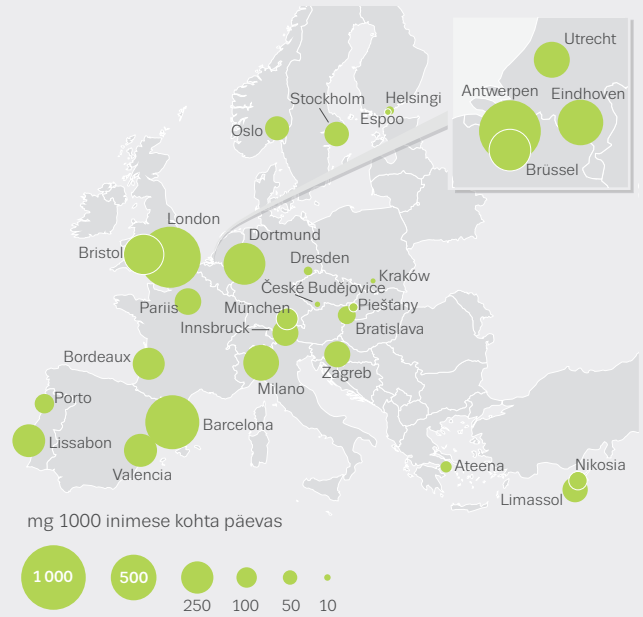
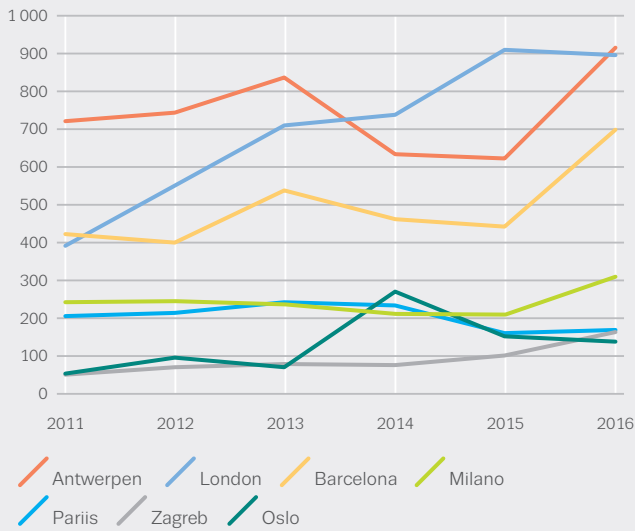
Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriigi elanike osakaal kokaiinisõltuvuse tõttu ravi alustajate koguarvust Euroopas on ligikaudu kolmveerand (74%). 2015. aastal nimetas kokaiini peamiseks tarvitavaks uimastiks umbes 63 000 spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsienti ja umbes 28 000 esmakordset patsienti. Langusperioodi järel on kokaiinisõltuvuse tõttu esimest korda ravi alustavate isikute koguarv püsinud alates 2012. aastast suhteliselt stabiilsena.

2015. aastal nimetas peamise uimastina *crack*'i 7400 Euroopas ravi alustanud patsienti, neist peaaegu kaks kolmandikku (4800) Ühendkuningriigis. Ülejäänud patsientidest enamik (1900) on Hispaaniast, Prantsusmaalt ja Madalmaadest.

JOONIS 2.4

Kokaiinjäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed

mg 1000 inimese kohta päevas

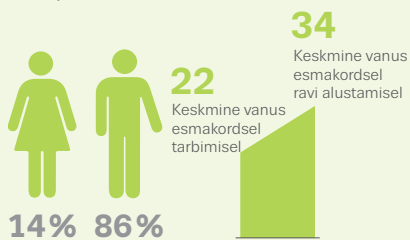


NB! Keskmised bensouülekoniini kogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2016. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Ühendkuningriigi (Inglismaa) hinnangu kohaselt oli 2011.–2012. aastal crack'i tarbijate osa täiskasvanud elanikkonnas 0,48%. Enamik neist crack'i tarbijatest tarbisid ka opioide.

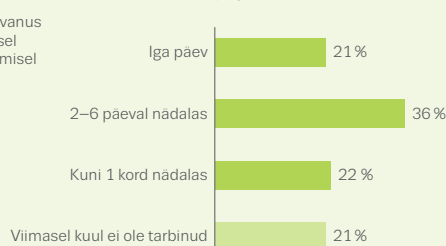
RAVI ALUSTAVAD KOKAIINTARBIJAJD

Näitajad

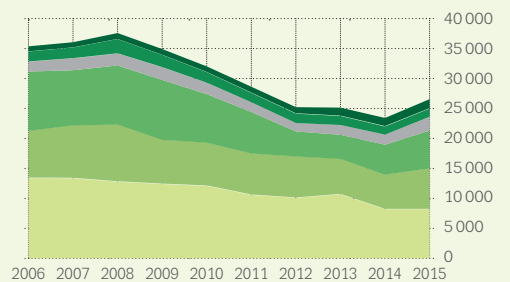


Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine 3,7 päeval nädalas



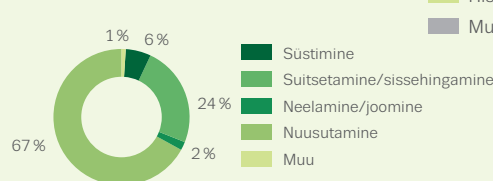
Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



Esmakordsed ravialustajad



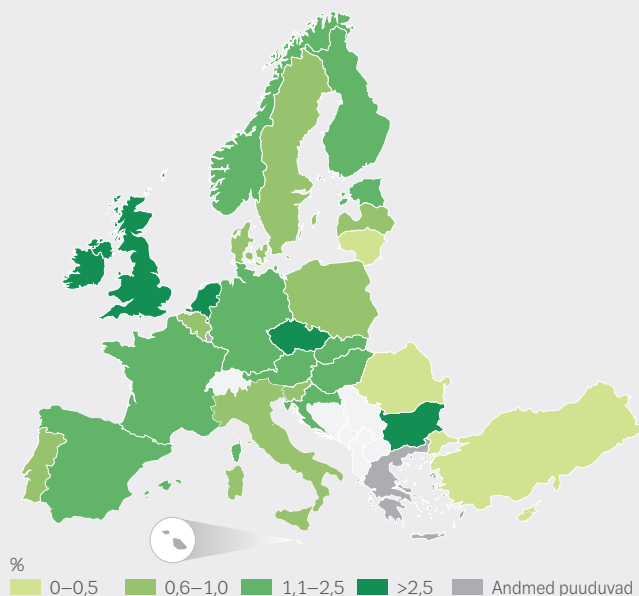
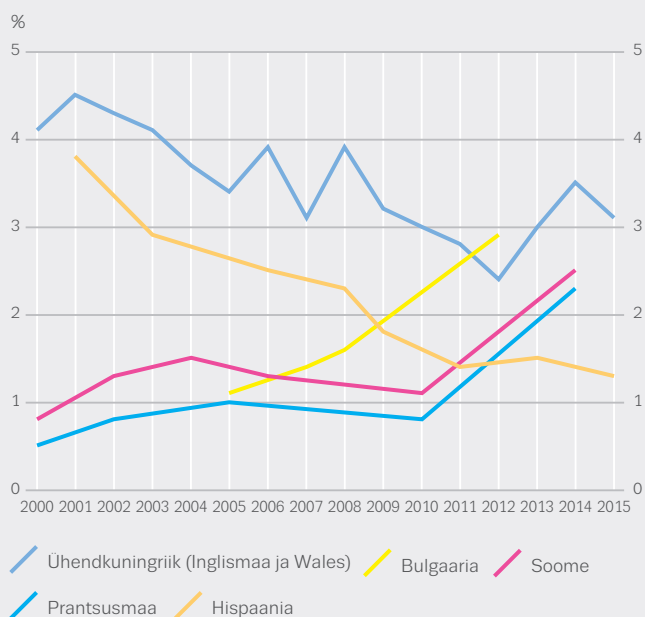
Manustamisviis



NB! Näitajad on esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kokaiin. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 23 riigi andmetel. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.5

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



MDMA: tarbimise kasv jätkub

MDMAd (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) tarbitakse tablettidena (nn *ecstasy*), aga ka kristalsel ja pulbri kujul; tabletid neelatakse tavaliselt alla, kuid kristalset ja pulbrilist MDMAd manustatakse nii suu kaudu kui ka igemeid hõõrudes või ninna tõmmates. Enamiku Euroopa uuringutega on seni kogutud andmeid pigem *ecstasy* kui MDMA tarbimise kohta, kuid praegu on see muutumas.

Elu jooksul on MDMAd/*ecstasy*t proovinud hinnanguliselt 14 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 4,2% sellest vanuserühmast. Andmed hiljutise tarbimise kohta aktiivseima uimastitarbimisega vanuserühmas näitavad, et viimase aasta jooksul tarbis MDMAd 2,3 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,8% sellest vanuserühmast; riikide näitajad ulatuvad 0,3%st Küproses, Leedus ja Rumeenias kuni 6,6%ni Madalmaades.

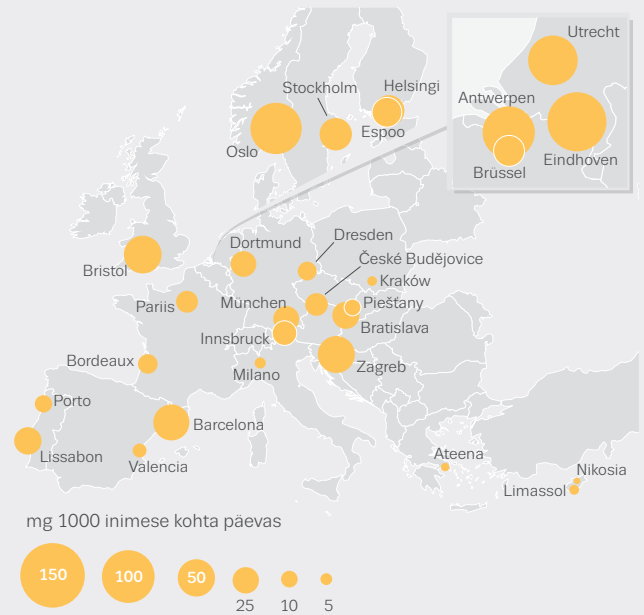
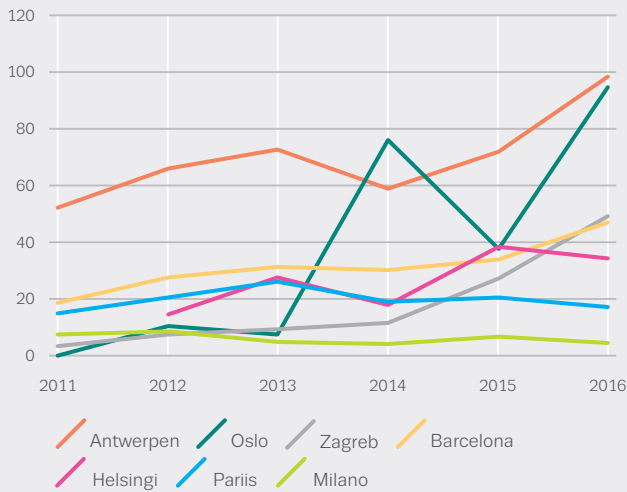
Kuni viimase ajani oli MDMA tarbimine paljudes riikides vähenemas pärast tippaseme saavutamist 2000. aastate algusest kuni keskpaigani. Allikate seirest ilmneb, et viimastel aastatel on MDMA tarbimine siiski suurenenud. Nendes riikides, mis on alates 2014. aastast uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, näitavad tulemused jätkuvat kasvusuundumust Euroopas, sest viisi riiki hindasid tarbimist suuremaks kui eelmises võrdlevas uuringus ja üheksas oli olukord stabiilne.

Riikides, kus on olemas andmed noorte täiskasvanute viimase aasta MDMA tarbimise suundumuste statistilise analüüsi tegemiseks, näitavad värskemad andmed muutuste toimumist. Pärast stabiilset seisu või järkjärgulist kasvu alates 2000. aastast teatasid Prantsusmaa ja Soome 2014. aastal suurest MDMA tarbimise kasvust (joonis 2.5). Ühendkuningriigi andmete kohaselt vähenes 2015. aastal alates 2012. aastast täheldatud MDMA tarbimise kasv, samal ajal kui Hispaanias pikaajaline langussuundumus püsib, kuigi hiljutised näitajad on stabiilsed.

JOONIS 2.6

MDMA jäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



NB! Keskmised MDMA kogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2016. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

2016. aasta mitut linna hõlmav analüüs tuvastas MDMA suurima massikoormuse Belgia, Madalmaade ja Norra linnades reovees (joonis 2.6). 2015. ja 2016. aasta kohta andmeid esitanud 32 linnast teatasid 17 massikoormuse kasvust, 11 vähenemisest ja nelja linna andmetel oli olukord stabiilne. Mis puudutab pikaajalisi suundumusi, siis enamik 2011. ja 2016. aasta kohta andmeid esitanud linnadest teatasid, et MDMA massikoormus reovees oli 2016. aastal suurem kui 2011. aastal. Osa linnu täheldas massikoormuse järsku kasvu.

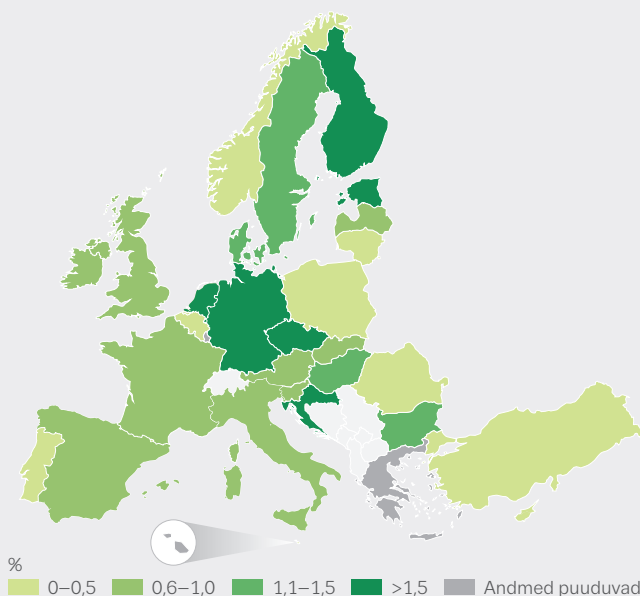
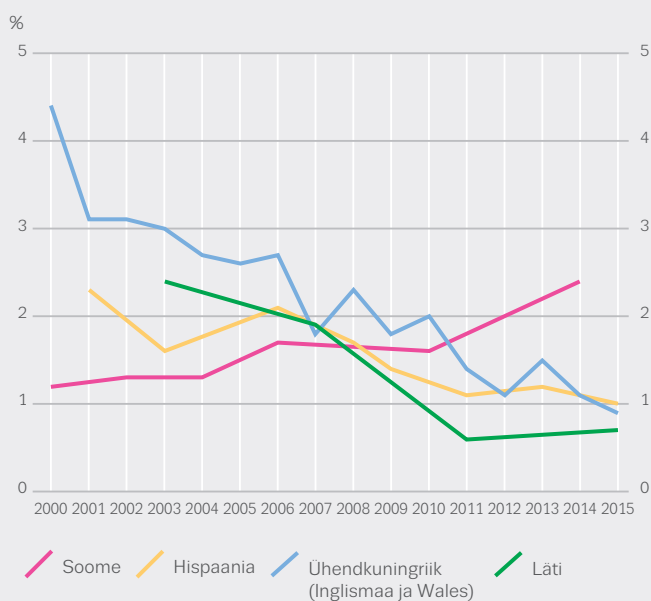
MDMAd tarbitakse sageli koos muude ainetega, sealhulgas alkoholiga, ning seda on läbi aegade tihedalt seostatud meelelahutusasutuste ja eelkõige elektroonilise tantsumuusikaga. Praegused andmed näitavad, et suure MDMA levikuga riikides ei ole see enam niši- või subkultuuri uimasti, mida tarbitakse üksnes tantsuklubides ja pidudel, vaid paljud noored tarbivad seda laialdaselt levinud meelelahutusüritustel, sealhulgas baarides ja majapidudel.

MDMA tarvitamist nimetatakse harva narkomaaniaravi alustamise põhjusena. 2015. aastal nimetasid MDMA-d põhjusena alla 1% (peaaegu 900 juhtumit) esmakordsetest ravialustajatest Euroopas.

**Allikate seirest ilmneb
MDMA tarbimise kasv**

JOONIS 2.7

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



Amfetamiinide tarbimine: riikide erinev olukord

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

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

Elu jooksul on amfetamiine proovinud hinnanguliselt 12,5 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 3,8% sellest vanuserühmast. Andmed hiljutise tarbimise kohta aktiivseima uimastitarbimisega vanuserühmas näitavad, et viimase aasta jooksul tarbis amfetamiine 1,3 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,1% sellest vanuserühmast; riikide näitajad ulatuvad 0,1%st Küproses, Portugalis ja Rumeenias kuni 3,1%ni Madalmaades. Olemasolevad andmed näitavad, et alates umbes 2000. aastatest on enamikus Euroopa riikides tarbimine suhteliselt stabiilne. Nendest riikidest, mis on alates 2014. aastast uusi uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatas kaks tarbimise suurenemisest, kümnes oli olukord stabiilne ja kaks

hindasid tarbimist väiksemaks kui eelmises võrdlevas uuringus.

Noorte täiskasvanute viimase aasta amfetamiinitarbimise suundumuste statistilist analüüsi on võimalik teha vaid üksikutes riikides. Hispaanias, Lätis ja Ühendkuningriigis püsib pikaajaline langussuundumus (joonis 2.7). Soomes on tarbimine seevastu kasvanud alates 2000. aastast.

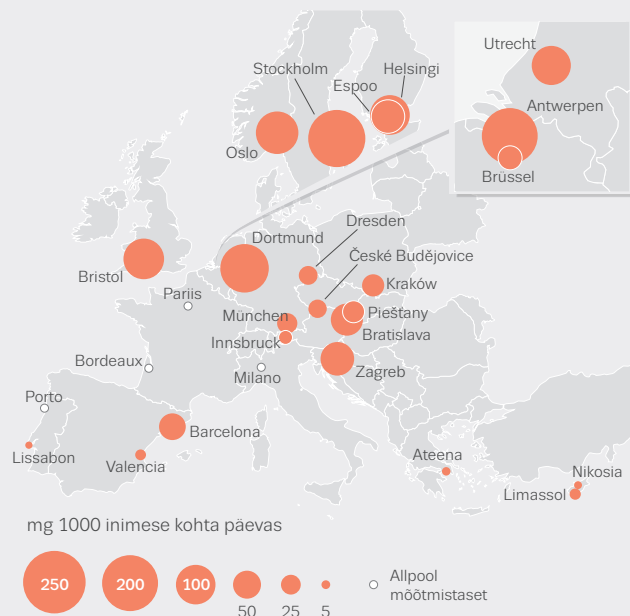
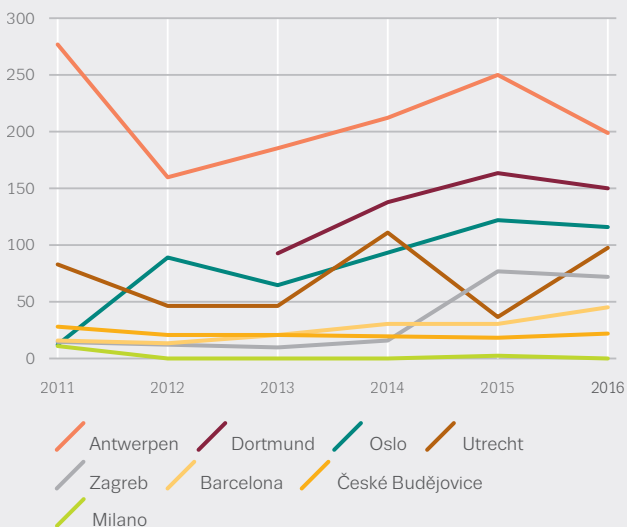
Linnade reovee 2016. aasta analüüsi tulemustest selgus, et amfetamiini massikoormus on Euroopa linnades väga erinev ja suurim massikoormus tuvastati Põhja-Euroopa linnades (vt joonis 2.8). Lõuna-Euroopa linnades oli amfetamiini tase reovees palju väiksem. 2015. ja 2016. aasta kohta andmeid esitanud 32 linnast teatasid 13 massikoormuse kasvust, kümme vähenemisest ja üheksa andmetel oli olukord stabiilne. Üldiselt näitasid 2011.–2016. aasta andmed amfetamiiniga seoses suhteliselt stabiilseid suundumusi.

Metamfetamiini tarbitakse vähem ja varem esines seda peamiselt Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kuid nüüd levib see ka Ida-Saksamaal ja Põhja-Euroopas, eelkõige Soomes linnades (vt joonis 2.9). 2015. ja 2016. aasta kohta reovee metamfetamiinisalduse andmeid esitanud 30 linnast teatasid 13 massikoormuse kasvust, seitse vähenemisest ja kümme andmetel oli olukord stabiilne.

JOONIS 2.8

Amfetamiinjäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed

mg 1000 inimese kohta päevas

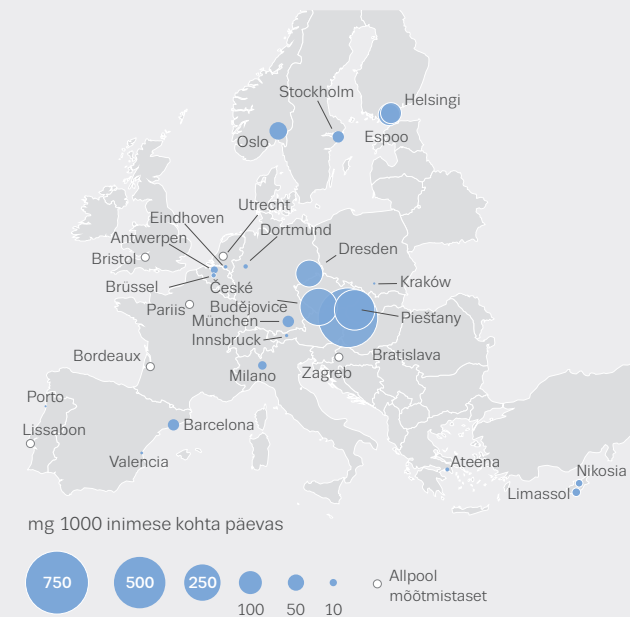
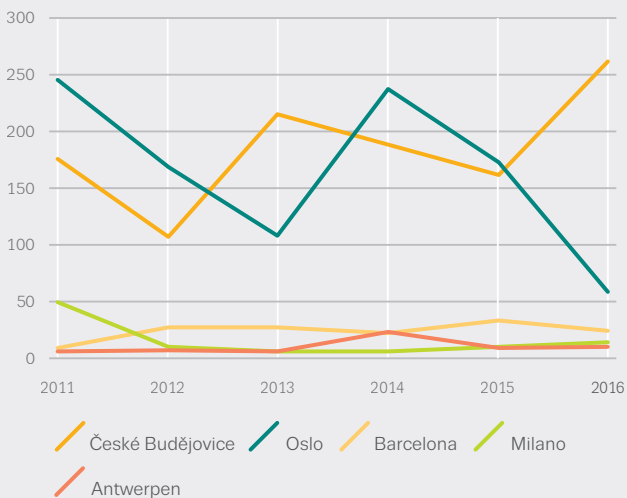


NB! Keskmised amfetamiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2016. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

JOONIS 2.9

Metamfetamiinjäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



NB! Keskmised metamfetamiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2016. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

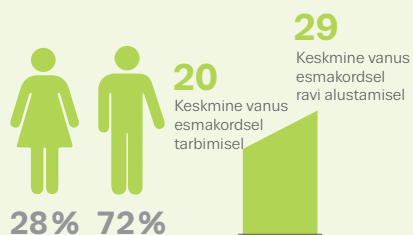
Suure riskiga amfetamiinitarbimine: suurenev ravinõudlus

Pikaajalise, kroonilise ja süstimisel põhineva amfetamiinitarbimisega seotud probleemid on läbi aegade enam levinud Põhja-Euroopa riikides. Pikaajalisest metamfetamiinitarbimisest tingitud probleeme on esinenud seevastu rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias. Hiljutiste hinnangute kohaselt oli 2015. aastal suure riskiga amfetamiinitarbimine Norras 0,33% ehk 11 200 täiskasvanut ja Saksamaal 0,19% ehk 102 000 tarbijat. Läti andmetel moodustavad amfetamiinitarbijad tõenäoliselt enamiku hinnanguliselt 2180 (0,17%) suure riskiga stimulantitarbijast; 2010. aastal oli nende arv 6540 (0,46%). Suure riskiga metamfetamiinitarbimise uuemad hinnangud on olemas Tšehhi Vabariigi ja Küprose kohta. Tšehhi Vabariigis oli suure riskiga metamfetamiinitarbijaid 2015. aastal täiskasvanute (15–64-aastased) seas ligikaudu 0,49%. Selle uimasti suure riskiga tarbimine, peamiselt süstimine, suurenes 20 900 tarbijalt 2007. aastal tippasemele ehk 36 400 tarbijale 2014. aastal ning vähenes seejärel 34 200 tarbijale 2015. aastal. Küproses oli selliste tarbijate osakaal 2015. aastal hinnanguliselt 0,14% ehk 678 tarbijat.

Euroopas nimetas 2015. aastal peamise uimastina amfetamiine ligikaudu 34 000 spetsiaalse narkomaaniaravi alustajatest, kellest ligikaudu 14 000 olid esmakordsed patsiendid. Üle 15% esmakordsetest ravialustajatest Bulgaarias, Saksamaal, Lätis, Poolas ja Soomes on peamiselt amfetamiini tarbijad. Metamfetamiinitarbijaid oli ravialustajate seas kõige rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kus kokku elab 90% Euroopa 9000 metamfetamiinitarbijast, kes saavad Euroopas spetsiaalset ravi. Aastatel 2006–2014 täheldatud üldine langussuundumus nende esmakordsete ravialustajate arvus, kes nimetasid amfetamiini või metamfetamiini oma peamise uimastina, jätkus enamikus riikides ka 2015. aastal.

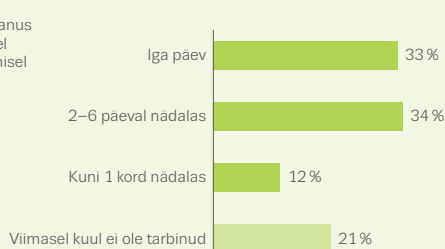
RAVI ALUSTAVAD AMFETAMIINITARBIJAJAD

Näitajad

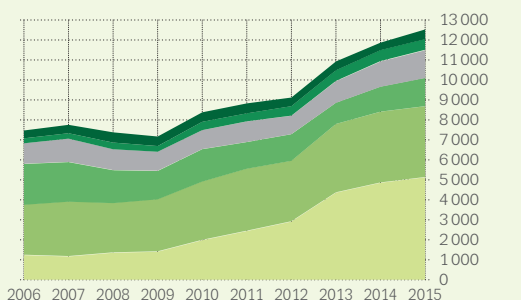


Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine 4,4 päeval nädalas



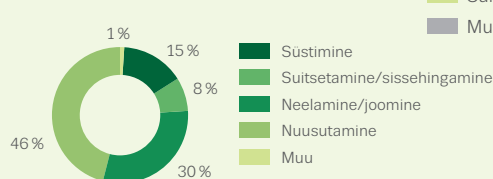
Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



Esmakordsed ravialustajad



Manustamisviis



Saksamaa Tšehhi Vabariik Ühendkuningriik Muud riigid Slovakkia Madalmaad

NB! Näitajad on esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamiseks uimastiks on amfetamiinid. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 23 riigi andmetel.

Ketamiin, GHB ja hallutsinogeenid: tarbimine on endiselt väike

Euroopas tarbitakse mitmesuguseid muid hallutsinogeenidena, anesteetikumidena, dissotsiatiivselt või depressantidena toimivaid aineid, sealhulgas LSD-d (lüsergiinhappe dietüülamiid), hallutsinogeenseid seeni, ketamiini ja GHB-d (gamma-hüdroksübutüraat).

Ketamiini ja GHB (sh selle lähteaine GBLi ehk gamma-butürolaktooni) meelelahutuslikust tarbimisest teatavates uimastitarbijate alamrühmades on teatatud viimased kaksikümmend aastat. Riikides, kus on hinnatud GHB ja ketamiini tarbimist, kasutavad seda nii täiskasvanud kui ka kooliõpilased jätkuvalt vähe. Norra teatas 2015. aasta uuringus, et viimasel aastal tarbis GHB-d 0,1% täiskasvanutest (16–64-aastased). 2015. aastal oli ketamiini, *poppers*'i (isopropüül nitrit) ja GHB viimase aasta tarbimine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas Tšehhi Vabariigis ja Ühendkuningriigis hinnanguliselt 0,6%.

LSD ja hallutsinogeensete seente tarbimine on olnud mitu aastat üldiselt väike ja stabiilne. Riikide uuringute kohaselt oli kummagi aine viimase aasta tarbimine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas alla 1%, välja arvatud hallutsinogeensete seente tarbimine Madalmaades (1,1%) ja Tšehhi Vabariigis (2,2%) 2015. aastal ning LSD tarbimine Soomes (1,3%) 2014. aastal.

Uute psühhoaktiivsete ainete tarbimine: elanikkonnas üldiselt väike

Mitu riiki on lisanud uued psühhoaktiivsed ained oma üldisesse rahvastiku-uuringusse, kuigi erinevad meetodid ja küsimused piiravad riikidevahelist võrdlust. 11 Euroopa riiki on alates 2011. aastast esitanud hinnangulisi andmeid uute psühhoaktiivsete ainete (v.a ketamiini ja GHB) tarbimise kohta. Nende ainete viimase aasta tarbimine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas oli alates 0,3%st Austrias kuni 1,6%ni Tšehhi Vabariigis ja Iirimaa.

Mefedroonitarbimise uuringuandmed on kättesaadavad Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Wales) kohta. Uusima uuringu (2015.–2016. aasta uuring) kohaselt oli selle uimasti viimase aasta tarbimine 16–34-aastaste seas hinnanguliselt 0,5%; 2014.–2015. aastal oli see 1,1%.

Üksikud uuringud sisaldavad küsimusi sünteetiliste kannabinoidide tarbimise kohta. Hinnangute kohaselt oli sünteetiliste kannabinoidide viimase aasta tarbimine 15–34-aastaste seas 2015. aastal Lätis 1,5% ja Slovakkias 0,4% ning 2014. aastal Soomes 0,1%. 2014. aasta andmetel teatas Prantsusmaal 18–34-aastastest hinnanguliselt 4%, et on kunagi tarbinud sünteetilisi kannabinoide.

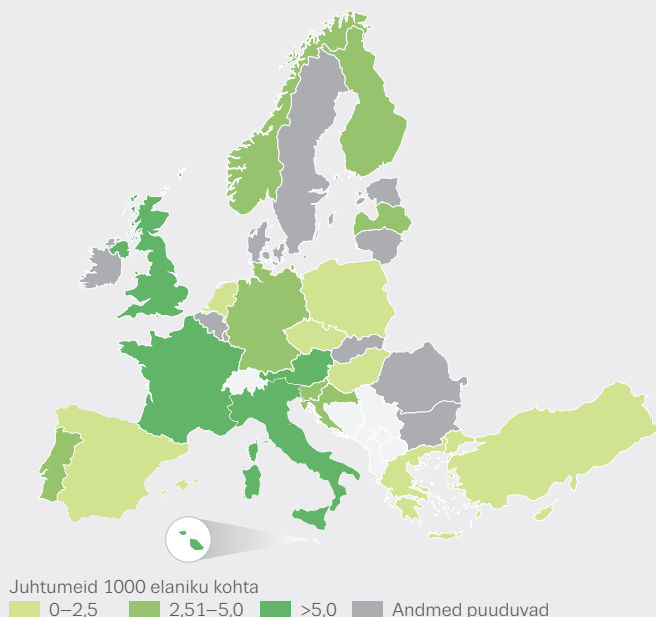
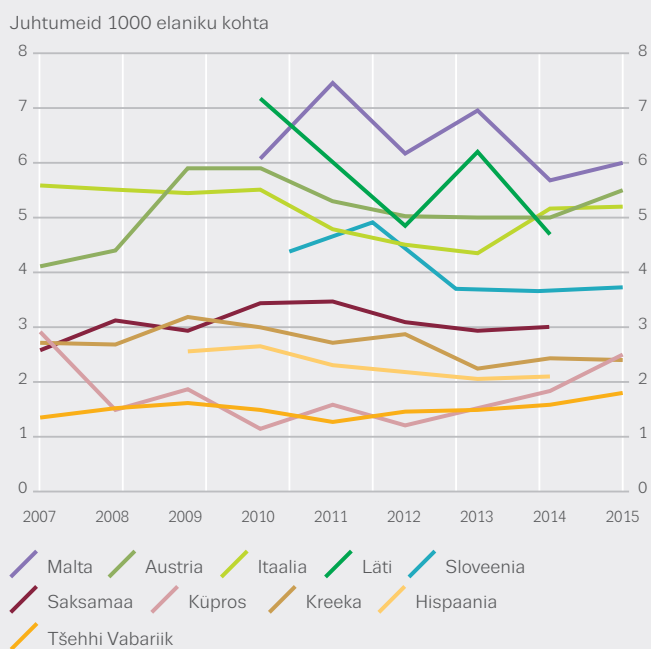
Uued psühhoaktiivsed ained: suure riskiga tarbimine tõrjutud rühmades

EMCDDA uuris 2016. aastal uute psühhoaktiivsete ainete tarbimist suure riskiga uimastitarbijate seas. Uuringus leiti, et kuigi tarbimise tase on Euroopas üldiselt madal, tulenevad tarbimisharjumustest mitmesugused probleemid. Enamik Euroopa riike (22) teatas uute psühhoaktiivsete ainete teatavast tarbimisest suure riskiga tarbijate seas, kuigi ulatuslikum tarbimine opioidide ja stimulantide süstijate seas piirdus Ungariga ja Ühendkuningriigi mõningate piirkondadega. Sünteetiliste katinoonide süstimisest teatasid pooled riigid (15), kusjuures tarbitav aine on riigiti sageli erinev: Ühendkuningriigis tarbitakse näiteks mefedrooni, Soomes alfa-PVPd, Ungaris pentedrooni ja Sloveenias 3-MMCd. Sünteetiliste kannabinoidide suitsetamine tõrjutud rühmades, sealhulgas kodutute ja vangide seas, on üha suurenev probleem, mis esineb praegu ligikaudu kahes kolmandikus Euroopa riikides.

Uute psühhoaktiivsete ainete tarbimisega seotud probleemide tõttu alustavad Euroopas ravi praegu vaid üksikud inimesed, kuid selles valdkonnas võib olla tegemist ka andmete esitamata jätmisega. 2015. aastal teatas nende ainete seotud probleemides ligikaudu 3200 patsienti ehk alla 1% isikutest, kes alustasid Euroopas spetsiaalset narkomaaniaravi. Ühendkuningriigis nimetas ligikaudu 1500 ravialustajat (st ligikaudu 1% kõikidest narkomaaniaravi patsientidest) peamise uimastina sünteetilisi katinoone; suhteliselt suur uute psühhoaktiivsete ainete tarbijate osakaal narkomaaniaravi alustajate seas oli ka Ungaris ja Rumeenias.

JOONIS 2.10

Riiklikud hinnangud suure riskiga opioiditarbimise aastase levimuse kohta: valitud suundumused ja viimased andmed



Suure riskiga opioiditarbijad: heroiin on endiselt esikohal

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

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. Viimastel aastatel on kindlaks tehtud selliste suure riskiga opioiditarbijate vananeva kogukonna olemasolu, kes on tõenäoliselt saanud asendusravi.

2015. aastal oli probleemseid opioiditarbijaid täiskasvanute (15–64-aastased) seas keskmiselt 0,4% ELi elanikkonnast ehk 1,3 miljonit suure riskiga opioiditarbijat Euroopas. Riikide arvestuses jääb suure riskiga opioiditarbimine täiskasvanute (15–64-aastased) seas vahemikku alla 1 kuni rohkem kui 8 inimest 1000 elaniku kohta (joonis 2.10). Suure riskiga opioiditarbijate hinnangulisest koguarvust Euroopas moodustavad kolmveerandi (76%) viie riigi (Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia, Ühendkuningriik) opioiditarbijad. Kümnest riigist, kus ajavahemikus 2007–2015 on korduvalt hinnatud suure riskiga opioiditarbimist, võib Hispaanias täheldada statistiliselt olulist vähenemist (joonis 2.10).

2015. aastal nimetas opioide oma peamise uimastina 191 000 Euroopas spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsientidest, kellest 37 000 olid esmakordsed patsiendid. Narkomaaniaravi esimest korda alustanud opioiditarbijatest olid 79% peamiselt heroini tarbijad.

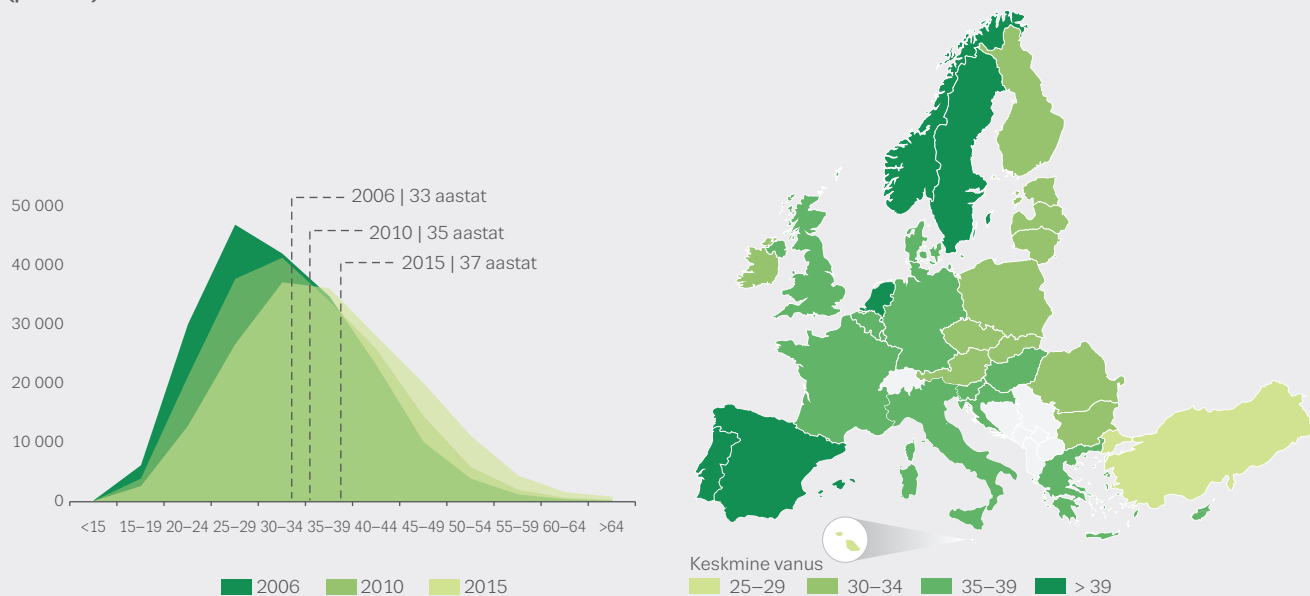
Opioiditarbijate vananev kogukond

Heroinitarbijatest esmakordsete ravialustajate koguarv vähenes 2007. aasta tipptasemelt (56 000) 2013. aastaks enam kui kaks korda (23 000) ja suurenes seejärel 29 000-le 2015. aastal. Hiljutine tõus toimus mitmes riigis, kuid nendesse andmetesse tuleb suhtuda ettevaatusega, sest riikide aruandluse muudatused võisid mõjutada ELi kogunäitajat.

Paljud Euroopa pikaajalised opioiditarbijad, kes on üldiselt tarvitanud koos mitut uimastit, on praegu 40. ja 50. eluaastates. Aastatel 2006–2015 kasvas opioiditarbimisega seotud probleemide tõttu ravi alustavate isikute keskmine vanus nelja aasta võrra (vt joonis 2.11). Samal ajavahemikul kasvas uimastitarbimise (peamiselt opioidide tarbimise) tagajärjel surnud isikute keskmine vanus 5,5 aasta võrra. Pikaajaline uimastite süstimine ja vilets tervis, halvad elamistingimused ning tubaka ja alkoholi tarbimine muudavad need inimesed vastuvõtlikuks mitmesugustele kroonilistele haigustele, sealhulgas südame-veresoonkonna ja kopsuhaigustele. Pikaajalised opioiditarbijad nimetavad ka kroonilist valu, samal ajal kui C-hepatiidi krooniline põdemine võib

JOONIS 2.11

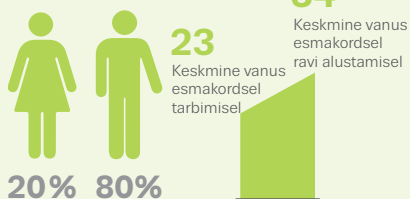
Peamise uimastina opioide nimetanud ravialustajate vanuselise struktuuri muutumine ravi jooksul (vasakul) ja keskmine vanus riikide kaupa (paremal)



suurendada tsirroosi- ja muude maksaprobleemide riski. Mitme uimasti koostarvitamine, üleannused ja aastaid väldanud nakkused kiirendavad selliste uimastitarbijate füüsilist vananemist, mis seab suuri nõudmisi ravi- ja sotsiaalsetele tugiteenustele ning uimastitest tingitud surmajuhtumite ennetamisele.

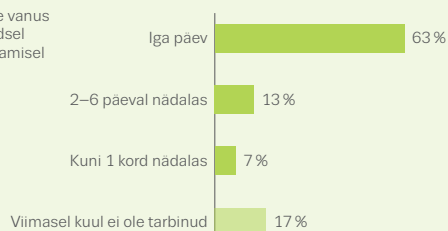
RAVI ALUSTAVAD HEROIINITARBIJAJD

Näitajad

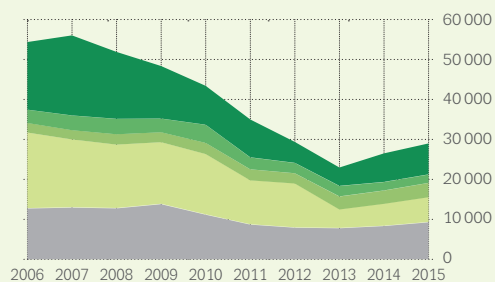


Tarbimissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarbimine 6 päeval nädalas

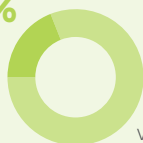


Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



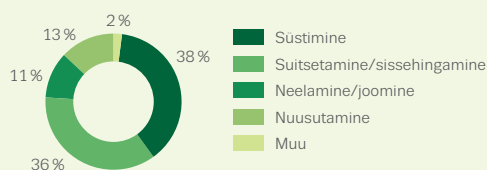
Muud riigid Ühendkuningriik
Saksamaa Hispaania Itaalia

Esmakordsed ravialustajad
19%



Varem ravi saanud ravialustajad
81%

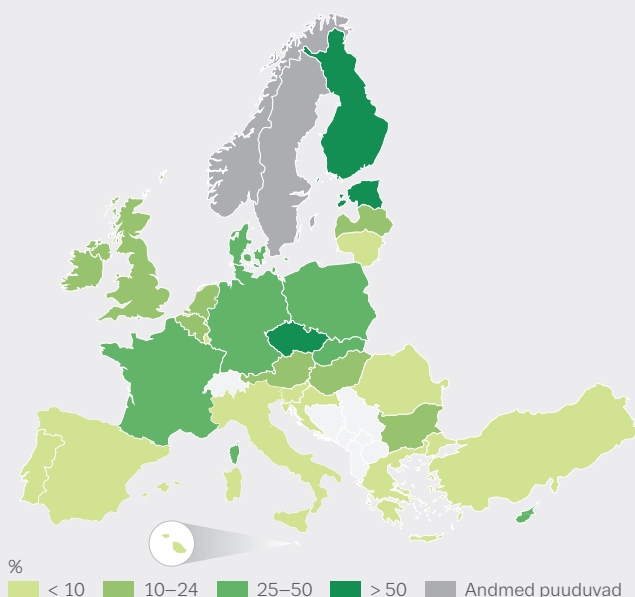
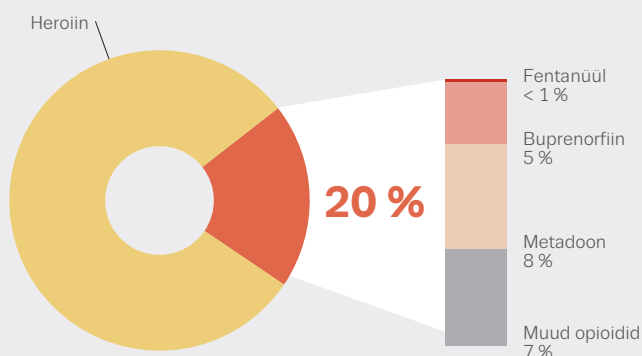
Manustamisviis



NB! Näitajad on esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on heroiin. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 23 riigi andmetel. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.12

Ravialustajad, kes nimetavad peamise uimastina opioide: opioidi liigi kaupa (vasakul) ja nende ravialustajate osakaal, kes nimetavad muid opioide peale heroini (paremal)



Sünteesilised opioideid: suure riskiga opioideitarbijate seas üha levinumad

Kuigi heroini on endiselt kõige sagedamini tarvitav ebaseaduslik opioide, osutavad erinevad allikad seaduslike sünteetiliste opioide (nt metadooni, buprenorfiini, fentanüüli) üha sagedasemale väärarbitsemisele.

2015. aastal teatasid 17 Euroopa riiki, et rohkem kui 10%-l kõikidest spetsiaalsete raviteenuste kasutamist alustanud opioideitarbijatest raviti eelkõige muude opioide kui heroiniiga seotud probleeme (joonis 2.12). Ravialustajad tarbisid selliseid opioide nagu metadoon, buprenorfiin, fentanüül, kodeiin, morfiin, tramadool ja oksükodoon. Mõnes riigis on muud opioideid kui heroini ravialustajate seas kõige levinumad. Näiteks Eesti andmete kohaselt tarbis enamik ravialustajaid opioideidest peamise uimastina fentanüüli, kuid Soomes ja Tšehhi Vabariigis on kõige rohkem väärarbitatud muu opioide buprenorfiin. Tšehhi Vabariigis on heroini küll kõige sagedamini tarvitav opioide, kuid opioideid seotud probleemide tõttu ravi alustavatest isikutest veidi üle poole nimetavad peamise uimastina muid opioide.

Uimastite süstimine: läbi aegade madalaimal tasemel uute patsientide seas

Uimastite süstimist seostatakse tavaliselt opioideid, kuigi mõnes riigis on probleemiks selliste stimulantide nagu amfetamiinide või kokaiini süstimine.

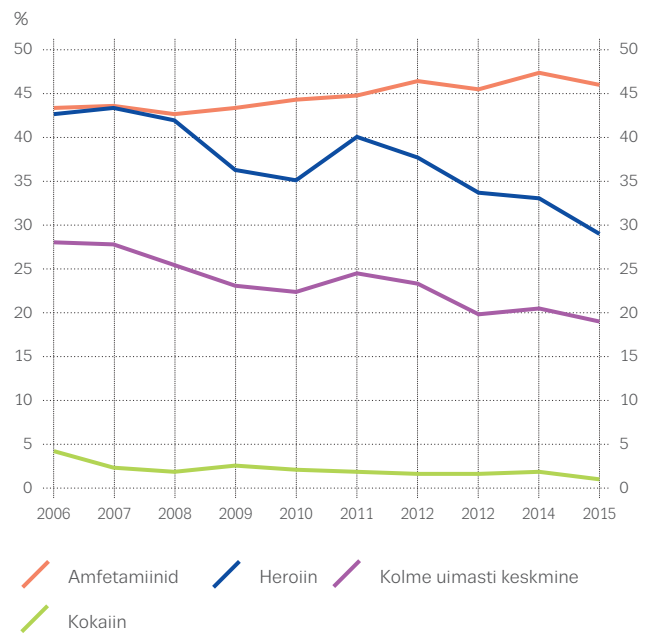
Ainult 12 riiki on alates 2012. aastast hinnanud süstivate uimastitarbijate osakaalu ja see on vahemikus alla 1 kuni 9 inimest 1000 täiskasvanu (15–64-aastased) kohta.

Peamise uimastina heroini kasutavatest esmakordsetest patsientidest nimetas süstimist põhilise manustamisviisina 29%, 2006. aastal oli neid 43% (joonis 2.13). Selles rühmas on süstimise tase eri riikides erinev – alates 8%st Hispaanias kuni 90%ni ja rohkem Lätis, Leedus ja Rumeenias. Süstimist nimetab põhilise manustamisviisina 46% peamiselt amfetamiini tarvitavatest esmakordsetest patsientidest (väike kasv võrreldes 2006. aastaga) ja 1% kokaiini tarvitavatest esmakordsetest patsientidest. Kolme peamise süstitava uimasti koondandmeid arvestades on süstimine kui põhiline manustamisviis esmakordsete ravialustajate seas Euroopas vähenenud 28%-lt 2006. aastal 19%-le 2015. aastal.

JOONIS 2.13

Sünteetiliste katinoonide süstimine ei ole küll laialdaselt levinud, kuid sellest teatatakse jätkuvalt mõne kindla elanikkonnarühma, sealhulgas opioidide süstijate, mõnes riigis ka narkomaaniaravi saajate seas. EMCDDA hiljutises uuringus teatas kümme riiki sünteetilise katinooni süstimisest (sageli koos muude stimulantide ja GHBga) homoseksuaalsete meeste väikestes rühmades.

Suundumused esmakordsete ravialustajate seas, kes nimetavad oma peamise uimasti põhilise manustamisviisina süstimist



**Seaduslike sünteetilisi
opioide väärtaarbitakse üha
rohkem**

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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 opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic 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

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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.

EMCDDA ja ESPADi ühisväljaanded

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Ebaseaduslike uimastite
tarbimisega seostatakse kroonilisi
ja ägedaid terviseprobleeme**

Uimastitega seotud kahju ja meetmed

Ebaseaduslike uimastite tarbimist peetakse haiguste üleilmset levikut mõjutavaks teguriks. Ebaseaduslike uimastite tarbimisega seostatakse kroonilisi ja ägedaid terviseprobleeme ning neid süvendavad veelgi mitmesugused tegurid, sealhulgas aine omadused, manustamisviis, individuaalne haavatavus ja uimastite tarbimise sotsiaalne taust. Kroonilised terviseprobleemid hõlmavad sõltuvust ja uimastitega seotud nakkushaigusi. Ägedad terviseprobleemid on väga erinevad, 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. Tarbijatele kättesaadavate ainete erinev koostis ja puhtusaste suurendavad võimalikke kahjusid ja loovad uimastitega seotud meetmete võtmiseks keeruka keskkonna.

Euroopa riikide uimastipoliitikas keskendutakse uimastiprobleemidele suunatud tõhusate tõenduspõhiste meetmete väljatöötamisele ja rakendamisele. See hõlmab väga mitmesuguseid meetmeid. Ennetava ja varakult sekkuva lähenemisviisi eesmärk on ennetada uimastitarbimist ja seonduvaid probleeme, kusjuures peamine sõltuvusvastane meede on narkomaaniaravi, mis hõlmab nii psühhosotsiaalseid kui ka farmakoloogilisi meetodeid. Osa põhilisi sekkumismeetmeid, nagu opiidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmid, töötati välja osaliselt selleks, et reageerida opiidide süstimisele ja sellega seotud probleemidele, eelkõige nakkushaiguste levikule ja üleannustamisest tingitud surmajuhtumitele.

Uimastitega seotud kahju ja meetmete seire

EMCDDA-le annavad teavet uimastitarbimise vastu suunatud tervishoiu- ja sotsiaalmeetmete ning uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta Reitoxi riiklikud teabekeskused ja ekspertide töörühmad. Ametlike andmete puudumisel kasutatakse meetmete kättesaadavuse kohta lisateabe saamiseks eksperdi hinnanguid. Selles peatükis tugineti ka teaduslike tõendite ülevaadetele rahvatervisega seotud sekkumismeetmete tõhususe kohta. Täiendav teave on EMCDDA veebilehel tervishoiu- ja sotsiaalmeetmete ülevaadete jaotises ning parima tava portaalis.

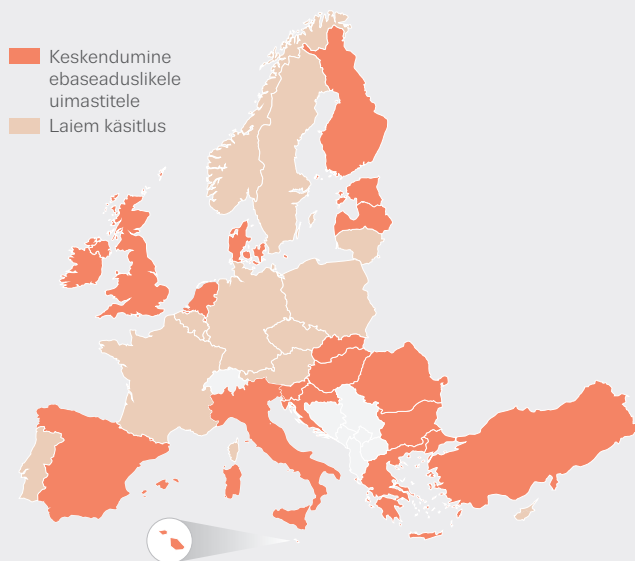
EMCDDA seirab süstemaatiliselt peamiselt selliseid tervisekahjusid nagu uimastitega seotud nakkushaigused ning uimastitarbimisega seostatud suurem ja haigestumus. Neid andmeid täiendavad piiratumad andmed uimastite põhjustatud ägedate terviseprobleemidega seotud haiglaravi ja ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu jälgitava uute psühhoaktiivsete ainete seostatud kahju kohta. Lisateave on veebilehel epidemioloogiliste põhinäitajate jaotises, statistikabülletäänis ja [uute uimastitega seotud tegevuse](#) jaotises.

Uimastistrateegiad: meetmete koordineerimine

Riikide uimastistrateegiad on kavandamise ja koordineerimise abivahendid, mida Euroopa riigid kasutavad sageli selleks, et kavandada meetmed uimastiprobleemidest tingitud erinevate tervise-, sotsiaal- ja turvalisusprobleemide vastu. Üldjuhul sisaldavad need teatavaid üldpõhimõtteid, eesmärgid ja prioriteete, kuid täpsustavad ka meetmed ja nende rakendamise eest vastutavad isikud. Taani uimastipoliitikat väljendatakse mitmesugustes strateegiadokumentides, õigusaktides ja konkreetsetes meetmetes, kuid kõikidel teistel riikidel on vastu võetud riikliku uimastistrateegia dokument. 18 riigis keskendub uimastistrateegia peamiselt ebaseaduslikele uimastitele. Ülejäänud 12 riigis on poliitiline kese laiem, võttes rohkem arvesse ka muid sõltuvust tekitavaid aineid ja sõltuvuskäitumisi. Ühendkuningriigis on Walesi ja Põhja-Iirimaa valitsusasutustel siiski eraldi laiapõhjalised strateegiadokumentid. Nende kahe dokumendi lisamisel on ebaseaduslikele uimastitele suunatud laiapõhjalisi strateegiaid kokku 14 (vt joonis 3.1). Nendes laiapõhjalistes dokumentides käsitletakse peamiselt ebaseaduslike uimasteid. Muude ainete ja sõltuvuste käsitlemine on riigiti erinev. Alkoholi käsitletakse kõigis 14 dokumendis, tubakat käsitletakse üheksas, ravimeid kaheksas, spordis kasutatavaid dopinguid (nt võimekust suurendavad uimastid) kolmes ja sõltuvuskäitumist (nt hasartmängude mängimist) seitsmes dokumendis. Riikide uimastistrateegiad toetavad uimastipoliitika tasakaalustatud käsitlust, mis esitati ELi narkostrategias (2013–202) ja uimastitevastase võitluse tegevuskavades (2013–2016 ja 2017–2020), milles rõhutatakse võrdselt uimastinõudluse ja uimastipakkumise vähendamist.

JOONIS 3.1

Riikide uimastistrateegia dokumentide kese: ebaseaduslikud uimastid või laiem



NB! Laiema käsitlusega strateegiad võivad hõlmata näiteks seaduslike uimasteid ja muid sõltuvusi. Ühendkuningriigil on ebaseaduslike uimastite strateegia, kuid nii Walesil kui ka Põhja-Iirimaaal on laiemad strateegiadokumentid, mis hõlmavad ka alkoholi.

Riikliku uimastistrateegia hindamine on nüüd ELi liikmesriikides tavapärane. Hindamise üldine eesmärk on hinnata strateegia rakendamise taset ja üldises olukorras aja jooksul toimunud muutusi. 2016. aastal teatati kümne mitut kriteeriumi hõlmava hindamise, kümne rakendusprotsessi läbivaatamise ja nelja temaatilise hindamise hiljutisest tegemisest. Kuus riiki kasutasid teistsuguseid lähenemisviise, näiteks näitajatepõhise hindamise ja uurimisprojektide kombinatsiooni. Kuna osa riike laiendas oma uimastistrateegia kohaldamisala muude ainete ja sõltuvuskäitumiste kaasamiseks, võib nende poliitikadokumentide seire ja hindamise meetodite ja näitajate väljatöötamine muutuda keerukamaks.

Uimastivastased meetmed: meetmete kulu

Poliitika hindamise oluline aspekt on mõista uimastivastaste meetmetega seotud kulusid. Kättesaadav teave uimastivastavate riiklike kulutuste kohta Euroopas on nii kohalikul kui ka riikide tasandil endiselt puudulik ja ebaühtlane. 23 riigis, kes on viimase kümne aasta jooksul hinnanguid esitanud, jäävad uimastitega seotud riiklikud kulutused hinnanguliselt vahemikku 0,01–0,5% sisemajanduse koguproduktist (SKP).

Nõudluse vähendamise kulude osa uimastitega seotud üldeelarves oli riigiti väga erinev, jäädes vahemikku 23–83% uimastitega seotud riiklikest kulutustest. Erinevused tulenevad osaliselt küll erinevatest poliitilistest valikutest ja avalike teenuste korraldusest, kuid suurt mõju avaldab ka hinnangute terviklikkus. Praegustes hinnangutes moodustavad nõudluse vähendamise kuludest suure osa narkomaaniaravi ja muud tervishoiukulud. Kuigi narkomaaniaravi kulude seire on hästi väljatöötatud, tuleb metoodikat siiski veel täiendada.

Avaliku sektori kulutused uimastiprobleemi lahendamiseks suunatud meetmetele moodustavad ainult ühe osa kuludest, mida ühiskond kannab seoses ebaseaduslike uimastitega. Lisada võib üksikisiku kantavad kulud, nagu ravikindlustuse sissemaksed, ja ühiskonna väliskulud, nagu tööviljakuse vähenemine ning enneaegsetest surmajuhtumitest tingitud finantskulud ja uimastitarbimisega seotud haigused. Nende ühiskonna laiemate kulude hindamine võib aidata ressursse tõhusamalt suunata. Euroopa riikides, mille kohta teave on kättesaadav, on ebaseaduslike uimastite ühiskondlik kulu hinnanguliselt vahemikus 0,1–2% SKPst.

Nõudluse vähendamine: Euroopa standardid

Euroopa ja riikide tasandil tunnistatakse uimastinõudluse vähendamise kvaliteedistandardeid üha enam abivahenditena, mis aitavad rakendada tõenduspõhiseid meetmeid. 2015. aastal võttis ELi nõukogu vastu 16 minimaalset kvaliteedistandardit uimastinõudluse vähendamiseks Euroopa Liidus ja riike on julgustatud lõimima need oma uimastipoliitikaga. Euroopa kvaliteedistandardid hõlmavad ennetamist, ravi, kahjude vähendamist ja sotsiaalset reintegratsiooni käsitlevaid edasipüüdlikke nõudeid. Need seovad sekkumise kvaliteedi konkreetsete meetmetega, hõlmates ka töötajate piisavat väljaõpet ja tõenduspõhiste meetmete levitamist, ning üksikisiku vajaduste austamise ja eetikainormide põhimõtete järgimist. Standardites rõhutatakse ka vajadust, et meetmete rakendamises ja hindamises osaleksid kõik sidusrühmad, sealhulgas kodanikuühiskond.

EMCDDA kogutud andmetest selgub, et kvaliteedistandardid on kehtestatud enamikus Euroopa riikides ja ülejäänud riikides töötatakse need välja. Kvaliteedistandardeid rakendatakse erinevalt. Osas riikides seotakse standardid teenuste osutamise ja neid kasutatakse teenuseosutamise hindamiseks. Neid kasutatakse ka nõudena osaleda teenuslepingute hankemenetlustes ja teenuse taseme enesehindamise vahendina.

Ennetamine: süsteemne lähenemisviis

Noorte uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide ennetamine hõlmab mitmesuguseid eri meetodeid. Keskkonnale suunatud ja üldiste lähenemisviiside sihtrühm on kogu elanikkond, valikuline ennetustegevus on suunatud haavatavatele inimrühmadele, kellel on suurem uimastitarbimisega seotud probleemide tekkerisk, ja näidustatud ennetus keskendub ohustatud üksikisikutele.

**Kvaliteedistandardid
on kehtestatud
enamikus Euroopa
riikides**

Ennetustöö lähenemisviisid on Euroopa riikides väga erinevad: osa püüab rakendada laiemaid kogukonnapõhiseid ja keskkonnaga seotud meetodeid (nt alkoholi kättesaadavuse ja ööelu piiramine), kuid teised kasutavad eeskätt juhendipõhiseid programme. Rangelt kindlaksmääratud sisu ja rakendusviisiga juhendipõhiste ennetusprogrammide kasutamine võib aidata tõhusalt rakendada tõendus põhiseid meetmeid laia elanikkonna suhtes. Kuue liikmesriigi teatel on sellised programmid nende ennetustöö keskne komponent.

Teised riigid on seadnud oma ennetustöö esikohale laiapõhjalisema süsteemse lähenemisviisi, mis keskendub mitte ainult üksikutele programmidele, vaid ka selliste teguritele nagu rakendusmehhanismid, meetmete koostoime ning sotsiaalne ja poliitiline taust. Selle näiteks on hoolivate kogukondade lähenemisviis, mida rakendatakse viies ELi liikmesriigis. See Ameerika Ühendriikides väljatöötatud lähenemisviis põhineb eeldusel, et noorte seas saab tervise- ja käitumisprobleemide levikut vähendada sellega, kui tehakse kindlaks riski- ja kaitsetegurid ning valitakse nendele suunatud tõhusad varajase sekkumise programmid. Ameerika Ühendriikide uuringute hiljutine süstemaatiline analüüs tuvastas mõningad positiivsed tõendid hoolivate kogukondade lähenemisviisi tulemuslikkuse kohta uimastitarbimise ennetamise algatusena, kuid Euroopa kontekstis on seda vaja veel hinnata.

Haavatavuse ja riski käsitlemine

Haavatavatele rühmadele suunatud valikulisi ennetusmeetmeid rakendades käsitletakse Euroopa riikides nii üksikisiku käitumist kui ka ühiskondlikku tausta. Kohalikul tasandil võib selline lähenemisviis hõlmata mitmesuguseid teenuseid ja sidusrühmi (nt ühiskond, perekond, noored ja politsei) ning seda kasutatakse laialdaselt Põhjamaades ja Iirimaa, aga ka Hispaania ja Itaalia mõningates piirkondades. Kõige sagedamini on sihtrühmadeks noored õigusrikkujad, õpi- ja sotsiaalsete probleemidega kooliõpilased ning hoolekandeesutustes viibivad noored. Nende ennetusstrateegiate tegeliku sisu kohta on andmeid vähe ja hindamine on piiratud. Ekspertiarvamustest selgub siiski, et valikulise ennetustöö meetoditest kasutatakse kõige sagedamini teabe andmist.

Mõningates riikides on rakendatud suure riskiga piirkondadele suunatud ennetusmeetmeid, kasutades selliseid uusi meetodeid nagu linnaruumi ümberkujundamine ja sekkumiste prioriseerimiseks riskide kaardistamine. Selliseid meetmeid rakendatakse kõige rohkem Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides (vt joonis 3.2). Veidi rohkem kui veerand riikidest rakendab meetmeid, mille (normidega seotud ja keskkonnaalase) tulemuslikkuse kohta on veenvaid tõendeid.

Näidustatud ennetus keskendub ohustatud üksikisikutele. Selliseid ennetusmeetmeid rakendatakse Euroopas piiratud ulatuses: ainult neli riiki on teatanud näidustatud ennetusprogrammide kättesaadavusest enamikule neid vajavatele isikutele.

Lühiajalised sekkumismeetmed

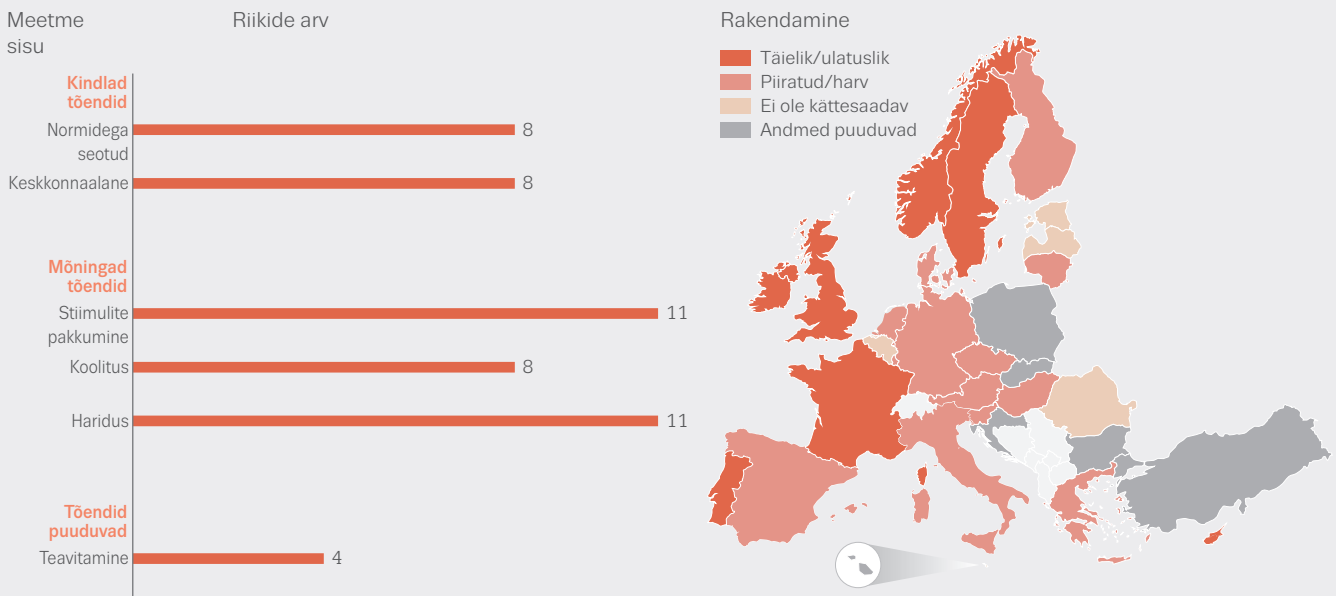
Lühiajaliste sekkumismeetmete eesmärk on uimastitarbimist ennetada või edasi lükata, vähendada selle intensiivsust või tõkestada selle kujunemist probleemiks. Neid ajaliselt piiratud meetmeid rakendatakse ennetustöö ja ravi vahelisel määratlemata alal ning üldjuhul on need suunatud noortele või inimestele, keda ohustavad uimastitarbimisest tulenevad probleemid. Neid meetmeid rakendavad erinevad tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad, sealhulgas perearstid, nõustajad, noortega töötavad isikud ja politseiametnikud, ning sageli hõlmavad need motivatsioonivestlust.

Praegused andmed näitavad, et lühiajalised sekkumismeetmed ei ole Euroopas eriti levinud: kolm riiki teatasid selliste meetmete täielikust ja ulatuslikust rakendamist koolides ning kaks riiki teatasid madala lävega teenuste osutamisest.

Lühiajalised sekkumismeetmed on suhteliselt odavad ja neid on võimalik rakendada mitmesuguses keskkonnas erinevate töötajate poolt pärast lühikest koolitust. Mitmes riigis rakendatavad lühiajalised sekkumismeetmed on näiteks eSBIRT, mis korraldab lühiajalisi sekkumismeetmeid erakorralise meditsiini osakondades (Belgia), ja Fred, mis on suunatud õigusrikkumises süüdistatavatele noortele (Saksamaa, Küpros, Poola, Rumeenia, Sloveenia). EMCDDA hiljutine analüüs tuvastas paraku, et kuigi on olemas lühiajaliste sekkumismeetmete tulemuslikkust kinnitavad uuringud, on need siiski puudulikud ja rakendamise ulatuse kohta on vaja saada rohkem teadmisi.

JOONIS 3.2

Suure riskiga piirkondadele suunatud ennetusmeetmed Euroopa riikides: töendusbaas ja rakendamise tase



NB! Põhineb eksperdi hinnangutel.

Ravile suunamine ja ravi kestus

Narkomaaniaravi on peamine sekkumismeede, mida kohaldatakse üksikisikute suhtes, kellel on probleeme uimastitarbimise ja sõltuvusega, ning asjakohasele ravile hea juurdepääsu tagamine on esmatähtis poliitiline eesmärk. Ravitulemuste seire on tähtis patsientide ravi parandamiseks ja teenuste paremaks kohandamiseks vastavalt täheldatud vajadustele.

Üldjuhul saavad patsiendid ise ravile. Sellise n-ö enesesuunamise kaudu, mis hõlmab suunamist pereliikmete või sõprade poolt, saabus ravile ligikaudu pool 2015. aastal Euroopas spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud isikutest. 25% patsientidest suunatakse ravile tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kaudu ning 15% kriminaalõigussüsteemi kaudu. 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 kriminaalmenetluse varasemas etapis. 2015. aastal suunati kriminaalõigussüsteemi kaudu ravile kõike sagedamini kanepitarbijad; Ungaris suunati 80% kanepisõltuvuse ravi patsientidest ravile selle süsteemi kaudu.

Patsientide ravi kulgu iseloomustab sageli erinevate teenuste kasutamine, mitmekordne ravi alustamine ja ravil viibimise kestuse kõikumine. Ravi kulu kohta saab teavet seitsmes Euroopa riigis 2015. aastal tehtud spetsiaalse narkomaaniaravi analüüsi tulemustest. Neis riikides sai sel aastal ravi 400 000 patsienti, kellest veidi alla 20% alustas ravi esimest korda elus, ligikaudu 30% olid korduvad patsiendid, kes olid saanud ravi mõnel varasemal aastal, ja umbes pooled olid olnud pideval ravil üle ühe aasta. Enamik pideval ravil olevaid patsiente olid mehed, kes lähenesid 40. eluaastale, olid olnud ravil üle kolme aasta ja kellel oli probleeme opioidide, eriti heroini tarbimisega.

Kanepisõltuvuse ravi: mitmesugused lähenemisviisid

Korrapärast ja pikaajalist kanepitarbimist seostatakse mitmesuguste füüsilise ja vaimse tervise probleemide, sealhulgas sõltuvuse riski suurenemisega. Paljud riigid korraldavad kanepitarbimise probleemiga inimeste ravi üldiste uimastiprogrammide raames, kuid ligikaudu pooltes on välja töötatud ka spetsiaalsed kanepisõltuvuse ravi võimalused. Kanepitarbijatele osutatavad teenused võivad olla mitmekesised, alates lühiajalistest veebipõhistest sekkumismeetmetest kuni pikaajalise ravini erikeskustes. Kuigi selliste uimastitarbijate ravi korraldatakse eeskätt kogukondlike teenustena või ambulatoorsetes raviasutustes, on ligikaudu viiendikul spetsiaalset statsionaarset narkomaaniaravi alustavatest isikutest peamiselt kanepitarbimisega seotud probleem.

Kanepiga seotud probleemide ravis kasutatakse enamasti psühhosotsiaalseid meetodeid; noorukite puhul kasutatakse sageli perepõhiseid sekkumismeetmeid ja täiskasvanute puhul kognitiivset käitumisteraapiat. Olemasolevad tõendid toetavad kognitiivse käitumisteraapia, motivatsioonivestluste ja edusammude tunnustamise koos kasutamist. Peale selle toetavad mõningad tõendid ka mitmemõõtmelise pereteraapia kasutamist noorte kanepitarbijate raviks. Kanepitarbijateni jõudmiseks kasutatakse üha rohkem internetipõhiseid ja digitaalseid sekkumismeetmeid. Nende mõju hindavate uuringute kohaselt on esialgsed tulemused paljulubavad, kuna meetmed vähendavad tarbimise taset ja soodustavad individuaalset ravi (vajaduse korral).

Erinevad uuringud käsitlevad farmakoloogilist sekkumist kanepitarbimisega seotud probleemide kõrvaldamiseks. Muu hulgas uuritakse THC ja sünteetilise THC võimalikku kasutamist koos muude psühhoaktiivsete ravimitega, sealhulgas antidepressantide, anksiolüütikumide ja meeleolu stabilisaatoritega. Tulemused on seni olnud ebajärjekindlad ja tuvastatud ei ole ühtegi tõhusat farmakoloogilist meetodit kanepisõltuvuse raviks.

Narkomaaniaravi: enamasti kogukondlikud teenused

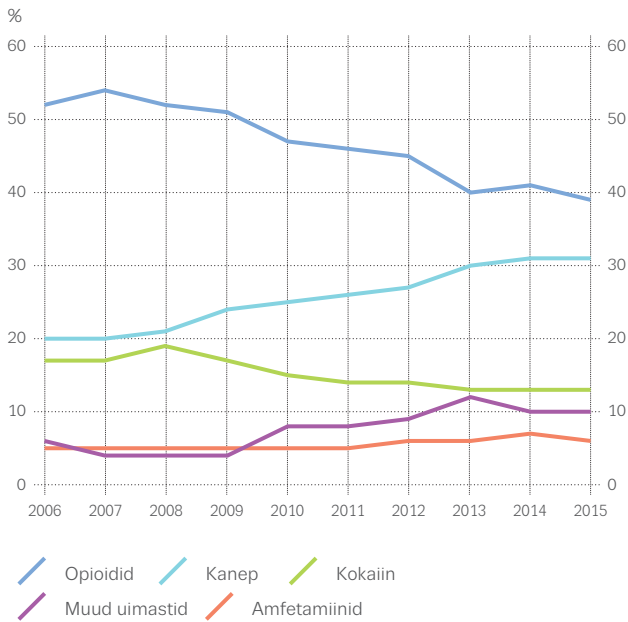
2015. aastal sai Euroopa Liidus ebaseaduslike uimastite tarbimise tõttu ravi hinnanguliselt 1,4 miljonit inimest (Norra ja Türgi arvesse võttes 1,6 miljonit). Suurim eriravi saav rühm on opioiditarbijad, kelle raviks kulutatakse ka valdav osa olemasolevatest ressurssidest (peamiselt asendusravina). Suuruselt teise ja kolmanda raviteenuste kasutajate rühma moodustavad kanepitarbijad ja kokaiinitarbijad (joonis 3.3) ning nende suhtes rakendatakse peamiselt psühhosotsiaalseid ravivõtteid. Riigiti on erinevused siiski väga suured: mõnes riigis (nt Eestis) moodustavad opioiditarbijad kuni 90% ravialustajatest, teistes (nt Ungaris) alla 5%.

Euroopas on narkomaaniaravi enamasti ambulatoorne ning ravis osalevate uimastitarbijate arvu alusel osutavad kõige rohkem teenuseid ambulatoorsed erikeskused (joonis 3.4). Neile järgnevad tervishoiukeskused. Sellesse kategooriasse kuuluvad perearstikabinetid, millel on oluline roll opioidide asendusravi määrajatena mõnes suures riigis, nagu Saksamaal või Prantsusmaal. Mujal, näiteks Sloveenias, võib ambulatoorsete raviteenuste osutamisel olla peamine roll vaimse tervise keskustel.

**Kanepitarbijatele
osutatavad teenused
võivad olla
mitmekesised**

JOONIS 3.3

Spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide osakaalu suundumused peamiste uimastite lõikes



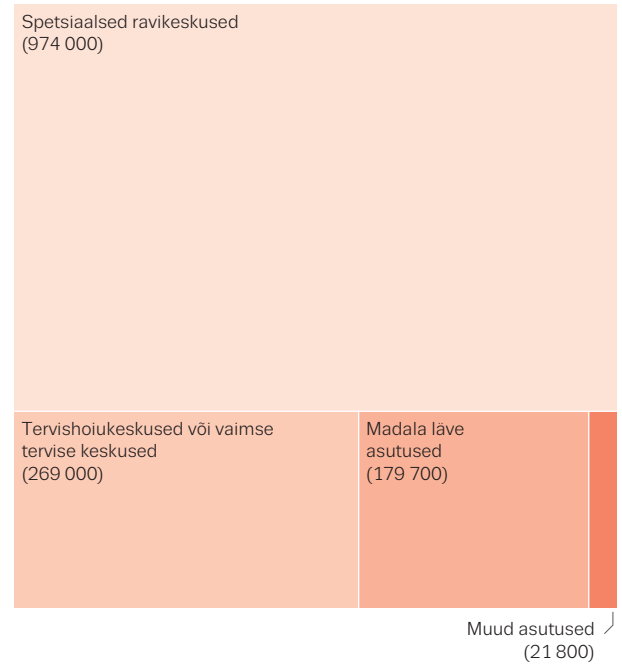
Euroopas toimub väiksem osa narkomaaniaravist ka statsionaarsetes raviasutustes, sealhulgas haiglapõhistes statsionaarse ravi keskustes (nt psühhiaatriaiglates), teraapiarühmades ja statsionaarsetes eriravikeskustes. Ambulatoorse ja statsionaarse ravi suhteline tähtsus riigi ravisüsteemis on riikide lõikes väga erinev.

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

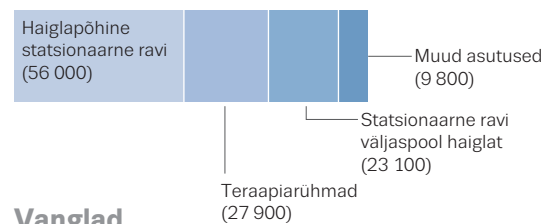
JOONIS 3.4

Euroopas narkomaaniaravi saavate isikute arv raviasutuste lõikes, 2015

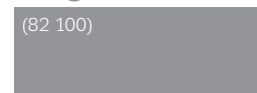
Ambulatoorne ravi



Statsionaarne ravi

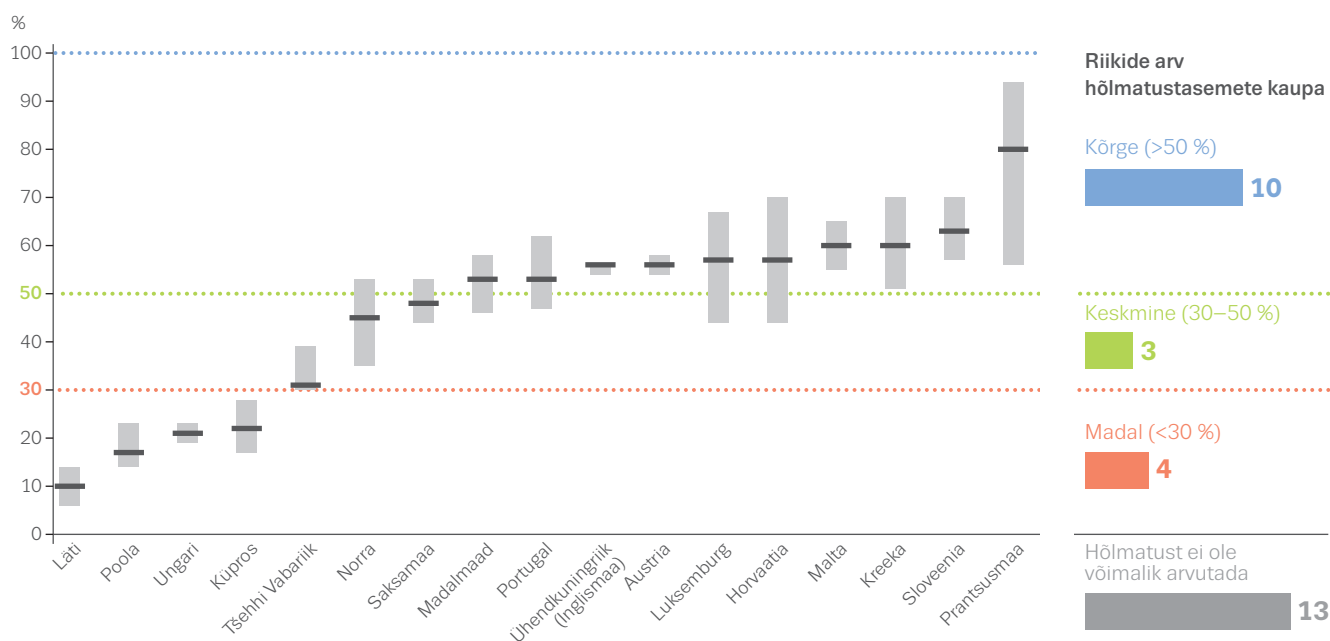


Vanglad



JOONIS 3.5

Opioidide asendusraviga hõlmatus (ravi saavate suure riskiga opioiditarbijate hinnanguline osakaal)



NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

Asendusravi opioidide tarbimisest tulenevate probleemide ravimiseks

Levinuim opioidisõltuvuse 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 ning uimastitest tingitud kahjude ja surmajuhtumite valdkonnas.

2015. aastal sai Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt 630 000 opioiditarbijat (koos Norra ja Türgiga 650 000). Patsientide arvus võis täheldada kasvusuundumust kuni tipptaseme saavutamiseni 2010. aastal, millele järgnes 6% langus 2015. aasta tasemele. Aastatel 2010–2015 vähenes patsientide arv 12 riigis, neist kõige rohkem (langus üle 25%) Hispaanias, Ungaris, Madalmaades ja Portugalis. Langust võivad selgitada nõudluse või pakkumisega seotud tegurid, sealhulgas vananevate krooniliste opioiditarbijate arvu vähenemine või ravieesmärkide muutumine mõnes riigis. Teistes riikides on raviga hõlmatus parandamise eesmärgil ravi pakkumist suurendatud ning aastatel 2010–2015 kasvas patsientide arv 12 riigis, sealhulgas Lätis (157%), Soomes (67%) ja Kreekas (61%).

Neid kaht suundumust kinnitavad värskemad andmed 2014. ja 2015. aastast, mille kohaselt teatas 12 riiki asendusravi patsientide koguarvu kasvust ja üheksa vähenemisest.

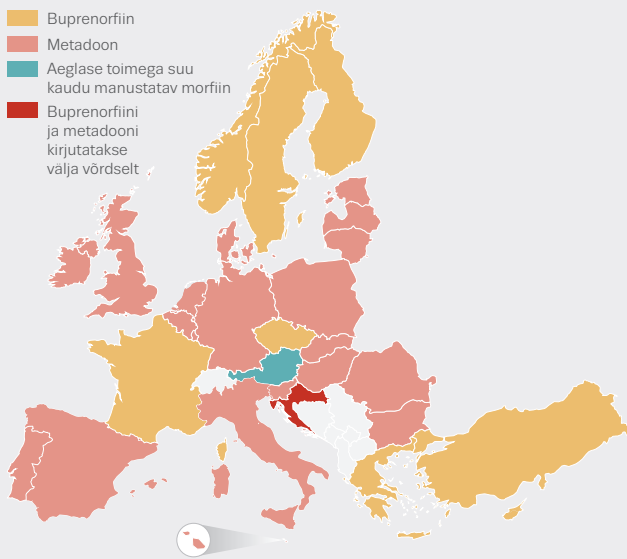
Võrdlus suure riskiga opioiditarbijate hinnangulise koguarvuga Euroopas osutab sellele, et asendusravi saavad neist pooled, kuid riigiti on tulemused erinevad (joonis 3.5). Meetoodika erinevuste tõttu tuleb nendes tulemustesse paraku ettevaatusega suhtuda.

Kõige tavalisem opioiditarbijatele arsti määratav asendusravim on metadoon, mida saab ligikaudu kaks kolmandikku (63%) asendusravi patsientidest. 35% patsientidest ravitakse buprenorfiiniga, mis on peamine asendusravim kaheksas riigis (joonis 3.6). Muid aineid, nagu pikatoimelist morfiini või diatsetüülmorfiini (heroiini), määravad arstid Euroopas harva ja hinnanguliselt saab neid ligikaudu 2% asendusravi patsientidest.

Metadoon on kõige tavalisem opioiditarbijatele arsti määratav asendusravim

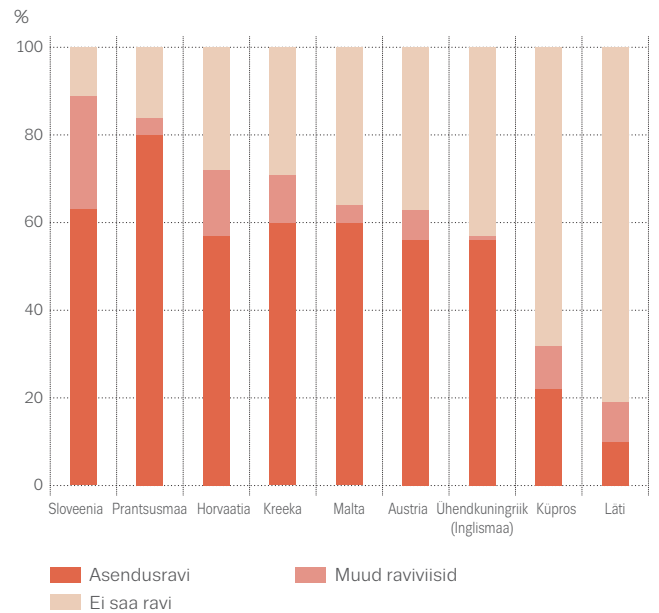
JOONIS 3.6

Peamine arsti väljakirjutatud uimasti opioidide asendusraviks



JOONIS 3.7

Narkomaaniaravi saavate suure riskiga opioiditarbijate osakaal (hinnang)



Opioiditarbijate alternatiivsed ravivõimalused ei ole küll nii levinud, kuid on kättesaadavad kõikides Euroopa riikides. Üheksas riigis, mille kohta andmed on kättesaadavad, kasutavad asendusravimiteta ravimeetodeid 1–26% kõikidest ravi saavatest opioiditarbijatest (joonis 3.7).

Vanglad: C-hepatiidi ravi vähene kättesaadavus

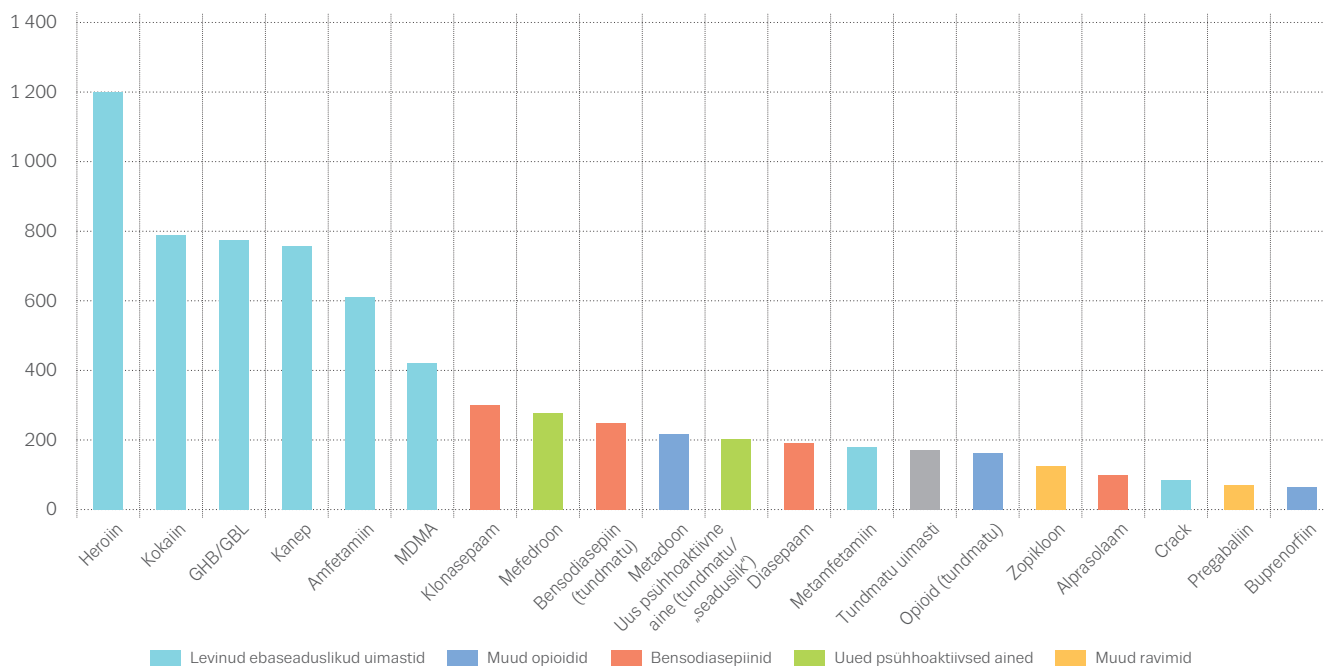
Üldise elanikkonnaga võrreldes iseloomustab vange kõrgem uimastitarbimise tase elu jooksul ja nende tarbimisharjumused on kahjulikumad (nt süstimine), mistõttu vanglad on uimastitega seotud sekkumismeetmete jaoks oluline keskkond. Vangide ravivajadused on tihti keerukad ning paljudes riikides on vanglas tehtava esmase tervisekontrolli tähtis osa uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide hindamine.

Tervisealaste sekkumismeetmete rakendamisel vanglas on kaks olulist põhimõtet: samaväärsus kogukondlike teenustega ja ravi jätkumine pärast vanglast vabanemist. EMCDDA seirega hõlmatud 30 riigist teatas 28 vanglates opioidide asendusravi pakkumisest. Enamikus riikides on kättesaadavad võõrutusravi, individuaalne ja rühmanõustamine ning teraapiarühmad või statsionaarne eriravi. Paljudes Euroopa riikides on loodud asutustevahelised partnerlussuhted vanglate meditsiiniteenistuste ja kogukonna teenuseosutajate vahel, et soodustada vanglates tervisehariduse ja ravi korraldamist ning tagada toetuse jätkumine nii vanglasse sattumisel kui ka sealt vabanemisel.

JOONIS 3.8

Valvehaiglates erakorraliste ravijuhtumitega seotud 20 peamist uimastit, 2015

Uimastite tuvastamine



NB! Tulemused 5054 erakorralise ravijuhtumi kohta 15 valvehaiglas 9 Euroopa riigis. Allikas: uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN plus).

Enamikus riikides on vanglates kättesaadavad nakkushaiguste (HIV, B- ja C-hepatiit) testid, kuigi C-hepatiidi ravi pakutakse harva. B-hepatiidi vaktsineerimiskavad on kehtestatud 16 riigis. Puhaste süstimisvahendite jagamine ei ole nii levinud ja süstlavahetusprogrammi rakendamisest vanglates teatas ainult neli riiki.

Enamikus riikides valmistatakse vange ette vanglast vabanemiseks, sealhulgas sotsiaalseks reintegratsiooniks. Opioidisüstijatel on vanglast vabanemise järel väga suur uimasti üleannustamise risk ja viis riiki on teatanud selle riski tõkestamise kavadest, mis hõlmavad koolitust ja teabe andmist ning naloksooniravi võimaldamist pärast vanglast vabastamist.

Haiglate erakorralise meditsiini osakonnad: mitme aine koostarbimine

Haiglate erakorralise meditsiini osakondade andmed võivad anda teavet uimastitega seotud ägedate terviseprobleemide kohta. Teave on kättesaadav uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustiku (Euro-DEN Plus) kaudu, mis jälgib uimastitega seotud ravijuhtumeid 15 valvehaiglas üheksas Euroopa riigis. Projekti raames 2015. aastal registreeritud 5054 ravijuhtumi kokkuvõttes oli patsientide mediaanvanus 31 eluaastat ja enamik patsiente olid mehed (77%).

Ühe ravijuhtumi kohta teatati keskmiselt umbes 1,5 uimastist (kokku 7768 uimastit) (vt joonis 3.8). Peaaegu kaks kolmandikku ravijuhtumest (65%) olid seotud levinud uimastite tarbimisega. Kõige sagedamini tuvastati uimastina heroiin, kokaiin, kanep, GHB/GBL, amfetamiin ja MDMA. Veerand juhtumest (24%) olid seotud retsepti- või käsimüügiravimite (enamasti opioidide ja bensodiasepiinide) väärarbimisega ning 9% uute psühhoaktiivsete ainete (2014. aastal 6%). Uute psühhoaktiivsete ainete seotud ravijuhtumitest oli pooltel juhtudel tegemist sünteetilise katinooniga ja 14% juhtudel sünteetilise kannabinoidiga. Erakorraliste ravijuhtumitega seotud uimastid erinesid olenevalt kohast, kajastades kohalikke uimastitarbimisharjumisi. Heroiin tuvastati erakorraliste ravijuhtumite puhul kõige sagedamini näiteks Dublinis (Iirimaa) ja Oslos (Norra), kuid GHB/GBL, kokaiin ja MDMA seevastu Londonis (Ühendkuningriik).

Vangide ravivajadused on tihti keerukad

Enamik (80%) ägeda uimastimürgistusega haiglasse pöördunud kirjutati haiglast välja 12 tunni jooksul, väiksel osal (6%) kujunes välja intensiivravi nõudnud tõsine mürgistus ja 4% suunati psühhiaatrikliinikusse. Ligikaudu pooled (9) 17 registreeritud surmajuhtumist olid seotud opioididega.

Vaid üksikutes riikides on sisse seatud seiresüsteem, mis võimaldab analüüsida ägeda uimastimürgistuse suundumusi. Ägeda herooinimürgistuse juhtumite arv on suurenenud Ühendkuningriigis, kuid jätkab langust Tšehhi Vabariigis ja Taanis, kus kasvab seevastu metadoonimürgistuste arv. Leedus kasvas opioididega seotud erakorraliste ravijuhtude arv ajavahemikus 2013–2015 peaaegu kahekordseks. Hispaanias olid uimastitega seotud teatatud erakorralistest ravijuhtudest ligikaudu pooled seotud kokaiiniga ja see suundumus on pärast teatavat langust stabiliseerumas, kuid kanepiga seotud erakorraliste ravijuhtude arv suureneb jätkuvalt. Ka Sloveenia teatel on kanepiga seotud erakorraliste ravijuhtude arv tõusuteel. Madalmaades olid festivalide ajal esmaabipunkti pöördunud pooled (51%) tarbinud MDMAd, kuid see osakaal on vähenemas. Tšehhi Vabariigi valvahaiglates registreeritud metamfetamiiniga seotud erakorraliste ravijuhtude arv kasvas aastatel 2014–2015 üle 50%.

| Uued uimastid: tugev toime ja suured kahjud

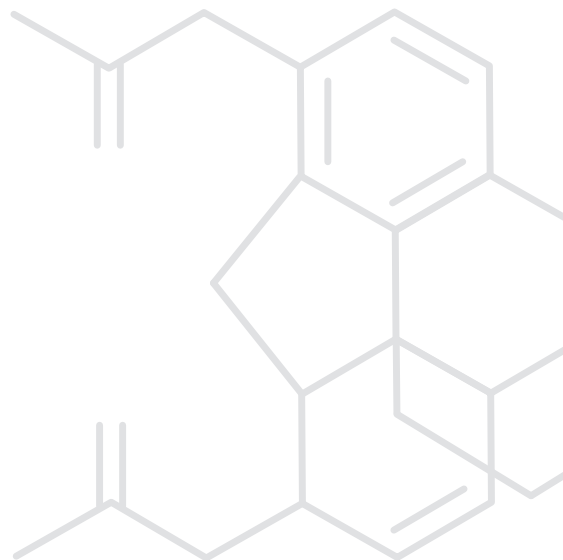
Uued psühhoaktiivsed ained, sealhulgas uued sünteetilised opioidid, sünteetilised kannabinoidid ja sünteetilised katinoonid, põhjustavad Euroopas mitmesuguseid tõsiseid kahjusid.

Fentanüülid on erakordselt tugeva toimega opioidid, mille osa Euroopa uimastiturul on küll väike, kuid mis ohustavad tõsiselt nii üksikisikute tervist kui ka rahvatervist. Osaliselt tuleneb see suuremast tõsise ja surmaga lõppeva mürgistuse ohust uimastitarbijatel – sageli levib see puhangutena –, sest fentanüülid tekitavad kiire ja põhjaliku respiratoorse depressiooni. Samuti tuleneb see suuremast juhusliku kokkupuute ohust, mille tulemusel saavad mürgistuse teised inimesed; ohustatud võivad olla uimastitarbijate pereliikmed ja sõbrad, õiguskaitseasutuste ja hädaabiteenistuste töötajad, meditsiinitöötajad ja laborandid. Juhuslikust kokkupuutest tingitud kahju ohu vähendamiseks võib olla vajalik kasutada teatavates kohtades, näiteks Euroopa piiril asuvates tollirajatistes, kus toimub konfiskeeritud fentanüülipulbri käitlemine, kaitsevahendeid. Tõendid osutavad ka sellele, et fentanüüle on müüdnud pahaaimamatutele uimastitarbijatele levinud ebaseaduslike uimastitena ja võltsitud valuvaigistitena. See võib suurendada tõsise ja

surmaga lõppeva mürgistuse ohu teatavates uimastitarbijate rühmades. Sellises olukorras võib olla vaja hinnata uimastimürgistuse vastuabinõu naloksooni kättesaadavust. Peale üleannustamise tõsise ohu on fentanüülide tarbimisel suur oht ka väärarbimiseks ja sõltuvuse kujunemiseks, mis võib kahjustada rahvatervist ja põhjustada tavaliselt suure riskiga opioiditarbimisega seostatavaid sotsiaalseid probleeme.

EMCDDA ja Europol alustasid 2016. aastal pärast ELI varajase hoiatamise süsteemi kaudu vihjete saamist akrüloülfentanüüli ja furanülfentanüüli puudutava eriuurimise. Registreeriti üle 50 surmajuhtumi, millest paljud seostati otseselt nende ainetega. Lisaks sellele andis EMCDDA nende ja teiste uute fentanüülide kohta oma võrgustikule üle kogu Euroopa välja viis hoiatust.

**Uued psühhoaktiivsed
ained põhjustavad
Euroopas mitmesuguseid
tõsiseid kahjusid**



2016. aastal probleeme põhjustanud teine uute ainete rühm olid sünteetilised kannabinoidid. EMCDDA andis välja hoiatused kolme aine – MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA ja 5F-MDMB-PINACA – kohta, tuginedes 45 tõsisele vahejuhtumile, sealhulgas 18 surmajuhtumile ja 27 mitteletaalsele mürgistusjuhtumile. EMCDDA algatas ka menetluse, mille tulemusena tehti MDMB-CHMICA kohta riskihinnang ja allutati see aine kokkuvõttes kogu Euroopas kontrollimeetmetele (vt infokast).

Uued uimastid: reageerimisoskuste arendamine

Uute uimastitega seostatavad kahjud tekitavad uusi probleeme päästetöötajatele. EMCDDA hiljutine analüüs tuvastas, et Euroopa tervishoiutöötajad tuginevad erinevates olukordades (ravi, ennetustöö ja kahjude vähendamine) eeskätt levinud ebaseaduslike uimastite puhul saadud kutsekogemusele ja nendega seoses kasutatavatele sekkumismeetmetele. See hõlmab õppematerjalide levitamist, puhaste süstimisvahendite jagamist ja ägedate mürgistusjuhtumite korral sümptomite ravimist. Tõenduspõhiseid sekkumismeetmeid võib sageli kohandada, et tegeleda konkreetsete mürgistustega, kajastada riskirühmade (nt pidutsejad, homoseksuaalsed mehed) sotsiaalkultuurilisi iseärasusi või vastata uute psühhoaktiivsete ainete seostavatele konkreetsetele riskikäitumistele (nt suurem juurdepääs süstaldele, et reageerida süstimisageduse kasvule). Analüüs tõi esile ka kutsekoolituse korraldamise, juhiste andmise ja pädevuse suurendamise vajaduse, et reageerida uutele uimastitele.

Eriti keeruline on rakendada sellistele raskesti kättesaadavatele uimastitarbijatele suunatud meetmeid, kellel on tõsised uute psühhoaktiivsete ainete seotud terviseprobleemid, näiteks homoseksuaalsetele meestele, kodututele ja vangidele suunatud meetmeid. Mõnedes riikides on teinud muret sünteetiliste kannabinoidide suurenenud kasutamine vanglates, kuna see mõjutab vaimset tervist, põhjustab raskeid võõrutusnähte ja suurendab seonduva vägivalda taset.

Valdkondadevahelised meetmed ja erinevaid tervishoiutöötajaid mitmesugustes sekkumisasutustes (nt seksuaaltervise kliinikud, hoolekandetasutused, narkomaaniaravikeskused) kaasavad koostööalgatused tunduvad olevat uute psühhoaktiivsete ainete tarbimisega seotud kahjudele asjakohaselt reageerimise oluline osa Euroopas.

MDMB-CHMICA riskihindamine

2016. aasta juulis sai MDMB-CHMICAst esimene sünteetiline kannabinoid, mille kohta EMCDDA tegi riskihinnangu. Sellest ainest teatas 2014. aastal ELi varajase hoiatamise süsteemile esimest korda Ungari ning seejärel avastati see 23 ELi liikmesriigis, Türgis ja Norras. Seda ainet seostati enam kui 20 tõsise mürgistusjuhtumi ja 28 surmajuhtumiga.

MDMB-CHMICA pulbrit toodetakse Hiinas ja imporditakse Euroopasse, kus toimub töötlemine ja pakendamine taimsete suitsetamissegudena. Arvatakse, et paljud MDMB-CHMICA ja teiste sünteetiliste kannabinoidide põhjustatud vahejuhtumid tulenevad nende ainete tugevast toimest ja halvatest tootmistavast. Tõendid osutavad sellele, et tootjad kasutavad suitsetamissegude tootmisel kõnealuse aine koguste kindlaksmääramiseks oletusi. Peale selle ei pruugi aine puudulike tootmismeetodite tõttu toodetes ühtlaselt jaotuda. Selle tulemusena võib selle aine sisaldus olla mõnedes toodetes suurem, põhjustades suuri annuseid ning suurendades tõsise mürgistuse ja surma ohtu.

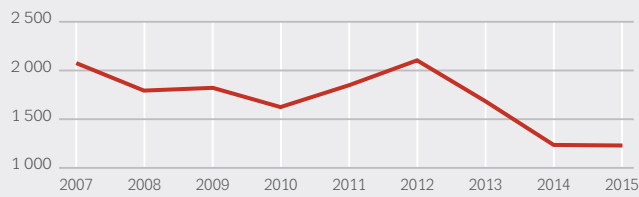
Uimastitega seotud kroonilised kahjud: HIV väheneb, kuid esineb kohalikke puhanguid

Uimastitarbijatel, eelkõige süstivatel uimastitarbijatel, on risk haigestuda nakkushaigustesse uimastite manustamisvahendite jagamise ja kaitsmata suguühete kaudu. Uimastite süstimisel on endiselt keskne osa nakatumisel vere kaudu levivate nakkushaigustega, näiteks C-hepatiidi viiruse (HCV) ja mõnes riigis inimese immuunpuudulikkuse viirusega (HIV). 2015. aastal teatati Euroopa Liidus 1233 uuest uimasti süstimise kaudu levinud HIV-nakkusjuhtumist (joonis 3.9) – see moodustab 5% diagnoosidest, mille puhul on teada nakkuse edasikandumise viis. See osakaal on püsinud viimasel kümnendil stabiilselt madalal. Uute HIV-nakkusjuhtude arv uimasteid süstivate inimeste seas on vähenenud enamikus Euroopa riikides ja aastatel 2007–2015 oli langus kokku 41%. Mõnes riigis on uimastite süstimine endiselt siiski oluline nakkuse edasikandumise viis: 2015. aastal seostati veerand või rohkem uutest HIV-juhtudest uimastite süstimisega Leedus (34%), Lätis (32%), Luksemburgis (27%) ja Eestis (25%).

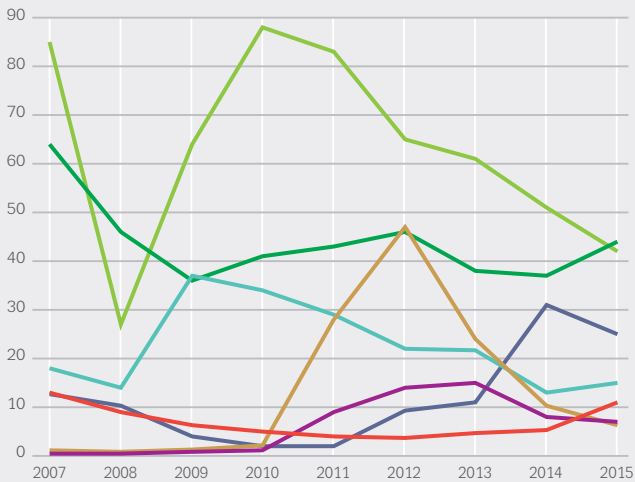
JOONIS 3.9

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

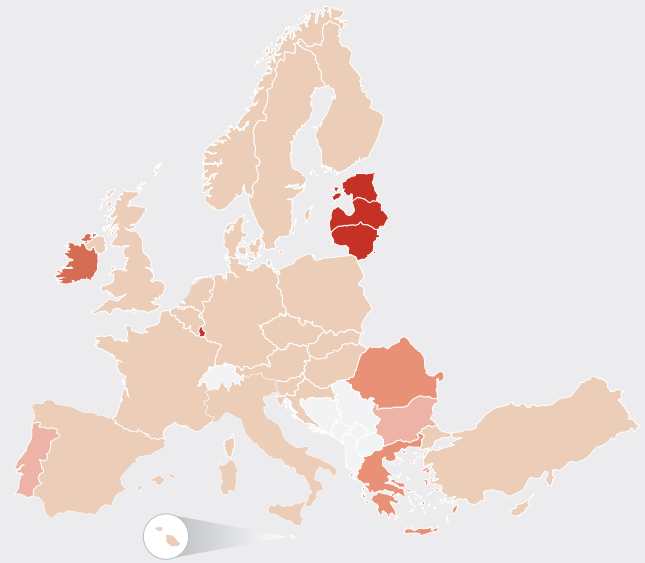
Juhtumid Euroopa Liidus



Juhtumit miljoni elaniku kohta



— Läti — Eesti — Luksemburg — Leedu
— Iirimaa — Rumeenia — Kreeka



Juhtumit miljoni elaniku kohta

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

NB! 2015. aasta andmed (allikas: ECDC).

Enamik riike teatas küll süstimisega seotud HIV-juhtude vähenemisest aastatel 2014 ja 2015, kuid Saksamaa, Iirimaa ja Ühendkuningriik teatasid tõusust viimase 7–8 aasta kõrgeimale tasemele. Iirimaa ja Ühendkuningriigis on see osaliselt seotud uute HIV-nakkusjuhtude piiratud puhangutega uimasteid süstivate inimeste seas. Luksemburg teatas samuti ühest puhangust 2014. aastal. Nende puhangute puhul on ühisteks teguriteks olnud suurem stimulantide süstimine ja uimastitarbijate väga suur tõrjutus. Nakkuse ülekandumise suurenenud riski on seostatud ka stimulantide süstimisega seksuaalses kontekstis homoseksuaalsete meeste väikestes rühmades.

2015. aastal seostati uimastite süstimisega 14% uutest AIDSi juhtumitest Euroopa Liidus, mille puhul oli teada nakkuse edasikandumise viis. 479 süstimisega seotud teadet moodustavad veidi üle veerandi kümme aastat tagasi teatatud juhtumite arvust. Paljud neist juhtudest leidsid aset Kreekas, Lätis ja Rumeenias, kus tuleb veelgi tugevdada HIV testimise ja ravi meetmeid.

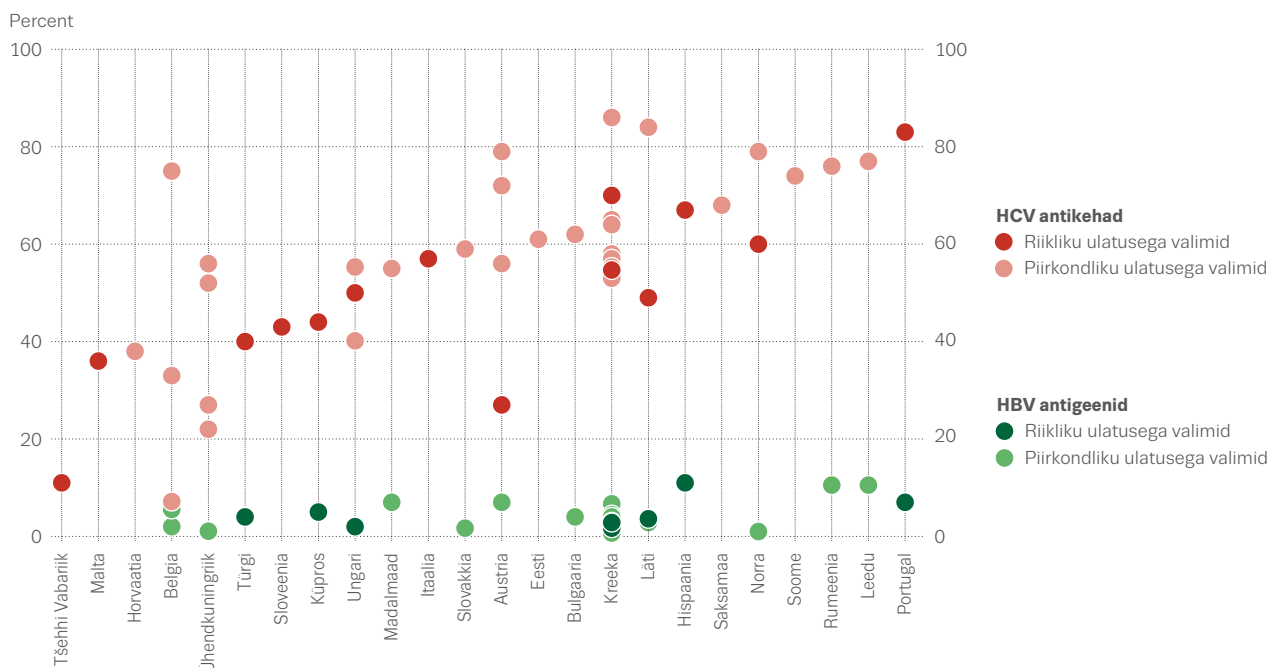
C-hepatiidi levik: erinevused riikides

Kõikjal Euroopas on süstivate uimastitarbijate seas väga sage viiruslik hepatiit, eriti C-hepatiidi viirusest (HCV) põhjustatud nakkus. Iga 100 HCVga nakatunud (antikehade positiivne test) inimese kohta kujuneb 75–80 inimesel välja krooniline nakkus. Sellel on rasked pikaajalised tagajärjed, sest krooniline HCV-nakkus, mida sageli raskendab rohke alkoholitarbimine, suurendab surmajuhtumite arvu vananevate suure riskiga uimastitarbijate seas ja põhjustab neil maksahaigusi, sealhulgas tsirroosi ja maksavähi juhtumeid.

Uute HIV-nakkusjuhtude arv uimasteid süstivate inimeste seas on vähenenud

JOONIS 3.10

HCV antikehade ja HBV antigeenide levimus süstivate uimastitarbijate seas, 2014–2015



Aastatel 2014–2015 oli süstivaid uimastitarbijaid, kelle veres leidis HCV antikehi (mis näitab praegust või varasemat nakkust), riikide valimites 16–84%, kusjuures 13 andmeid esitanud riigist viies oli see näitaja üle 50% (joonis 3.10). Riikidest, kus olid olemas aastate 2010–2015 riiklike suundumuste andmed, teatas neli riiki HCV leviku vähenemisest süstivate uimastitarbijate seas ja kolmes riigis täheldati leviku suurenemist.

Uimastitarbijate seas on B-hepatiidi viirus (HBV) vähem levinud kui HCV-nakkus. Selle viiruse puhul näitab HBV antigeenide olemasolu siiski praegust nakkust, mis võib olla äge või krooniline. Seitsmes riigis, kus andmed on kättesaadavad, oli hinnanguliselt 1,7–11% uimastisüstijatest nakatunud HBV-viirusega.

Uimastite süstimine on riskitegur ka teiste nakkushaiguste puhul ning 2016. aastal teatasid Tšehhi Vabariik, Saksamaa ja Luksemburg uimastite süstimisega seotud A-hepatiidi puhangutest. Saksamaal, Norras ja Ühendkuningriigis teatati ka haavabotulismi puhangutest ja sporaadilise haavabotulismi juhtudest süstivate uimastitarbijate seas.

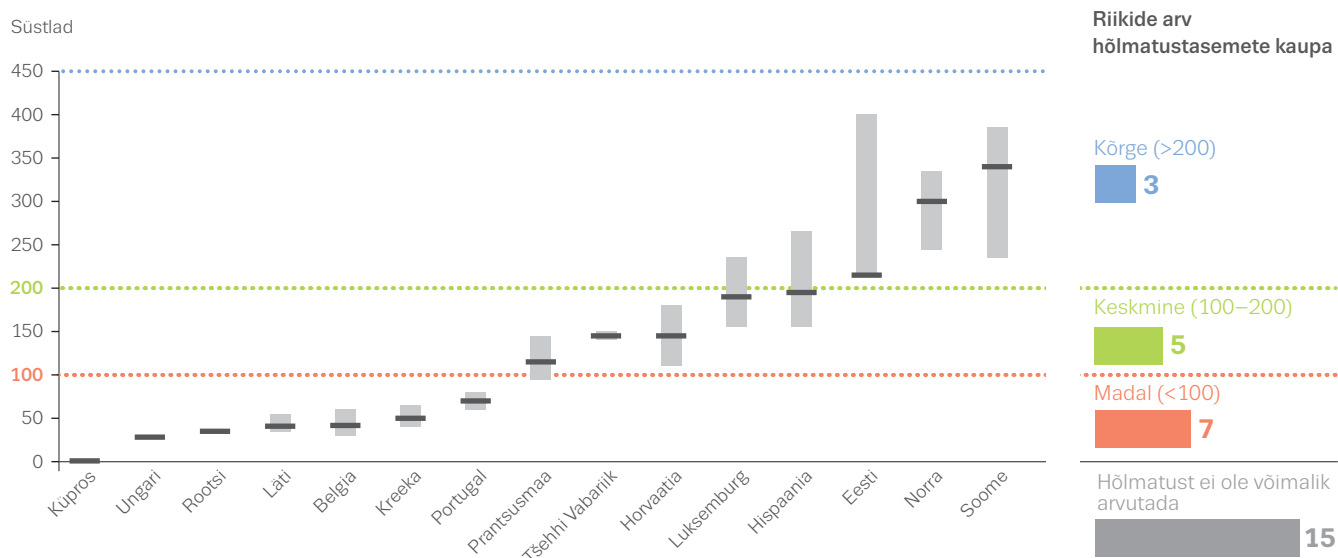
Nakkushaigused: ennetusmeetmed

Peamised meetmed, mida on rakendatud uimastitarbimisega seotud nakkushaiguste vähendamiseks uimasteid süstivate inimeste seas, on opioidide asendusravi ja puhaste süstimisvahendite pakkumine, süstimise kui riskikäitumise alane nõustamine, B-hepatiidi vastane vaktsineerimine, nakkushaiguste testimine, hepatiidiravi ja HIV 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 vähendavad tõhusalt HIV-nakkuse edasikandumist uimastite süstijate seas. EMCDDA seirega hõlmatud 30 riigist kõigis, v.a Türgis, pakutakse erikeskustes tasuta puhtaid süstimisvahendeid. Süstlavahetuspunktide geograafilise jaotuse ja sekkumismeetmetega hõlmatud sihtrühma kaetuse poolest on riikide vahel siiski märkimisväärsed erinevused (joonis 3.11). Teave süstalde jagamise kohta.

JOONIS 3.11

Spetsiaalsete süstlavahetuskaavadega hõlmatud: süstalde arv süstivate uimastitarbijate hinnangulise arvu kohta



NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

eriprogrammide kaudu on kättesaadav 25 riigis, kus teatati kokku üle 52 miljoni süstla jagamisest 2014.–2015. aastal. See koguarv on tegelikult palju väiksem, sest mitu suurt riiki, nagu Saksamaa, Itaalia ja Ühendkuningriik, ei ole teatanud täielikke andmeid süstalde jagamise kohta.

Sidemete loomine uimastitega seotud teenuste osutajate ja seksuaaltervise teenuste osutajate vahel võib olla eriti tähtis, et reageerida tõhusalt homoseksuaalsete meeste poolt stimulantide süstimisega seotud probleemidele. Selle rühma puhul hõlmavad olulised ennetusmeetmed nakkushaiguste testimist ja ravi, terviseharidust ning ennetusvahendite, sealhulgas kondoomide ja puhaste süstimisvahendite jagamist. Kokkupuute-eelne profülaktika on eriti ohustatud rühmade jaoks täiendav ennetusmeede HIV-nakkuse sugulisel teel edasikandumise vältimiseks.

HIV varajane diagnoosimine: suuremad testimisvõimalused

Uimasteid süstivate inimeste jaoks on eriti suureks probleemiks HIV hiline diagnoosimine, kui nakkus on hakanud juba immuunsussüsteemi kahjustama. 2015. aastal diagnoositi hilja 58% uutest teatatud süstimisega seotud edasikandumistest. Kõikide teiste edasikandumisviiside puhul toimus hiline diagnoosimine ELis keskmiselt 47%-l juhtudest. HIV hilise diagnoosimisega seostatakse suuremat haigestumust ja suremust ning viivitusi retroviirusevastase ravi alustamisel. HIV puhul tähendab n-õ testi ja ravi poliitika ehk retroviirusevastase ravi alustamine kohe pärast HIV diagnoosimist edasikandumise vähendamist ning see on eriti oluline suurema riskikäitumisega rühmades, näiteks uimasteid süstivate inimeste seas. Varajane diagnoosimine ja retroviirusevastase ravi alustamine tagab nakatunutele tavapärase keskmise eeldatava eluea.

Paljudes riikides pakuvad kogukonnapõhised ja madala künnisega teenuseosutajad HIV testimise võimalusi eesmärgiga suurendada testimist ja saavutada nakkushaiguste varasem avastamine. ELi minimaalsed kvaliteedistandardid toetavad vere kaudu levivate nakkushaiguste vabatahtlikku testimist kogukondlikes asutustes, kus toimub ühtlasi riskikäitumise alane nõustamine ja pakutakse abi haigustega toimetulekuks. Testimise ja ravi olulisteks tõketeks on jätkuvalt uimastitarbijate häbimärgistamine ja tõrjumine

C-hepatiidi ravi: tõhusamad ravimid

Euroopas on HCV-nakkus väga levinud uimasteid süstivate inimeste seas, kes on ka testimise ja ravi sihtrühm, et vältida maksahaiguste kujunemist ja surmajuhtumeid. Lisaks sellele on ulatuslike ennetusmeetmete oluline komponent nakkuse levitajate arvu vähendamine läbi C-hepatiidi ravi pakkumise. Euroopa kliinilised suunised soovivad kaaluda kõikide selliste patsientide ravile allutamist, kellel on HCV-nakkuse tõttu krooniline maksahaigus. Suunistes esitatud soovitude kohaselt tuleks ravi kaaluda viivitamata isikute puhul, kes võivad viirust edasi anda (sh aktiivsed süstivad uimastitarbijad), ning C-hepatiidi ravi tuleks pakkuda uimastitarbijatele individuaalsel alusel ja korraldada valdkondadevaheliselt.

Alates 2013. aastast põhineb HCV-nakkuse ravi peamiselt tõhusatel, paremini talutatavatel, täiesti suukaudsetel ja interferoonivabadel ravimitel, milles on vahetult toimivad viirusevastased ained. Peale selle saab neil ravimitel põhinevat ravi pakkuda spetsiaalsete kogukondlike narkomaaniraviteenuste kaudu, mis suurendab nende kasutamist ja kättesaadavust. Paljud Euroopa riigid võtavad vastu uued viirusliku hepatiidi strateegiad, ajakohastavad ravijuhiseid ning täiustavad HCV testimist ja seotust raviga. Siiski peavad paljud riigid tegelema endiselt väljakutsetega nagu vähene testimine, ebaselged suunamis- ja ravimeetodid ning uute ravimite suur maksumus.

**Uimastitarbimist peetakse
täiskasvanute välditavate
surmajuhtumite põhjuseks
Euroopas**

Üleannusest tingitud surmajuhtumid: hiljutine tõus

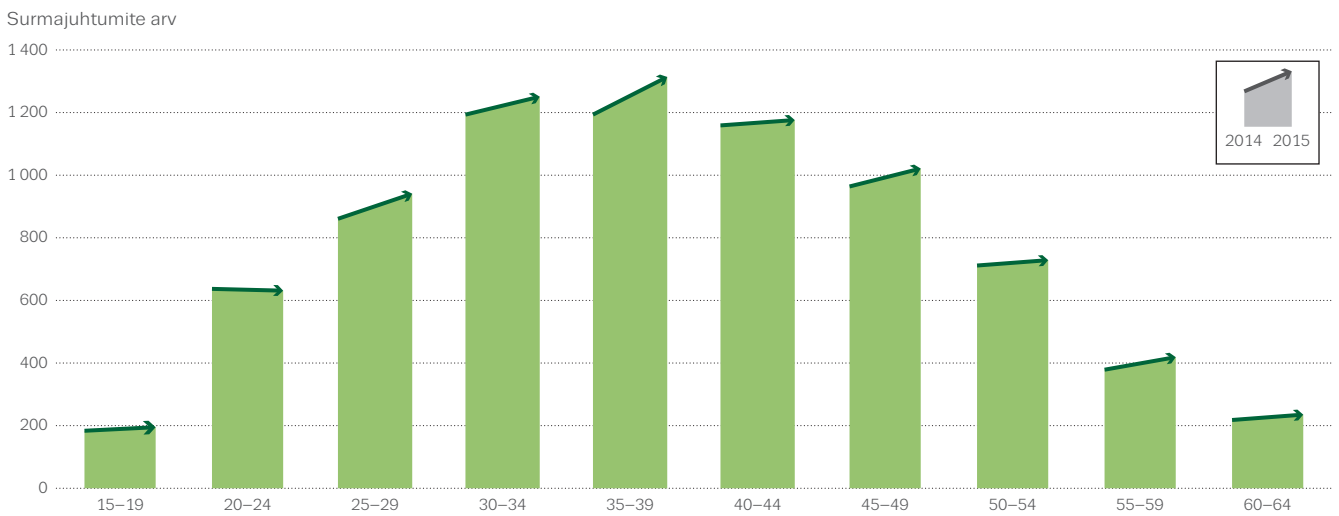
Täiskasvanute surmajuhtumite põhjuste seast Euroopas peetakse uimastitarbimise juhtumeid välditavaks. Suure riskiga uimastitarbijaid käsitlevad uuringud näitavad tavaliselt, et üldine suremus on 1–2% aastas. Üldiselt on opioiditarbijatel Euroopas 5–10 korda suurem tõenäosus surra kui teistel samas eas 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. Opioiditarbijatel on üldiselt vilets tervis, mida iseloomustab erinevate terviseprobleemide kuhjumine ja koostoime. Neil esineb sageli kroonilisi kopsu- ja maksahaigusi ning südame-veresoonkonna probleeme, mis on ka surmajuhtumite suurema osakaalu põhjuseks vanemaeliste ja krooniliste uimastitarbijate seas.

Uimastite üleannustamine suure riskiga uimastitarbijate seas on Euroopas endiselt peamine surmapõhjus, kusjuures üle kolmveerandi üleannuse tagajärjel surnud isikutest on mehed (78%). Üleannustamise andmetesse, eriti Euroopa koondnäitajasse tuleb suhtuda ettevaatusega. Selle põhjuseks on süstemaatiline andmete esitamata jätmine mõnedes riikides ning aruandluses viivitusi põhjustavad registreerimisprotsessid. Aastaandmed on seega esialgne miinimum.

Hinnangute kohaselt toimus Euroopa Liidus 2015. aastal vähemalt 7585 üleannusest tingitud surmajuhtumit, millega oli seotud vähemalt üks ebaseaduslik uimasti. Norrat ja Türgit arvesse võttes toimus 8441 surmajuhtumit, st et 2014. aasta korrigeeritud andmete kohase 7950 surmajuhtumiga võrreldes oli kasv 6%. Kasvust teatati peaaegu kõikides vanuserühmades (joonis 3.12). Sarnaselt eelmise aastaga moodustavad Ühendkuningriik (31%) ja Saksamaa (15%) kokku ligikaudu poole Euroopa kogunäitajast. See on osaliselt seotud ohustatud elanikkonna suurusega nendes riikides, kuid ka andmete esitamata jätmisega mõnes teises riigis. Mis puudutab suhteliselt usaldusväärse aruandlussüsteemiga riike, siis 2014. aasta korrigeeritud andmed kinnitavad üleannusest tingitud surmajuhtumite arvu kasvu Hispaanias, samas kui 2014. aastal Leedus ja Ühendkuningriikides toimunud üleannusest tingitud surmajuhtumite kasv jätkus ka 2015. aastal ning nüüd teatatakse kasvust ka Saksamaal ja Madalmaades. Kasvusuundumust võib täheldada ka Rootsis, kuigi see võib olla osaliselt tingitud sekkumismeetmetes, koodides ja aruandlustavades tehtud muudatuste koondmõjust. Türgi teatab samuti jätkuvast kasvust, kuid see tundub olevat tingitud peamiselt andmete kogumise ja aruandluse täiustamisest.

JOONIS 3.12

Euroopas registreeritud, uimastitest põhjustatud surmajuhtumite arv vanuserühmade lõikes, 2014 ja 2015



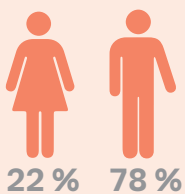
Aastatel 2007–2015 suurenes üleannustest tingitud surmajuhtumite arv vanemates vanuserühmades, samal ajal kui nooremates vanuserühmades see arv vähenes, mis näitab nende Euroopa opioiditarbijate vananemist, kellel on kõige suurem risk uimastite üleannuse tagajärjel surra. 10% üleannustanud uimastitarbijatest on alla 25aastased ja hiljuti toimus üleannusest tingitud surmajuhtumite arvu väike tõus alla 25aastaste seas mitmes riigis, sealhulgas Rootsis ja Türgis.

Opioididega seotud surmajuhtumid toetavad üldist tõusu

Enamik Euroopas teatatud surmavaid üleannuseid on seotud heroini või selle metaboliitidega, sageli koos muude ainetega. Uusimad andmed näitavad heroiniiga seotud surmajuhtumite kasvu Euroopas, eriti Ühendkuningriigis. Inglismaal ja Walesis nimetati heroini või morfiini 2015. aastal registreeritud surmajuhtumitest 1200 korral, mis tähendab, et eelneva aastaga võrreldes oli kasv 26% ja 2013. aastaga võrreldes 57%. Heroiniiga seotud surmajuhtumite arv suurenes ka Šotimaal (Ühendkuningriik), Iirimaa ja Türgis.

UIMASTITEST PÕHJUSTATUD SURMAJUHTUMID

Näitajad



Keskmine vanus surres

38

Surmajuhtumid, kus leiti organismist opioide



Vanus surres

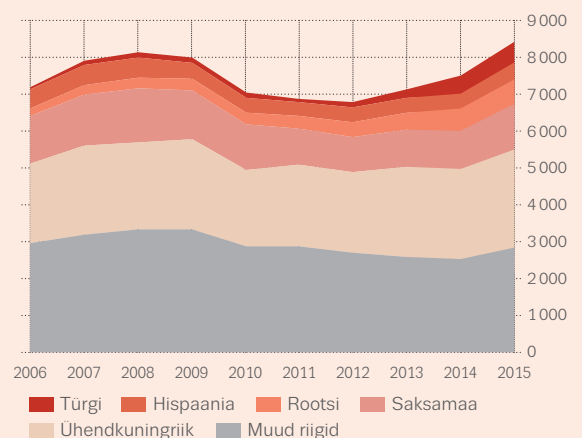


Surmajuhtumite arv

7 585 EL

8 441 EL + 2

Üleannusest tingitud surmajuhtumite suundumused



NB! „EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat.

Toksikoloogiaaruannetes mainitakse samuti korrapäraselt muid opioide. Neid aineid, eelkõige metadooni ja buprenorfiini, aga ka fentanüüle ja tramadooli seostatakse üleannusest tingitud surmajuhtumite märkimisväärse osakaaluga mõnes riigis. Uusimate andmete kohaselt ületas metadooniga seotud registreeritud surmajuhtumite arv heroiiniga seotud surmajuhtumite arvu Horvaatias, Taanis, Prantsusmaal ja Iirimaaal.

Stimulantide, näiteks kokaiini, amfetamiinide, MDMA ja katinoonidega on seostatud vähem üleannustest tingitud surmajuhtumeid Euroopas, kuigi nende olulisus erineb riigiti. Ühendkuningriigis (Inglismaa ja Wales) suurenes kokaiiniga seotud surmajuhtumite arv 169-lt 2013. aastal 320-le 2015. aastal, kuigi paljud neist arvatakse olevat heroini üleannustamisest tingitud surmajuhtumid inimeste seas, kes tarbisid ka *crack*'i. Hispaanias, kus kokaiiniga seotud surmajuhtumite arv on püsinud mõne aasta vältel stabiilsena, oli see ebaseaduslik uimasti 2014. aastal endiselt teine kõige sagedamini nimetatud üleannusest tingitud surmajuhtumite põhjus (269 juhtumit). 2015. aastal hõlmasid stimulantidega seotud surmajuhtumid Türgis 56 kokaiiniga seotud juhtumit, 206 amfetamiinidega seotud juhtumit ja 166 MDMAga seotud juhtumit (neist 62 seostati üksnes MDMA tarbimisega). Sünteetiliste kannabinooididega seotud surmajuhtumeid oli Türgis 137, neist 63 seostati üksnes nende uimastite tarbimisega.

Suremus on suurim Põhja-Euroopas

2015. aastal oli Euroopa keskmine üleannustest tingitud suremus 15–64-aastaste seas hinnanguliselt 20,3 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Meeste suremus (32,3 juhtumit miljoni mehe kohta) on peaaegu neli korda suurem naiste omast (8,4 juhtumit miljoni naise kohta). Üleannusest tingitud suremus saavutab tippaseme 35–39-aastaste meeste seas ja 30–34-aastaste naiste seas. Keskmine vanus surma ajal on meestel siiski madalam: 38 eluaastat võrreldes 41 eluaastaga naistel. Suremus ja suundumused on riigiti väga erinevad (joonis 3.13). Neid mõjutavad sellised tegurid nagu uimastitarbimise levik ja tavad, riigi aruandlustavad, teabe registreerimine ja üleannusest tingitud surmajuhtudele

koodide määramine riiklikes suremusandmebaasides. Uusimate andmete kohaselt esines üle 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta kaheksas Põhja-Euroopa riigis, kusjuures suurimast suremusest teatati Eestis (103 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Rootsis (100 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Norras (76 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) ja Iirimaaal (71 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) (joonis 3.13).

Üleannustamise ja uimastite põhjustatud surmajuhtumite ennetamine

Uimastite surmavate üleannuste ja muude uimastitarbimisega seotud surmajuhtumite arvu vähendamine on Euroopas oluline rahvatervise poliitika ülesanne. Sihipärased meetmed selle valdkonnas on suunatud üleannuste ennetamisele või üleannuse korral ellujäämise tõenäosuse suurendamisele.

Vaatlusuuringute metaanalüüs kinnitab metadooni asendusravi tõhusust suremuse (üleannus ja kõik muud põhjused) vähendamisel opioidisõltuvusega inimeste seas. Metadooniravi patsientide suremus oli alla kolmandiku nende opioiditarbijate eeldatavast suremusest, kes ei osale ravis. Erinevates ravi etappides toimunud surmajuhtumite analüüs osutab vajadusele keskenduda sekkumismeetmete rakendamisel ravi algusetapile (esimesed neli nädalat, eriti metadooni korral) ja ravijärgsele perioodile. Pärast ravi lõpetamist seostatakse esimest nelja nädalat suure üleannustamise riskiga. Üleannustamise suhtes on seega eriti haavatavad patsiendid, kes korduvalt alustavad ja lõpetavad ravi.

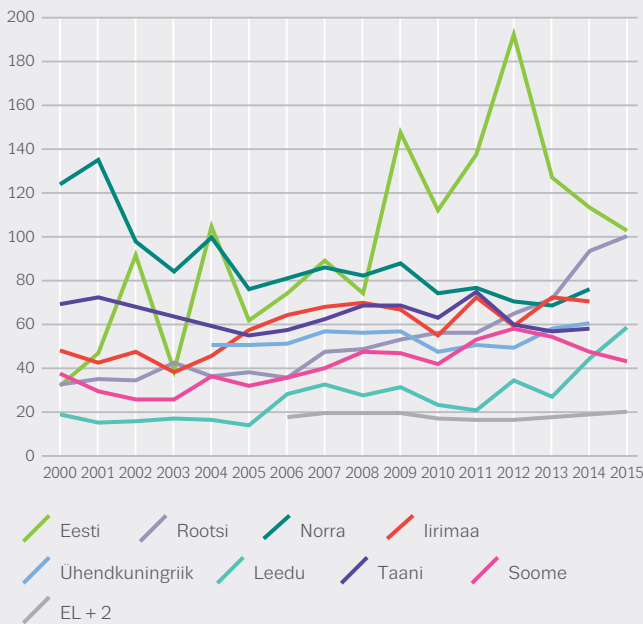
Järelevalvega uimastitarbimispunktide eesmärk on ennetada üleannustamist ja tagada professionaalse abi kättesaadavus üleannustamise korral. Sellised punktid on praegu avatud kuues ELi liikmesriigis ja Norras ning kokku on avatud 78 punkti. 2016. aastal avati Prantsusmaal kuueaastase katse eesmärgil kaks uimastitarbimispunkti ning uued punktid avati ka Taanis ja Norras.

Üleannustamise suhtes on eriti haavatavad patsiendid, kes korduvalt alustavad ja lõpetavad ravi

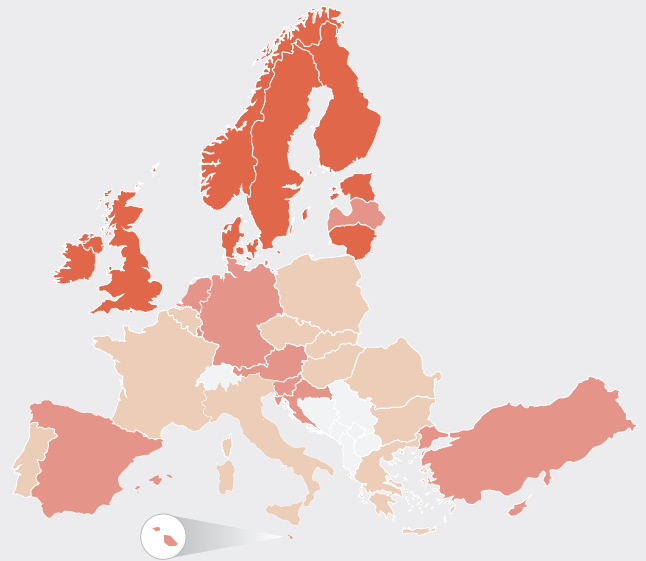
JOONIS 3.13

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

Juhtumit miljoni elaniku kohta



NB! Suundumused kaheksas suurima näitajaga riigis 2015. või 2014. aastal ja Euroopa kogusuundumus. „EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat.



Juhtumit miljoni elaniku kohta

<10 10–40 >40

Naloksoon: uute toodete arendamine

Naloksoon on opioidide toimet pärssiv antagonist, mis võib aidata opioidi üleannuse korral elusid päästa. Seda kasutatakse haiglate erakorralise meditsiini osakondades ja kiirabis. Viimastel aastatel on suurenenud koju kaasaantava naloksooni pakkumine opioiditarbijatele, nende partneritele, kaaslastele ja pereliikmetele. Ühtlasi pakutakse üleannustamise äratundmise ja sellele reageerimise koolitust. Naloksoon on tehtud kättesaadavaks ka uimastitarbijatega korrapäraselt kokkupuutuvate asutuste töötajatele. Koju kaasaantava naloksooni programmid on kehtestatud kümnes Euroopa riigis. Uimastitega seotud teenuste ja tervishoiuteenuste pakkujad varustatakse naloksoonikomplektidega, mis sisaldavad ravimiga eeltäidetud süstlaid, kuigi Taanis ja

Norras on võimalik naloksooni manustada ka nina kaudu. Prantsusmaal on uue nina kaudu manustatava ravimi kasutamiseks antud ajutine luba. Eestis on koju kaasaantava naloksooni levik suurenenud alates 2013. aastast ja 2015. aastal hakati seda pakkuma ka vanglates. Hiljutine süstemaatiline ülevaade koju kaasaantava naloksooni tõhususe kohta viitas sellele, et haridus- ja koolitusmeetmed koos koju kaasaantava naloksooni pakkumisega vähendavad üleannustamisega seotud suremust. Suurema üleannustamisriskiga isikud, nagu hiljuti vabanenud vangid, võivad sellest eriti kasu saada ning Ühendkuningriigi (Šotimaa) riikliku naloksooni programmi hindamisel leiti, et sellega seoses vähenes oluliselt nende opioididega seotud surmajuhtumite osakaal, mis toimusid ühe kuu jooksul pärast vanglast vabanemist.

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

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

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

EMCDDA ja ECDC ühisväljaanded

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

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 probleemse opioiditarbimise, asendusravi, ravisaajate koguarvu, ravialustajate, uimastite süstimise, uimastite põhjustatud surmajuhtumite, uimastitega seotud nakkushaiguste, süstalde jagamise ja konfiskeerimiste kohta. Andmed on võetud ja moodustavad osa EMCDDA **statistikabülletäänist 2017**, 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 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	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tšehhi Vabariik	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Taani	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Saksamaa	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Eesti	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Iirimaa	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Kreeka	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Hispaania	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Prantsusmaa	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Horvaatia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Itaalia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Küpros	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Läti	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Leedu	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luksemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungari	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Madalmaad	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Poola	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumeenia	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Sloveenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovakkia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Soome	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Rootsi (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Ühendkuningriik	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Türgi	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norra (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Euroopa Liit	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EL, Türgi ja Norra	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Asendusravi patsientide andmed on 2015. aasta või viimase aasta kohta, mille kohta andmed on kättesaadavad: Taani, Soome, Madalmaad ja Soome 2014. aasta andmed, Türgi 2011. aasta andmed.

(¹) Esmakordsete ja varem ravi saanud ravialustajate andmed on Rootsi kolmest andmeallikast kättesaadavad ainult kahe kohta ja seetõttu ei ole võrreldavad kõikide ravialustajate andmetega.

(²) Opioididega seotud probleemide tõttu ravi saavate patsientide osakaal on miinimumnäitaja, milles ei arvestata opioiditarbijast patsiente, kes on registreeritud mitme uimasti tarbijana.

TABEL A2

KOKAIIN

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad					
	Rahvastik			Kooliõpilased	Kokaiinitarbijate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate kokaiinitarbijate osakaal		
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastaselt)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastaselt)		Elu jooksul, õpilased (15–16-aastaselt)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia (1)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tšehhi Vabariik	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taani	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Saksamaa (2)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Eesti	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Egiptus	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Kreeka	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Hispaania	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Prantsusmaa	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Horvaatia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Itaalia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Küpros	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Läti	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leedu	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungari (2)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Madalmaad	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Poola	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumeenia	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Sloveenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovakkia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Soome	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Rootsi (4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ühendkuningriik (2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Türgi	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norra (4)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Euroopa Liit	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist. Andmekogumiskorra ebakindluse tõttu ei pruugi Läti andmed olla võrreldavad.

(1) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Flandriat.

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

(3) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

(4) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

(5) Esmakordsete ja varem ravi saanud ravialustajate andmed on Rootsi kolmest andmeallikast kättesaadavad ainult kahe kohta ja seetõttu ei ole võrreldavad kõikide ravialustajate andmetega.

TABEL A3

AMFETAMIINID

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad					
	Rahvastik			Kooliõpilased	Amfetamiinitarbivate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate amfetamiinitarbivate 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 ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tšehhi Vabariik	2015	4,4	2,2	1	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	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Saksamaa (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Eesti	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Iirimaa	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Kreeka	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hispaania	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Prantsusmaa	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Horvaatia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Itaalia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Küpros	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Läti	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Leedu	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luksemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungari (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Madalmaad	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Poola	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumeenia	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sloveenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovakkia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Soome	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Rootsi (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Ühendkuningriik (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Türgi	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norra (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Euroopa Liit	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist. Andmekogumiskorra ebakindluse tõttu ei pruugi Läti andmed olla võrreldavad.

(1) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Flandriat.

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

(3) Ravialustajate arv hõlmab patsiente, kes tarbivad peale amfetamiinide ka muid stimulante (v.a kokaiin).

(4) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

(5) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

(6) Esmakordsete ja varem ravi saanud ravialustajate andmed on Rootsi kolmest andmeallikast kättesaadavad ainult kahe kohta ja seetõttu ei ole võrreldavad kõikide ravialustajate andmetega.

TABEL A4

MDMA

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Uuringu aasta	Rahvastik		Kooliõpilased	MDMA tarbijate osakaal ravialustajate seas		
		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
		%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tšehhi Vabariik	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Taani	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Saksamaa ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Eesti	2008	–	2,3	3	–	–	–
Iirimaa	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Kreeka	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Hispaania	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Prantsusmaa	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Horvaatia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Itaalia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Küpros	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Läti	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Leedu	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungari ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Madalmaad	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Poola	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumeenia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Sloveenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovakkia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Soome	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Rootsi ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Ühendkuningriik ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Türgi	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norra ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Euroopa Liit	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

ebakindluse tõttu ei pruugi Läti andmed olla võrreldavad.

(1) Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Flandriat.

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

(3) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

(4) Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

TABEL A5

KANEP

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Uuringu aasta	Rahvastik		Kooliõpilased	Kanepitarbijate osakaal ravialustajate seas		
		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
		%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tšehhi Vabariik	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Taani	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Saksamaa ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Eesti	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Iirimaa	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Kreeka	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Hispaania	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Prantsusmaa	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Horvaatia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Itaalia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Küpros	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Läti	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Leedu	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luksemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungari ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Madalmaad	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Poola	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumeenia	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Sloveenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovakkia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Soome	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Rootsi ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Ühendkuningriik ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Türgi	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norra ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Euroopa Liit	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist. Andmekogumiskorra ebakindluse tõttu ei pruugi Läti andmed olla võrreldavad.

⁽¹⁾ Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Flandriat.

⁽²⁾ Rahvastiku seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

⁽³⁾ Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

⁽⁴⁾ Rahvastiku seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

⁽⁵⁾ Esmakordsete ja varem ravi saanud ravialustajate andmed on Rootsi kolmest andmeallikast kättesaadavad ainult kahe kohta ja seetõttu ei ole võrreldavad kõikide ravialustajate andmetega.

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 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tšehhi Vabariik	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Taani	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Saksamaa	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Eesti	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Iirimaa (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Kreeka	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Hispaania (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Prantsusmaa (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Horvaatia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Itaalia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Küpros	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Läti	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Leedu	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luksemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungari	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Madalmaad	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Poola	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumeenia	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Sloveenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovakkia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Soome	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Rootsi	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Ühendkuningriik (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Türgi	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norra	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Euroopa Liit	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EL, Türgi ja Norra	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Uimastitest tingitud surmajuhtumite võrdlemisel tuleb olla mõnes riigis koodide määramise, kaetuse ja andmete esitamata jätmisega seotud probleemide tõttu ettevaatlik.

(¹) Eriprogrammide kaudu jaotatud süstalde arv 2014. aastal.

(²) Ühendkuningriigi süstalde andmed: Inglismaa kohta andmed puuduvad, Šotimaa 4 376 456 ja Wales 3 398 314 (mõlema puhul 2015. aasta andmed), Põhja-Iirimaa 292 390 (2014. aasta andmed).

TABEL A7

KONFISKEERIMISED

Riik	Heroiin		Kokaiin		Amfetamiinid		MDMA	
	Konfiskeeritud kogus kg	Konfiskeerimiste arv üldarv	Konfiskeeritud kogus kg	Konfiskeerimiste arv üldarv	Konfiskeeritud kogus kg	Konfiskeerimiste arv üldarv	Konfiskeeritud kogus tabletid (kg)	Konfiskeerimiste arv üldarv
Belgia	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgaaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tšehhi Vabariik	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Taani	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Saksamaa	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Eesti	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Iirimaa	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Kreeka	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Hispaania	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Prantsusmaa	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Horvaatia	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Itaalia	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Küpros	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Läti	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Leedu	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luksemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungari	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Madalmaad	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Poola	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumeenia	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Sloveenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakkia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Soome	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Rootsi	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Ühendkuningriik	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Türgi	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norra	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Euroopa Liit	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EL, Türgi ja Norra	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Amfetamiinide all peetakse silmas nii amfetamiini kui ka metamfetamiini.

Kõik andmed on 2015. aasta kohta. Šotimaa (Ühendkuningriik) kohta ei ole andmed kättesaadavad.

TABEL A7

KONFISKEERIMISED (jätkub)

Riik	Kanepivaik		Kanepiürt		Kanepitaimed	
	Konfiskeeritud kogus kg	Konfiskeerimiste arv üldarv	Konfiskeeritud kogus kg	Konfiskeerimiste arv üldarv	Konfiskeeritud kogus taimed (kg)	Konfiskeerimiste arv üldarv
Belgia	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tšehhi Vabariik	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Taani	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Saksamaa	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Eesti	812	21	60	597	0 (12)	44
Iirimaa	–	192	–	1 049	– (–)	182
Kreeka	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Hispaania	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Prantsusmaa	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Horvaatia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Itaalia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Küpros	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Läti	1 272	63	71	712	– (20)	17
Leedu	591	32	143	456	– (–)	–
Luksemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungari	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Madalmaad	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Poola	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumeenia	5	178	180	1 987	– (293)	90
Sloveenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovakkia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Soome	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Rootsi	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Ühendkuningriik	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Türgi	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norra	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Euroopa Liit	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EL, Türgi ja Norra	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Kõik andmed on 2015. aasta kohta. Šotimaa (Ühendkuningriik) kohta ei ole andmed kättesaadavad.

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 sekkumismeetmeid. Koos veebipõhise [statistikabülletäni](#) ja 30 [riigi uimastiprobleemide aruandega](#) moodustab see [Euroopa uimastiprobleemide 2017. 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 uimastiprobleemide olukorrast Euroopas.

EMCDDA väljaanded on esmane teabeallikas paljudele sihtrühmadele, sealhulgas poliitikakujundajatele ja nende nõustajatele, narkovaldkonna asjatundjatele ja teadlastele ning laiemas plaanis ka meediale ja üldsusele. Lissabonis asuv EMCDDA on Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutus.

