



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ET

ISSN 2314-906X

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2018



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2018

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.

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

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2018

Print	ISBN 978-92-9497-297-2	ISSN 1977-9844	doi:10.2810/954000	TD-AT-18-001-ET-C
PDF	ISBN 978-92-9497-285-9	ISSN 2314-906X	doi:10.2810/3964	TD-AT-18-001-ET-N

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2018
Reprodutseerimine on lubatud allikale viitamisel.

Viitamisel kasutada: Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (2018), *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2018. 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 Europa uimastiprobleemide mõistmine ja tõhusate meetmete väljatöötamine
19	1. PEATÜKK Uimastite pakkumine ja turg
39	2. PEATÜKK Uimastitarvitamise levik ja suundumused
59	3. PEATÜKK Uimastitega seotud kahju ja meetmed
83	LISA Riikide andmete tabelid

Eessõna

Meil on hea meel tutvustada Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) koostatud Euroopa uimastiprobleemide uusimat analüüsi. *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2018: suundumused ja arengud* annab ajakohase ülevaate Euroopa uimastiprobleemidest ja vastutegevustest. Meie kõige olulisema aruande aluseks on põhjalik ülevaade Euroopa tasandi ja riiklikest andmetest, mis toovad esile arengutrendid ja probleemid. Sel aastal on veebiaruandele lisatud 30 riigipõhist uimastiaruannet ning andmekogumid ja graafikud, mis annavad ülevaate iga üksiku riigi kohta.

Aruande eesmärk on anda huvitatud pooltele võimalikult põhjalik ülevaade. Samuti hoiatab see varakult uute uimastitrendide eest, aitab kavandada riikliku ja kohaliku taseme strateegiaid ja võrrelda erinevaid riike ning toetab trendide andmetele tuginevat olukorra hindamist. Aruannet täiendab meie iga kolme aasta tagant ilmuv väljaanne *Uimastiprobleemidesse tervishoiu- ja sotsiaalvahenditega sekkumine: Euroopa juhend* (2017).



Sel aastal võib rea uimastite puhul täheldada murettekitavat trendi: üha suurem hulk uimastitest toodetakse Euroopas, tarbijatele lähemal. Seda muutust toetab tehnoloogiline areng, mis ühendab Euroopa uimastitootjad ja tarbijad pinnaveebi ja pimevõrgu kaudu rahvusvaheliste turgudega. Samuti tuleb märkida, et Lõuna-Ameerika kasvav kokaiinitootmine mõjutab ka Euroopa turgu – sellega kaasnevad suurem terviseprobleemide risk kasutajatele ja keerulisemad väljakutsed õiguskaitseasutustele, sest salakaubavedajad muudavad ja vahetavad tarneteid. Samuti on murekohaks tõendid crack-kokaiini kasvavast kättesaadavusest Euroopas ning olukord vajab jälgimist.



Euroopas turustatavad uued psühhoaktiivsed uimastid põhjustavad jätkuvalt probleeme avalikele tervishoiusüsteemidele ja teevad peavalu poliitikutele. Hiljutised ELi õigusaktid on parandanud informatsiooni vahetust uute turule jõudnud uimastite kohta ning vähendanud aega, mis on vajalik nende ainete riskihindamiseks ja kontrollimiseks üle terve Euroopa. Väga tugeva toimega sünteetilised opioidid ja kannabinoidid põhjustavad mitmesuguseid probleeme ning fentanüüli derivaadid asetavad uimastitarbijad ja esmaabi pakkujad aina suuremasse ohtu. Sellele väljakutsele reageerimisel on taas tähelepanu keskmes opioidide vastumürgina kasutatava naloksooni kasutamine üledooside vastu ning uimastitarbijate juurdepääs naloksoonile.

Oleme veendunud, et uimastite kasutamisest põhjustatud oht Euroopa rahvatervisele ja turvalisusele nõuab tipptasemel multidistsiplinaarset vastust. Euroopa koostöö tugineb 2017. aastal vastuvõetud ELi uuele tegevuskavale.

Meie aruanne ja selles esitatud analüüs on tunnistuseks riiklikelt ja institutsionaalsetelt partneritelt saadud tugeva toetuse kohta. Reitox-võrgustikku kuuluvate riiklike teabekeskuste ja riiklike ekspertide panus võimaldas meil koostada ainulaadse ülevaate Euroopa uimastiolukorrast. Täname ka oma Euroopa tasandi partnereid, eelkõige Euroopa Komisjoni, Europoli, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskust ning Euroopa Ravimiametit. Lisaks oleme tänulikud, et meiega koostööd teinud erialavõrgustikud võimaldasid meil kasutada oma aruandes tipptasemel ja uuenduslikke andmeid, nagu heitvee analüüs, kooliküsitlused ja uimastitega seotud juhtumid haiglate erakorralise meditsiini osakonnas.

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 ning Norra iga-aastase aruandlusprotsessi käigus.

Selle eesmärk on esitada ülevaade ja kokkuvõte uimastiprobleemide olukorrast Euroopas ja vastumeetmetest. Kasutatud on 2016. 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. Lugeja peaks arvestama, et harjumuste ja suundumuste seire sellises varjatud ja häbimärgistatud valdkonnas nagu uimastitarvitamine 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 metoodika ja analüüsi tingimuste üksikasjalikku teavet ning märkusi olemasolevas teabes esinevate piirangute kohta. Samas on ka teave Euroopa tasandi hinnangutes kasutatud 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 Plus);
- | 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 vastutusalas tegutsevad riigiasutused, kes edastavad EMCDDA-le uimastitega seotud teavet. Riiklike teabekeskuste kontaktandmed on esitatud [EMCDDA veebilehel](#).

Ülevaade

**Uimastitega seotud suundumused
Euroopa riikides mõjutavad
üleilmseid trende ja on ühtlasi
neist mõjutatud**

Euroopa uimastiprobleemide mõistmine ja tõhusate meetmete väljatöötamine

Käesolevas ülevaates uurime mõningaid olulisi tegureid, mis paistavad mõjutavat nii Euroopas 2018. aastal täheldatud uimastitarvitamise harjumusi kui ka nendega seostatud tervise-, sotsiaalseid ja turvalisusprobleeme. Selle arutelu lähtepunkt on üldine tähelepanek, et ajaloolises perspektiivis tundub olevat praegu käes Euroopa uimastiprobleemide eriti dünaamiline etapp ning lisaks osutavad mitmesugused olemasolevad andmed, et uimastid on jätkuvalt hõlpsalt kättesaadavad ja teatavates valdkondades muutub nende kättesaadavus isegi lihtsamaks. See tekitab riikide ja Euroopa tasandil uimastitarvitamise ja uimastitega seotud probleemide vastu võetavate meetmete seisukohast uusi olulisi probleeme, millest osa mõju arutatakse allpool.

■ Märgid Euroopa suurenenud uimastitootmisest

Uimastitega seotud suundumused Euroopa riikides mõjutavad üleilmseid trende ja on ühtlasi neist mõjutatud. Euroopa on mõne sünteetilise stimulandi, näiteks MDMA üks suuremaid tootjaid, eksportides tooteid ja oskusteavet mujale maailma. Kanepi tootmine Euroopas on importimise teatud määral välja tõrjunud ja paistab mõjutavat mujal asuvate tootjate ärimudeleid. Selle tagajärg on praegu salakaubana Euroopasse toodaval kanepivaigul tugevam toime.

Kahe ülejäänud peamise ebaseadusliku taimse uimasti – kokaiini ja heroini – tootmine on jätkuvalt koondunud vastavalt Ladina-Ameerika ja Aasia riikidesse. Üleilmsed andmed osutavad mõlema aine tootmise kasvule. Selle mõju Euroopale tasub uurida. Heroini üldine tarvitamine püsib hoolimata tänaval müüdava uimasti suhtelisel kõrgest puhtusastmest stabiilne ja tarvitamise ratsioonid alustamisel paistavad olevat väikesed. Seevastu kokaiini puhul liigub mitu näitajat tõusvas joones. Seda arutatakse üksikasjalikumalt allpool. Mõlema aine konfiskeerimisandmed osutavad aga teatud hiljutistele muutustele tootmisahelas, millel võib tulevikus olla oluline mõju. Euroopas täheldatakse jätkuvalt kokaiini teistest töötlemist ja ekstraheerimist selle varjamiseks kasutatud materjalidest, samuti selle uimasti suures koguses importimist konteineritesse peidetuna. Heroini puhul on uue arengusuunana mitmes Euroopa riigis avastatud ja likvideeritud morfiinist heroini tootvaid laboreid. Seda ajendavad tõenäoliselt äädikhappeanhüdriidi, heroini tootmise olulise lähteaine parem kättesaadavus ja märkimisväärselt madalam hind Euroopas ajal, mil

unimaguna saagid suurenevad. See areng ei näita mitte üksnes nüüdisaegsete uimastitootmisvõrgustike ülemaailmset ühendatust, vaid ka vajadust töötada välja globaalsest vaatenurgast lähtuvad uimastikontrollimeetmed, näiteks lähteainete kontrollid.

Kuigi uute psühhoaktiivsete ainete tootmise ja kättesaadavuse piiramiseks Euroopas ja mujal tehtavad jõupingutused avaldavad teatavat mõju, on siiski infot nende ainete tootmisest ja tablettide valmistamisest Euroopa piires. Selliseid arenguid uute ainete tootmises on seni ilmnunud vähe. Muudatused võivad aga uimastiprobleeme kiiresti mõjutada ja seepärast tuleb hoolikalt tagada, et Euroopa oleks valmis selles valdkonnas tulevikus tekkida võivatele ohtudele paremini reageerima.

Internetimüük: Euroopa üleilmsel turul

Uimastite müümine internetis on veel üks hea näide kiiretest muutustest, mis tekitab probleeme olemasolevate strateegiatega ja reageerimismudelite ning uimastiseire seisukohast. EMCDDA ja Europoli hiljutises ühisaruandes analüüsiti Euroopa uimastipakkujate ja -tarvitajate rolli sellel ülemaailmsel turul. Aastatel 2011–2015 langes ELi uimastipakkujate arvele hinnanguliselt peaaegu pool pimevõrgus toimunud uimastimüügist. Võrreldes kogu ebaseadusliku uimastituruga on elektrooniline müük praegu väike, ent paistab kasvavat. Kuigi sageli koondub tähelepanu pimevõrgule, võivad uute psühhoaktiivsete ainete ja väärkasutatavate ravimite turustamisel olla sotsiaalmeedia ja pinnaveeb sama olulised. Siinkohal tekitab eriti muret bensodiasepiiniga seotud uute ainete turuletulek. Alates 2015. aastast on varajase hoiatamise ELi süsteemile teatatud 14 uuest bensodiasepiinist. Need ained ei ole Euroopa Liidus müügiluba omavad ravimid ning nende toksikoloogia kohta on väga vähe teavet; tõenäoliselt on aga riskid suuremad juhul, kui neid kasutatakse koos ebaseaduslike uimastite või alkoholiga. Mõnes riigis paistavad nii levinud kui ka uued bensodiasepiinid ebaseaduslike uimastite turul hõlpsamalt kättesaadavad olevat ja teadaolevalt on neil ainetel oluline, kuigi tähelepanuta jäetud roll opioidide üleannustamisest põhjustatud surmajuhtumites. Eriti murettekitavad on hiljutised märgid nende ainete ulatuslikumast kasutamisest noorte seas ning see valdkond nõuab täiendavat uurimist, poliitika kaalumist ja ennetustegevust. Bensodiasepiinide kasutamist suure riskiga tarvitajate seas on käsitletud käesoleva aruande elektroonilises lisas.

Kokaiini suurenenud pakkumise tagajärjed

Euroopa turgu tundub praegu mõjutavat suurenenud kokaiinitootmine Ladina-Ameerikas. Mõnes riigis on reoveeanalüüside põhjal saadud varajane hoiatus selle uimasti ulatuslikumast kättesaadavusest ja kasutamisest, mis kajastub nüüd ka muudes andmeallikates. Kuigi kokaiini hinnad on püsinud stabiilsed, on leviva uimasti puhtusaste rohkem kui kümne aasta võrdluses praegu Euroopas kõrgeim. Varem tuli enamik Euroopasse toodud kokaiinist Pürenee poolsaare kaudu. Suurte koguste hiljutised konfiskeerimised mujal osutavad, et selle marsruudi suhteline osatähtsus võib olla vähenenud ning kokaiini tuuakse salakaubana Euroopasse üha enam ka suurte konteinersadamate kaudu. Sellega seoses on märkimisväärne, et 2016. aastal edestas Belgia suurima koguse kokaiini konfiskeerinud riigina Hispaaniat.

Üldiselt on kokaiini mõju rahvatervisele raske mõõta, sest selle uimasti rolli nii ägedate probleemide kui ka pikaajaliste tervisekahjude puhul on keeruline jälgida ja sageli ei pruugita seda ära tunda. Eelduste kohaselt võivad probleemid aga süveneda, kui tarvitamine ja eelkõige kõrge riskitasemega tarvitamisharjumused laialdasemaks muutuvad. Üks märk sellest on kokaiinisõltuvuse eriravi esmakordselt alustavate patsientide arvu suurenemine, kuigi see ei ole jõudnud viimati kümme aastat tagasi täheldatud kõrge tasemeni. Muret tekitab ka see, et kuigi *crack'* tarvitamine ei ole veel väga levinud, on ka sellest mõnevõrra rohkem teatatud ja see võib hakata mõjutama suuremat arvu riike. Üldiselt on vaja paremini mõista, milles seisneb kokaiinitarvitajate tõhus ravi, sh kuidas oleks kõige parem reageerida sellistele kokaiiniprobleemidele, mis võivad esineda koos opioidisõltuvusega.



Uued psühhoaktiivsed ained põhjustavad rahvatervisele jätkuvalt probleeme

Uuteks katsumusteks valmisoleku olulisust rõhutab ELi uute psühhoaktiivsete ainete varajase hoiatamise süsteemi edukus. Rahvusvaheliselt tunnustatud süsteem annab Euroopale mujal puuduva suutlikkuse tuvastada uimastite turuletulek ja sellele reageerida. Hiljuti on võeti selles valdkonnas vastu täiendatud ELi õigusaktid, mis kiirendavad aruandlust, ja süsteemiga liitub jätkuvalt uusi teabeesitajaid. Uimastipoliitikas on uute psühhoaktiivsete ainete näol tegemist pidevalt muutuva probleemiga. Kokku jälgitakse süsteemis ligikaudu 670 ainet; igal aastal teatatakse neist umbes 400 ainet. Uimastiturule ilmuvate ainete loetelu pikeneb jätkuvalt ning Euroopas teatatakse igal nädalal umbes ühest täiendavast uuest psühhoaktiivsest ainetest. Kuigi uute turule ilmuvate psühhoaktiivsete ainete arv jääb alla 2015. aastal saavutatud tippaseme, on nende ainete tarvitamise kahjulik mõju rahvatervisele endiselt suur.

Surmajuhtumite ja ägeda mürgistusega seostatud sünteetiliste opioidide ja sünteetiliste kannabinoidide Euroopa turule ilmumisest tingituna hindas EMCDDA enneolematu arvu ainete riske rahvatervisele. See protsess võib tuua kaasa kiirendatud seadusandlikud meetmed kogu Euroopa Liidus. 2017. aastal esitati andmeid ka Maailma Terviseorganisatsioonile ja teatud kõnealuste ainete jaoks kaalutakse praegu rahvusvahelise kontrolli kehtestamist. 2017. aastal uuriti viit fentanüüli derivaati. Need ained olid kättesaadavad mitmes uudses vormis, sealhulgas ninapihustena. Mõnikord avastati neid ka segatuna muude uimastitega – näiteks heroini ja kokaiiniga – või võltsravimitega, mistõttu kasutajad sageli ei teadnud, et nad ainet tarbivad. Nende sageli interneti kaudu ostetavate tugevatoimeliste uimastite turuletulek tekitab olulisi probleeme nii tervishoiu- kui ka õiguskaitseasutustele. Neid aineid on lihtne transportida ja varjata, kusjuures sageli saab väikestest kogustest mitusada tuhat võimalikku tänaval müüdavat annust. Tervishoiu seisukohast raskendavad need niigi märkimisväärset koormust, mida põhjustavad muudest opioididest tingitud surmajuhtumid. Ameerika Ühendriikides annavad fentanüüli derivaadid praegu olulise panuse praegusesse opioidikriisi ning lühikese aja jooksul on neist saanud üleannustamisest tingitud surmajuhtumitega enim seostatud ained. Euroopas ei ole see probleem sama ulatuslik, ent EMCDDA-le teatatud fentanüüli ja mittekontrollitavate fentanüüli derivaatidega seotud surmajuhtumid ja mitteletaalsed üleannustamisjuhtumid rõhutavad vajadust säilitada valvsus.

Sünteetilisi kannabinoide seostatakse üha enam terviseprobleemidega

Uute sünteetiliste kannabinoididega seotud tervisekahjustest teatamise järjel koostas EMCDDA 2017. aastal neli täiendavat riskihinnangut. Sünteetilisi kannabinoide on seostatud surmajuhtumite ja ägeda mürgistusega. EMCDDA hiljutises aruandes juhiti tähelepanu kasvavatele tervise- ja turvalisusprobleemidele, mida põhjustab nende ainete tarvitamine mõnes Euroopa vanglas. Oli ilmne, et neid probleeme ei pruugita alati tähele panna, sest kõnealuseid aineid on lihtne vanglatesse smugeldada ja nende tarvitamist on keeruline avastada.

Sünteetilisi kannabinoide turustati esialgu looduslike kanepitoodete seaduslike alternatiividena, kuid need on paljuski erinevad. Algselt rohkem meelelahutusliku tarvitamisega seostatud sünteetiliste kannabinoidide probleemset tarvitamist esineb nüüd tõrjutumate sotsiaalsete rühmade, näiteks kodutute seas, kuigi üldiselt on meie arusaamine nende uimastite tarvitamise harjumustest piiratud. Kui andmed on olemas, siis näitavad need, et sünteetiliste kannabinoidide tarvitamine on üldiselt väike, ent neil ainetel on märkimisväärne võime kahju tekitada. Sellele osutavad hiljutised andmed Türgist, kus uimastitest põhjustatud surmajuhtumite koguarvu suurenemine paistab olevat osaliselt tingitud sünteetiliste kannabinoidide tarvitamisest.

Surmajuhtumite ja ägeda mürgistusega seostatud sünteetilised opioidid ja sünteetilised kannabinoidid

Muutuv kanepiturg tekitab uusi poliitilisi väljakutseid

Kanep on jätkuvalt enim tarvitatud ebaseaduslik uimasti Euroopas. Selle uimasti olulisust tõendab kanepi esinemissagedus konfiskeerimistes, narkoseaduste rikkumises, hinnangulises levimuses ja uues ravinõudluses. Arengusuunad Põhja- ja Lõuna-Ameerikas, mis hõlmavad kõnealuse uimasti legaliseerimist teatud jurisdiktsioonides, on toonud kaasa kaubandusliku kanepituru kiire arengu. Selle tulemusel on uuendatud uimasti kättesaadavaid vorme ja manustamisviise. Nende hulka kuuluvad tugevatoimelised kanepisordid, e-vedelikud ja söödavad tooted. Seaduslikku meelelahutuslikul eesmärgil tarvitatava kanepi turgu täiendavad mõnes jurisdiktsioonis eeskirjad, millega tehakse kanep kättesaadavaks meditsiinilisel või ravieesmärgil. EMCDDA jälgib neid suundumusi ja esitab selgitavaid poliitikakokkuvõtteid, et juhtida tähelepanu teatud küsimustele, mida Euroopas tuleks arutada. Nende hulgas on võimalus, et mõned kõnealuse uimasti uued vormid võivad ilmuda Euroopa uimastiturule.

Põhja-Ameerikas täheldatud arengusuunad on taas tekitanud huvi kanepi rolli vastu uimastitarvitamise tõttu halvenenud autojuhtimissuutlikkuses. 2017. aastal korraldas EMCDDA kolmanda uimastite tõttu halvenenud autojuhtimissuutlikkust käsitleva rahvusvahelise sümposiooni. Kohtumisel osalenud rahvusvaheliste ekspertide aruandes juhiti tähelepanu selles valdkonnas tõhusate poliitikameetmete väljatöötamise keerukusele; see teema on riikide jaoks asjakohane olenemata kõnealuse uimasti õiguslikust staatusest.

Muud olulised poliitikaküsimused selles valdkonnas on: milles seisneb kanepiga seotud tervisehäirete asjakohane ravi, kuidas tagada poliitika sünergiad tubakatarvitamise vähendamise strateegiatega ning millised on tõhusad kahjuvähendusmeetodid selles valdkonnas. Kanepitarvitamine Euroopas on pikaajalistele andmetele tuginedes jätkuvalt suur ning teatud ELi liikmesriikides on hiljuti täheldatud selle kasvu. Samuti on see uimasti nii vaigu kui ka ürdina väga tugevatoimeline ja selle tugevus on viimasel kümnendil märkimisväärselt kasvanud. Lisaks rahvaterviseprobleemidele tekitab muret ka see, kuidas selline suur ebaseaduslik turg mõjutab kogukondade turvalisust ja võib aidata rahastada organiseeritud kuritegevust. Arvukaid seotud probleeme arvesse võttes on kõige asjakohasemate kanepitarvitamise vastu võetavate meetmete määramine nii üha keerulisem kui ka suurema tähtsusega. EMCDDA on võtnud endale kohustuse parandada arusaamist nendest probleemidest ning esitada täpset, teaduslikku ja erapooletut teavet, mis on vajalik selle probleemse poliitikateema asjatundlikuks arutamiseks.

Opioidide üleannustamisele reageerimine: naloksooni roll

Uimastite üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arv Euroopas on endiselt suur ja enamikul juhtudel on nendega seotud opioidid. Fentanüüli derivaatide ilmumine Euroopa uimastiturule lisab kaalu niigi mõjusatele argumentidele opioidide antagonistide naloksooni kättesaadavuse parandamiseks. Üha enam on tõendeid selle kohta, et kõnealuse aine laialdasem kättesaadavus koos üleannustamise äratundmise ja sellele reageerimise koolitusega võib aidata vältida surmajuhtumeid opioiditarvitajate seas. Seepärast leiab naloksoonravi paljudes riikides üleannustamise vähendamise strateegiate olulise elemendina üha enam tunnustust. Fentanüüli derivaatide kättesaadavus süvendab selles valdkonnas esinevaid riske veelgi, tulenevalt nende uimastite tugevast toimest ja asjaolust, et neid võivad kasutada opioidnaised isikud või et need võivad ohustada inimesi, kes nendega oma ameti tõttu juhuslikult kokku puutuvad, näiteks õiguskaitseametnikke. Sellised suundumused osutavad tungivale vajaduse kehtiv naloksoonipoliitika läbi vaadata ning pakkuda nii uimastitarvitajatele kui ka kutsetöötajatele, kes võivad selle uimastiga kokku puutuda, rohkem koolitust ja suurendada nende teadlikkust. Läbivaatamisel tuleb arvestada ka seda, et naloksooni laialdasemat kasutamist võivad hõlbustada ka selle aine uued mittesüstitavad vormid, näiteks ninaspreid.

Vanglad: oluline meetmete rakendamise keskkond

Uimastite tarvitamine kriminaalõigussüsteemis on üks teema, mida käsitletakse EMCDDA väljaandes „Health and social responses to drug problems: a European guide“ („Tervise- ja sotsiaalvaldkonna sekkumised uimastiprobleemi lahendamisel: Euroopa Liidu juhend“). Varem opioide tarvitavate jaoks on vanglast vabanemise aeg eriti riskantne periood. Selle probleemi lahendamiseks on mitu riiki töötanud välja uuenduslikud programmid, mille raames pakutakse vanglast vabanenutele naloksoonravi ja koolitust. Lisaks naloksoonravile tunnustatakse selles valdkonnas oluliste meetmetena asjakohaste kogukondlike ja sotsiaalsete tugiteenuste juurde suunamist. See rõhutab kriminaalõigussüsteemi kui terviku ja eeskätt vanglatesektsiooni rolli kriitilise paigana suure riskitasemega uimastitarvitajate probleemide

**Kanep on jätkuvalt enim
tarvitatud ebaseaduslik
uimasti Euroopas**

LÜHIÜLEVAADE – HINNANGULINE UIMASTITARVITAMINE EUROOPA LIIDUS

Kanep



Täiskasvanud (15–64-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **24,0 miljonit**
7,2 %



Uimastitarvitamine elu jooksul **87,6 miljonit**
26,3 %



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **17,2 miljonit**
14,1 %



Riigi hinnang tarvitamise kohta viimase aasta jooksul

Väikseim 3,5 % Suurim 21,5 %

Kokaiin



Täiskasvanud (15–64-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **3,5 miljonit**
1,1 %



Uimastitarvitamine elu jooksul **17,0 miljonit**
5,1 %



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **2,3 miljonit**
1,9 %



Riigi hinnang tarvitamise kohta viimase aasta jooksul

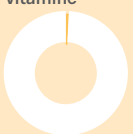
Väikseim 0,2 % Suurim 4,0 %

MDMA



Täiskasvanud (15–64-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **2,6 miljonit**
0,8 %

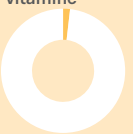


Uimastitarvitamine elu jooksul **13,5 miljonit**
4,1 %



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **2,2 miljonit**
1,8 %



Riigi hinnang tarvitamise kohta viimase aasta jooksul

Väikseim 0,2 % Suurim 7,4 %

Amfetamiinid



Täiskasvanud (15–64-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **1,7 miljonit**
0,5 %



Uimastitarvitamine elu jooksul **11,9 miljonit**
3,6 %



Noored täiskasvanud (15–34-aastased)

Viimase aasta uimastitarvitamine **1,2 miljonit**
1,0 %



Riigi hinnang tarvitamise kohta viimase aasta jooksul

Väikseim 0 % Suurim 3,6 %

Opioidid



Suure riskiga opioiditarvitajad,

1,3 miljonit

Narkomaaniaravi taotlused

Põhiline uimasti ligikaudu **36%** narkomaaniaravi taotluste korral Euroopa Liidus



36 %

Surmaga lõpnev üleannustamine

84 %

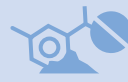


628 000

2016. aastal sai asendusravi opioiditarvitajad

Opiide leiti surmaga lõppenud üleannustamise puhul **84%** juhul

Uued psühhoaktiivsed ained

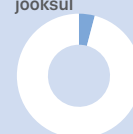


15–16-aastased kooliõpilased 24 Euroopa riigis

Viimase aasta uimastitarvitamine **3,0 %**



Uimastitarvitamine elu jooksul **4,0 %**



Allikas: ESPADi 2015. aasta aruanne, täiendavad tabelid.

lahendamisel. Uimastitarvitajate hindamine ning nende tervisealaste ja sotsiaalsete vajaduste lahendamine enne vanglast vabanemist võib tuua kogukondadele märkimisväärset kasu.

Üks näide on võimalik kasu, mida võib anda kinnipeetavate seas levinud nakkushaiguste ulatuslikum testimine ja ravimine. See on muutunud eriti oluliseks, sest Euroopa Liit on võtnud kohustuse likvideerida C-hepatiidi viirus. Selle nakkuse ülekandumise peamine viis on uimastite süstimine. Praegu on olemas uued tõhusad ravimeetodid, kuid endiselt on raske tagada, et need oleksid nakatunutele kättesaadavad. Vanglad ja narkomaania raviteenused on olulised C-hepatiidi nakkusega isikute tuvastamisel. 2018. aastal toetab EMCDDA selle olulise uimastiprobleemiga tegelemiseks uut algatust, mille eesmärk on suurendada teadlikkust C-hepatiidi testimisest ja ravist ning toetada nende kättesaadavust.

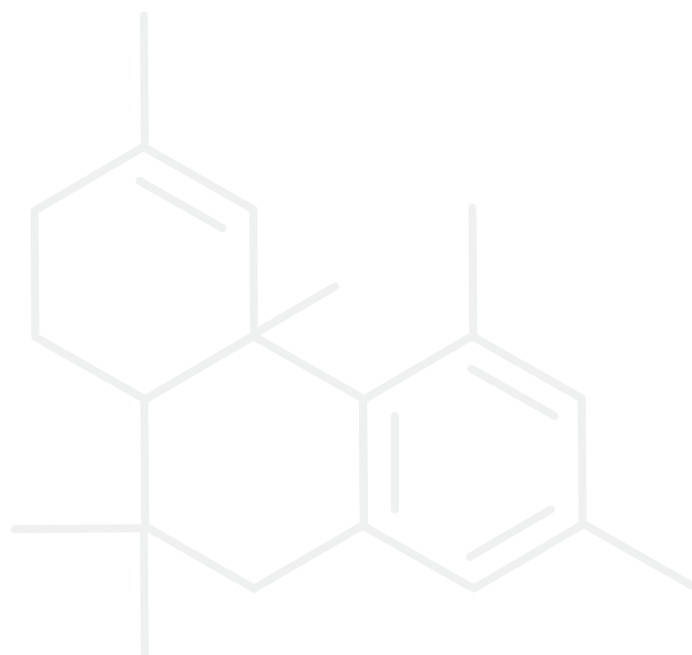
Muutuvate uimastiprobleemide arvessevõtmine seires

Kuigi uute psühhoaktiivsete ainete kättesaadavuse andmed on üha paremad, on nende ainete nõudlust Euroopas endiselt väga keeruline hinnata. Neid raskusi võimendab veelgi see, kui võtta arvesse kõrvaesuunatud, võltsitud või müügiloata ravimite väärarvitamist.

Siinkohal on tähtis märkida, et olemasolevad seirevahendid ei pruugi arvesse võtta teatud uimastitarvitamise harjumustes asetleidvaid olulisi muutusi. Nende muutustega sammu pidamiseks on vaja lisainvesteeringuid väljakujunenud ja uutesse seiremeetoditesse, nagu roveeanalüüsid, veebipõhised

uuringud ja uuringud uute suundumuste kindlakstegemiseks. EMCDDA avaldas hiljuti 19 Euroopa riigi linnadest kogutud rovees sisalduvate uimastijääkide iga-aastase hindamise tulemused, mis näitasid selliste täiendavate teabeallikate kasulikkust ja seda, et need annavad uimastitega seotud suundumustest ajakohasema ülevaate kui traditsioonilisemad andmeallikad.

Lisaks Euroopas andmete kogumise toetamisele töötab Euroopa Liit ka selle nimel, et aidata kolmandatel riikidel arendada oma seiresuutlikkust. Vastavad algatused hõlmavad Euroopa Komisjoni rahastatud tehnilise abi projekte ELi kandidaatriikidele, potentsiaalsetele kandidaatriikidele ja naaberriikidele. Selline tegevus on oluline mitte ainult seepärast, et uimastiprobleemid raskendavad tervise- ja julgeolekuprobleeme ELiga piirnevates riikides, vaid ka seetõttu, et nende riikide trendid mõjutavad uimastiprobleeme ELi liikmesriikides. Seepärast tunnustatakse käesoleva aasta Euroopa uimastiprobleemide aruandes esitatud analüüsis sõnaselgelt, et praeguste ja tulevaste katsumuste mõistmiseks, mis uimastitarvitamine Euroopa tervishoiu- ja julgeolekupoliitikale seab, on vaja mõista ka selle probleemi üleilmset olemust.



1

**Euroopa on rahvusvahelisel
tasandil oluline uimastiturg**

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; kanepit toodetakse peamiselt kohalikuks tarvitamiseks, samas kui teatud sünteetilisi uimasteid toodetakse ekspordimiseks teistesse maailma piirkondadesse.

Küllalt suured kanepi-, heroini- ja amfetamiiniturul on paljudes Euroopa riikides tegutsenud alates 1970. ja 1980. aastatest. Aja jooksul on turul juurdunud teisedki ained, sealhulgas MDMA ja 1990. aastatel kokaiin. 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, narkoseaduste ja nende rikkumise ning uimastite jahindade, 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 uimastitarvitajate 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 ka andmed uute psühhoaktiivsete ainete 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 tegevuse](#) jaotises.

JOONIS 1.1

Ebaseaduslike uimastite turud Euroopas on keerulised ja mitmetasandilised

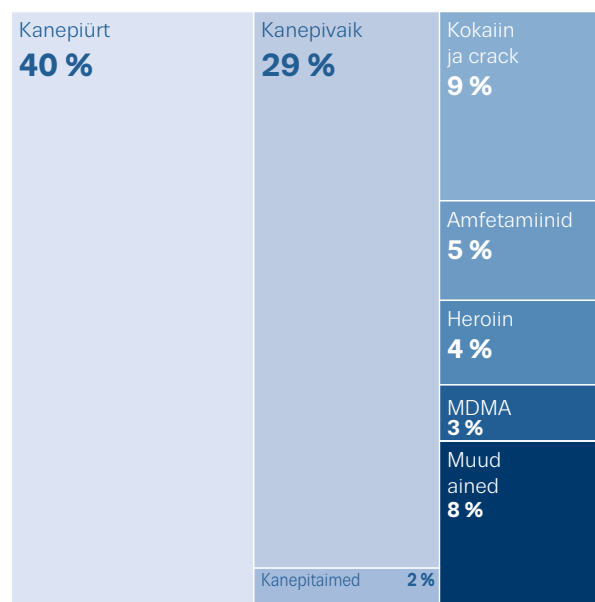
Ebaseaduslike uimastite turg on tootmise ja levitamise keerukas süsteem, mis toob eri tasanditel sisse palju raha. Turu olemuse tõttu on selle üle keeruline seiret teha. Tagasihoidlike hinnangute järgi oli aga Euroopa Liidu ebaseaduslike uimastite jaeturu väärtus 2013. aastal 24 miljardit eurot, kusjuures suurima osa sellest moodustas kanep (38%), millele järgnesid heroiin (28%) ja kokaiin (24%).

Kuigi endiselt on valdavad traditsioonilised turud, on viimastel aastatel kasvanud veebipõhiste turgude tähtsus ebaseaduslike uimastite turustamise ja levitamise platvormidena. See on loonud uusi võimalusi ühe turusektori seireks. EMCDDA ja Europoli hiljutises analüüsis tuvastati üle 100 pimevõrgus tegutseva ülemaailmse turu, kus müüjad ja ostjad kasutavad mitmesuguseid tehnoloogiaid oma isiku varjamiseks. Hinnanguliselt oli kaks kolmandikku kõikidest nendel turgudel tehtud tehingutest seotud uimastitega. Aastatel 2011–2015 said ELis tegutsevad uimastipakkujad 46% uimastimüügi tulust nendelt turgudelt, suurema osa sellest Saksamaal, Madalmaades ja Ühendkuningriigis asuvad müüjad. Enamiku kogu pimevõrgus toimuvast uimastimüügist Euroopas moodustavad stimulandid. Pimevõrgu turud soodustavad peamiselt väikesemahulist või otse kliendile toimuvat müüki, kuigi ühe turu – Alphabay – analüüsimise põhjal tundus, et muude uimastitega võrreldes tehti suurem osa MDMA oste eesmärgiga seda müüa.

Üle miljoni ebaseaduslike uimastite konfiskeerimise juhtumi

Ebaseaduslike uimastite konfiskeerimine õiguskaitseasutuste poolt on uimastiturgude seisukohalt oluline näitaja ning 2016. aastal teatati Euroopas rohkem kui miljonist ebaseaduslike uimastite konfiskeerimise juhtumist. Enamiku teatatud konfiskeerimisjuhtude puhul on tegemist tarvitajatelt konfiskeeritud väikeste uimastikogustega. Suurema osa kogu konfiskeeritud uimastite kogusest moodustavad aga uimastikauplejatelt ja tootjatelt konfiskeeritud mitmekilised uimastisaadetised. Uimastitest konfiskeeritakse kõige sagedamini kanepit – see moodustab üle 70% konfiskeerimiste koguarvust Euroopas (joonis 1.1). Kolm riiki, kes on teatanud suurimast konfiskeerimisjuhtumite arvust, mis kokku moodustab üle 60% kõikidest uimastite konfiskeerimistest Euroopa Liidus, on Hispaania, Ühendkuningriik ja Prantsusmaa.

Teatatud uimastikonfiskeerimiste arv uimastite lõikes, 2016



Madalmaade ja Poola konfiskeerimiste andmed ei ole aga kättesaadavad ning Saksamaa, Iirimaa ja Sloveenia viimased kättesaadavad andmed on 2015. aasta kohta, mis muudab analüüsi veelgi ebakindlamaks.

Kanep: ülekaalus on kanepivaigu konfiskeerimine, ent kanepiürdi kogused suurenevad

Kanepiürt (marihuaana) ja kanepivaik (hašiš) on kaks peamist kanepitoodet Euroopa uimastiturul, samas kui kanepiõli müüakse suhteliselt harva. Kanepitoodet moodustavad Euroopa Liidu ebaseaduslike uimastite jaeturust suurima osa (38%) hinnangulise miinimumväärtusega 9,3 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 8,4–12,9 miljardit eurot). Euroopas tarvitatakse nii Euroopa Liidus kasvatatud kui ka salakaubana kolmandatest riikidest toodud kanepiürti. Euroopas toodetud kanepiürti kasvatatakse peamiselt sisetingimustes. Kuigi kanepivaiku toodetakse üha enam Euroopas, enamik sellest imporditakse, peamiselt Marokost, ning teadete kohaselt on Liibüast saanud kanepivaigu salakaubaveo põhikeskus. Peale selle tuuakse nii kanepiürti kui ka kanepiõli sisse Lääne-Balkani riikidest.

2016. aastal teatati Euroopa Liidus 763 000 kanepi konfiskeerimise juhust, millest 420 000 olid seotud kanepiürdiga, 317 000 kanepivaiguga ja 22 000 kanepitaimedega. Kanepiürdi konfiskeerimiste arv on alates 2009. aastast ületanud kanepivaigu konfiskeerimiste arvu, kusjuures alates 2011. aastast on nii kanepivaigu kui ka kanepiürdi konfiskeerimiste arv olnud suhteliselt stabiilne (joonis 1.2). Sellegipoolest konfiskeeritakse kanepivaiku koguseliselt üle kolme korra rohkem kui kanepiürti (vastavalt 424 tonni ja 124 tonni). Osaliselt tuleneb see sellest, et suurem osa kanepivaiku tuuakse salakaubana sisse suurtes kogustes kaugelt ja üle riigipiiride, mistõttu on selle avastamise võimalused suuremad. Konfiskeeritud kanepi koguse analüüsis tõuseb esile väike arv riike, sest neid läbivad olulised kanepi salakaubateed. Näiteks Marokos toodetud kanepivaigu peamises sisenemiskohas Hispaanias konfiskeeritud kogused moodustasid ligikaudu kolmveerandi Euroopas 2016. aastal konfiskeeritud kanepivaigu üldkogusest (joonis 1.3).

2016. aastal konfiskeeritud suuremaid kanepiürdi koguseid seostatakse osaliselt Hispaanias, Kreekas ja Itaalias konfiskeeritud suuremate kogustega. Ka Türgi teatas, et 2016. aastal konfiskeeriti 2015. aastaga võrreldes suurem kogus kanepiürti (111 tonni).

Kanepitaimede konfiskeerimist võib pidada märgiks uimasti tootmisest asjaomases riigis. Et aga riikide aruandlustavades ning õiguskaitselise prioriteetides ja ressursisides esineb erinevusi, tuleb kanepitaimede konfiskeerimise tõlgendamisse suhtuda ettevaatusega. Euroopas konfiskeeritud taimede arv saavutas tippniveo (11,5 miljonit) 2015. aastal, sest sel aastal avastati neid hulganisti Madalmaades, ning langes siis 2016. aastal 3,3 miljoni taimeni, mis on eelmiste aastatega sarnane tase. 2016. aastal teatati 1200 kanepiõli konfiskeerimisest, mida on ligi neli korda rohkem kui 2015. aastal; suurimad kogused konfiskeeriti Türgis (53 liitrit) ja Taanis (14 liitrit).

KANEP



KANEPIVAIG

Konfiskeerimised

Arv

317 000 EL  **332 000** EL + 2

Kogus

424 EL  **463** EL + 2

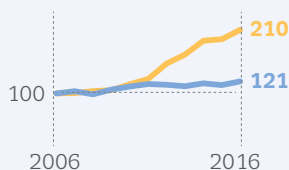
Hind

(EUR/g)

25 €
9–13 €
2 €

Indekseeritud suundumused

Hind ja tugevus



Tugevus

(% THC)

27 %
14–21 %
7 %

KANEPIÜRT

Konfiskeerimised

Arv

420 000 EL  **454 000** EL + 2

Kogus

124 EL  **235** EL + 2

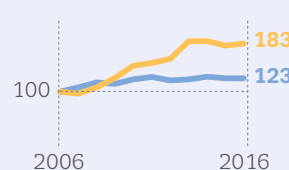
Hind

(EUR/g)

21 €
8–12 €
4 €

Indekseeritud suundumused

Hind ja tugevus



Tugevus

(% THC)

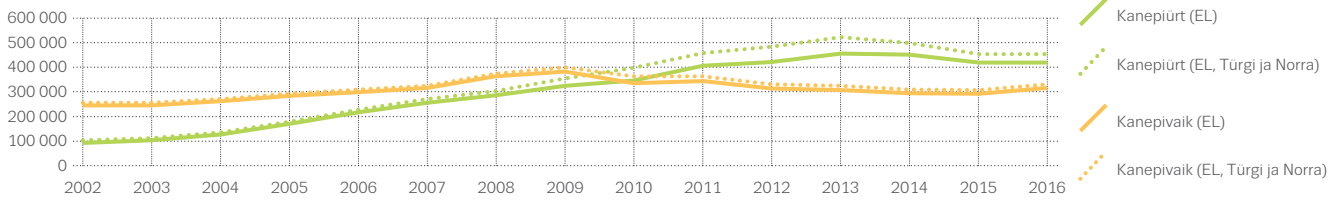
18 %
9–12 %
2 %

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

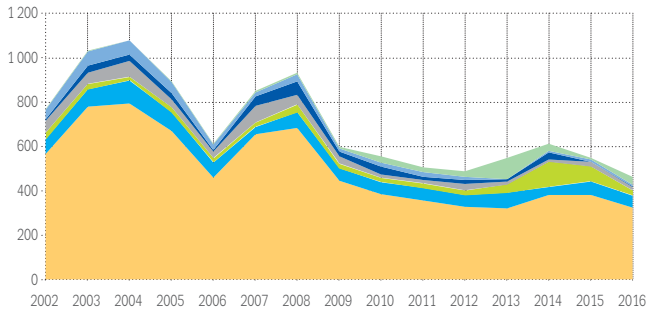
JOONIS 1.2

Kanepi konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud kanepikoguste suundumused kanepivaigu ja kanepiürdi lõikes

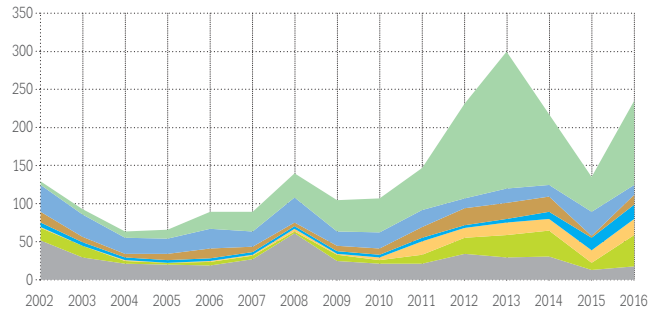
Konfiskeerimiste arv



Kanepivaik (tonni)



Kanepiürt (tonni)



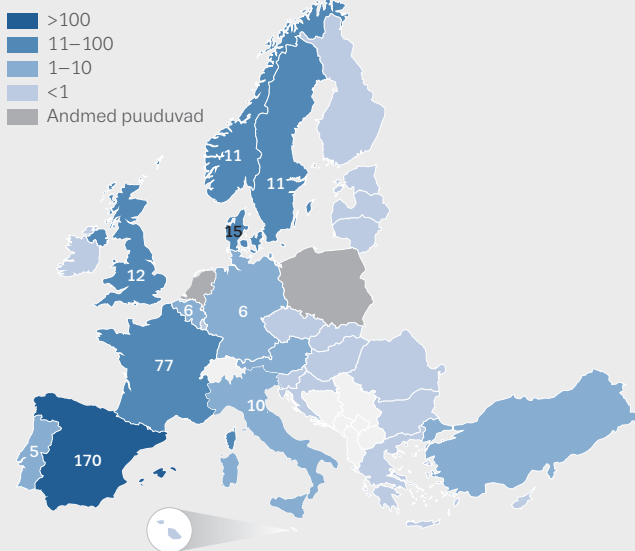
Türgi Ühendkuningriik Portugal Muud riigid
Itaalia Prantsusmaa Hispaania

Türgi Ühendkuningriik Kreeka Prantsusmaa
Hispaania Itaalia Muud riigid

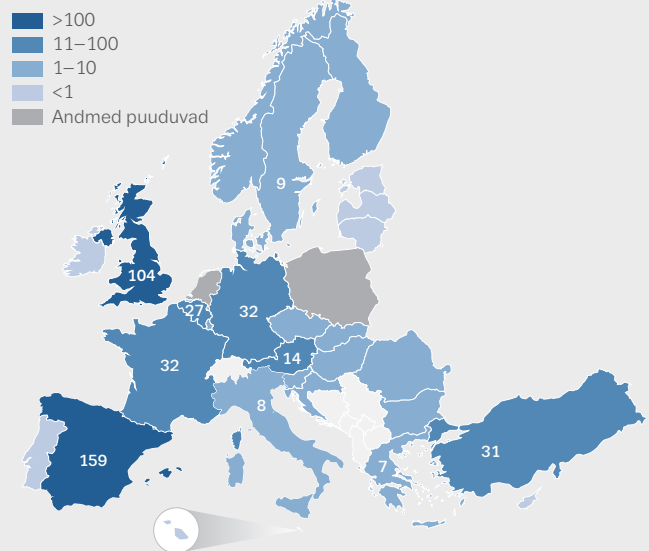
JOONIS 1.3

Kanepivaigu ja kanepiürdi konfiskeerimised, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta

Kanepivaigu konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

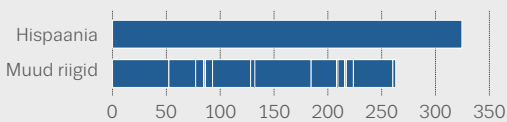


Kanepiürdi konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

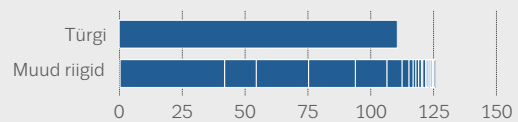


NB! Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud kanepivaigu kogused (tonnides)



Konfiskeeritud kanepiürdi kogused (tonnides)



Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et nii kanepiürdi kui ka kanepivaigu tugevus (tetrahüdrokannabinooli ehk THC sisaldus) on alates 2006. aastast suurenenud. Kanepi mõlema vormi tugevus suurenes kuni 2013. aastani; sestpeale on kanepiürdi tugevus stabiliseerunud, samas kui kanepivaigu tugevus on jätkuvalt suurenenud. See kanepivaigu toime tugevnemine võib olla tingitud intensiivsete tootmismeetodite kasutuselevõtust Euroopas, tugevatoimeliste taimede kasvatamisest ja uute meetodite kasutamisest Marokos ning uutest, mitmest sordist või hübriidtaimedest valmistatud kanepivaigutoodetest. Kuigi keskmiselt on kanepivaik tugevama toimega kui kanepiürt, osutavad andmed, et nende hinnad on sarnased.

Herioini konfiskeerimine: kogused vähenevad

Herioin on Euroopa uimastiturul levinuim opioid, mille jaemüügi hinnanguline miinimumväärtus 2013. aastal oli 6,8 miljardit eurot (tõenäoline vahemik 6,0–7,8 miljardit eurot). Läbi aegade on imporditud herioin olnud Euroopa turul kättesaadav kahel kujul, millest levinum on pruun herioin (keemilise alusena), mis pärineb peamiselt Afganistanist. Tunduvalt haruldasem on valge herioin (soolana), mida kunagi imporditi Kagu-Aasiast, kuid nüüd toodetakse arvatavasti ka Afganistanis või selle naaberriikides. Teised ebaseaduslikel turgudel kättesaadavad opioidid on muu hulgas oopium ja sellised ravimid nagu morfiin, metadoon, buprenorfiin, tramadool ja mitmesugused fentanüüli derivaadid. Mõned opioidid

võivad olla seaduslikest ravimivarudest kõrvale suunatud, samal ajal kui teised on ebaseaduslikult toodetud.

Afganistan on endiselt maailma suurim ebaseadusliku oopiumi tootja ning enamik Euroopas pakutavast herioinist toodetakse arvatavasti seal või Afganistani naaberriikides Iraanis ja Pakistanis. Kuni viimase ajani on ebaseaduslik opioidide tootmine Euroopas piirdunud kodus valmistatud moonitoodetega mõnes Ida-Euroopa riigis. Mõni aasta tagasi avastati Madalmaades, Hispaanias ja Tšehhi Vabariigis mitu morfiinist herioini tootvat laborit, mis näitab, et teatav kogus herioini valmistatakse ka Euroopas. See muutus võib kajastada asjaolu, et tarnijad püüavad vähendada kulusid, viies herioiniproduktide viimased etapid läbi Euroopas, kus selline lähteaine nagu äädikhapeanhüdriid on kättesaadav madalama hinnaga kui oopiumi tootvates riikides. Uimastit võidakse toota tarvitajaturu läheduses ka selleks, et vähendada selle avastamise riski.

HERIOIN

Konfiskeerimised

Arv

38 000 EL  **47 000** EL + 2

Kogus

4,3 EL  **9,9** EL + 2

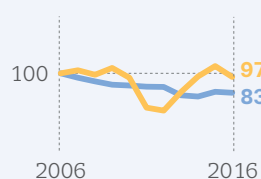
Hind

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

Indekseeritud suundumused

Hind ja puhtus



Puhtus

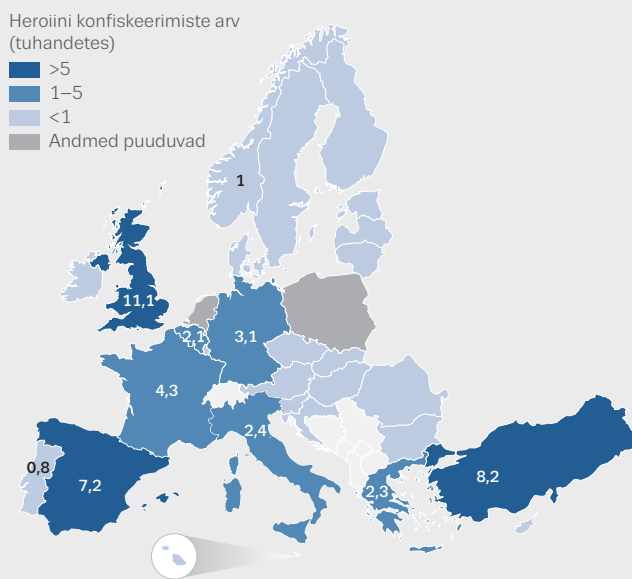
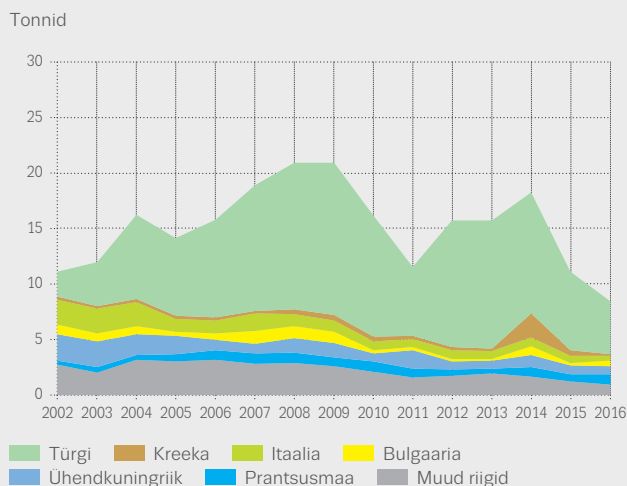
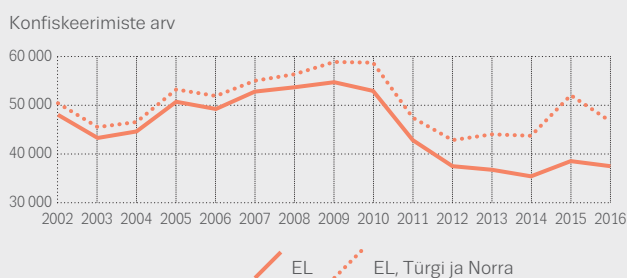
(%)

41 %
15–29 %
11 %

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

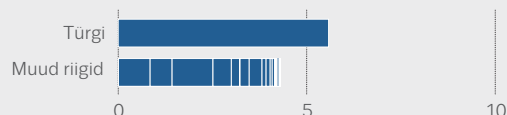
JOONIS 1.4

Heroiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta



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

Konfiskeeritud heroini kogused (tonnides)



Heroiini tuuakse Euroopasse nelja peamist salakaubateed pidi. Kaks kõige olulisemat on Balkani marsruut ja lõnamarsruut. 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 lõnamarsruudi tähtsus. Iraanist ja Pakistanist pärit saadetised sisenevad Euroopasse õhu- või mereteed pidi kas otse või Aafrika riikide kaudu. Samuti kasutatakse põhjamarsruuti ning

Lõuna-Kaukaasiat läbivat ja Musta merd ületavat marsruuti.

Paljudes Euroopa riikides vähenes 2010. ja 2011. aastal heroini kättesaadavus uimastiturgudel, mida tõendab konfiskeerimiste arvu vähenemine aastatel 2009–2014, enne stabiilse taseme saavutamist 2015. ja 2016. aastal. Aastatel 2002–2014 vähenes Euroopa Liidus konfiskeeritud heroini kogus poole võrra, 10 tonnilt 5 tonnile ning on püsinud viimastel aastatel stabiilne. 2016. aastal teatati

TABEL 1.1

Opioidide (v.a heroiin) konfiskeerimised 2016. aastal

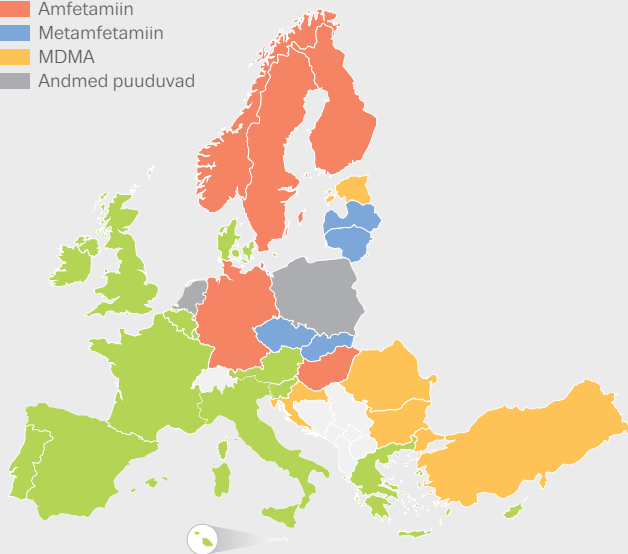
Opioid	Arv	Kogus			Riikide arv
		Kilogrammi	Litrit	Tabletti	
Metadoon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfiin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadool	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanüüli derivaadid	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfiin	225	11,08		4 201	13
Oopium	335	327,5			10
Kodeiin	339	20,65		9 506	9
Oksükodoon	12	0,005		107	6

(†) Plaastrid või kuivatuspaberid.

JOONIS 1.5

Euroopas kõige sagedamini konfiskeeritud stimulant, 2016. aasta või viimased teadaolevad andmed

- Kokaiin
- Amfetamiin
- Metamfetamiin
- MDMA
- Andmed puuduvad



4,3 tonni heroini konfiskeerimisest. Türgis konfiskeeritakse jätkuvalt rohkem heroini kui kõikides teistes Euroopa riikides kokku (joonis 1.4), kuigi Türgis konfiskeeritud heroini kogus vähenes 8,3 tonnilt 2015. aastal 5,6 tonnile 2016. aastal. Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumused näitavad, et pärast 2012. aasta madalseisule järgnenud kiiret suurenemist vähenes Euroopas 2016. aastal heroini puhtus võrreldes 2015. aastaga ning selle hind on viimase aastakümne jooksul langenud.

Peale heroini konfiskeeritakse Euroopa riikides ka muid opioide, kuid nende osakaal konfiskeerimiste koguarvus on väga väike. Muudest opioididest konfiskeeritakse kõige sagedamini ravimina kasutatavaid opioide – tramadooli, buprenorfiini ja metadooni (vt tabel 1.1). 2016. aastal kasvas märgatavalt konfiskeeritud tramadoolitablettide arv, samuti konfiskeeriti palju suuremas koguses fentanüüli derivaate.

Euroopa stimulantide turg: piirkondlikud erinevused

Peamised Euroopas kättesaadavad ebaseaduslikud stimulandid on kokaiin, amfetamiin, metamfetamiin ja MDMA. 2013. aastal hinnati Euroopa Liidu stimulantide jaeturu väärtuseks 6,3–10,2 miljardit eurot. Piirkonnad, kus stimulante kõige sagedamini konfiskeeritakse, on 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, samas kui Põhja- ja Ida-Euroopa riikides konfiskeeritakse valdavalt amfetamiine ja MDMA-d.

Kokaiiniturg: taaselavnemine jätkub

Kokaiin on Euroopas kättesaadav kahel kujul: levinuim on kokaiinipulber (soolana) ja vähem levinud on *crack* ehk kokaiini suitsetatav vorm (vaba alusena). Kokapõõsa lehtedest saadavat kokaiini toodetakse peamiselt Boliivias, Colombias ja Peruus. Kokaiini transporditakse Euroopasse eri viisil, kasutades reisilende, kaubalende, postiteenuseid, eralennukeid, jahte ja merekonteinereid. 2013. aastal oli Euroopa Liidu kokaiini jaeturu hinnanguline väärtus vähemalt 5,7 miljardit eurot.

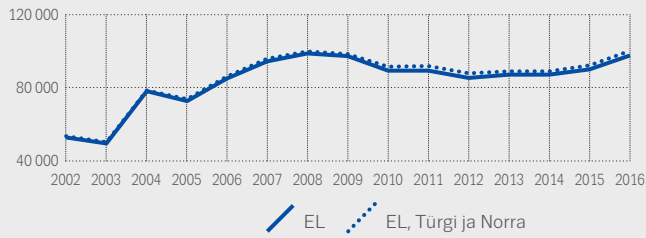
Heroiin on Euroopa

uimastiturul levinuim opioid

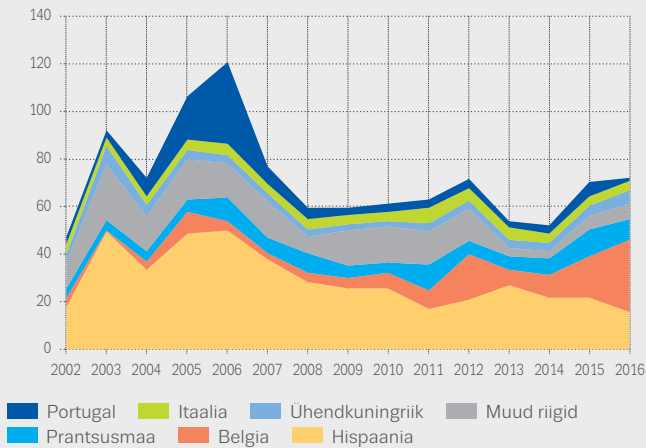
JOONIS 1.6

Kokaiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta

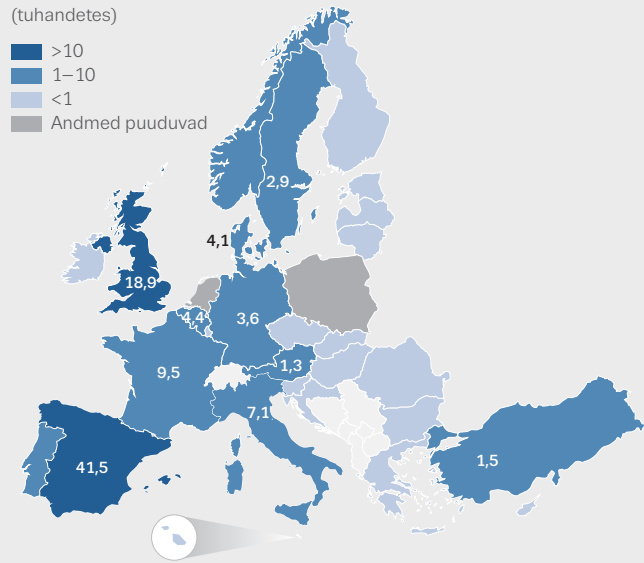
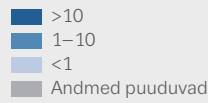
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

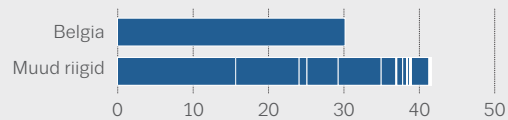


Kokaiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



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

Konfiskeeritud kokaiini kogused (tonnides)



2016. aastal teatati Euroopa Liidus kokku ligikaudu 98 000 kokaiini konfiskeerimisest (70,9 tonni). Võrreldes eelmise aastaga on 2016. aastal konfiskeeritud kokaiini kogus veidi suurem ning konfiskeerimiste arv rohkem kasvanud (vt joonis 1.6). Belgia, kus konfiskeeriti ligikaudu 30 tonni kokaiini (ehk 43% ELis 2016. aastal hinnangulisest kokku

konfiskeeritud kogusest), tõrjus selle uimasti iga-aastase konfiskeerimise arvestuses esikohalt Hispaania (15,6 tonni). Kokku üle 5 tonni uimasti konfiskeerimisest teatas ka Prantsusmaa (8,5 tonni) ja Ühendkuningriik (5,7 tonni). Üldiselt osutavad indekseeritud suundumused, et 2016. aastal jätkus alates 2010. aastast täheldatud

KOKAIIN

Konfiskeerimised

Arv

98 000 EL **100 000** EL + 2

Kogus

70,9 EL **71,8** EL + 2

Hind

(EUR/g)

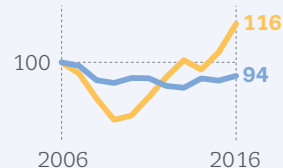
105 €
57-76 €
44 €

Puhtus

(%)

Indekseeritud suundumused

Hind ja puhtus



84 %
51-73 %
40 %

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

kokaiini tugevuse kasvutrend ning kokaiini tugevus saavutas viimase kümne aasta kõrgeima taseme.

2016. aastal konfiskeeriti Euroopas ka muid kokatooteid, sealhulgas 569 kg kokaiini sisaldavaid vedelikke ja 3 kg kokapõõsa lehti. Peale selle konfiskeeriti Hispaanias 79 kg ja Itaalias veel 7 kg kokapastat, mis osutab kokaiinhüdrokloriidi tootvate ebaseaduslike laborite olemasolule Euroopas. See areng viitab teatud kuritegelike organisatsioonide tootmistaktika muutustele, sest varem tegeles enamik Euroopas avastatud kokaiinilaboritest teisese ekstraheerimisega, et saada kokaiin kätte materjalidest, kuhu see oli lisatud (nt veinid, rõivad, plastmaterjalid).

Uimastitootmine: lähteainetega seotud arengusuunad

Uimastite lähteained on ebaseaduslike uimastite tootmiseks vajalikud kemikaalid. Et paljusid neist kasutatakse seaduslikult, ei ole need keelatud, kuid nendega kauplemist jälgitakse ja kontrollitakse ELi õigusnormidega, milles on loetletud teatud kemikaalid (st lisatud kontrollitud ainete loetelusse). Lähteainete kättesaadavus avaldab suurt mõju

nii sünteetiliste uimastite turule kui ka ebaseaduslikes laborites kasutatavatele tootmismeetoditele. Kontrollidest kõrvalehoidmiseks arendatakse pidevalt tootmistehnoloogiat ning tavaliselt hõlmavad sünteetiliste uimastite või nende lähteainete tootmise muutused õigusnormides loetlemata kemikaalide, nagu hiljuti avastatud N-tert-butüüloksükarbonüül-MDMA kasutamist. Lisatöötamiseks on vaja rohkem kemikaale ja see tekitab suuremal hulgal jäätmeid, mis võib põhjustada keskkonnakahju.

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). Tundub, et BMK (bensüülmetüülketooni) lähteaine APAANI (alfa-fenüülsetoatsetonitriili) loetellu kandmisel 2013. aasta lõpus oli teatav mõju, sest konfiskeeritud kogus vähenes 48 000 kilogrammilt 2013. aastal 600 kilogrammile 2016. aastal. Alternatiivsete kemikaalide APAA (alfa-fenüülsetoatsetamiidi) ja BMK glütsiidipõhiste derivaatide (millest saab hõlpsalt toota BMKd ja millest esmakordselt teatati 2015. aastal) konfiskeerimine sageses 2016. aastal järsult.

TABEL 1.2

Ülevaade Euroopa Liidus valmistatavate valitud sünteetiliste uimastite lähteainete ja klassifitseerimata kemikaalide konfiskeerimistest ja kinnipeetud saadetistest, 2016

Loetletud/loetlemata	Konfiskeerimised		Kinnipeetud saadetised		KOKKU	
	Arv	Kogus	Arv	Kogus	Arv	Kogus
MDMA või seotud ained						
PMK (liitrit)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrool (liitrit)	5	63	0	0	5	63
Piperonaal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
PMK glütsiidipõhised derivaadid (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamiin ja metamfetamiin						
Efedriin, pakendamata (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (liitrit)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedriin, pakendamata (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenüüläädikhape (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
BMK glütsiidipõhised derivaadid (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

2016. aastal konfiskeeriti rohkem nii PMKd (piperonüülmetüülketooni) kui ka MDMA tootmiseks kasutatavaid loetlemata kemikaale. PMK konfiskeerimised Prantsusmaal, PMK glütsiidhappepõhiste derivaatide konfiskeerimised Bulgaarias ja Hispaanias kinnipeetud lähteainesaadetised osutavad, et ebaseadusliku uimastikaubanduse marsruudid muutuvad mitmekesisemaks.

Amfetamiin ja metamfetamiin: konfiskeerimised püsivad stabiilsel tasemel

Amfetamiin ja metamfetamiin on sünteetilised stimulandid, mis sageli liigitatakse ühtse termini „amfetamiinid“ alla ja seetõttu on neid keeruline mõnes andmestikus eristada. Viimasel kümnendil tehtud konfiskeerimised näitavad metamfetamiini kättesaadavuse

suurenemist, kuigi see on endiselt palju vähem kättesaadav kui amfetamiin.

Mõlemat uimastit toodetakse Euroopas kohalikule turule. On märke, et amfetamiini toodetakse peamiselt Belgias, Madalmaades ja Poolas, aga vähemal määral ka Baltimaades ja Saksamaal. Mõni nimetatud riik on teatanud viimase tootmisetapi, amfetamiiniõlist amfetamiinsulfaadi tootmisega tegelevate laborite likvideerimisest. See näitab, et selle tootmisprotsessi etapi toimumispaik on muutunud, mis arvatakse tulenevat teatud rühmituste eelistusest vedada avastamise vältimiseks salakaubana valmistoote asemel vedelikke.

Osa amfetamiinist toodetakse ekspordiks eelkõige Lähis- ja Kaug-Ida riikidesse ning Okeaaniasse. Captagon-logoga amfetamiinitablettide konfiskeerimine on viimasel ajal samuti suurenenud, eriti Türgis, kus 2016. aastal konfiskeeriti üle 13 miljoni tableti.

AMFETAMIINID



AMFETAMIIN

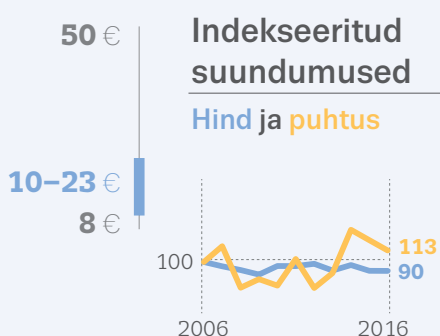
Konfiskeerimised

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

Kogus
5,7 EL **9,5** EL + 2

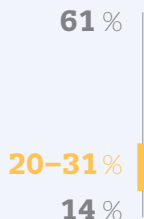
Hind

(EUR/g)



Puhtus

(%)



METAMFETAMIIN

Konfiskeerimised

Arv
9 000 EL **14 000** EL + 2

Kogus
0,5 EL **0,8** EL + 2

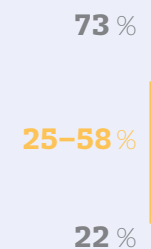
Hind

(EUR/g)



Puhtus

(%)

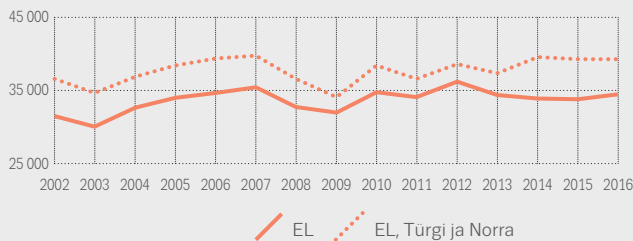


NBI „EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Amfetamiinide hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Metamfetamiini puhul ei ole indekseeritud suundumused kättesaadavad.

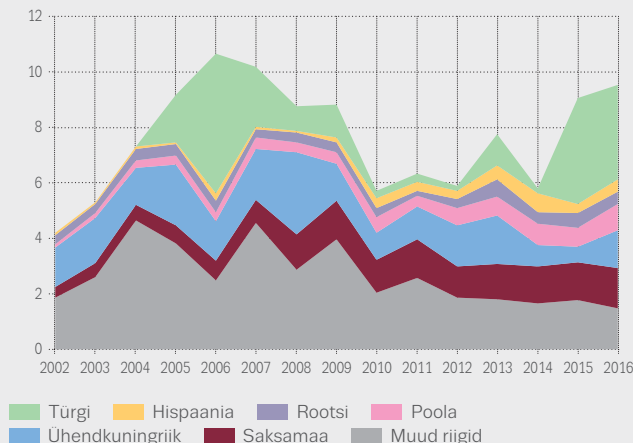
JOONIS 1.7

Amfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta

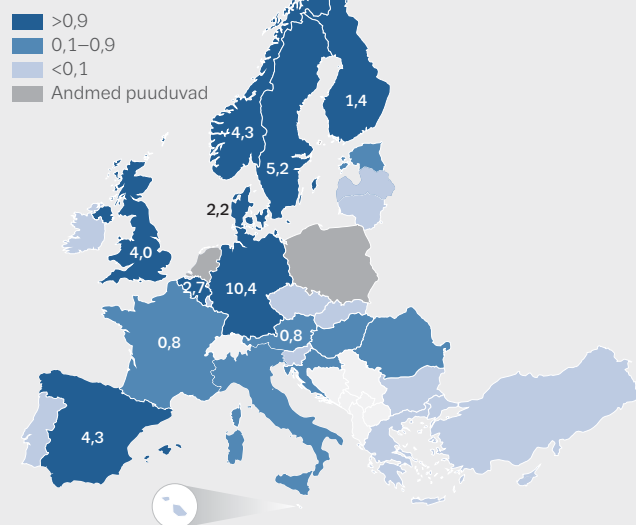
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

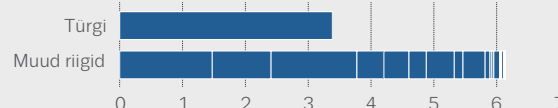


Amfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



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

Konfiskeeritud amfetamiini kogused (tonnides)



Valdava osa Euroopas kättesaadava metamfetamiini allikas on pikka aega olnud Tšehhi Vabariik ja viimasel ajal ka selle naaberriikide piirialad. Tšehhi Vabariigis on metamfetamiini tootmise peamine lähteaine pseudoefedriin, mida imporditakse eeskätt Poolast ja üha enam ka Poola kaudu muudest riikidest imporditud ravimitest. Selle uimasti tootmiseks saab kasutada ka BMKd. 2016. aastal teatati Euroopa Liidus 291 ebaseaduslikust metamfetamiinilaborist, millest 261 asusid Tšehhi Vabariigis. Valdavad on siseturgu varustavad väikesed laborid, ent teatatud on ka suuremahulistest tootmisrajatistest, millega on seotud teiste Euroopa riikide jaoks metamfetamiini tootvad organiseeritud kuritegelikud rühmitused.

2016. aastal teatasid Euroopa Liidu liikmesriigid amfetamiini 34 000 konfiskeerimisest koguses 5,7 tonni. Euroopa Liidus konfiskeeritud amfetamiini kogus on üldiselt stabiilne, kõigudes 2010. aastast vahemikus ligikaudu 5–6 tonni aastas (joonis 1.7). Metamfetamiini konfiskeeritakse palju vähem: 2016. aastal toimus Euroopa Liidus 9000 konfiskeerimist koguses 0,5 tonni, kusjuures suurima koguse konfiskeeris Tšehhi Vabariik (joonis 1.8). 2002. aastast saadik on metamfetamiini konfiskeerimiste arv kasvanud, samal ajal kui konfiskeeritud kogused on alates 2009. aastast olnud suhteliselt stabiilsed.

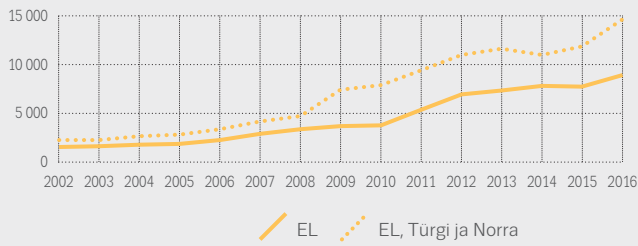
2016. aastal konfiskeeriti suures koguses amfetamiine ka Türgis, peamiselt Captagoni kujul (1,3 miljonit tabletti ehk hinnanguliselt 3,4 tonni amfetamiini), samuti 0,25 tonni metamfetamiini.

Metamfetamiini keskmine puhtusaste on tavaliselt suurem kui amfetamiiniproovidel.

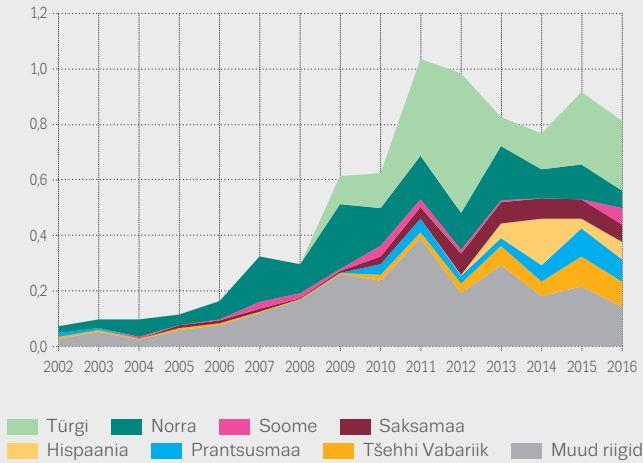
JOONIS 1.8

Metamfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta

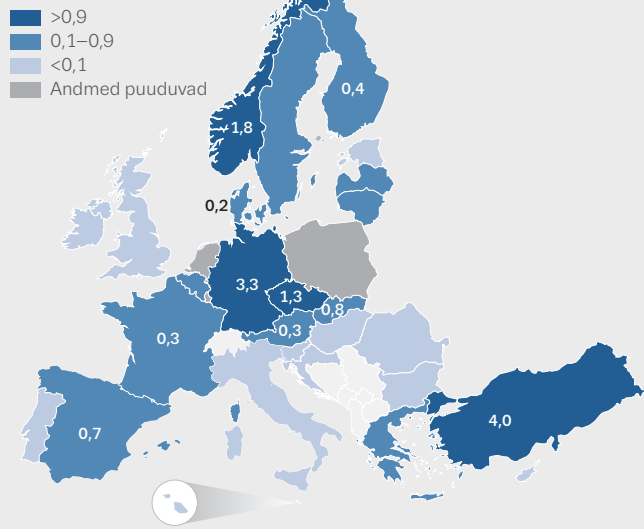
Konfiskeerimiste arv



Tonnid

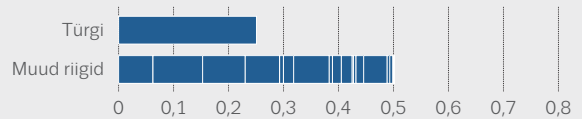


Metamfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud metamfetamiini kogused (tonnides)



MDMA: tootmise ja konfiskeerimiste kasv

MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) on sünteetiline uimasti, mis on keemiliselt seotud amfetamiinidega, kuid mille toime on erinev. MDMAd

tarvitatakse tablettidena (nn *ecstasy*), kuid see on saadaval ka pulbri ja kristalse ainenä. Turule tuuakse pidevalt uue kujunduse, värvuse, kuju ja logoga MDMA-tablette. 2013. aastal oli Euroopa Liidu MDMA jaeturu hinnanguline väärtus ligikaudu 0,7 miljardit eurot. Varem

MDMA



Konfiskeerimised

Arv

24 000 EL **31 000** EL + 2

Kogus

5,3 EL **MILJONIT TABLETTI** **9,1** EL + 2

295 EL **KG** **306** EL + 2

Hind

(EUR/tablett)

16 €

6-11 €

4 €

Puhtus

(mg MDMA tablettis)

168

86-152

41

Indekseeritud suundumused

Hind ja puhtus

238

83

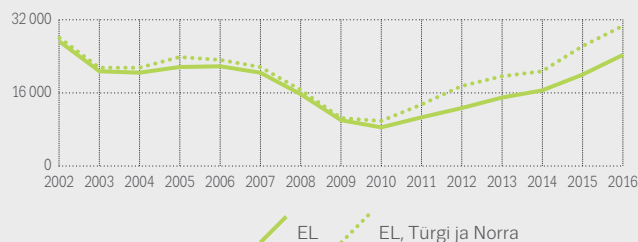
2006 2016

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

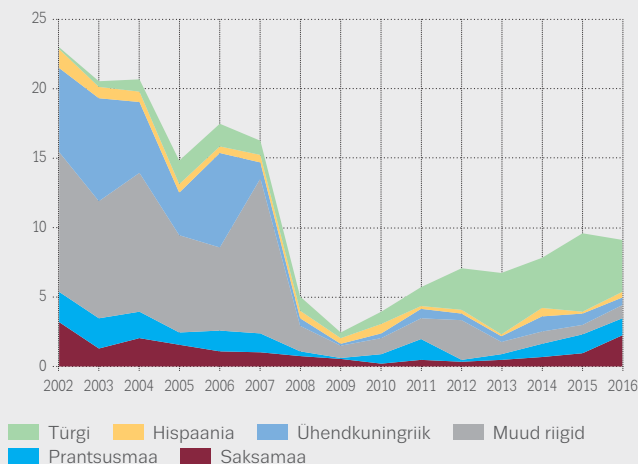
JOONIS 1.9

MDMA konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused, 2016. aasta või viimane teadaolev aasta

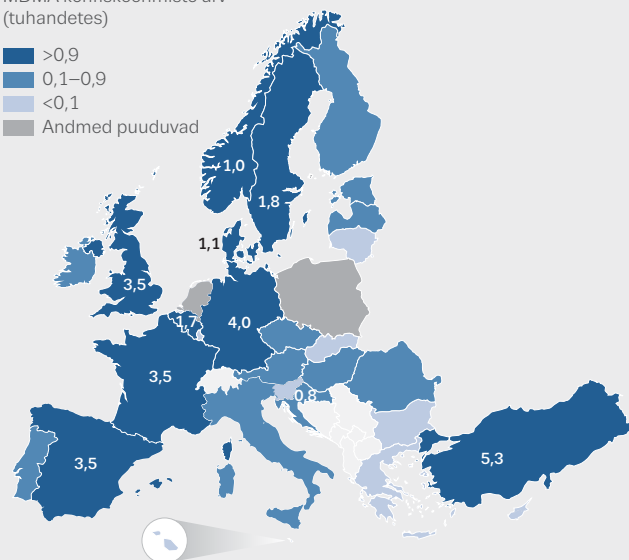
Konfiskeerimiste arv



Tablettide arv (miljonites)

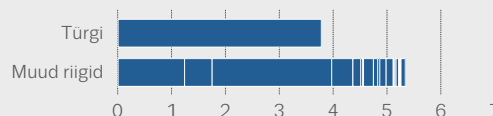


MDMA konfiskeerimiste arv (tuhandetes)



NBI Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) kümnes suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud MDMA-tabletid (miljonites)



kiratses MDMA turg selle uimasti tootmiseks vajalike lähteainete nappuse tõttu, kuid viimastel aastatel on toimunud elavnemine. MDMA keskmine sisaldus tablettides on alates 2009. aastast suurenenud ning MDMA suurt kogust mõnes partiis on seostatud kahjustuste ja surmajuhtumitega.

MDMA tootmine Euroopas on koondunud peamiselt Madalmaadesse ja Belgiasse. 2016. aastal likvideeriti Euroopa Liidus 11 MDMA laborit (kümme Madalmaades ja üks Belgias), mis on üle kahe korra rohkem kui 2015. aastal. Euroopas toodetud MDMA eksporditakse ka muudesse maailma piirkondadesse, näiteks teatas Austraalia politsei, et suurim ühekordne kogus Austraalias 2016. aastal konfiskeeritud MDMA (1,2 tonni) oli pärit Euroopast.

MDMA konfiskeerimise hiljutiste suundumuste hindamine on keeruline, sest mõne riigi andmed, mis tõenäoliselt mõjutaksid koguarvu oluliselt, ei ole kättesaadavad. 2016. aasta kohta ei ole kättesaadavad Madalmaade andmed ning puuduvad Saksamaa ja Poola konfiskeerimiste andmed. Ilma nende oluliste andmeteta kasvas Euroopa Liidus 2016. aastal konfiskeeritud MDMA kogus, mis oli hinnanguliselt 5,6 miljonit tabletti ja 295 kilogrammi MDMA pulbrit.

Euroopa Liidus teatatud MDMA konfiskeerimiste koguarv on alates 2010. aastast pidevalt kasvanud, samas kui konfiskeeritud kogused suurenesid samal ajavahemikul samuti mõnevõrra, kuigi neis esineb aastate lõikes erinevusi. Suur kogus MDMA konfiskeeriti 2016. aastal ka Türgis – 3,8 miljonit tabletti (joonis 1.9). Indekseeritud suundumused näitavad, et MDMA sisaldus konfiskeeritud tablettides on viimastel aastatel oluliselt suurenenud.

LSD, GHB ja ketamiini konfiskeerimine

Euroopa Liidus teatatakse ka muude ebaseaduslike uimastite konfiskeerimistest. 2016. aastal toimus muu hulgas ligikaudu 1700 LSD (lüsergiinhappe dietüülamiid) konfiskeerimist ja kokku konfiskeeriti 97 000 toimeühikut. LSD konfiskeerimiste koguarv on alates 2010. aastast peaaegu kahekordistunud, kuigi konfiskeeritud kogused on kõikunud. 14 ELi liikmesriiki teatasid ligikaudu 1800 ketamiini konfiskeerimisest ja kokku konfiskeeriti hinnanguliselt 83 kg uimastit, millest enamik Taanis, Itaalias ja Ühendkuningriigis. Ka Norra teatas väikesest arvust ketamiini konfiskeerimistest (50), mille käigus konfiskeeriti 0,2 kg uimastit. 2016. aastal teatasid 13 ELi liikmesriiki ning Norra ja Türgi GHB (gamma-hüdroksübutüraat) või GBLi (gamma-butürolaktoon)

konfiskeerimistest. Üheskoos saadi hinnanguliselt kokku 1700 konfiskeerimise käigus peaaegu 360 kg ja 1400 liitrit uimastit, kusjuures üle veerandi kõikidest konfiskeerimistest toimus Norras.

Uued psühhoaktiivsed ained: keeruline turg

2017. aasta lõpus tegi EMCDDA seiret rohkem kui 670 Euroopa turul tuvastatud uue psühhoaktiivse aine üle. Nende ainete suhtes ei kohaldata rahvusvahelisi uimastikontrollimeetmeid ning need hõlmavad mitmesuguseid uimasteid, nagu sünteetilisi kannabinoide, stimulannte, opioide ja bensodiasepiine (joonis 1.10). Enamasti turustatakse neid ebaseaduslike uimastite seaduslike asendajatena, kuid osa on suunatud väikestele rühmadele, kes soovivad uurida nende võimalikku uudset toimet.

Uusi aineid toodetakse valdavalt suurtes kogustes Hiina keemia- ja farmaatsiaettevõtetes. Seal tarnitakse need Euroopasse, kus toimub toodete töötlemine, pakendamine ja müük. Teatud uute ainete lähtematerjal on arvatavasti ravimid, mis on kas seaduslikust tarneahelast kõrvale suunatud või ebaseaduslikult hangitud. 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 viimastel aastatel Euroopas kasvanud.

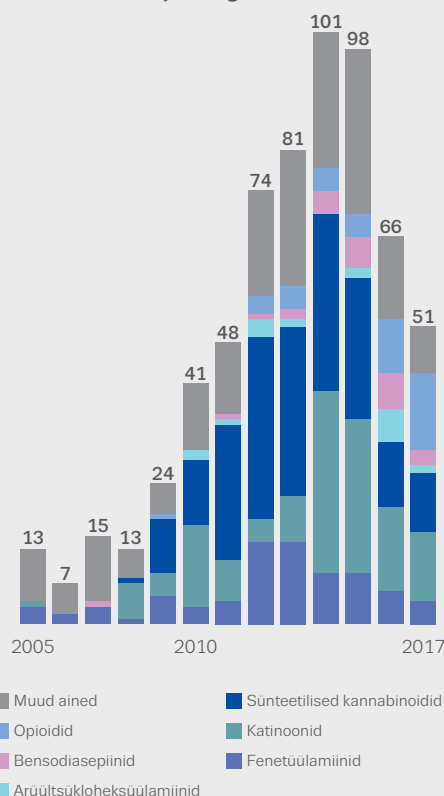
Osa uusi aineid müüakse avalikult spetsiaalsetes poodides ja pinnaveebis, sageli n-õ seaduslike uimastitena. Peale selle müüakse neid pimevõrgu turgudel ja ebaseaduslikul turul, vahel oma nime all, kuid mõnikord väärt selliste ebaseaduslike uimastitena nagu heroiin, kokaiin, *ecstasy* või bensodiasepiinid.

Peaaegu 70% ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu tuvastatud uutest ainetest avastati viimasel viiel aastal. 2017. aastal avastati Euroopas esmakordselt 51 uut ainet. See on vähem kui ühelgi eelmisel viiel aastal ning näitab langust 2014. ja 2015. aastal saavutatud tippasemest, kui mõlemal aastal tehti kindlaks ligikaudu 100 uut ainet. Sellise languse põhjus on ebaselge, kuid võib olla osaliselt tingitud meetmetest, mida Euroopa riikide valitsusasutused on võtnud uute ainete ja eelkõige nende avaliku müügi keelamiseks. Oluline tegur võib olla ka uusi aineid tootvate laborite vastu suunatud kontrollimeetmed ja õiguskaitseasutuste operatsioonid Hiinas.

Igal aastal esmakordselt avastatud uute ainete arv on ainult üks näitaja, mida EMCDDA kasutab kogu uimastituru mõistmiseks. Turu keerukust näitab näiteks

JOONIS 1.10

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete arv ja kategooria, 2005–2017



see, et 2016. aastal avastati Euroopa uimastiturul jätkuvalt rohkem kui 50% (369) praegu seire all olevatest uutest ainetest.

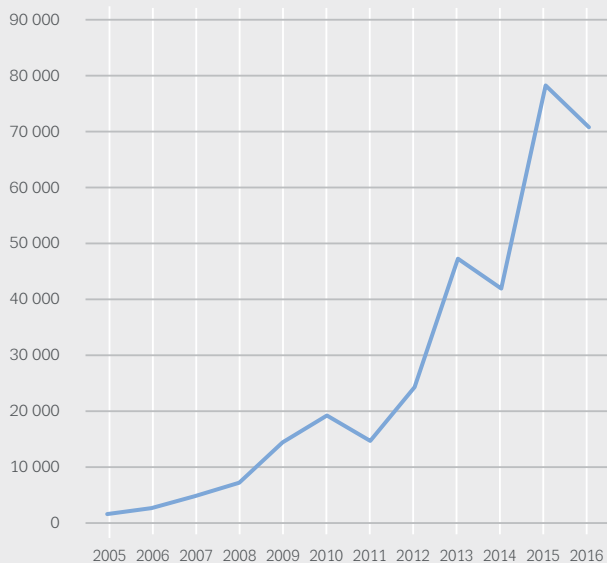
Uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimine: valdavad on sünteetilised katinoonid ja kannabinoidid

2016. aastal teatati ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu peaaegu 71 000 uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimisest (joonis 1.11). 2016. aastal moodustasid sünteetilised katinoonid ja sünteetilised kannabinoidid kokku peaaegu 80% kõikidest konfiskeerimistest ja 80% kogu konfiskeeritud uute ainete kogusest. Eelmise aastaga võrreldes olid 2016. aastal konfiskeeritud kogused üldiselt väiksemad. Sünteetiliste katinoonide, bensodiasepiinide ja sünteetiliste opioide konfiskeeritud kogused seevastu suurenesid. 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, prioriteetidid ja aruandlustavad.

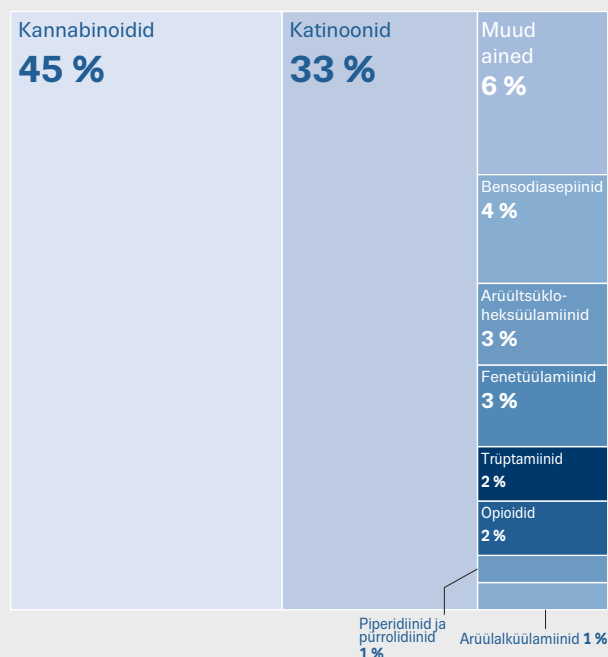
JOONIS 1.11

Esimest korda ELi varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste arv: suundumused ja jaotus kategooriate kaupa, 2016

Konfiskeerimisjuhtumite arv



NB! Euroopa Liidu liikmesriikide, Türgi ja Norra andmed.



Uued sünteetilised opioidid

Alates 2009. aastast on Euroopa uimastiturul avastatud kokku 38 uut opioidi, kusjuures 2017. aastal teatati esimest korda 13 uuest opioidist. See näitaja hõlmab 28 fentanüüli derivaati, millest kümme avastati esimest korda 2017. aastal. Uute fentanüüli derivaatide osakaal Euroopa uimastiturul on praegu küll suhteliselt väike, aga tugevatoimeliste ainetena ohustavad need tõsiselt nii üksikisikute tervist kui ka rahvatervist.

Uusi opioide konfiskeeriti erineval kujul: peamiselt pulbri, tablettide ja vedelikena. 2016. aastal konfiskeeriti ligikaudu 4,6 liitrit sünteetilisi opioide, mis on 1,8 liitrit rohkem kui eelmisel aastal. 2016. aastal teatatud uute sünteetiliste opioidide ligikaudu 1600 konfiskeerimisest üle 70% moodustasid fentanüüli derivaadid. Konfiskeeritud vedelikest 96% sisaldasid fentanüüli derivaate. Muret teeb selliseid fentanüüli derivaate nagu akrüloüülfentanüüli, furanüülfentanüüli, 4-fluoroisobutüülfentanüüli, tetrahüdrofuranüülfentanüüli ja karfentaniili sisaldavate ninaspreide turuletulek. Uued opioidid moodustasid 2016. aastal konfiskeeritud uute ainete konfiskeerimiste koguarvust 2,3%, mis on suurem kui 2015. aastal teatatud 0,8%.

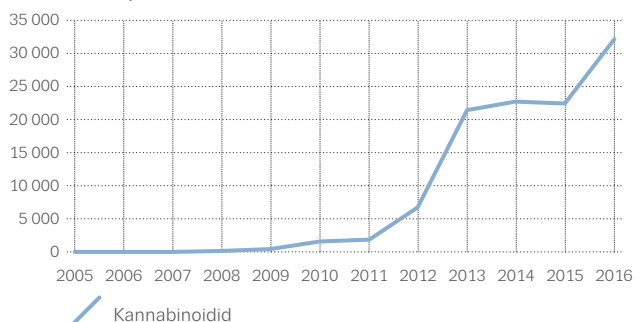
Sünteetilised kannabinoidid

Sünteetilised kannabinoidid on ained, mille toime on sarnane delta-9-tetrahydrokannabinooliga (THC), mis on kanepi suure psühhoaktiivse toime peamine mõjur. Euroopa tootjad impordivad suures koguses pulbrilisi kannabinoide ja segavad neid kuivatatud taimse materjaliga. Neid turustatakse kanepi seaduslike alternatiividena ja müüakse taimsete suitsetamissegudena. Sünteetilised kannabinoidid on jätkuvalt suurim EMCDDA seirega hõlmatud uute ainete rühm. See rühm muutub keemiliselt üha mitmekesisemaks: alates 2008. aastast on avastatud 179 uut ainet ja 2017. aastal teatati 10 uuest ainet.

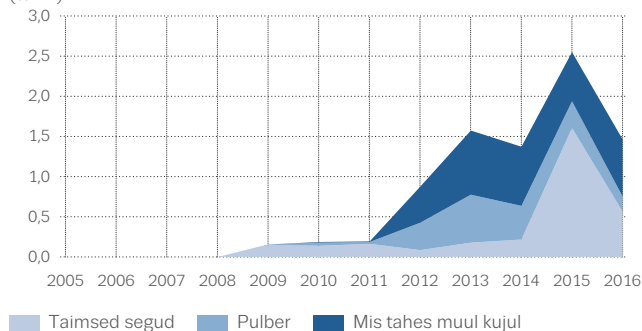
JOONIS 1.12

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

Konfiskeerimisjuhtumite arv

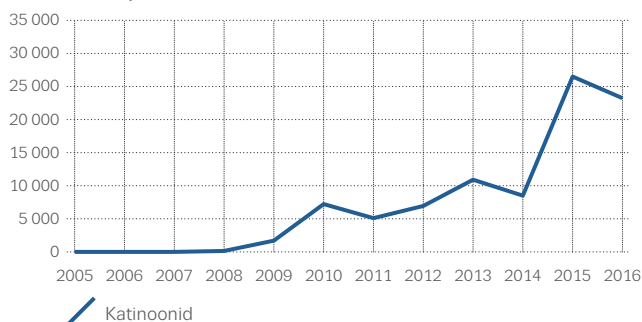


Kannabinoidid (tonni)

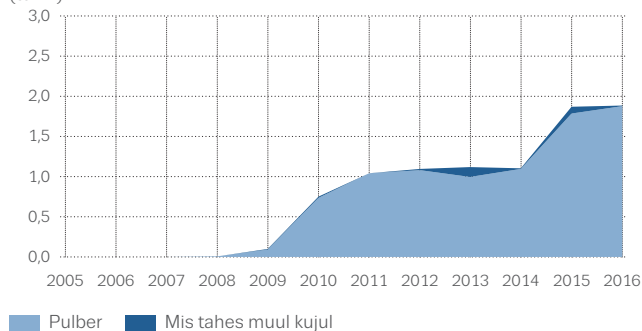


NB! Euroopa Liidu liikmesriikide, Türgi ja Norra andmed.

Konfiskeerimisjuhtumite arv



Katinoonid (tonni)



Ka 2016. aastal olid sünteetilised kannabinoidid kõige sagedamini konfiskeeritud uued psühhoaktiivsed ained – teatati veidi rohkem kui 32 000 konfiskeerimisest (joonis 1.12). See tähendab, et eelmise aastaga võrreldes toimus peaaegu 10 000 konfiskeerimisest rohkem ja need moodustavad peaaegu poole 2016. aastal teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste koguarvust. Viis kõige sagedamini konfiskeeritud sünteetilist kannabinoidi olid 2016. aastal MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 ja AMB-FUBINACA.

Sünteetilisi kannabinoide konfiskeeriti peaaegu 1,5 tonni. 2015. aastal konfiskeeritud 2,5 tonniga võrreldes tähendab see olulist langust. 2016. aastal konfiskeeritud kogustest moodustasid taimsed segud 40% ja pulbrid peaaegu 13%.

Pulbriliste sünteetiliste kannabinoidide konfiskeerimine koos töötlemisrajatiste avastamisega Euroopas viitab sellele, et tooteid pakendatakse Euroopas. Kui need konfiskeeritud pulbrid oleks töödeldud taimseteks suitsetamissegudeks, oleks neist saanud toota mitu miljonit annust. 2016. aastal kõige suuremates kogustes pulbri kujul konfiskeeritud kannabinoidid olid AM-6527 5-fluoropentüüli derivaadid (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) ja AB-FUBINACA (7 kg).

Sünteetilised katinoonid

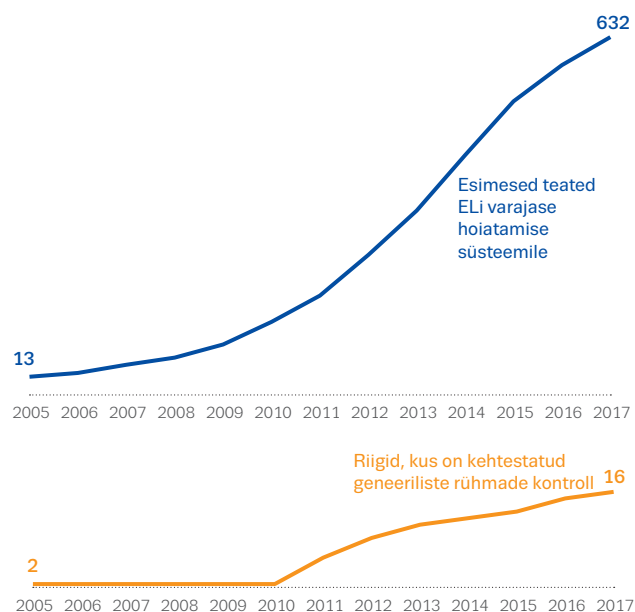
Sünteetilised katinoonid on keemiliselt seotud katinooniga, mis on katapöosa (*Catha edulis*) taimel looduslikult esinev stimulant. Nende ainete toime on sarnane selliste levinud ebaseaduslike stimuleerivate uimastitega nagu amfetamiin, kokaiin ja MDMA. Sünteetilised katinoonid on suuruselt teine EMCDDA seirega hõlmatud uute uimastite rühm: kokku on neid avastatud 130, millest 12 avastati esmakordselt 2017. aastal.

Konfiskeerimiste arvult olid sünteetilised katinoonid 2016. aastal teine uute psühhoaktiivsete ainete rühm: neid konfiskeeriti enam kui 23 000 korral, mis moodustas peaaegu kolmandiku konfiskeerimiste koguarvust. See on mõnevõrra väiksem kui eelmise aasta näitaja. 2016. aastal olid viis kõige sagedamini konfiskeeritud katinooni alpha-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metüül-N,N-dimetüülkatinoon ja 3-MMC.

Neid aineid konfiskeeriti peaaegu 1,9 tonni, seega olid sünteetilised katinoonid 2016. aastal koguse poolest enim konfiskeeritud uued psühhoaktiivsed ained (joonis 1.12). Sünteetilisi katinoone leitakse tavaliselt pulbrina. Koguse poolest enim konfiskeeritud pulbrilised katinoonid olid 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) ja meksedroon (50 kg).

JOONIS 1.13

Uute psühhoaktiivsete ainete ilmumine ja geneeriliste rühmade kontrolli kasutuselevõtt Euroopas alates 2005. aastast



Uued bensodiasepiinid

Praegu on EMCDDA seirega hõlmatud 23 uut bensodiasepiini, millest kolm avastati Euroopas esimest korda 2017. aastal. Osa uusi bensodiasepiine müüakse tablettide, kapslite või pulbritena oma nime all. Teistel juhtudel kasutavad võltsijad neid aineid, et toota ärevushäire ravis levinud retseptiravimite diasepaami ja alprasolaami võltsitud versioone, mida müüakse seejärel otse ebaseaduslike uimastite turul. Kuigi 2015. aastaga võrreldes vähenes 2016. aastal bensodiasepiinide konfiskeerimiste arv, olid konfiskeeritud kogused märkimisväärselt suuremad. 2016. aasta jooksul konfiskeeriti üle poole miljoni tableti, mis sisaldasid selliseid uusi bensodiasepiine nagu diklasepaam, etisolaam, flubromasolaam, flunitrasolaam ja fonasepaam – see on ligikaudu kaks kolmandikku 2015. aastal teatatud arvust.

Uued psühhoaktiivsed ained: uued õigusmeetmed

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 turuletulek ja kättesaadavate toodete mitmekesisus on nii konventsioonide kui ka Euroopa poliitikakujundajate ja seadusandjate jaoks keeruline probleem.

Riikide tasandil kasutatakse uute ainete kontrollimiseks 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 narkoseadusi. Üha rohkem riike töötab selle probleemi lahendamiseks välja uued eriõigusaktid.

Paljude aastate vältel loetles enamik Euroopa riike kontrollitud aineid individuaalselt. Et aga Euroopas avastatud uute ainete arv on kasvanud, püüab üha enam riike kontrollida ainete rühmasid (joonis 1.13). Enamik riike on määratlenud need rühmad keemilise struktuuri järgi (nn geneerilised rühmad), kuigi üksikud on määratlenud rühmad toime põhjal. Suurem osa geneerilise

lähemisviisi valinud riikidest on lisanud rühmade määratlused kehtivatesse narkoseadustesse, kuigi mõned on lisanud sellised rühmad ainult konkreetselt uusi psühhoaktiivseid aineid käsitlevatesse õigusaktidesse.

2005. aastast pärinev uute psühhoaktiivsete ainete põhjustatud rahvatervise- ja sotsiaalsetele ohtudele reageerimise õigusraamistik on ELi tasandil läbi vaadatud, et luua kiirem ja tõhusam süsteem. Uutes õigusaktides on säilitatud kolmeastmeline lähenemisviis uutele psühhoaktiivsetele ainetele reageerimisel – varajane hoiatamine, riskihindamine ja kontrollimeetmed –, samal ajal on olemasolevaid protsesse tugevdatud, muutes andmete kogumise ja hindamise menetlused sujuvamaks ja kiiremaks ning kehtestades lühemad tähtajad. Pärast riskide hindamist saab komisjon esitada ettepaneku võtta aine suhtes kontrollimeetmed. Euroopa Parlamendil ja nõukogul on teatud tingimustel õigus esitada komisjoni ettepaneku kohta kahe kuu jooksul vastuväiteid. Pärast otsuse jõustumist on liikmesriikide ametiasutustel oma territooriumil aine kontrollimeetmete kehtestamiseks aega kuus kuud (mitte 12).

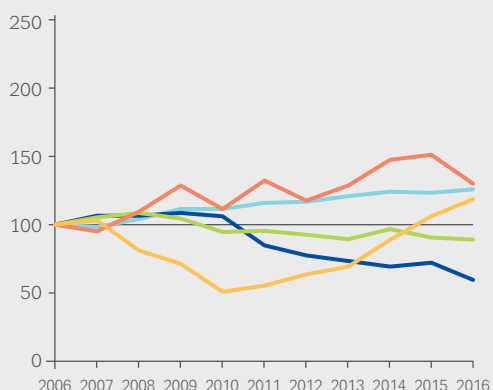
Praegu on EMCDDA seirega hõlmatud 23 uut bensodiasepiini

JOONIS 1.14

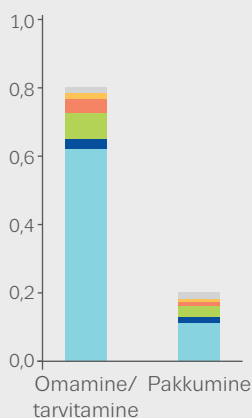
Euroopa narkoseadustes sätestatud õigusrikkumised seoses uimastite tarvitamise, omamise või pakkumisega: indekseeritud suundumused ja teatatud õigusrikkumised, 2016

Omamisega/tarvitamisega seotud rikkumised

Indekseeritud suundumused

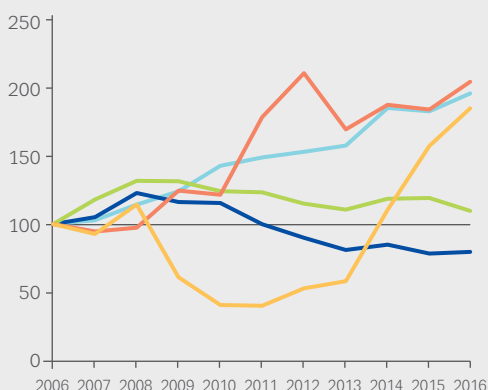


Õigusrikkumiste arv (miljonit)



Pakkumisega seotud rikkumised

Indekseeritud suundumused



Heroiin Kokaiin MDMA Kanep Amfetamiinid Muud ained

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

Narkoseaduste rikkumine: kanep domineerib

Õigusaktide rakendamise seire põhineb narkoseaduste rikkumise andmetel. 2016. aastal teatati Euroopa Liidus hinnanguliselt 1,5 miljonist narkoseaduste rikkumisest; rikkumiste arv on alates 2006. aastast kolmandiku võrra (33%) kasvanud. Enamik nendest rikkumistest (74%) oli seotud tarvitamise või omamisega – kokku oli selliseid rikkumisi 2016. aastal ligikaudu 1 miljon, seega 28% rohkem kui 2006. aastal. Enam kui kolmveerand uimastite tarvitamise või omamisega seotud rikkumistest oli seotud kanepiga (77%). 2016. aastal jätkus MDMA tarvitamise või omamisega seotud õigusrikkumiste kasv, kuigi need moodustavad kõikidest tarvitamisega seotud rikkumistest endiselt vaid 2% (joonis 1.14).

Kokku on uimastite pakkumisega seotud õigusrikkumiste arv Euroopa Liidus alates 2006. aastast suurenenud 14% ja 2016. aastal oli hinnangute kohaselt üle 200 000 juhtumi. Enamik pakkumisega seotud õigusrikkumisi (57%) puudutasid kanepit. MDMA pakkumisega seotud õigusrikkumistest teatamine on alates 2013. aastast järsult kasvanud (joonis 1.14).

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded**2018**

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

EMCDDA ja Europol ühisväljaanded**2018**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

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

**Euroopas tarvitavate
ainete valik on varasemast
mitmekesisem**

Uimastitarvitamise levik ja suundumused

Euroopas tarvitavate ainete valik on varasemast mitmekesisem. Uimastitarvitajate seas on levinud mitme uimasti koostarvitamine ning tarvitamisharjumused ulatuvad ühekordsest proovimisest kuni harjumusliku ja sõltuvusliku tarvitamiseni. Kanepit tarvitatakse ligikaudu viis korda sagedamini kui teisi aineid. Heroiini ja muude opioidide tarvitamine on küll endiselt suhteliselt harv, kuid just neid uimasteid seostatakse jätkuvalt kõige sagedamini kõige kahjulikumate tarvitamisviiside, sealhulgas uimastite süstimisega. Uimastitarvitamine, eriti aktiivne või korrapärane uimastitarvitamine, on üldiselt suurem meeste seas.

Uimastitarvitamise seire

EMCDDA kogub ja säilitab andmestikke, mis hõlmavad uimastite tarvitamist ja tarvitamisharjumusi Euroopas.

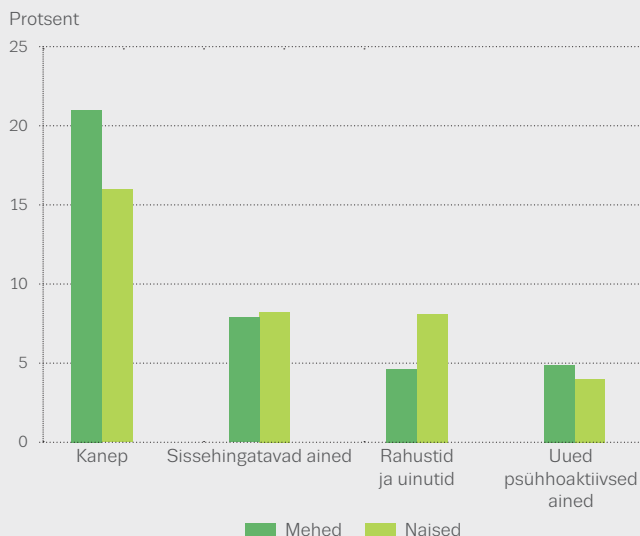
Kooliõpilasi ja rahvastikku hõlmavad uuringud annavad ülevaate uimastite proovimise ja meelelahutusliku tarvitamise levikust. Neid uuringutulemusi võivad täiendada Euroopa linnades tehtavad analüüsid uimastijääkide kohta linnade reovees.

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

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

JOONIS 2.1

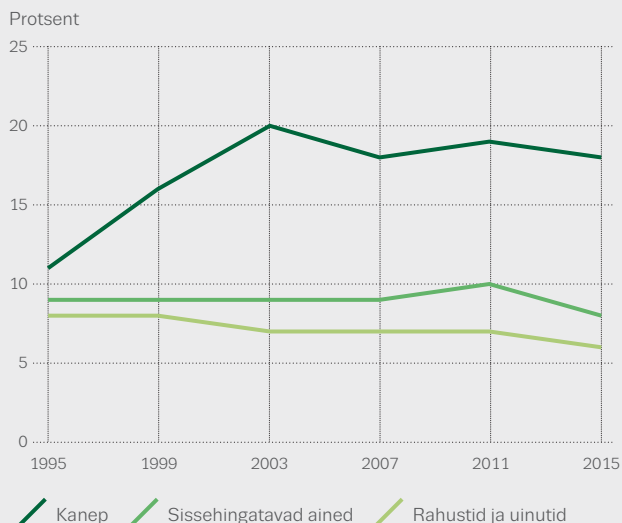
Elu jooksul uimasti tarvitamine Euroopa 15–16-aastaste kooliõpilaste seas soopõhiselt



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

JOONIS 2.2

Suundumused kanepi, sissehingatavate ainete ja ravimite (ilma retseptita rahustid ja uinutid) tarvitamises elu jooksul Euroopa 15–16-aastaste kooliõpilaste seas



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

Uimastitarvitamise suundumused kooliõpilaste seas on stabiilsed või langevad

Kooliõpilaste uimastitarvitamise 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 projekti algatamisest 1995. aastal. Viimase uuringu käigus koguti võrreldavaid andmeid uimastitarvitamise kohta 15–16-aastaste kooliõpilaste seas 35 Euroopa riigis, sealhulgas 23 ELi liikmesriigis ja Norras. 24 riigi kooliõpilastest keskmiselt 18% olid tarvanud kanepit vähemalt ühe korra (elu jooksul uimastite tarvitamine), kusjuures see näitaja oli kõrgeim Tšehhi Vabariigis (37%) ja Prantsusmaal (31%). Kanepi tarvitamisest viimase 30 päeva jooksul teatas 8% õpilastest. Muude ebaseaduslike uimastite (MDMA (*ecstasy*), amfetamiin, kokaiin, metamfetamiin ja hallutsinogeenid) tarvitamine oli palju väiksem ja elu jooksul uimastite tarvitamise üldmäär oli 5%.

Uuringus küsiti ka muude ainete, nagu inhalantide, ravimite ja uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamise kohta. ELi riigi ja Norrast pärit osalejate seas oli inhalantide elu jooksul tarvanud keskmiselt 8% (see näitaja ulatus 3%st Belgias (Flandrias) 25%ni Horvaatias). Arsti retseptita rahustite ja uinutite tarvitamisest elu jooksul teatas keskmiselt 6% kooliõpilastest (see näitaja ulatus 2%st Rumeenias 17%ni Poolas) ning uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest elu jooksul teatas keskmiselt 4%

kooliõpilastest (see näitaja ulatus 1%st Belgias (Flandrias) 10%ni Eestis ja Poolas) (joonis 2.1). Viimase 12 kuu jooksul uusi psühhoaktiivseid aineid tarvanute seas (3,2% osalejatest) olid kõige levinumad taimsed suitsetamissegud (nende tarvitamisest teatas 2,6% kõikidest osalejatest); pulbrite, kristalsete ainete või tablettide, vedelike ja uute psühhoaktiivsete ainete muude vormide tarvitamine oli vähem levinud.

Nende 22 riigi hulgas, mille analüüsimiseks oli piisavalt andmeid, teatati elu jooksul kanepi tarvitamisest kokku kõige rohkem 2003. aastal, sellele järgnes 2007. aasta uuringu põhjal väike langus (joonis 2.2). Sestpeale on kanepi tarvitamine püsinud suhteliselt stabiilsel tasemel. Inhalantide elu jooksul tarvitamisest teatamine vähenes aastatel 2011 (10%) kuni 2015 (8%), ent pikaajaline suundumus ajavahemikus 1995–2015 on olnud suhteliselt stabiilne (joonis 2.2). Rahustite ja uinutite tarvitamine elu jooksul vähenes mõnevõrra aastatel 1995–2015, kusjuures sel ajavahemikul tarvitasid tükid neid pidevalt rohkem kui poisid. ESPAD ei paku andmeid uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamise suundumuste kohta, sest 2015. aastal sisaldas see esmakordselt küsimusi kõnealuste uimastite tarvitamise kohta.

Ebaseaduslikke uimasteid on proovinud üle 92 miljoni täiskasvanu

Hinnangute kohaselt on üle 92 miljoni ehk veidi rohkem kui veerand Euroopa Liidu 15–64-aastastest elanikest proovinud elu jooksul ebaseaduslikku uimastit. Uimasteid proovivad rohkem mehed (56,0 miljonit) kui naised (36,3 miljonit). Kõige rohkem proovitakse kanepit (53,5 miljonit meest ja 34,3 miljonit naist), palju väiksemaks hinnatakse kokaiini (11,8 miljonit meest ja 5,2 miljonit naist), MDMA (9,0 miljonit meest ja 4,5 miljonit naist) ja amfetamiinide (8,0 miljonit meest ja 4,0 miljonit naist) tarvitamist elu jooksul. Elu jooksul kanepit tarvitavate arv on riigiti väga erinev – Prantsusmaal on see ligikaudu 41% täiskasvanutest ja Maltal alla 5% täiskasvanutest.

Viimase aasta uimastitarvitamine näitab hiljutise uimastitarvitamise taset ja on peamiselt levinud just noorte täiskasvanute seas. Viimasel aastal tarvitas uimasteid hinnanguliselt 18,9 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ning mehed teatasid uimastite tarvitamisest kaks korda rohkem kui naised.

Kanepitarvitamine: üldiselt stabiilne, kuid riikide vahel on suuri erinevusi

Kanep on ebaseaduslik uimasti, mida igas vanuses inimesed kõige tõenäolisemalt tarvitavad. Kanepit tavaliselt

suitsetatakse ja Euroopas segatakse seda harilikult tubakaga. Kanepitarvitamise harjumused erinevad alates juhuslikust tarvitamisest kuni korrapärase ja sõltuvusliku tarvitamiseni.

Euroopa Liidus on elu jooksul kanepit proovinud hinnanguliselt 87,6 miljonit täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 26,3% sellest vanuserühmast. Viimase aasta jooksul tarvitas neist kanepit hinnanguliselt 17,2 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 14,1% sellest vanuserühmast ning 9,8 miljonit (ehk 17,4% sellest vanuserühmast) olid 15–24-aastased. 15–34-aastaste seas oli viimasel aastal kanepit tarvitavate määr vahemikus 3,5%st Ungaris kuni 21,5%ni Prantsusmaal. Viimasel aastal kanepit tarvitavate noortest oli mehi kaks korda rohkem kui naisi.

Hiljutiste uuringutulemuste põhjal teatab enamik riike, et kanepitarvitamine viimase aasta jooksul noorte täiskasvanute seas on stabiilne või suureneb. Riikidest, mis on alates 2015. aastast uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatasid kaheksa tarvitamise hinnangulisest suurenemisest, üheksas oli olukord stabiilne ja kaks hindasid tarvitamist väiksemaks kui eelmises võrreldavas uuringus.

RAVI ALUSTAVAD KANEPITARVITAJAD



Näitajad

16% 84%



16 Keskmine vanus esmakordsel tarvitamisel

25 Keskmine vanus esmakordsel ravi alustamisel

83 000 Esmakordsed ravialustajad



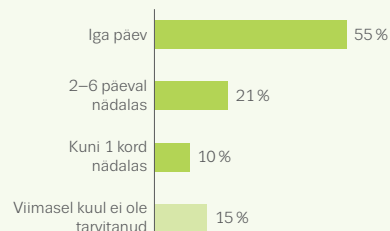
57 000 Varem ravi saanud ravialustajad

59%

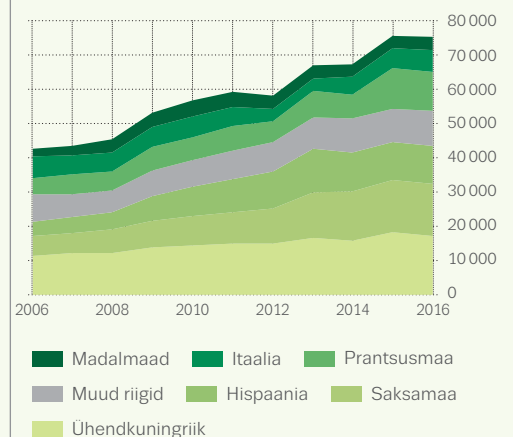
41%

Tarvitamissagedus viimase kuu jooksul

Keskmine tarvitamine 5,5 päeval nädalas



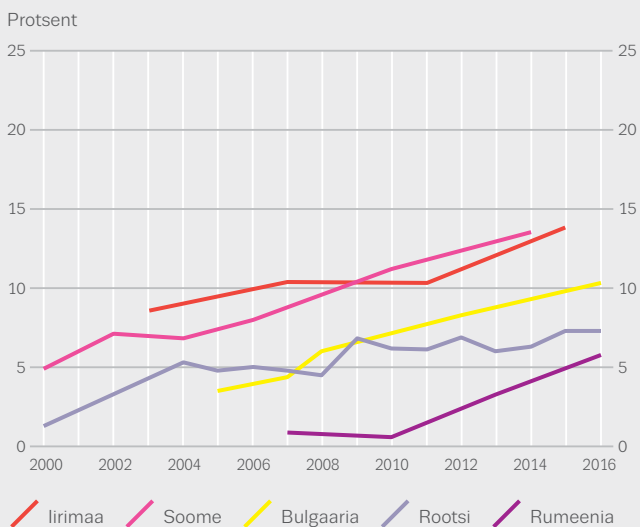
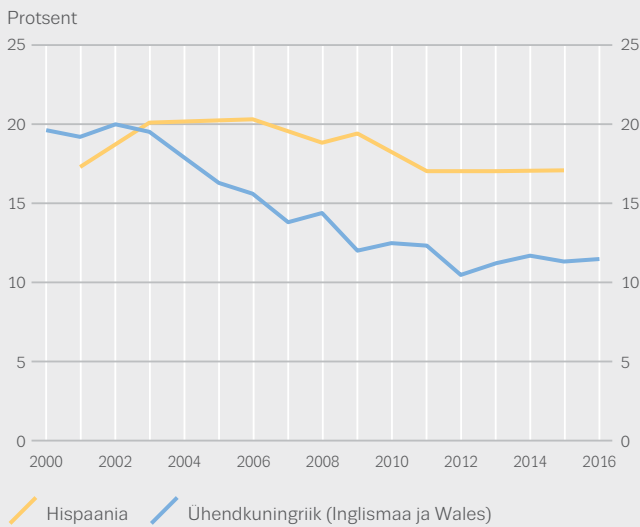
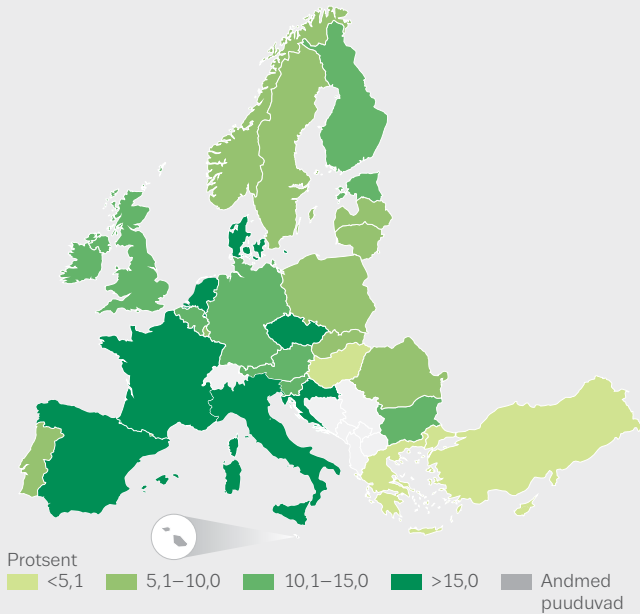
Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



NB! Peale suundumuste on andmed esitatud esmakordsete ravialustajate kohta, kelle peamiseks uimastiks on kanep. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 25 riigi andmetel. Suundumuste joonisel on esitatud ainult need riigid, mille kohta on andmeid vähemalt 9 aasta kohta 11st. Puuduvad väärtused on interpoleeritud lähematest aastatest. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.3

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



Üksikutel riikidel on piisavalt uuringuandmeid, et statistiliselt analüüsida noorte täiskasvanute (15–34-aastased) viimase aasta kanepitarvitamise suundumusi. Neist Hispaanias ja Ühendkuningriigis viimasel kümnendil valitsenud pikaajaline langustrend on viimaste andmete põhjal nüüd stabiliseerunud (joonis 2.3).

Viimasel kümnendil on paljudes riikides kasvanud viimase aasta jooksul kanepi tarvitamise noorte täiskasvanute seas. Sellised riigid on näiteks Iirimaa ja Soome, kus viimased näitajad osutavad ELi keskmisele (14,1%) lähenemist, ning Bulgaaria, Rumeenia ja Rootsi, kus hiljutised tasemed on küll madalamad. Hiljutisi uuringuandmeid esitanud riikidest kinnitas Madalmaades 2016. aastal läbi viidud kolmas võrreldav uuring, et kanepitarvitamise levik on mõnevõrra väiksem kui 16%. Taanis näitasid 2017. aasta uuringuandmed harva langust: 2013. aasta 17,6% prognoosi asemel on uueks prognoosiks 15,4%.

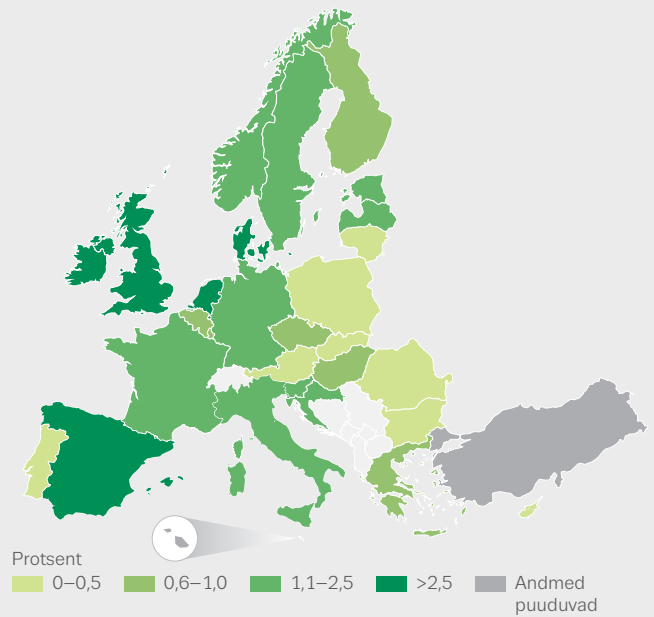
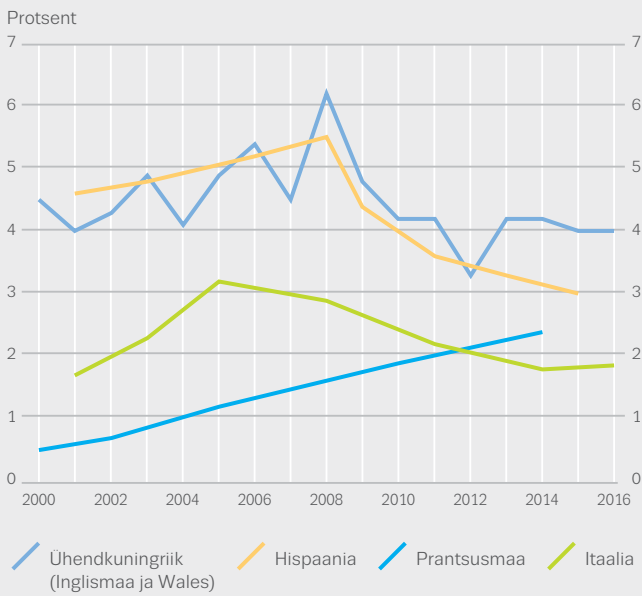
Suure riskiga kanepitarvitamine: kasvutrend

Rahvastiku-uuringute kohaselt tarvitab kanepit iga päev või peaaegu iga päev (st viimasel kuul vähemalt 20 päeva) hinnanguliselt ligikaudu 1% Euroopa täiskasvanutest. Neist ligikaudu 37% on vanemad uimastitarvitajad (35–64-aastased) ja ligikaudu kolmveerand neist on mehed.

Kanepitarvitamisest tulenevate terviseprobleemide tõttu ravi alustavate isikute andmed koos muude näitajatega annavad teavet suure riskiga kanepitarvitamise olemuse ja ulatuse kohta Euroopas. 2016. aastal alustas kanepi tarvitamisega seotud probleemide tõttu Euroopas narkomaaniaravi üle 150 000 inimese, kellest 83 000 alustasid ravi esimest korda elus. 25 riigis, mille andmed on kättesaadavad, kasvas kanepiprobleemide tõttu esmakordselt ravi alustajate arv aastatel 2006–2016 76% võrra ning enamik riike (18) teatas selle ajavahemiku jooksul kasvutrendist. Kasvu võisid põhjustada mitu tegurit, sealhulgas suurem kanepitarvitamine rahvastiku hulgas tervikuna, aktiivsete tarvitajate arvu kasv, tugevamatoimeliste toodete kättesaadavus, muutused riskide tajumises ning ravi pakkumise ja (eelkõige kriminaalõigussüsteemist) ravile suunamise suurenemine. 2016. aastal teatas kokku 50% peamiselt kanepit tarvitavatest esmakordsetest ravi alustajatest kõnealuse uimasti tarvitamisest viimase kuu jooksul. Igapäevaste tarvitajate osakaal on aga riigiti erinev, ulatudes vähem kui 10%st (Lätis, Ungaris ja Rumeenias) kuni 60%ni või rohkem (Hispaanias, Prantsusmaal, Madalmaades ja Türgis).

JOONIS 2.4

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



Kokaiinitarvitamine: üldiselt stabiilne, ent on märke kasvust

Kokaiin on enim tarvitatav ebaseaduslik stimulant Euroopas ning selle tarvitamine on rohkem levinud Lõuna- ja Lääne-Euroopa riikides. Regulaarsete tarvitajate hulgas saab üldiselt eristada sotsiaalselt lõimunudmaid tarvitajaid, kes tõmbavad sageli ninna kokaiinipulbrit (kokaiinhüdrokloriid), ning tõrjutumaid tarvitajaid, kes süstivad kokaiini või suitsetavad *crack'i* (aluseline kokaiin), mõnikord koos opioidide tarvitamisega. Paljudes andmestikes ei ole võimalik kokaiini kahte vormi (kokaiinipulbrit ja *crack'i*) eristada ja termin „kokaiinitarvitamine“ hõlmab mõlemat vormi.

Elu jooksul on kokaiini proovinud hinnanguliselt 17,0 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 5,1% sellest vanuserühmast. Viimase aasta jooksul on kokaiini tarvitanud ligikaudu 2,3 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,9% sellest vanuserühmast.

Ainult Taani, Iirimaa, Hispaania, Madalmaad ja Ühendkuningriik teatasid, et noortest täiskasvanutest on viimase aasta jooksul kokaiini tarvitanud 2,5% või rohkem. Euroopas varasematel aastatel üldiselt täheldatud kokaiinitarvitamise vähenemist ei olnud uusimates uuringutes märgata. Nendest riikidest, mis on alates 2015. aastast uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatasid kolm tarvitamise suurenemisest, 14 riigis oli olukord stabiilne ja üks hindas tarvitamist väiksemaks kui eelmises võrreldavas uuringus.

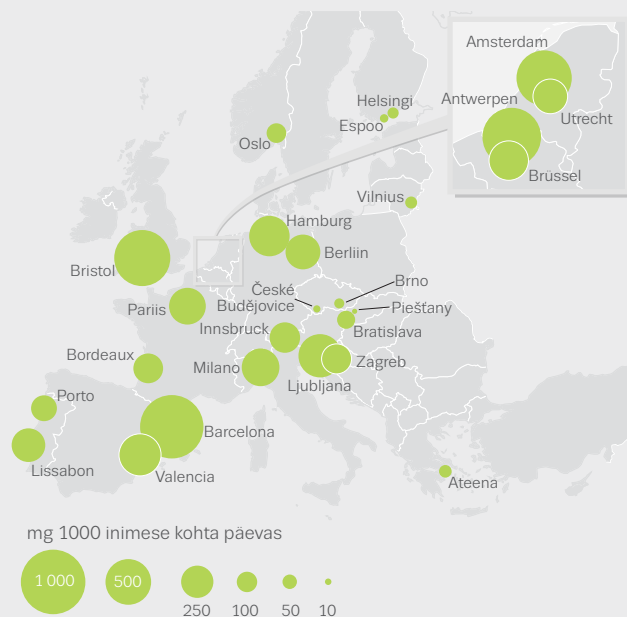
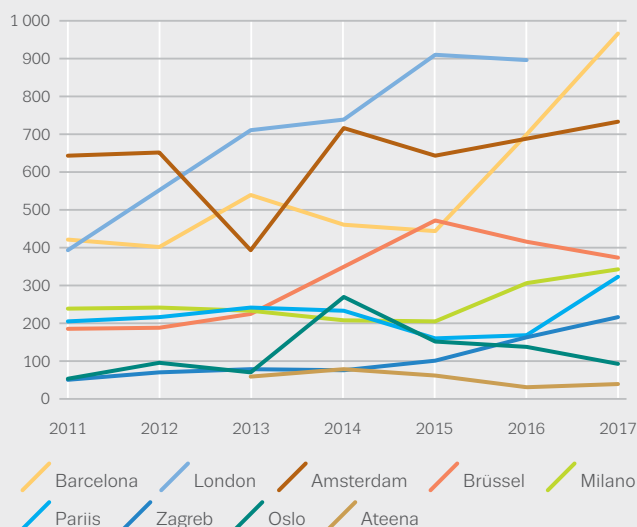
Noorte täiskasvanute viimase aasta kokaiinitarvitamine pikaajaliste suundumuste statistilist analüüsi on võimalik teha vaid üksikutes riikides. Uued andmed kinnitavad olemasolevaid trende. Hispaania ja Ühendkuningriik teatasid kuni 2008. aastani kokaiinitarvitamise suurenemisest, millele järgnes stabiliseerumine või langus (joonis 2.4). Itaalias on tarvitamine 2005. aasta tiptasemega võrreldes küll vähenenud ja viimane uuring osutab, et tase võib olla stabiliseerunud. Prantsusmaal täheldati kasvutendentsi 2014. aastal, mil tarvitamine ületas esmakordselt 2%.



JOONIS 2.5

Kokaiinjäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased teadaolevad andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



NB! Keskmised bensouülekonniini kogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul igal aastal ajavahemikul 2011–2017.

Allikas: kanalisatsiooniuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE).

Rahvastiku-uuringu tulemusi täiendab mitut linna hõlmav uuring, milles analüüsiti kokaiinjääke linnade reovees. Reovee analüüs näitab puhaste ainete üldist tarvitamist 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.

2017. aasta analüüsi põhjal oli bensouülekonniini – kokaiini peamise ainevahetussaaduse – suurim massikoormus Belgia, Hispaania, Madalmaade ja Ühendkuningriigi linnades ning väga väike massikoormus enamikus uuringuga hõlmatud Ida-Euroopa linnades (vt joonis 2.5). 2016. ja 2017. aasta kohta andmeid esitanud 31 linnast teatasid 19 massikoormuse kasvust, kuus vähenemisest ja kuue andmetel oli olukord stabiilne. Enamik 2011. ja 2017. aasta kohta andmeid esitanud 13 linnast teatasid pikaajalisest kasvutrendist.

Suure riskiga kokaiinitarvitamine: ravi soovib rohkem inimesi

Suure riskiga kokaiinitarvitamise levikut Euroopa täiskasvanute hulgas on raske hinnata, sest uusimad hinnangud on tehtud ainult neljas riigis ning kasutatud on erinevaid mõisteid ja meetodeid. Hispaanias oli uues tarvitamissagedusel põhinevas uuringus esitatud hinnangu põhjal suure riskiga kokaiinitarvitamine

14–18-aastaste seas 2016. ja 2017. aastal 0,43%. Saksamaal oli 2015. aastal suure riskiga kokaiinitarvitamise hinnanguline osakaal täiskasvanute seas sõltuvusastmete küsimustiku põhjal 0,20%. Itaalia 2015. aasta hinnangu kohaselt vajab kokaiinitarvitamise tõttu ravi 0,65% täiskasvanud rahvastikust. Portugalis oli suure riskiga kokaiinitarvitamine kaudsetel statistilistel meetoditel põhinevas uuringus esitatud hinnangu põhjal täiskasvanud rahvastiku hulgas 2015. aastal 0,98%.

Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriigi elanike osakaal kokaiinisõltuvuse tõttu spetsiaalse ravi alustajate koguarvust Euroopas on peaaegu kolmveerand (73%). 2016. aastal nimetas kokaiini peamiseks tarvitatavaks uimastiks üle 67 000 spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsiendi ja ligikaudu 30 000 esmakordset patsienti.

Langusperioodi järel kasvas kokaiinisõltuvuse tõttu esimest korda ravi alustajate koguarv aastatel 2014–2016 rohkem kui viiendiku võrra. Kuigi suurem osa sellest kasvust langeb Itaalia ja Ühendkuningriigi arvele, teatasid peaaegu kõik riigid tarvitamise kasvust sellel ajavahemikul.

Enamik kokaiiniga seotud probleemide tõttu spetsiaalse narkomaaniaravi alustajatest tarvitas peamise uimastina kokaiinipulbrit (2016. aastal 51 000 inimest ehk 10% kõikidest narkomaaniaravi patsientidest). Suurem osa peamiselt kokaiini tarvitavatest patsientidest taotleb ravi

üksnes selle uimasti tarvitamise tõttu (31% kõikidest kokaiinipulbrit tarvitavatest patsientidest) või selle uimasti tarvitamise tõttu koos kanepi (26%), alkoholi (31%) või muude ainetega (12%). Üldiselt teatatakse, et see rühm on sotsiaalselt hästi lõimunud, elab stabiilsetes tingimustes ja omab alalist töökohta. Teine rühm, kuhu kuuluvad tõrjutumad tarvitajad, alustab ravi peamiselt *crack*'i tõttu (2016. aastal 8300 patsienti ehk 2% kõikidest narkomaaniaravi patsientidest) ja paljud neist võivad teise uimastina heroini tarvitada. *Crack*'i tõttu narkomaaniaravi saavate patsientide arvu hiljutisest suurenemisest on teatanud Itaalia ja Ühendkuningriik.

Kokaiini tarvitamisest koos heroini või muude opioididega teatas Euroopas 2016. aastal 53 000 spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsientidest. See arv tähistab 15% kõikidest esmakordselt ravi alustajatest, kelle kohta on kättesaadav nii peamise kui ka teise tarvitatava uimasti teave.



RAVI ALUSTAVAD KOKAIINITARVITAJAD

Näitajad

14% 86%



23 Keskmine vanus esmakordsel tarvitamisel

34 Keskmine vanus esmakordsel ravi alustamisel

30 300 Esmakordsed ravialustajad

47%

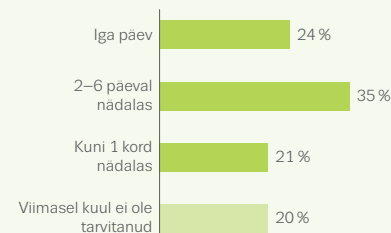


34 400 Varem ravi saanud ravialustajad

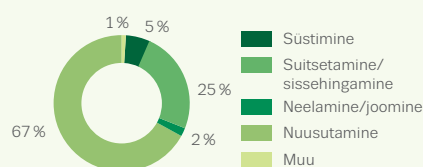
53%

Tarvitamissagedus viimase kuu jooksul

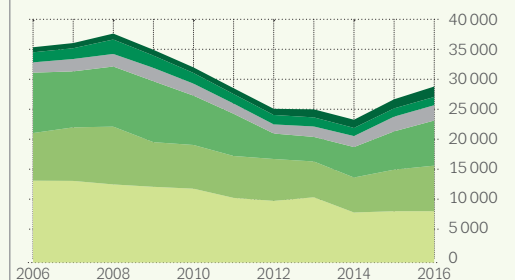
Keskmine tarvitamine 4,1 päeval nädalas



Manustamisviis



Suundumused esmakordsete ravialustajate seas

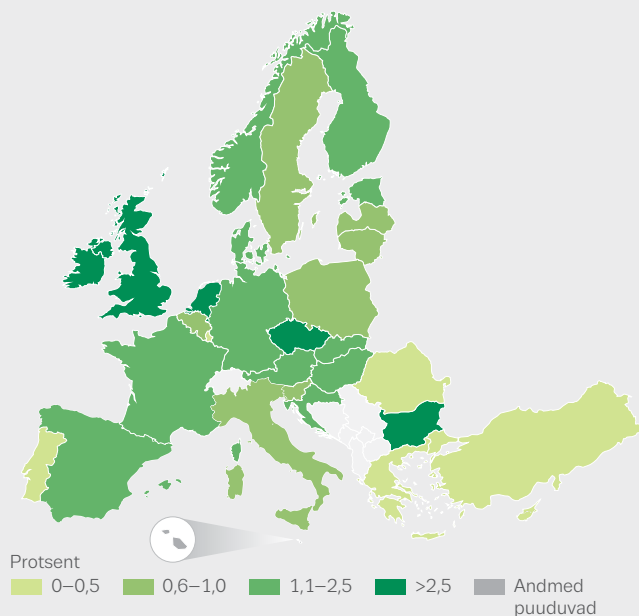
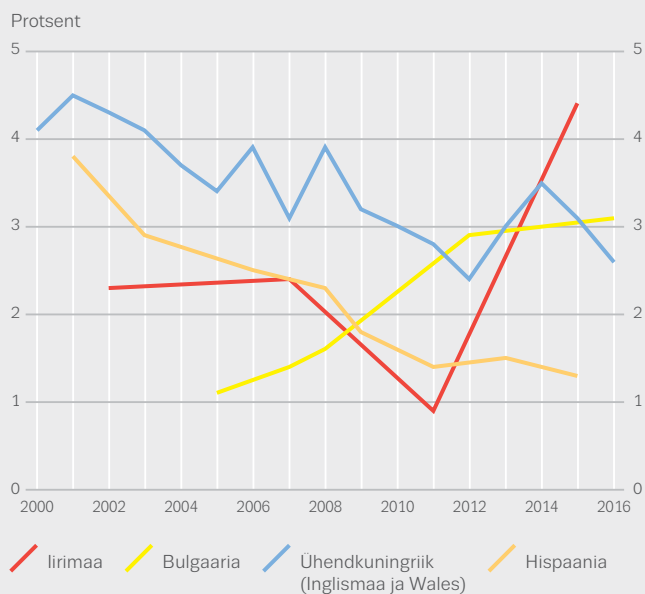


Saksamaa Madalmaad Muud riigid
Itaalia Ühendkuningriik Hispaania

NB! Peale suundumuste on andmed esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kokaiin. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 25 riigi andmetel. Suundumuste joonisel on esitatud ainult need riigid, mille kohta on andmeid vähemalt 9 aasta kohta 11st. Puuduvad väärtused on interpoleeritud lähematest aastatest. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.6

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



MDMA: tarvitamine paistab stabiliseeruvat

MDMAd (3,4-metüleendioksümetamfetamiini) tarvitatakse tablettidena (nn *ecstasy*), aga ka kristasel ja pulbri kujul; tabletid neelatakse tavaliselt alla, kuid kristalle ja pulbrit manustatakse suu kaudu või ninna tõmmates.

Elu jooksul on MDMA/*ecstasy*'t proovinud hinnanguliselt 13,5 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 4,1 % sellest vanuserühmast. Hiljutise tarvitamise andmed aktiivseima uimastitarvitamisega vanuserühmas näitavad, et viimase aasta jooksul tarvitas MDMAd 2,2 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,8% sellest vanuserühmast; riikide näitajad ulatuvad 0,2%st Portugalis ja Rumeenias kuni 7,4%ni Madalmaades.

Kuni viimase ajani oli MDMA tarvitamine paljudes riikides vähenemas pärast tippaseme saavutamist 2000ndate algusest kuni keskaigani. Viimastel aastatel paistab allikate seirest, et mõnes riigis on MDMA tarvitamine stabiliseerunud või kasvanud. Riikidest, mis on alates 2015. aastast uusi uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatas viis tarvitamise suurenemisest, 12 riigis oli olukord stabiilne ja üks hindas tarvitamist väiksemaks kui eelmises võrreldavas uuringus.

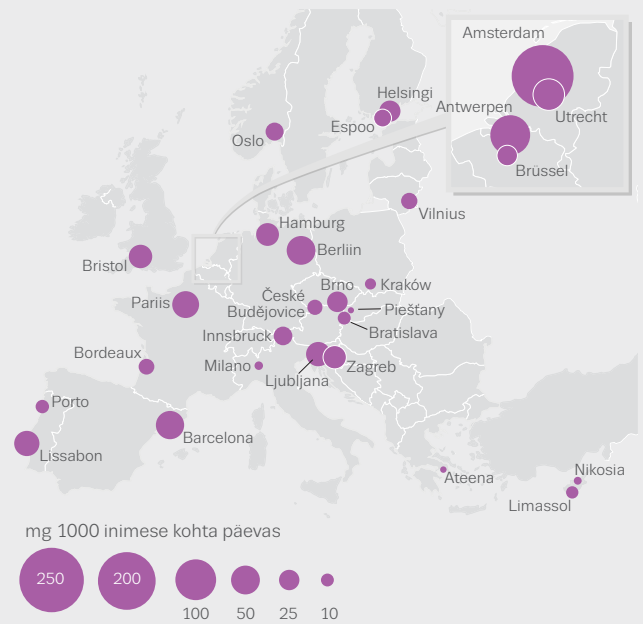
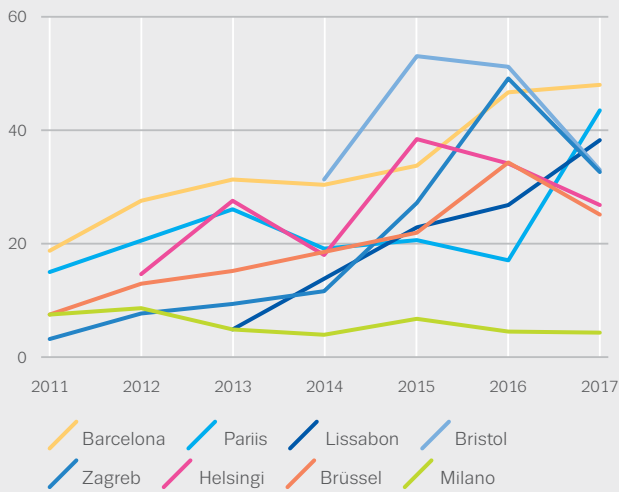
Riikides, kus olid olemas andmed noorte täiskasvanute viimase aasta MDMA tarvitamise suundumuste statistilise analüüsi tegemiseks, näitavad hiljutised andmed muutusi (joonis 2.6). Ühendkuningriigis on tarvitamine languses ja ajavahemikul 2012–2014 täheldatud kasv on hilisemate andmete kohaselt pöördunud. Hispaanias on pikaajaline



JOONIS 2.7

MDMA jäägid reovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased teadaolevad andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



NB! Keskmised MDMA kogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul igal aastal ajavahemikul 2011–2017.

Allikas: kanalisatsiooniuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE).

langustrend, kuigi hiljutised andmed näitavad stabiliseerumist. Viimased teadaolevad andmed näitavad leviku olulist suurenemist lirimaal alates 2011. aastast ning jätkuvat kasvutendentsi Bulgaarias. 2016. aasta Madalmaade uuringu andmed kinnitavad kahes varasemas iga-aastases uuringus teatatud suurt tarvitamist.

Mitut linna hõlmav 2017. aasta analüüs tuvastas MDMA suurima massikoormuse Belgia, Madalmaade ja Saksamaa linnades reovees (vt joonis 2.7). 2016. ja 2017. aasta andmed esitanud 33 linnast teatasid 11 massikoormuse kasvust, 15 vähenemisest ja 7 andmetel oli olukord stabiilne. Kui vaadata pikaajalisi suundumusi, siis oli enamikus linnades, mille kohta esitati 2011. ja 2017. aasta andmed (12 linna), reovee MDMA massikoormused 2017. aastal suuremad kui 2011. aastal. Siiski paistab, et ajavahemikul 2011–2016 täheldatud järsk tõus on enamikus linnades 2017. aastal stabiliseerunud.

MDMAd tarvitatakse sageli koos muude ainetega, sealhulgas alkoholiga. Praegused andmed näitavad, et suure MDMA levikuga riikides ei ole see enam niši- või subkultuuri uimasti, mida tarvitatakse üksnes tantsuklubides ja pidudel, vaid paljud noored tarvitavad seda tavapärasel meelelahutusüritustel, sealhulgas baarides ja kodustel pidudel.

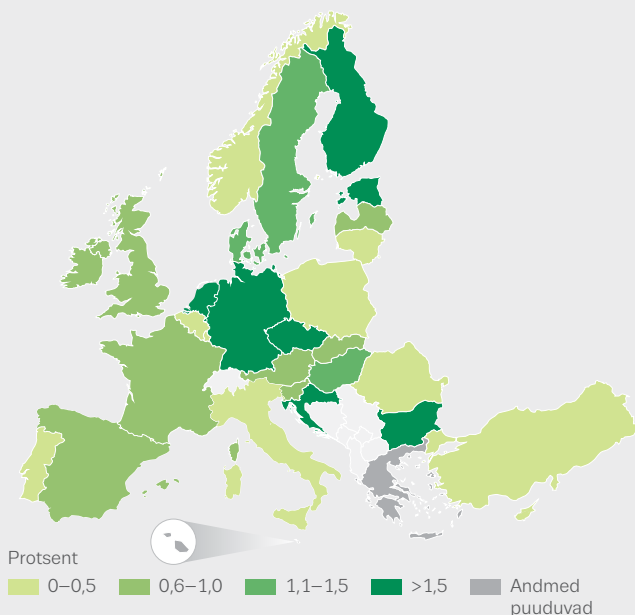
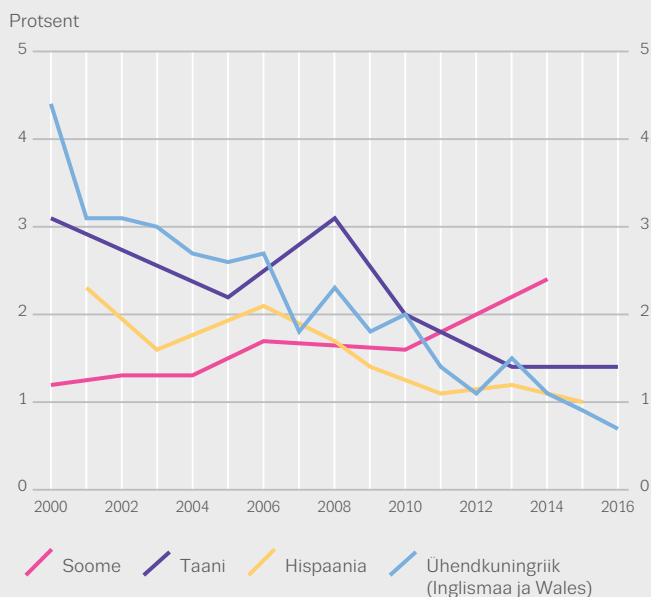
MDMA tarvitamist nimetatakse harva spetsiaalse narkomaaniaravi alustamise põhjusena. 2016. aastal andmetel oli MDMA seotud vähem kui 1% esmakordse ravialustajatega (umbes 1000 juhtu) Euroopas, peamiselt Hispaanias, Prantsusmaal, Ühendkuningriigis ja Türgis.

Allikate seirest ilmneb

MDMA tarvitamise

stabiliseerumine või kasv

JOONIS 2.8

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

Amfetamiinid: tarvitamine varieerub, kuid suundumused on stabiilsed

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

Mõlemaid uimasteid tarvitatakse suu või nina kaudu; lisaks on mõnes riigis selle uimasti tarvitamine süstimise teel oluline osa uimastiprobleemist. Metamfetamiini võidakse ka suitsetada, ent sellest manustamisviisist ei ole Euroopas eriti teatatud.

Elu jooksul on amfetamiine proovinud hinnanguliselt 11,9 miljonit Euroopa täiskasvanut (15–64-aastased) ehk 3,6% sellest vanuserühmast. Andmed hiljutise tarvitamise kohta aktiivseima uimastitarvitamisega vanuserühmas näitavad, et viimase aasta jooksul tarvitas amfetamiine 1,2 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased) ehk 1,0 % sellest vanuserühmast; riikide hiljutised näitajad ulatuvad alla 0,1%st Portugalis kuni 3,1%ni Madalmaades. Olemasolevad andmed näitavad, et alates 2000ndatest on enamikus Euroopa riikides amfetamiinide tarvitamine suhteliselt stabiilne. Riikidest, mis on alates 2015. aastast uusi uuringuid koostanud ja usaldusvahemikke esitanud, teatas kaks tarvitamise suurenemisest, 13 riigis oli olukord

stabiilne ja kaks hindasid tarvitamist väiksemaks kui eelmises võrreldavas uuringus.

Noorte täiskasvanute viimase aasta amfetamiinitarvitamise suundumuste statistilist analüüsi on võimalik teha vaid üksikutes riikides. Pikaajalist langustendentsi on märgata Taanis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis (joonis 2.8). Sellele vastupidiselt suurenes ajavahemikul 2000–2014 amfetamiinide tarvitamine Soome noorte täiskasvanute seas.

Linnade reovee 2017. aasta analüüsi tulemustest selgus, et amfetamiini massikoormus on Euroopa linnades väga erinev ja suurim massikoormus tuvastati Põhja- ja Ida-Euroopa linnades (vt joonis 2.9). Lõuna-Euroopa linnades oli amfetamiini tase reovees palju madalam.

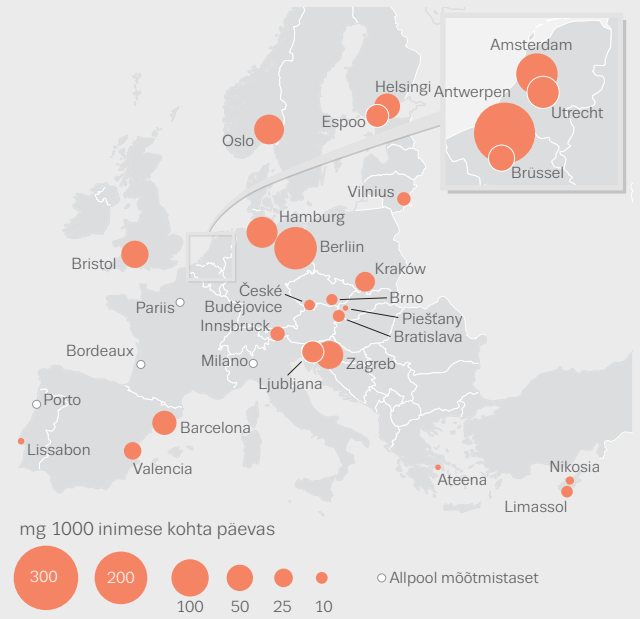
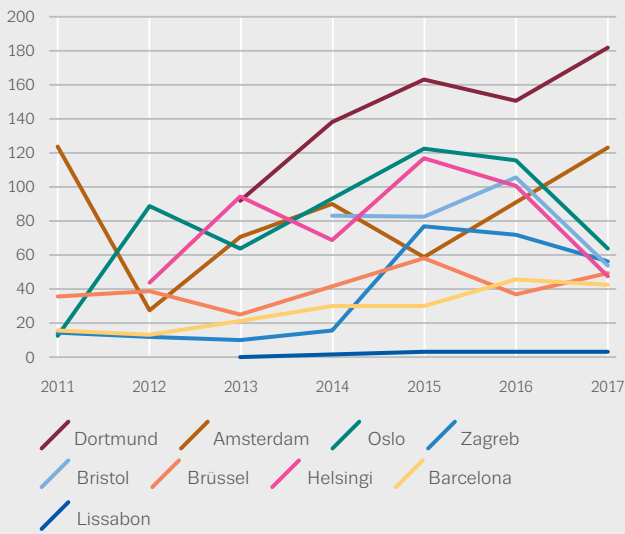
2016. ja 2017. aasta kohta andmeid esitanud 33 linnast teatasid 9 massikoormuse kasvust, 13 vähenemisest ja 11 andmetel oli olukord stabiilne. Ajavahemiku 2011–2017 koondandmed näitasid amfetamiini kohta varieeruvat pilti, kus enamikus linnades on suhteliselt stabiilsed suundumused.

Metamfetamiini tarvitatakse vähem, varem peamiselt Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kuid tarvitatakse seda ka Küprosel, Ida-Saksamaal, Hispaanias ja Põhja-Euroopas (vt joonis 2.10). 2016. ja 2017. aasta kohta reovee metamfetamiinisalduse andmeid esitanud 34 linnast teatas 12 massikoormuse kasvust, 12 vähenemisest ja 10 andmetel oli olukord stabiilne.

JOONIS 2.9

Amfetamiinjäägid rovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased teadaolevad andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



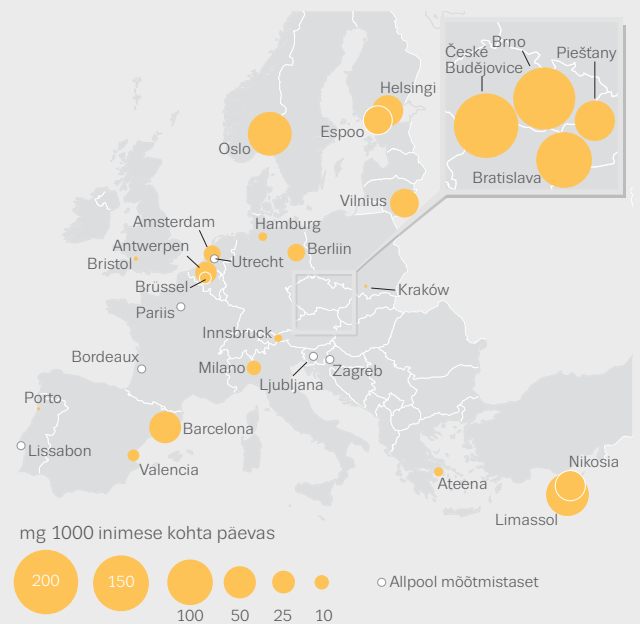
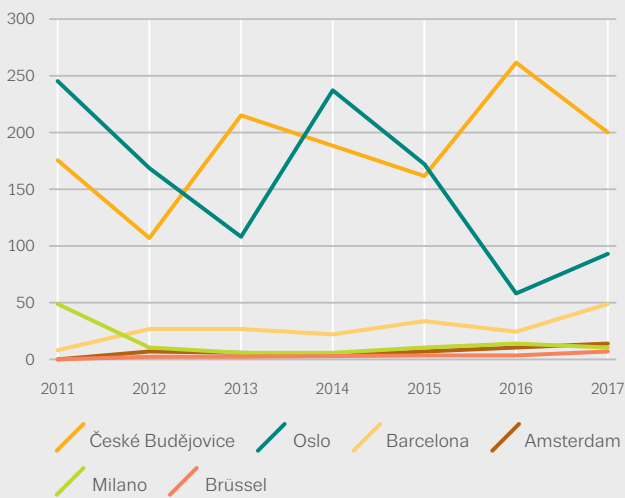
NB! Keskmised amfetamiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul igal aastal ajavahemikul 2011–2017.

Allikas: kanalisatsiooniuuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE).

JOONIS 2.10

Metamfetamiinjäägid rovees valitud Euroopa linnades: suundumused ja viimased teadaolevad andmed

mg 1000 inimese kohta päevas



NB! Keskmised metamfetamiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul igal aastal ajavahemikul 2011–2017.

Allikas: kanalisatsiooniuuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE).

Suure riskiga amfetamiinitarvitamine: endiselt püsib suur ravinõudlus

Pikaajalise, kroonilise ja süstimisel põhineva amfetamiinitarvitamisega seotud probleemid on läbi aegade enam levinud Põhja-Euroopa riikides. Metamfetamiinitarvitamisest tingitud probleeme on esinenud seevastu rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias. Hiljutiste hinnangute kohaselt esines suure riskiga amfetamiinitarvitamine Norras – 0,33% ehk 11 200 täiskasvanut (2013. aastal) – ja Saksamaal – 0,19% ehk 102 000 tarvitajat (2015. aastal). Läti 2016. aasta andmete kohaselt moodustavad amfetamiinitarvitajad tõenäoliselt enamiku hinnanguliselt 2230 (0,18 %) suure riskiga stimulantitarvitajatest; 2010. aastal oli nende arv 6540 (0,46%). Suure riskiga metamfetamiinitarvitamise uuemad hinnangud on olemas Tšehhi Vabariigi ja Küprose kohta. Tšehhi Vabariigis oli suure riskiga metamfetamiinitarvitajaid 2016. aastal täiskasvanutest (15–64-aastased) hinnanguliselt ligikaudu 0,50% (see on 34 300 tarvitajat). Võrreldes 20 900 tarvitajaga 2007. aastal tähendab see kasvu, kuigi need arvud on viimastel aastatel olnud suhteliselt stabiilsed. Küproses oli selliste tarvitajate osakaal 2016. aastal hinnanguliselt 0,02% ehk 105 tarvitajat.

Euroopas nimetas 2016. aastal peamise uimastina amfetamiini ligikaudu 35 000 spetsiaalse narkomaaniaravi alustajatest, kellest ligikaudu 15 000 olid esmakordsed

patsiendid. Üle 15% esmakordsetest ravialustajatest Saksamaal, Lätis, Poolas ja Soomes on peamiselt amfetamiini tarvitajad. Metamfetamiinitarvitajaid oli ravialustajate seas kõige rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kus kokku elab peaaegu 90% 9200 metamfetamiinitarvitajatest, kes alustasid Euroopas spetsiaalset ravi.

RAVI ALUSTAVAD AMFETAMIINITARVITAJAD



Näitajad

27% 73%



20 Keskmine vanus esmakordsel tarvitamisel

29 Keskmine vanus esmakordsel ravi alustamisel

15 500 Esmakordsed ravialustajad

19 900 Varem ravi saanud ravialustajad

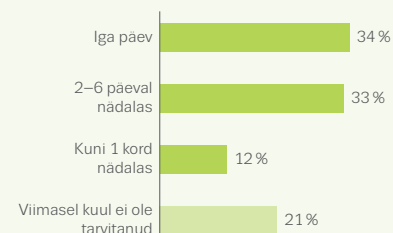
43%

57%

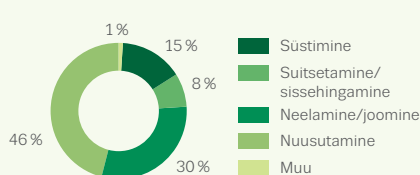


Tarvitamissagedus viimase kuu jooksul

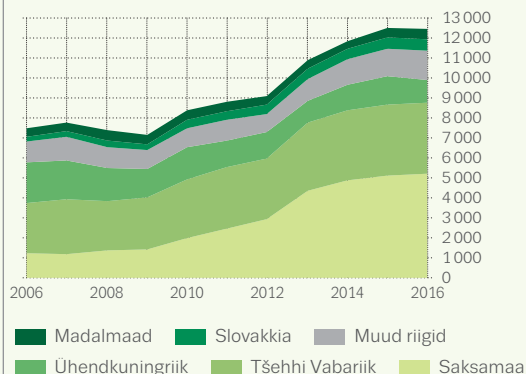
Keskmine tarvitamine 4,4 päeval nädalas



Manustamisviis



Suundumused esmakordsete ravialustajate seas



NB! Peale suundumuste on andmed esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamiseks uimastiks on amfetamiinid. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 25 riigi andmetel. Suundumuste joonisel on esitatud ainult need riigid, mille kohta on andmeid vähemalt 9 aasta kohta 11st. Puuduvad väärtused on interpoleeritud lähematest aastatest.

Ketamiin, GHB ja hallutsinogeenid: tarvitamine on endiselt väike

Euroopas tarvitatakse mitmesuguseid hallutsinogeenidena, anesteetikumidena, dissotsiatiivselt või depressantidena toimivaid aineid, sealhulgas LSDd (lüsergiinhappe dietüülamiid), hallutsinogeenideid seeni, ketamiini ja GHBd (gamma-hüdroksübutüraat).

Ketamiini ja GHB (sh selle lähteaine GBLi ehk gamma-butürolaktooni) meelelahutuslikust tarvitajatest uimastitarvitajate alamrühmades Euroopas on teatatud viimased kaksikümmend aastat. Riikides, kus on hinnatud GHB ja ketamiini tarvitamist, tarvitavad seda nii täiskasvanud kui ka kooliõpilased jätkuvalt vähe. Norra teatas 2016. aasta uuringus, et viimasel aastal tarvitas GHBd 0,1% täiskasvanutest (16–64-aastased). 2016. aastal oli ketamiini viimase aasta tarvitamine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas Tšehhi Vabariigis ja Rumeenias hinnanguliselt 0,1% ja Ühendkuningriigis 0,8%.

LSD ja hallutsinogeenide seente tarvitamine on olnud Euroopas mitu aastat üldiselt madal ja stabiilne. Riikide uuringute kohaselt oli kummagi aine viimase aasta tarvitamine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas 2016. aastal või viimasel uuringuaastal alla 1%, v.a hallutsinogeenide seente tarvitamine Madalmaades (1,9%), Soomes (1,9%) ja Tšehhi Vabariigis (3,1%) ning LSD tarvitamine Soomes (1,3%) ja Tšehhi Vabariigis (1,4%).

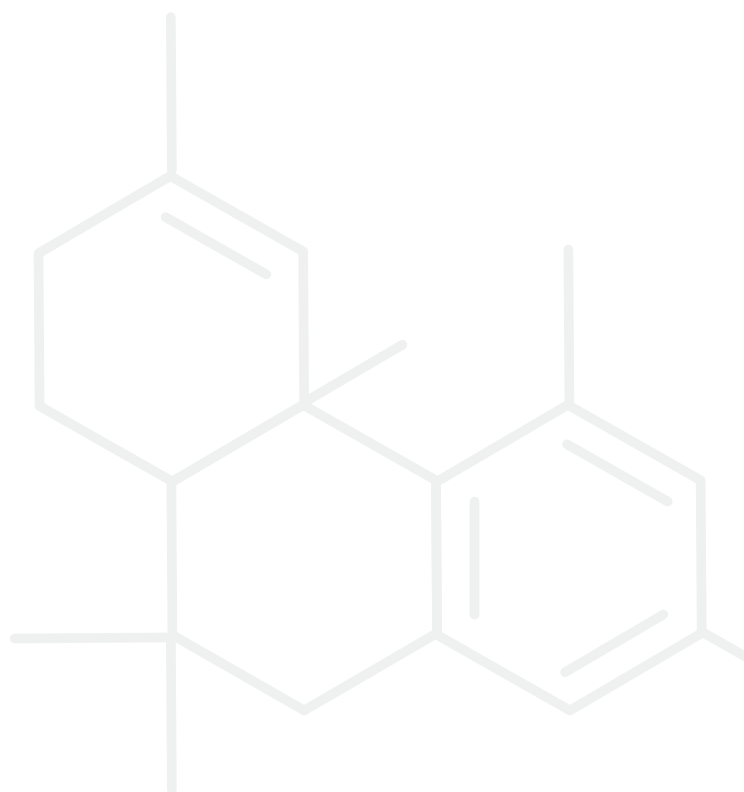
Uued psühhoaktiivsed ained: suure riskiga tarvitamine tõrjutud rühmades

Mitu riiki on lisanud uued psühhoaktiivsed ained oma üldisesse rahvastiku-uuringusse, kuigi uuringute erinevad meetodid ja küsimused piiravad riikidevahelist võrdlust. 13 Euroopa riiki on alates 2011. aastast esitanud hinnangulisi andmeid uute psühhoaktiivsete ainete (v.a ketamiini ja GHB) tarvitamise kohta. Nende ainete viimase aasta tarvitamine noorte täiskasvanute (15–34-aastased) seas ulatus 0,2%st Itaalias ja Norras 1,7%ni Rumeenias. Mefedroonitarvitamise uuringuandmed on kättesaadavad Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Wales) kohta. Uusima (2016.–2017. aasta) uuringu kohaselt oli selle uimasti viimase aasta tarvitamine 16–34-aastaste seas hinnanguliselt 0,3%; 2014.–2015. aastal oli see 1,1%. Kõige uuemate uuringute kohaselt ulatus sünteetiliste kannabinoidide viimase aasta tarvitamine 15–34-aastaste seas 0,2%st Hispaanias 1,5%ni Lätis.

Uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamise tase on Euroopas üldiselt madal, kuid EMCDDA 2016. aasta uuringus teatasid enam kui kaks kolmandikku riikidest, et suure riskiga uimastitarvitajaid tarvitavad neid. Eelkõige sünteetiliste katioonide tarvitamist opioidide ja stimulantide süstijate seas seostatakse tervise- ja sotsiaalprobleemidega. Lisaks tunnistatakse paljudes Euroopa riikides, et probleemiks on sünteetiliste kannabinoidide suitsetamine tõrjutud rühmades, sh kodutute ja vangide seas.

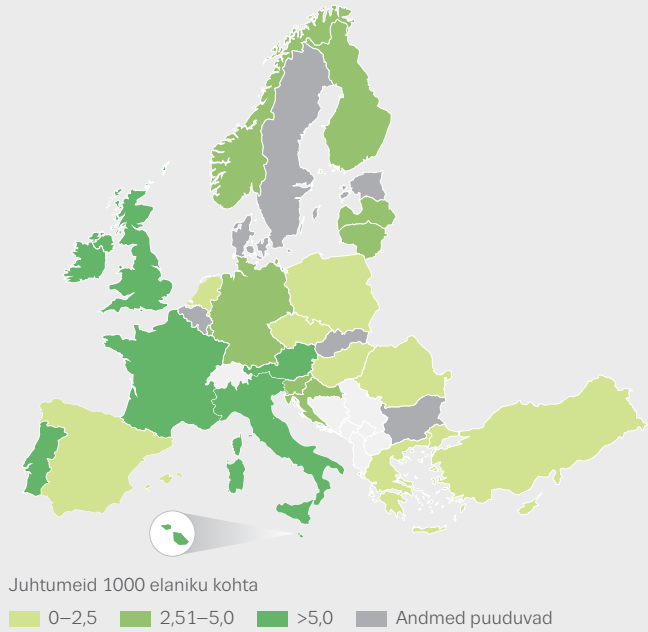
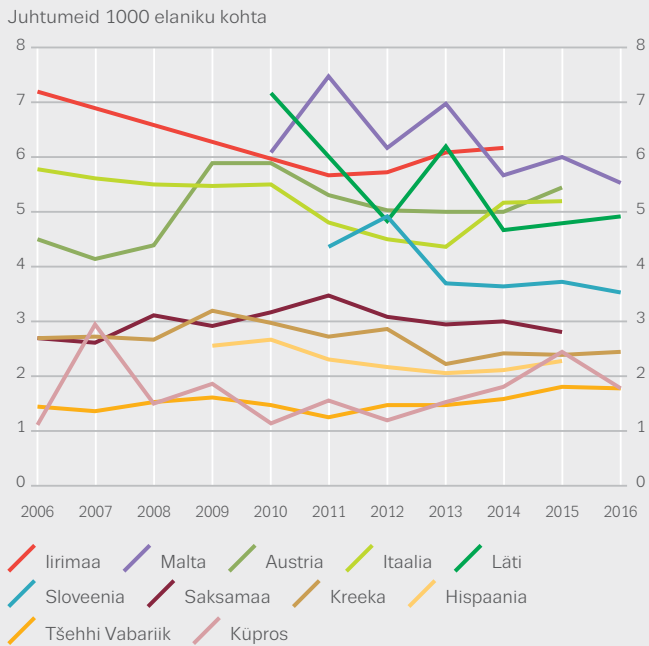
Üldiselt alustavad uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega seotud probleemide tõttu Euroopas ravi praegu vaid üksikud inimesed, kuid mõnes riigis on nende ainete tarvitamine märkimisväärne. Viimaste teadaolevate andmete kohaselt oli sünteetiliste kannabinoidide tarvitamine kui peamine spetsiaalse narkomaaniaravi alustamise põhjus 17%-l Türgi patsientist ja 7%-l Ungari patsientidest; Ühendkuningriigis nimetas 0,3% ravi alustajatest peamiseks probleemiks sünteetiliste kannabinoidide tarvitamist.

Ühendkuningriigis valmistab erilist muret sünteetiliste kannabinoidide tarvitamine vangide hulgas. 2016. aastal tehtud uuringust selgus, et 625 vangist 33% teatas *spice*'i tarvitamisest viimase kuu jooksul; kanepi tarvitamist viimase kuu jooksul teatas seevastu 14% vangidest.



JOONIS 2.11

Riiklikud hinnangud suure riskiga opioiditarvitamise kohta aastas: valitud suundumused ja viimased teadaolevad andmed



Suure riskiga opioiditarvitajad: 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 heroiinisõltuvuse puhangut, esimene mõjutas paljusid Lääne-Euroopa riike alates 1970ndate keskpaigast ning teine mõjutas muid riike, eriti Kesk- ja Ida-Euroopas, alates 1990. aastate keskelt kuni kümnendi lõpuni. Viimastel aastatel on kindlaks tehtud suure riskiga opioiditarvitajate vananev kogukond, kes on tõenäoliselt saanud asendusravi.

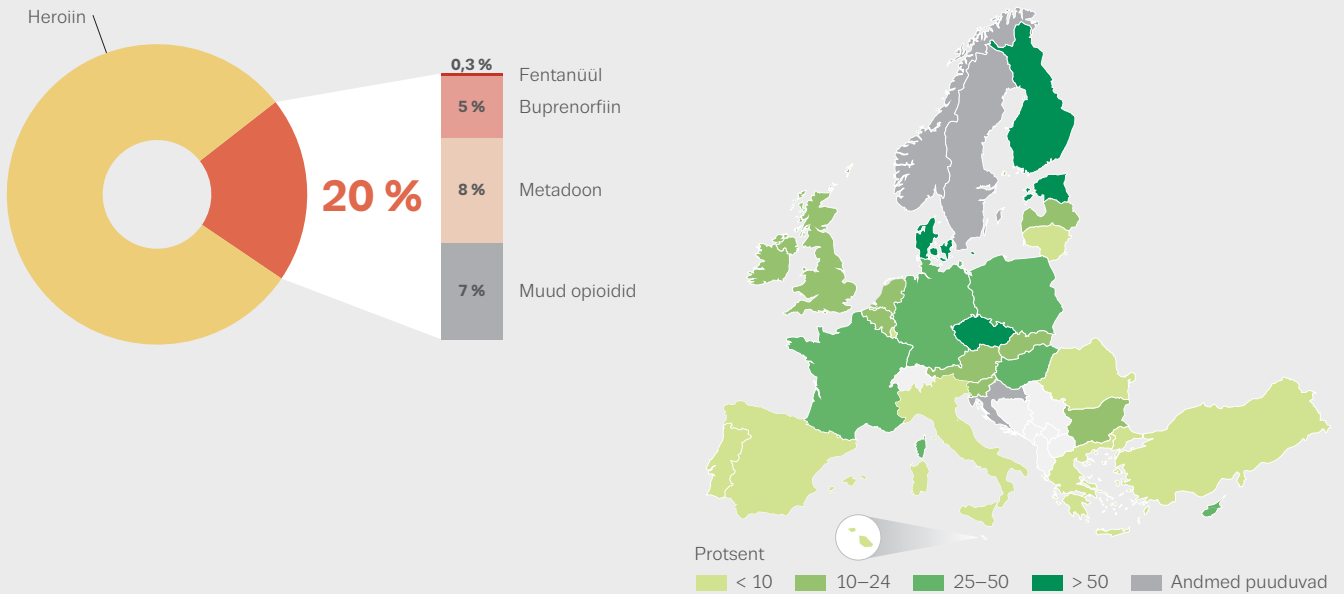
2016. aastal oli suure riskiga opioiditarvitajaid täiskasvanutest (15–64-aastased) keskmiselt 0,4% ELi rahvastikust ehk 1,3 miljonit suure riskiga opioiditarvitajat. Riikide arvestuses jääb suure riskiga opioiditarvitamine täiskasvanute (15–64-aastased) seas vahemikku alla 1 kuni rohkem kui 8 inimest 1000 elaniku kohta. Euroopa Liidu viies kõige suurema rahvaarvuga riigis, mille elanikud moodustavad 62% Euroopa Liidu rahvastikust, asub hinnanguliselt kolm neljandikku (76%) suure riskiga opioiditarvitajatest (Saksamaa, Hispaania, Prantsusmaa, Itaalia, Ühendkuningriik). 11 riigist, kus on ajavahemikus 2006–2016 korrapäraselt hinnatud suure riskiga opioiditarvitamist, võib Hispaanias ja Itaalias täheldada statistiliselt olulist vähenemist, kuid Tšehhi Vabariigis on näha statistiliselt olulist kasvu (joonis 2.11).

2016. aastal teatati opioididest kui spetsiaalse narkomaaniaravi alustamise peamisest põhjusest seoses 177 00 patsiendiga, kes moodustas 37% kõigist Euroopas spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud isikutest. Neist 35 000 olid esmakordsed ravialustajad. Narkomaaniaravi esimest korda alustanud peamiselt opioidide tarvitajatest olid 82% peamiselt heroini tarvitajad.

Olemasolevate suundumuste andmete kohaselt kahanes esmakordselt narkomaaniaravi alustavate heroiinitarvitajate arv rohkem kui poole võrra pärast haripunkti 2007. aastal, oli väikseim 2013. aastal ning on viimastel aastatel stabiliseerunud.

JOONIS 2.12

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



Sünteetilised opioidid: kogu Euroopas levivad mitmesugused ained

Kuigi heroiin on endiselt kõige sagedamini tarvitatav ebaseaduslik opioid, osutavad erinevad allikad seaduslike sünteetiliste opioidide (nt metadooni, buprenorfiini ja

fentanüüli) üha sagedasemale väärtarvitamisele. Ravialustajad tarvitasid selliseid opioide nagu metadoon, buprenorfiin, fentanüül, kodeiin, morfiin, tramadool ja oksükodoon. Mõnes riigis on muud opioideid kui heroini spetsiaalse narkomaaniaravi alustajate seas kõige levinumad opioidide vormid. 2016. aastal teatas

RAVI ALUSTAVAD HEROIINITARVITAJAD

Näitajad

20% 80%



23 Keskmine vanus esmakordsel tarvitamisel
34 Keskmine vanus esmakordsel ravi alustamisel

28 200
Esmakordsed ravialustajad



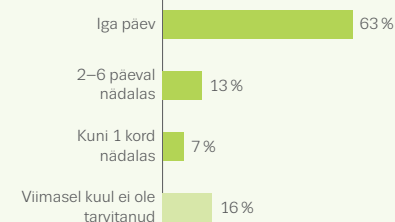
19%

117 200
Varem ravi saanud ravialustajad

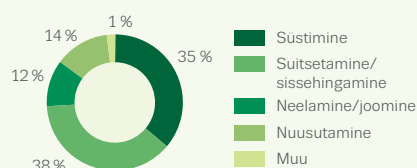
81%

Tarvitamissagedus viimase kuu jooksul

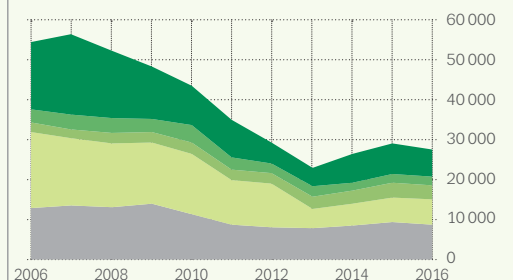
Keskmine tarvitamine 6 päeval nädalas



Manustamisviisi



Suundumused esmakordsete ravialustajate seas

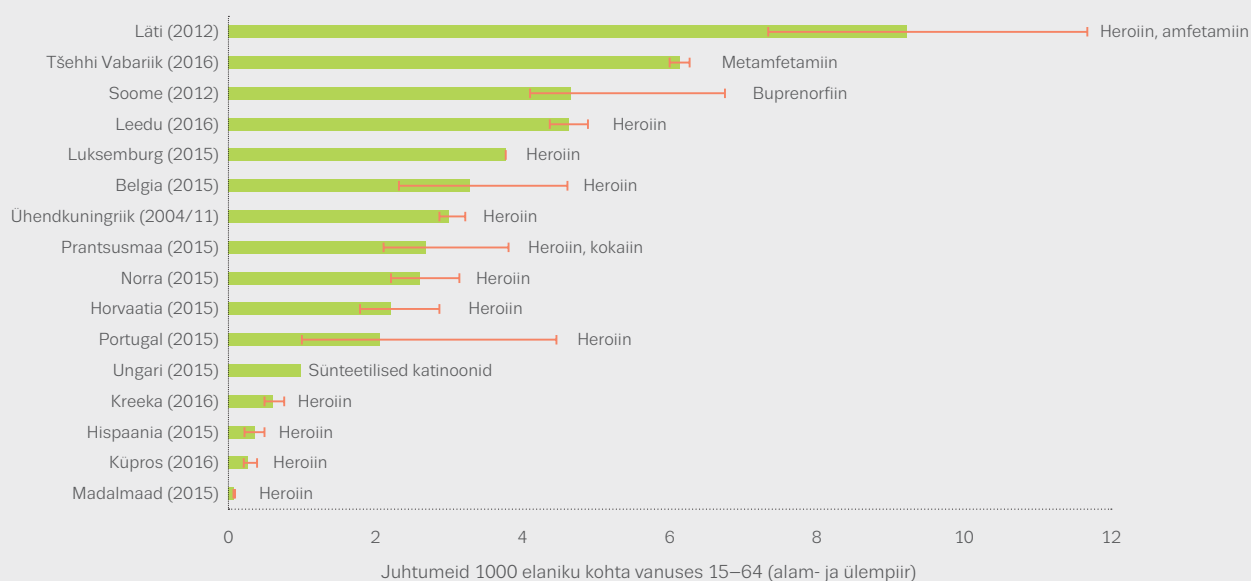


Itaalia Hispaania Saksamaa
 Ühendkuningriik Muud riigid

NB! Peale suundumuste on andmed esitatud kõikide ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on heroiin. Saksamaa andmed on ravialustajate kohta, kelle peamiseks uimastiks on märgitud „opioideid“. Esmakordsete ravialustajate suundumused põhinevad 25 riigi andmetel. Suundumuste joonisel on esitatud ainult need riigid, mille kohta on andmeid vähemalt 9 aasta kohta 11st. Puuduvad väärtused on interpoleeritud lähematest aastatest. Riigi tasandi andmevoo muutuste tõttu ei ole Itaalia andmed alates 2014. aastast otseselt võrreldavad varasemate aastatega.

JOONIS 2.13

Uimastite süstimine: viimased hinnangud tarvitamise ja peamise süstitava uimasti kohta



18 Euroopa riiki, et enam kui 10%-l kõikidest spetsiaalsete raviteenuste kasutamist alustanud opioiditarvitajatest raviti eelkõige muude opioidide kui heroiiniga seotud probleemide (joonis 2.12). Näiteks Eesti andmete kohaselt tarvitas enamik ravialustajaid opioididest peamise uimastina fentanüüli, kuid Soomes oli ravialustajate seas kõige rohkem nimetatud muu opioid buprenorfiin. Buprenorfiini väärarvamisest teatas umbes 30% Tšehhi Vabariigi opioiditarvitajatest ja metadooni väärarvamisest 22% Taani opioiditarvitajatest. Küprosel ja Poolas alustavad 20–30% opioiditarvitajatest ravi muude opioidide tõttu, nagu oksükodoon (Küpros) ja „kompott“ – magunavartest saadud heroiin (Poola). Pealegi võidakse opioididele sarnast mõju avaldavate uute psühhoaktiivsete ainete tõttu ravile pöördujaid kajastada aruannetes opioidide üldnimetuse all.

Uimastite süstimine: osakaal uute patsientide seas väheneb jätkuvalt

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

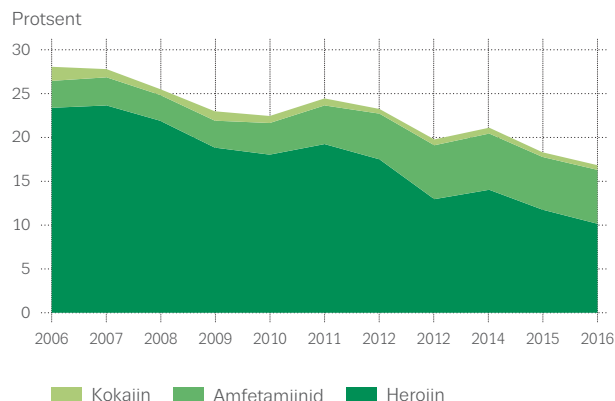
Ainult 16 riiki on alates 2011. aastast hinnanud süstivate uimastitarvitajate osakaalu ja see on vahemikus alla 1 kuni 9 inimest 1000 täiskasvanu (15–64-aastased) kohta. Neist riikidest enamikus on peamine süstitav uimasti selgelt tuvastatud, kuigi mõnes riigis tarvitatakse kahte uimastit võrdsel määral. Opioididest on teatatud enamikus (14) riikides kui peamisest süstitavast uimastist (vt joonis 2.13). Neist 13 riigis nimetatakse heroini, ainult Soomes buprenorfiini. Stimulantidest peamise süstitava uimastina teatati neljas riigis, kus tarvitatavate ainete hulka kuulusid sünteetilised katinoonid (Ungari), kokaiin (Prantsusmaa), amfetamiin (Läti) ja metamfetamiin (Tšehhi Vabariik).

JOONIS 2.14

2016. aastal nimetas peamise uimastina heroini tarvitavatest esmakordselt narkomaaniaravi alustavatest patsientidest süstimist põhilise manustamisviisina 27%, 2006. aastal oli neid 43%. Selles rühmas on süstimise tase riigiti erinev – alates 8%st Hispaanias kuni 90%ni ja rohkem Lätis, Leedus ja Rumeenias. Süstimist nimetas põhilise manustamisviisina 1% esmakordselt ravi alustanud kokaiinitarvitajatest ja 47% esmakordselt ravi alustanud peamiselt amfetamiini tarvitavatest patsientidest. Amfetamiinitarvitamise kogupilti mõjutab suurel määral Tšehhi Vabariik, kus asub 87% Euroopa süstivatest amfetamiinitarvitajatest, kes on ravi alustanud. Kolme peamise süstitava uimasti koondandmeid arvestades on süstimine kui põhiline manustamisviis esmakordsete ravialustajate seas Euroopas vähenenud 28%-lt (2006. aasta) 17%-le (2016. aasta) (joonis 2.14).

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

Uimastite süstimine esmakordsete ravialustajate seas, kelle peamine uimasti on heroiin, kokaiin või amfetamiinid: nende protsent, kelle jaoks süstimine on põhiline manustamisviis



NB! Suundumused põhinevad 21 riigil, kelle kohta on andmeid vähemalt 9 aasta kohta 11st.



**Jättkuvalt teatatakse
sünteetiliste katinoonide
süstimisest mõnes
kindlas rahvastikurühmas**

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

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 tarvitamist
peetakse haiguste üleilmset
levikut mõjutavaks teguriks**

Uimastitega seotud kahju ja meetmed

Ebaseaduslike uimastite tarvitamist peetakse haiguste üleilmset levikut mõjutavaks teguriks. Ebaseaduslike uimastite tarvitamisega seostatakse kroonilisi ja ägedaid terviseprobleeme ning neid süvendavad veelgi mitmesugused tegurid, sealhulgas aine omadused, manustamisviis, individuaalne haavatavus ja uimastite tarvitamise 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 tarvitamine siiski suure osa uimastitarvitamisest tingitud surma- ja haigusjuhtumite põhjus. Süstitavate uimastite tarvitamine suurendab riske. Võrdluseks võib öelda, et kuigi kanepitarvitamisega seostatud terviseprobleemid on selgelt väiksemad, võib selle uimasti laialdane tarvitamine mõjutada rahvatervist. Tarvitajatele 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 uimastitarvitamist ja seonduvaid probleeme, kusjuures peamine sõltuvusvastane meede on narkomaaniaravi, mis hõlmab nii psühhosotsiaalseid kui ka farmakoloogilisi meetodeid. Osa põhilisi sekkumismeetmeid, nagu opioidide asendusravi ning nõela- ja süstlavahetuse programmid, töötati osaliselt välja selleks, et reageerida opioidide süstimisele ja seotud probleemidele, eelkõige nakkushaiguste levikule ja üleannustamisest tingitud surmajuhtumitele.

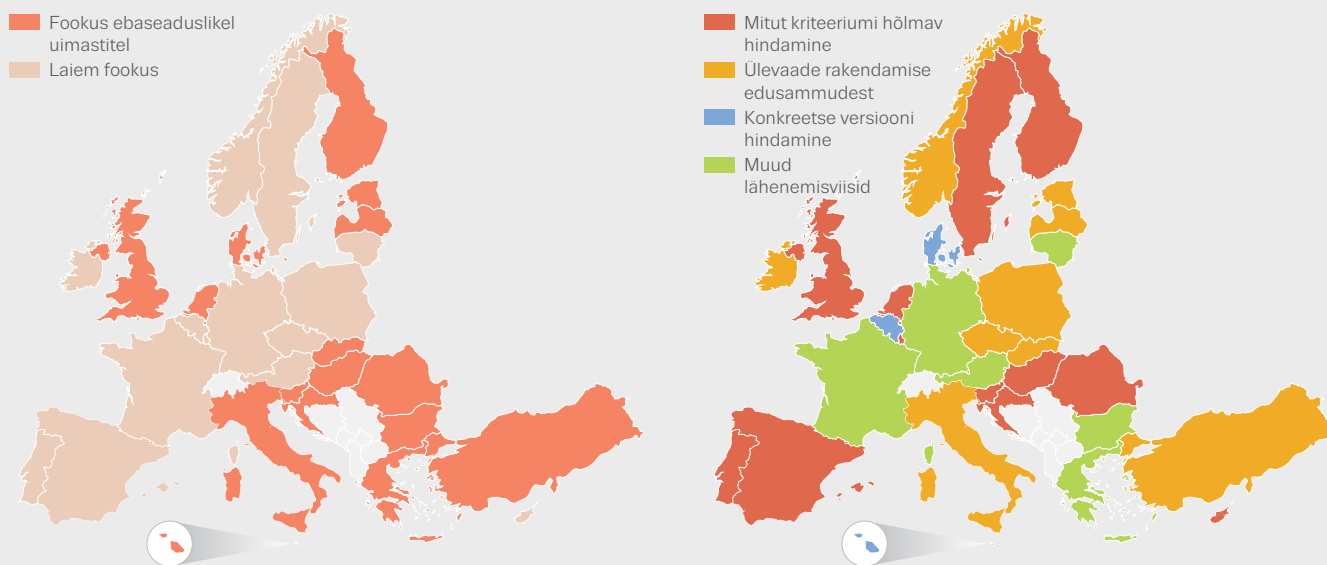
Uimastitega seotud kahju ja meetmete seire

EMCDDA-le annavad teavet uimastitarvitamise vastu suunatud tervishoiu- ja sotsiaalmeetmete ning uimastistrateegiade ja uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta Reitoxi riiklikud teabekeskused ja ekspertide tööühmad. Ametlike andmete puudumisel kasutatakse meetmete kättesaadavuse kohta lisateabe saamiseks eksperdihinnanguid. Selles peatükis tuginetakse ka teaduslike tõendite ülevaadetele rahvatervise seotud sekkumismeetmete tõhususe kohta. Täiendav teave on EMCDDA veebilehel olevas väljaandes „[Health and social responses to drug problems: a European Guide](#)” ja sellega seotud veebimaterjalis ning [parima tava portaalis](#).

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

JOONIS 3.1

Riiklike uimastistrateegiate dokumentide fookus (vasakul) ja hindamismeetodid (paremal) 2017. aastal



NB! Laiema käsitlevate strateegiate dokumentide võivad hõlmata näiteks seaduslike uimastite ja muud sõltuvusi. Ühendkuningriigil on ebaseaduslike uimastite strateegia, kuid nii Walesil kui ka Põhja-Iirimaal on laiemad strateegiadokumentid, mis hõlmavad ka alkoholi.

Uimastistrateegiad: laiema fookus

Ligi pooled EMCDDA seire alla kuuluvast 30 riigist käsitlevad oma riiklikes uimastistrateegiates ainetest tingitud ja käitumuslike sõltuvusprobleemide erinevaid kombinatsioone ebaseaduslike uimastitega. Valitsused kasutavad neid planeerimisvahendeid selleks, et töötada välja üldine lähenemisviis ja konkreetsed meetmed narkoprobleemide erinevate tervise-, sotsiaal- ja turvaspektide jaoks. Taani uimastipoliitika väljendub mitmesugustes strateegiadokumentides, õigusaktides ja konkreetsetes meetmetes, kuid kõikidel teistel riikidel on vastu võetud riikliku uimastistrateegia dokument. 16 riigis keskendub uimastistrateegia peamiselt ebaseaduslikele uimastitele. Ülejäänud 14 riigis on poliitika fookus laiem, rohkem võetakse arvesse ka muid sõltuvust tekitavaid aineid ja sõltuvuskäitumisi (vt joonis 3.1). Ühendkuningriigis on Walesi ja Põhja-Iirimaal valitsusasutustel siiski eraldi laiapõhjalised strateegiadokumentid. Kui arvestada neid kahte dokumenti, on ebaseaduslikele uimastitele suunatud laiapõhjalisi strateegiaid kokku 16. Nendes laiapõhjalistes dokumentides käsitletakse peamiselt ebaseaduslikke uimasteid. Muude ainete ja sõltuvuste käsitlemine erineb riigiti. Alkoholi käsitletakse kõigis neis dokumentides, tubakat käsitletakse kümnes, ravimeid üheksas, spordis kasutatavaid dopinguid (nt võimekust suurendavad

uimastid) kolmes ja sõltuvuskäitumist (nt hasartmängude mängimist) kaheksas dokumendis. Riikide uimastistrateegiad toetavad fookusest hoolimata uimastipoliitika tasakaalustatud käsitlemist, mis esitati ELi narkostrategias (2013–2020) ja uimastitevastase võitluse tegevuskavas (2017–2020), milles rõhutatakse võrdselt uimastinõudluse ja uimastipakkumise vähendamist.

Kõik Euroopa riigid hindavad oma riiklikke uimastistrateegiaid, kuigi kasutavad selleks erinevaid meetodeid. Hindamise üldine eesmärk on hinnata strateegia rakendamise taset ja üldises olukorras aja jooksul toimunud muutusi. 2017. aastal teatati 12 mitut kriteeriumi hõlmava hindamise, 9 rakendusprotsessi läbivaatamise ja 3 temaatilise hindamise hiljutisest rakendamisest. Kuus riiki kasutasid teistsuguseid lähenemisviise, näiteks näitajatel põhineva hindamise ja uurimisprojektide kombinatsiooni (vt joonis 3.1). Laiema fookusega strateegiate kasutamisega kaasneb üha enam laiema fookusega hindamise kasutamine. Praeguseks on Prantsusmaa, Luksemburg, Rootsi ja Norra avaldanud laiema fookusega strateegiate hindamise. Ulatuslikuma strateegiaga kaasneb võimalus, et saavutatakse integreeritud lähenemine rahvatervisele, kuid samas muutub keerukamaks rakendamise koordineerimine, seire ja hindamine.

Tõenduspõhine ennetus: rakendamise toetamine

Uimastite tarvitamise ja uimastiprobleemide ennetamine noorte seas on Euroopa riiklike uimastistrateegiatega peamine eesmärk ning see hõlmab laia meetmete valikut. Keskkonnale suunatud ja üldiste lähenemisviiside sihtrühm on kogu rahvastik, valikuline ennetustegevus on suunatud haavatavatele inimrühmadele, kellel on suurem uimastitarvitamisega seotud probleemide tekkerisk, ja näidustatud ennetus keskendub ohustatud üksikisikutele.

Viimastel aastatel on huvi tõenduspõhiste ennetusprogrammide rakendamise vastu Euroopas suurenenud ning seda toetavad asutatud registrid, koolitusalgatused ja kvaliteedistandardid. 2018. aastal asutati või arendati registreid enam kui kolmandikus EMCDDA 30 riigist. Registritel on sisenemis- ja hindamiskriteeriumid programmide tõhususe määramiseks. Euroopa register Xchange on seotud riiklike registritega ja sisaldab ligi 20 rangelt hinnatud käsiraamatupõhist uimastiennetusprogrammi, mille tulemusi on hinnatud. See sisaldab ka töötajate kirjeldatud kogemusi programmide rakendamise organisatsiooniliste ja kultuuriliste takistuste kohta (värbamine, ajastus, kohaldamisraskused) ja viise nende ületamiseks.

Ennetamismeetodite eduka kasutuselevõtu kõige tähtsam osa on professionaalne koolitus. Ennetusalase formaalse koolituse andmise võimalused on aga piiratud. Viimasel ajal on Euroopa sihtrühmade jaoks kohandatud uus algatus, rahvusvahelistest tõenduspõhistest standarditest lähtuv universaalne ennetuse õppekava. See on saadaval nii ülikooli üheksanädalase kursusena kui ka intensiivse 3–5-päevase koolituskursusena (UPC-Adapt), mis on ette nähtud piirkondlikele või kohalikele otsustajatele ja arvamuskujundajatele. Lühiversiooni rakendatakse kolmandikus ELi liikmesriikides 2018. aastal.

Keskondlik ennetus: mitmest komponendist koosnevad ööeluprogrammid

Mitu riiki, peamiselt Põhja-Euroopast, on teatanud, et kasutavad ööeluasutustes üha rohkem keskkondliku ennetuse meetodeid. Enamik keskkondlike meetodeid on suunatud alkoholile, kuid tulenevalt alkoholi ja teiste

uimastite probleemse tarvitamise ühistest (kontekstuaalsetest) riskiteguritest võivad need meetodid olla kasulikud ka teiste ainete tarvitamise ennetuses. Nende rakendamine on siiski jätkuvalt piiratud. Üks huvipakkuv meetod on mitmest komponendist koosnev ööelu koalitsioon, milles on kombineeritud teenindavate töötajate koolitus, sisenemiskontroll, järelevalve ja kogukonna mobiliseerimine. Tõendid näitavad, et see meetod võib olla tõhus alkoholi ja uimastitega seotud kahju vähendamisel. Ühte näidet, Rootsi projekti STAD, tutvustatakse nüüd kuues muus ELi riigis. Hoolimata sellest teatasid 2016. aastal ainult kaks riiki (Soome, Ühendkuningriik), et mitmest komponendist koosnev sekkumine on laiemalt kättesaadav.

M-tervis: sekkumismeetmete juurdepääsu laiendamine

Üha enam pakutakse laia valikut uimastitega seotud sekkumismeetmeid veebi kaudu, sh nutitelefoni tervisealaste mobiilirakenduste kaudu (m-tervis). Internetipõhised ja m-tervise sekkumismeetmed aitavad laiendada ennetus- ja raviprogrammide sisulist ja geograafilist ulatust inimestele, kellel puudub muidu juurdepääs uimastitega seotud eriteenustele. Nutitelefoni kaudu juurdepääsetavad sekkumismeetmed on näiteks narkomaanidega töötavate professionaalide, uimastiennetusele ja kahju vähendamisele suunatud e-õppe vahendid, sihtrühmadele suunatud digitaalne töö sotsiaalmeediaplatformidel, patsiendiseire, järelevalve ja ravi saamine.

Hiljutises EMCDDA uuringus leiti rakenduste veebikaubamajast üle 60 uimastialase m-tervise rakenduse (ehk „äpi“), millest peaaegu pooled olid Euroopast pärit. Enamik äppe pakkus uimastialast teavet, mis oli seotud teatud sekkumisvormiga. Euroopa m-tervise sekkumised on peamiselt suunatud pidutsejatele ja noortele tekkiva kahju vähendamisele. Äppides kasutati selliseid internetipõhiseid raviga seotud tavapäraseid sekkumismeetodeid nagu tarbimispäevikud, isikustatud tagasiside kasutaja määratud eesmärkidele uimastitarvitamise vähendamiseks ja suhtlemiseks raviga seotud töötajatega näiteks krüpteeritud sõnumite kaudu. Mõned rakendused kasutavad ka tõhusaid ennetustehnikaid, näiteks sotsiaalsete normide meetod ning vaeleusaamade vähendamine seoses eakaaslaste uimastitarvitamisega. Selles valdkonnas peaks tulevikus välja töötama uimastialaste m-tervise rakenduste kvaliteedistandardid, mis praegu puuduvad, ning tegelema andmekaitse ja tõendite nappuse probleemidega. Hoolimata sellest saab m-tervise rakendustest tõenäoliselt kogu Euroopas oluline uimastialane sekkumisvahend nii tarvitajatele kui ka valdkonna töötajatele.

Ennetamismeetodite eduka kasutuselevõtu kõige tähtsam osa on professionaalne koolitus

JOONIS 3.2

Euroopas narkomaaniravi saavate isikute arv raviasutuste lõikes, 2016

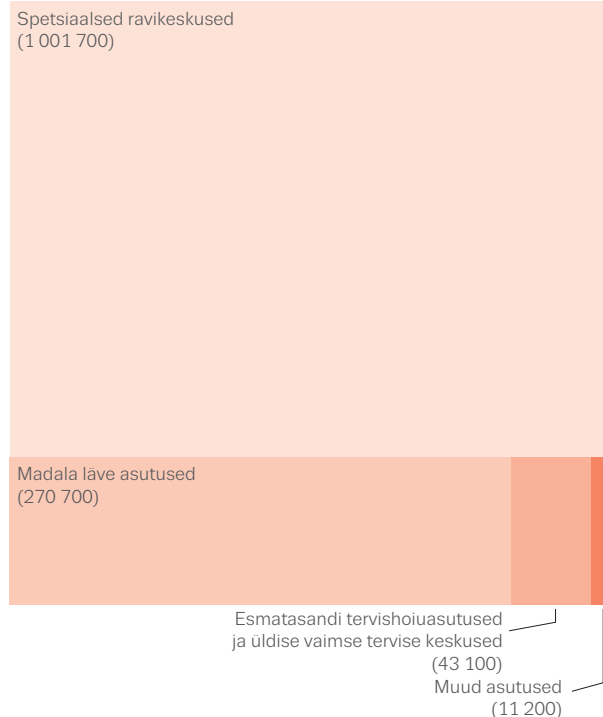
Narkomaaniravi: kogukonnapõhised teenused

Narkomaaniravi on peamine sekkumismeede, mida kohaldatakse üksikisikutele, kellel on probleeme uimastitarvitamise ja sõltuvusega, ning asjakohasele ravile hea juurdepääsu tagamine on esmatähtis poliitikaeesmärk.

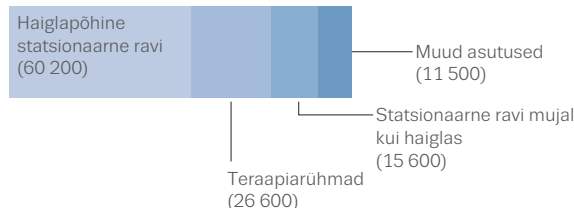
Euroopas on narkomaaniravi enamasti ambulatoorne ning ravis osalevate uimastitarvitajate arvu alusel osutavad kõige rohkem teenuseid ambulatoorsed erikeskused (joonis 3.2). Madala läve asutused on järgmised suurimad teenusepakkujad, neile järgnevad esmatasandi tervishoiuasutused ja üldise vaimse tervise keskused. 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 keskne roll vaimse tervise keskustel.

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

Ambulatoorne ravi



Statsionaarne ravi



Vanglad



Narkomaaniravi: ravi alustamise võimalused ja patsientide ravi kulg

2016. aastal sai Euroopa Liidus ebaseaduslike uimastite tarvitamise tõttu ravi hinnanguliselt 1,3 miljonit inimest (Norrat ja Türgit arvesse võttes 1,5 miljonit). Endiselt valitseb suundumus, et patsiendid saavad ise spetsiaalsele narkomaaniravile. Sellise n-ö enesesuunamise kaudu, mis hõlmab suunamist pereliikmete või sõprade poolt, saabus ravile ligikaudu pool (48%) 2016. aastal Euroopas spetsiaalset narkomaaniravi alustanud isikutest. Umbes neljandik (26%) patsientidest suunatakse ravile tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalteenuste kaudu, sh muudest narkomaaniravi keskustest, ning 16% kriminaalõigussüsteemi kaudu. Paljudes riikides on loodud kavad uimastitega seotud õigusrikkumiste toimepanijate suunamiseks kriminaalõigussüsteemi asemel narkomaaniravi programmi. See võib tähendada ravile suunavat kohtuotsust või määratud karistuse peatamist ravile mineku tingimusel, kuid mõnes riigis võib ümbersuunamine toimuda ka kriminaalmenetluse varasemas etapis.

**Euroopas on
narkomaaniravi
enamasti ambulatoorne**

JOONIS 3.3

Ravile suunamise praktika on riigiti ja peamiselt tarvitatava uimasti lõikes väga erinev. Kanepitarvitajate ravile saatmisel on eriti tähtis roll kriminaalõigussüsteemil. Euroopas on kriminaalõigussüsteemi poolt ravile suunatud kokku 26% kõikidest kanepitarvitajatest. See osakaal on riigiti siiski märkimisväärselt erinev. 2016. aastal oli riikidest, kus oli enam kui 100 ravialustajast kanepitarvitajat, kohtute, kriminaalhoolduse või politsei poolt ravile suunatute osakaal Madalmaades 2%, aga Ungaris ja Rumeenias üle 80%.

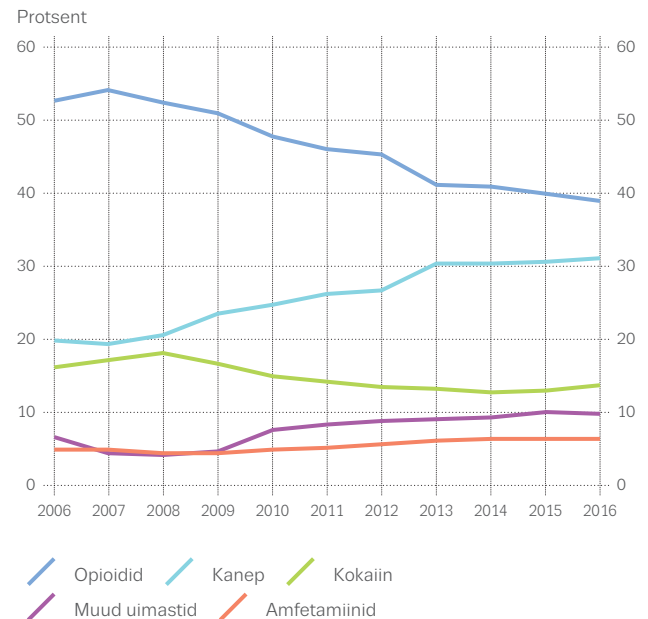
Patsientide ravi kulgu iseloomustab sageli erinevate teenuste kasutamine, mitmekordne ravi alustamine ja ravil viibimise kestuse kõikumine. Suurim eriravi saav rühm on opioiditarvitajad, kelle raviks kulub ka valdav osa olemasolevatest ressurssidest (peamiselt asendusravina). Ravi kulu kohta saab lähemat teavet üheksas Euroopa riigis 2016. aastal tehtud spetsiaalse narkomaaniaravi analüüsi tulemustest. Neis riikides sai sel aastal ravi 370 000 patsienti, kellest veidi alla 20% alustas ravi esimest korda elus, ligikaudu 27% olid korduvad patsiendid, kes olid saanud ravi mõnel varasemal aastal, ja umbes pooled olid olnud pideval ravil rohkem kui 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 tarvitamisega.

Opioidide asendusravi: pakkumine erineb riigiti

Levinuim opioidisõltuvuse ravi on asendusravi, sageli koos psühhosotsiaalsete sekkumismeetmetega. Seda meetodit toetavad olemasolevad tõendid, mis näitavad positiivseid tulemusi patsientide ravil hoidmise ning ebaseaduslike opioidide tarvitamise, teatatud riskikäitumise ning uimastitest tingitud kahjude ja surmajuhtumite valdkonnas. Kanepi- ja kokaiinitarvitajad on suuruselt teine ja kolmas ravialustajate rühm (joonis 3.3). Nende patsientide peamise raviviisina kasutatakse psühhosotsiaalseid sekkumismeetmeid.

2016. aastal sai Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt 628 000 opioiditarvitajat (koos Norraga 636 000). Patsientide arvus võis täheldada üldist kasvusuundumust kuni tipptaseme saavutamiseni 2010. aastal, millele järgnes 10% langus 2016. aastani. Aastatel 2010–2016 vähenes patsientide arv 12 riigis, neist enim (üle 25% langus) Hispaanias, Madalmaades ja Portugalis. Langust võivad selgitada nõudluse või pakkumisega seotud tegurid, sealhulgas vananevate krooniliste opioiditarvitajate arvu vähenemine või ravieesmärkide muutumine mõnes riigis. Teistes riikides on raviga hõlmatuse parandamise eesmärgil ravi pakkumist suurendatud ning aastatel 2010–

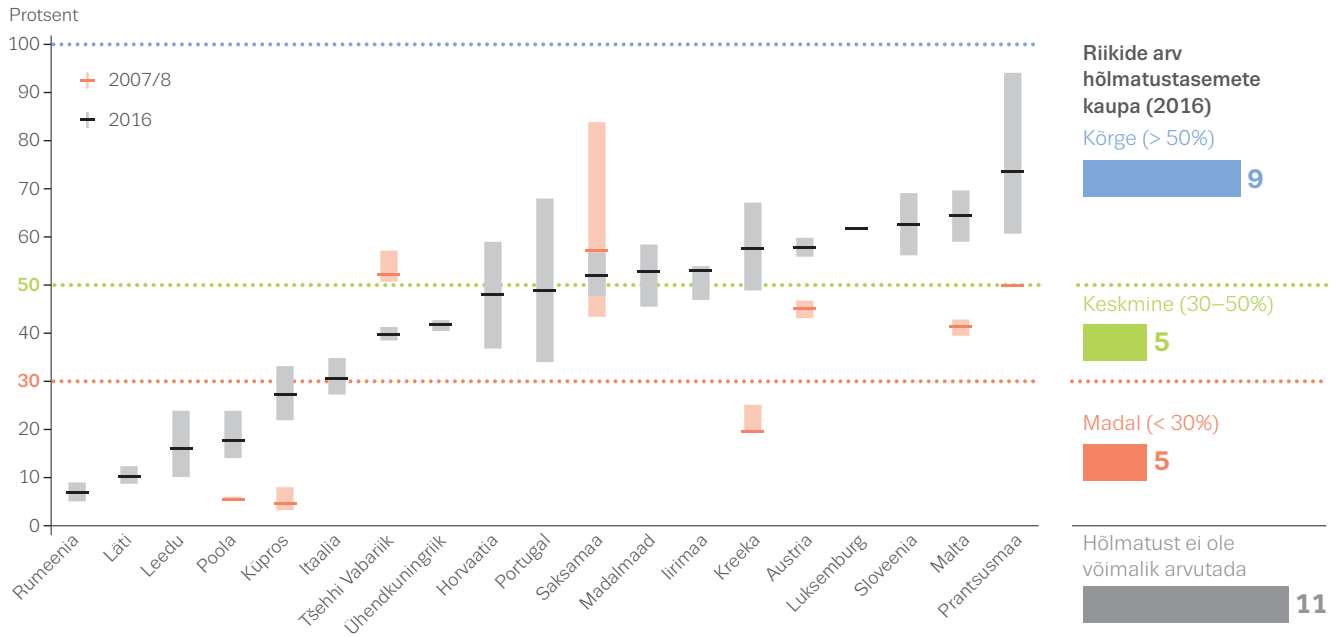
Spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide osakaalu suundumused peamiste uimastite lõikes



2016 kasvas asendusravi saavate patsientide arv 16 riigis, sealhulgas Lätis (173%), Rumeenias (167%) ja Kreekas (57%).

Joonis 3.4

Opioidide asendusraviga hõlmatus (hinnanguliste suure riskiga opioiditarvitajate protsent, kellele kohaldatakse sekkumismeetmeid) 2016. aastal või viimasel teadaoleval aastal ja aastatel 2007–2008



NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

Võrdlus suure riskiga opioiditarvitajate hinnangulise koguarvuga Euroopas osutab sellele, et asendusravi saavad neist umbes pooled, kuid see on riigiti erinev (joonis 3.4). Riikides, kus 2007. või 2008. aasta võrdlusandmed on olemas, on raviga hõlmatus üldiselt kasvanud. Ravi pakkumise tase jääb mõnes riigis siiski madalaks.

Kõige tavalisem opioiditarvitajate asendusravim on arsti määratav metadoon, mida saab peaaegu kaks kolmandikku (63%) asendusravi patsientidest Euroopas. 35% patsientidest ravitakse buprenorfiinipõhiste ravimitega, mis on peamised asendusravimid kaheksas riigis (joonis 3.5). Muid aineid, nagu pikatoimelist morfiini või diatsetüülmorfiini (heroiin) määravad arstid Euroopas harvem ja hinnanguliselt saab neid ligikaudu 2% asendusravi patsientidest. Euroopas on enamik asendusravi saajaid üle 35 aasta vanused ning on ravi saanud rohkem kui 2 aastat. Opioiditarvitajatele pakutakse alternatiivseid ravivõimalusi kõikides Euroopa riikides. 13 riigis, mille andmed on kättesaadavad, kasutavad opioidide asendusravimiteta ravimeetodeid 3–28% kõikidest ravi saavatest opioiditarvitajatest.

Ravitulemused: kvaliteedistandardite roll

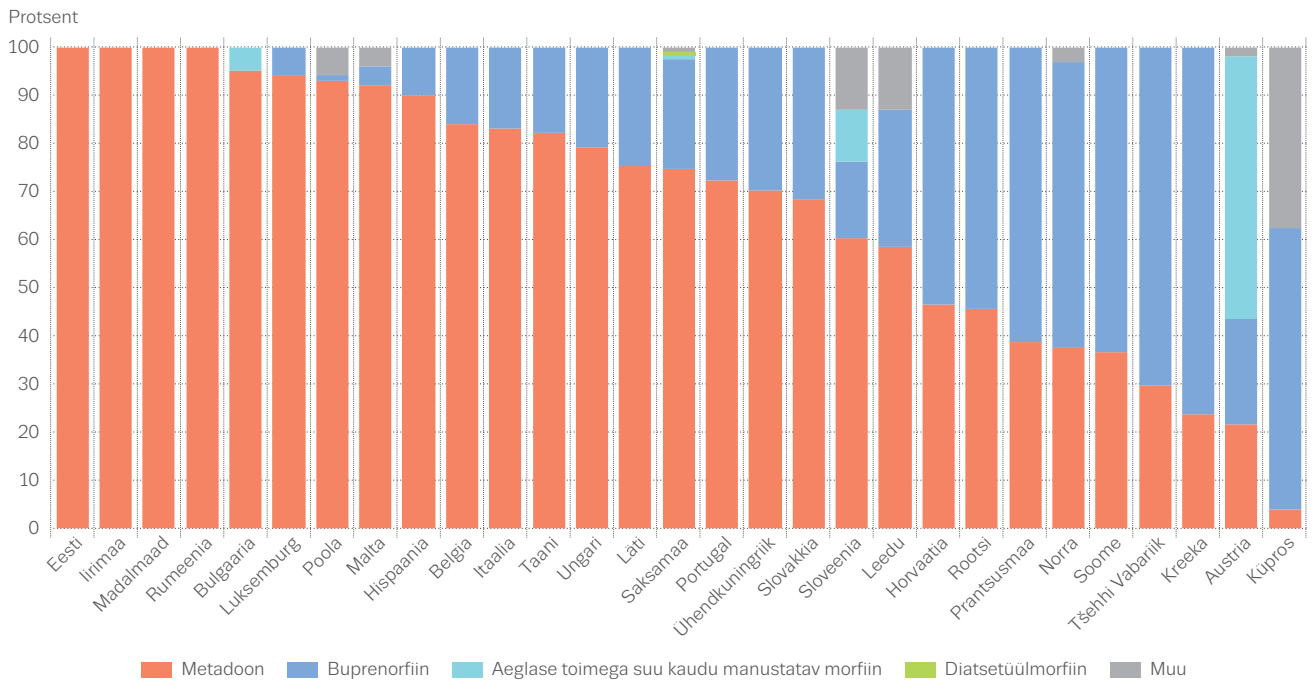
Ravitulemuste seire on tähtis patsientide ravi parandamiseks ja teenuste paremaks kohandamiseks

vastavalt täheldatud vajadustele. Kuid tulemuste seiret takistab kokkuleppe puudumine ravieesmärkide ja nende saavutamise mõõtmise suhtes. Hiljutises EMCDDA ülevaates toodi välja tulemuste mõõtmise suur varieeruvus kaheksas tulemuste valdkonnas: uimastite tarvitamine, kuritegu, tervis, ravitulemused, sotsiaalne toime, kahju, suremus ja majanduslik hinnang.

Kvaliteedistandardite kasutamine on teine viis tagada, et sekkumist ja soovitusi rakendatakse ellu juhiste kohaselt. Standardite rakendamine toimub üldiselt kohalikul tasandil, kuid on ka rahvusvahelised standardid, mida kasutatakse sekkumise üldpõhimõtete suhtes konsensusese jõudmiseks. Näiteks sätestatakse Euroopa Liidu Nõukogus vastuvõetud Euroopa miinimumkvaliteedi standardites uimastinõudluse vähendamise kohta üldpõhimõtted, mida riikide tasandil rakendatakse erinevalt.

JOONIS 3.5

Opioidide asendusravina eri tüüpi retseptiravimit saavate patsientide osakaal Euroopa riikides



NB! Ühendkuningriigi andmed hõlmavad Inglismaad, Walesi ja Põhja-Iirimaa.

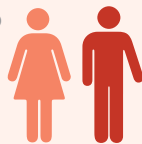
OPIOIDIDE ASENDUSRAVI SAAVAD PATSIENDID

Rahvastik

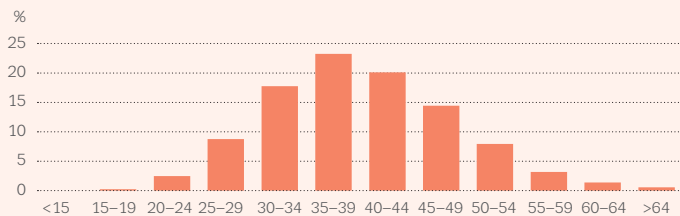
628 000 EL

636 000 EL + Norra

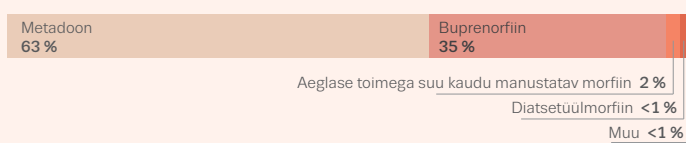
26% 74%



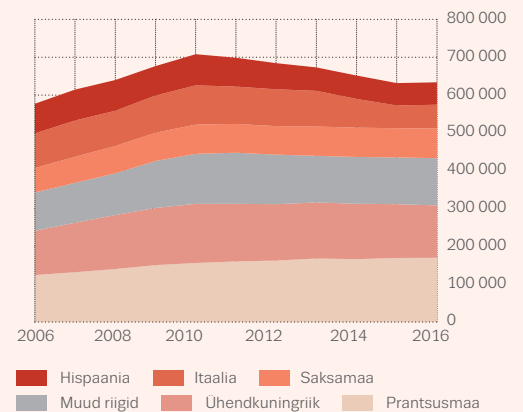
Vanuseline jaotus



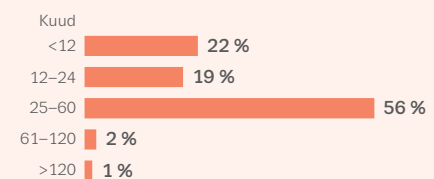
Ravimi liik



Asendusravi saajate arvu suundumused



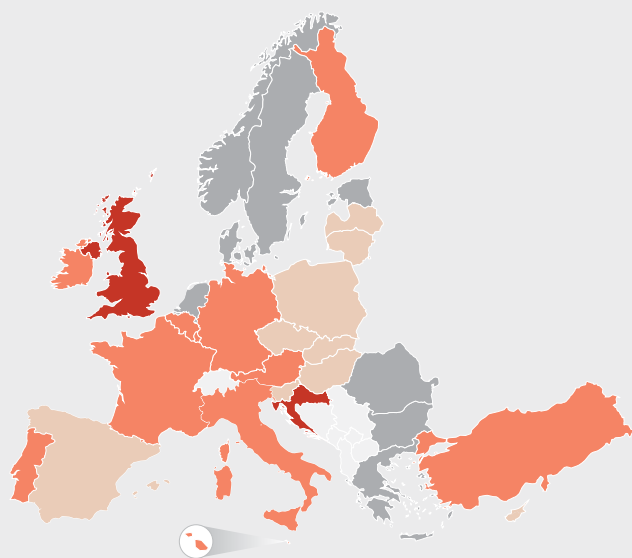
Ravi kestus



NB! Suundumuste joonisel on esitatud ainult need riigid, mille kohta on andmeid vähemalt 8 aasta kohta 11st. Puuduvad väärtused on interpoleeritud lähematest aastatest.

JOONIS 3.6

Viimased hinnangud uimastitega seotud riiklike kulutuste kohta (% SKPst)



Osa sisemajanduse koguproduktist (%)
 ≤ 0,05 0,06–0,19 ≥ 0,2 Andmed puuduvad

Uimastiprobleemidega tegelemine: kulutused ja kulud

Poliitika väljatöötamise ja hindamise jaoks on oluline mõista uimastivastaste meetmetega seotud kulusid. Kättesaadav teave uimastivaldkonna riiklike kulutuste kohta Euroopas on nii kohalikul kui ka riikide tasandil endiselt puudulik ja ebaühtlane. Viimase kümne aasta jooksul on 22 riiki läbi viinud uimastivaldkonna riiklike kulutuste täieliku hindamise (joonis 3.6). Hinnangud ulatuvad 0,01%st kuni 0,5%ni sisemajanduse koguproduktist (SKP) ning umbes pooled neist on vahemikus 0,05%–0,2% SKPst.

Osa kogu uimastivaldkonna eelarvest on uimastite nõudluse vähendamise algatuste kulud, mis erinevad riigiti oluliselt ja moodustavad kõikidest uimastivaldkonna riiklikest kulutustest 21%–75%, nagu on välja toodud EMCDDA-le viimase kümne aasta jooksul esitatud hinnangutes. Narkomaaniaravi ja muud tervisekulud moodustavad suure osa nõudlust vähendava sekkumise hinnangulistest kuludest. Riikidevahelised erinevused on osaliselt tingitud erinevast poliitikast ja ravi pakkumisest, kuid tulemustele avaldavad suurt mõju ka uimastiprobleemide ja avalike teenuste korralduse erisused ning erinev hindamismetoodika.

Akuutne uimastitega seotud kahju: ülekaalus on heroiin ja kokaiin

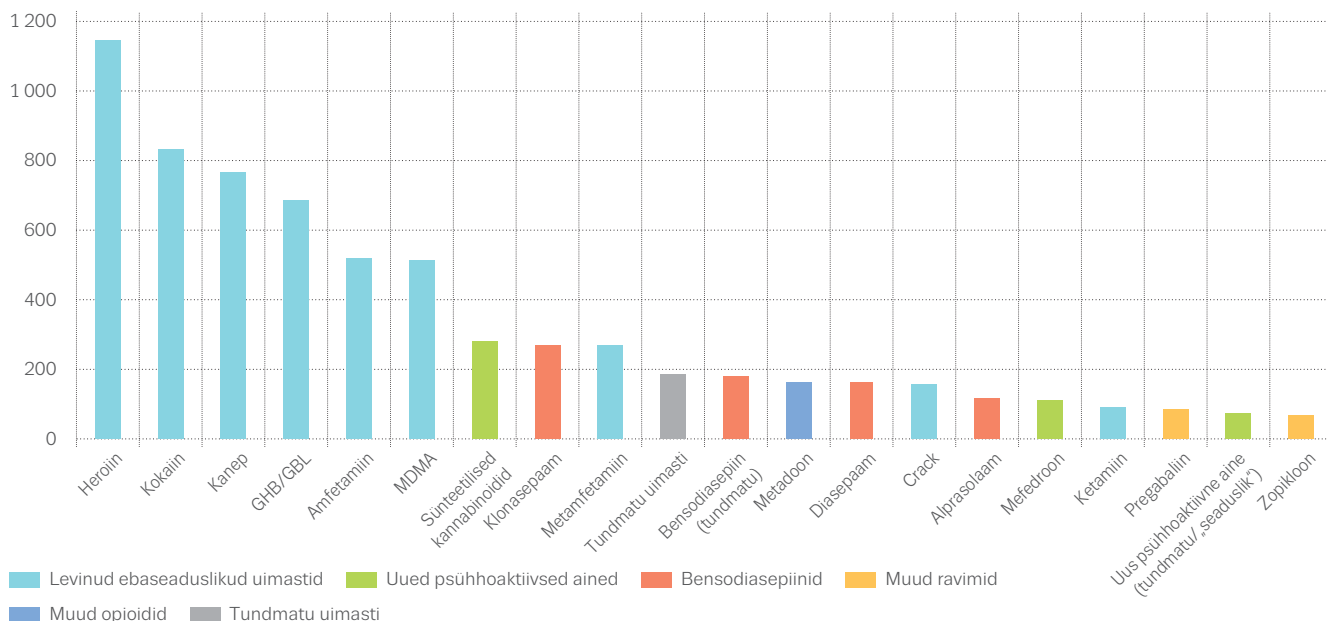
Haiglate erakorralise meditsiini andmed näitavad akuutset uimastitega seotud kahju ja parandavad arusaamist sellest, millist mõju uimastite tarvitamine Euroopas rahvatervisele avaldab. Ainult mõned riigid teevad riigi tasandil seiret akuutsete uimastitest tingitud erakorralise abi juhtumite üle. Neist Leedu ja Ühendkuningriik on teatanud, et heroiiniga seotud erakorralise abi juhtumite arv kasvas. Vastupidiselt on kahanevast suundumusest heroiiniga seotud erakorralise abi juhtumite arvus teatanud Tšehhi Vabariik ja Taani. Hispaanias olid peaaegu pooled uimastitega seotud erakorralise abi juhtumid 2015. aastal seotud kokaiiniga ja see osakaal on pärast langust stabiliseerunud. Samas on kanepiga seotud erakorralise abi juhtumite osakaal jätkuvalt kasvanud. Sloveenia on samuti teatanud, et kokaiini, amfetamiinide ja GHBga seotud erakorralise abi juhtumite arv hakkas 2016. aastal kasvama. 2016. aastal teatasid Madalmaade aktiivse ohutusjärelvalve piirkonnad 272 4-fluoroamfetamiiniga (4-FA, uus kesknärvisüsteemi stimulant) seotud erakorralise abi juhtumist. Enamikku juhtumeid täheldati ööeluasutuste esmaabipunktides ning peaaegu kolmandik uimastite tõttu tehtud erakorralise abi väljakutsetest oli seotud GHB tarvitamisega.

Uimastitega seotud akuutseid mürgistusjuhtumeid 19 (valve-)haiglas 13 Euroopa riigis seirab uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN Plus). 2016. aastal registreeriti projekti käigus 4874 ravijuhtumit, kus mediaanvanus oli 32 aastat ja tegu oli peamiselt meessoost isikutega (77%). Peaaegu kolmel neljandikul juhtumitest toodi patsient kiirabiga haiglasse. Enamik neist (78%) sai haiglast välja 12 tunni jooksul. Väike vähemus (6%) jäeti intensiivravi või psühhiaatria osakonda (4%). Kokku registreeriti 22 surmajuhtumit ja neist 13 olid seotud opioididega.

JOONIS 3.7

Valvehaiglates erakorraliste ravijuhtumitega seotud 20 peamist uimastit, 2016

Uimastite tuvastamine



NB! Tulemused 4874 erakorralise ravijuhtumi kohta 19 valvehaiglas 13 Euroopa riigis.
Allikas: uimastialaste uuringukeskuste Euroopa võrgustik (Euro-DEN Plus)

Ühe ravijuhtumi (kokku 7423 ravijuhtumit) kohta teatati keskmiselt umbes 1,5 uimastist. Enamasti olid asjaomased uimastid herooin, kokaiin, kanep, GHB/GBL, amfetamiin ja MDMA (joonis 3.7). Üks viiendik (21%) ravijuhtumitest hõlmas retsepti- või käsimüügiravimite väärkasutust (enamasti opioidid ja bensodiasepiinid); 7% juhtumitest hõlmas uusi psühhoaktiivseid aineid (9% 2015. aastal ja 6% 2014. aastal). Sünteetiliste katinoonidega seotud ravijuhtumite arv vähenes märkimisväärselt. 2004. aastal oli 400 juhtumit ja 2016. aastal 160 juhtumit. Sünteetiliste kannabinoididega seotud juhtumite arv aga suurenes samal ajal 28-lt 282ni. Sünteetiliste kannabinoididega seotud ravijuhtumite arvu suurenemist põhjustavad Londoni ja Poola keskused.

Asukohtade vahelised erinevused erakorralise meditsiini juhtumitega seotud uimastites võivad tuleneda varieerumisest haigla teeninduspiirkonna ja kohalike tarvitamisharjumuste vahel. Näiteks Dublinis (Iirimaa) ja Oslos (Norra) tuvastati erakorraliste ravijuhtumite puhul kõige sagedamini herooin, kuid peamiselt GHB/GBL, kokaiin ja MDMA põhjustasid ravijuhtumeid Londonis (Ühendkuningriik).

Uued uimastid: tugev toime ja suured kahjud

Uued psühhoaktiivsed ained, sealhulgas uued sünteetilised opioidid, sünteetilised kannabinoidid ja sünteetilised katinoonid, põhjustavad Euroopas mitmesugust tõsist kahju ja on uimastipoliitika seisukohalt suur probleem. Sünteetilised opioidid ja sünteetilised kannabinoidid on kaks eriti murettekitavat ainerühma.

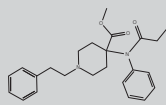
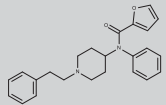
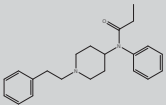
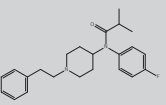
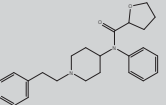
Uute opioidide osa Euroopa uimastiturul on küll väike, kuid need ohustavad tõsiselt nii üksikisikute tervist kui ka rahvatervist. Eriti probleemsed on fentanüüli derivaatiivid, mis moodustavad enamiku uutest opioididest, mida seirab EMCDDA. Need ained võivad olla erakordselt tugeva toimega, üliväikesed kogused võivad tekitada kiirest ja raskest respiratoorsest depressioonist tingitud eluohtliku mürgistuse. Seetõttu on need eriti ohtlikud eelkõige pahaaimamatutele tarvitajatele, kes arvavad, et ostavad heroini, muid ebaseaduslikke uimasteid või valuvaigisteid.

Sellises olukorras võib olla vaja hinnata opioidide vastumürgi naloksooni kättesaadavust. Peale akuutsete üleannustamise riskide on fentanüüli derivaatide tarvitamisel suur oht ka väärarvitamiseks ja sõltuvuse kujunemiseks, mis võib kahjustada rahvatervist ja põhjustada tavaliselt suure riskiga opioiditarvitamisega seostatavaid sotsiaalseid probleeme.

Ühine uurimine ja riskihindamine

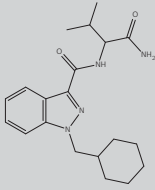
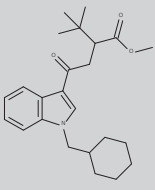
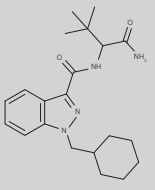
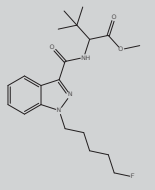
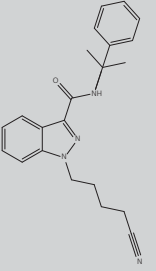
EMCDDA ja Europol viisid 2016. aastal akrüloöülfentanüüli ja furanüülfentanüüli kohta läbi kaks ühist uurimist ja seejärel uuriti 2017. aastal veel viit fentanüüli derivaati, kui ELI varajase hoiatamise süsteemi kaudu oli tulnud teateid surmajuhtumitest. Need ained (4-fluoroisobutüülfentanüül, tetrahüdrofuranüülfentanüül, karfentaniil, metoksüatsetüülfentanüül, tsüklopropüülfentanüül) olid seotud enam kui 160 surmajuhtumiga ja paljudel juhtudel nende otseseks põhjuseks. Nimetatud seitsmest aineist viie kohta oli EMCDDA 2017. aastal teinud ametliku riskihindamise (tabel 1); ülejäänud kahte ainet hinnatakse 2018. aastal. Tulenevalt riskidest, mida akrüloöülfentanüül ja furanüülfentanüül Euroopa rahvatervisele kujutavad, kohaldatakse praegu nende ainete suhtes ELi tasandi kontrollimeetmeid.

Tabel 1. Viie fentanüüli derivaadi riskihindamisest tehtud peamised järeldused

Üldnimetus	Karfentaniil	Furanüülfentanüül	Akrüloöülfentanüül	4F-iBF (4-fluoroisobutüülfentanüül)	THF-F (tetrahüdrofuranüülfentanüül)
Keemiline struktuur					
Ametlik teade ELi varajase hoiatamise süsteemile	12. veebruar 2013	3. november 2015	7. juuli 2016	26. august 2016	23. detsember 2016
Surmajuhtumite arv	61	23	47	20	14
Riikide arv, kus seostatud surmajuhtumid aset leidsid	8	6	3	2	1
Õiguskaitseasutuste teostatud konfiskeerimiste arv	801	143	162	24	53
Riikide arv, kus ainet on konfiskeeritud (Euroopa Liit, Türgi ja Norra)	7	14	5	4	1

2017. aastal uuriti ka nelja sünteetilist kannabinoidi ja koostati riskihindamised (tabel 2). Ained (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) olid seotud enam kui 80 surmajuhtumiga. Enne neid oli MDMB-CHMICA esimene kannabinoid, mille kohta EMCDDA tegi riskihindamise. Nende ainete põhjustatav raske mürgistus võib muu hulgas tuleneda nende tugevast toimest ja viletsatest tootmistavadest. Tõendid osutavad sellele, et tootjad kasutavad suitsetamissegude tootmisel lisatava aine koguste kindlaksmääramiseks oletusi. Peale selle ei pruugi aine puudulike tootmismeetodite tõttu toodetes ühtlaselt jaotuda. Seetõttu võib mõni toode sisaldada ainet toksilises koguses, mis suurendab mürgistuse saamise riski.

Tabel 2. Viie sünteetilise kannabinoidi riskihindamisest tehtud peamised järeldused

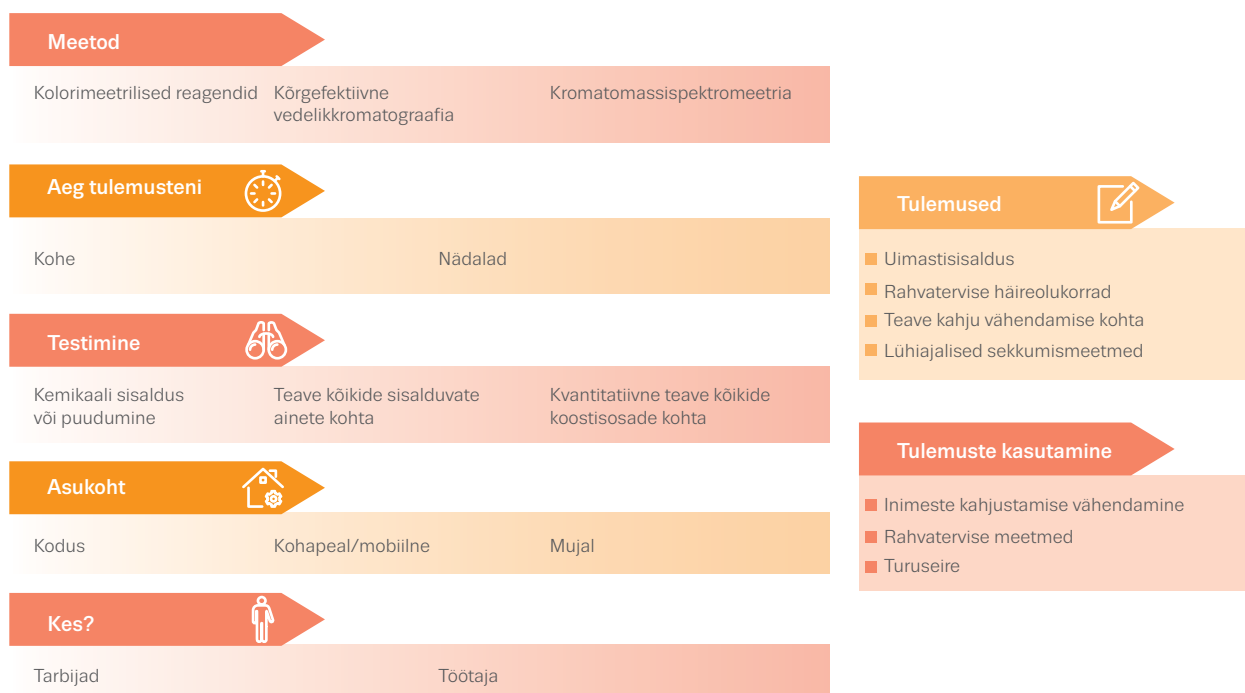
Üldnimetus	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Keemiline struktuur					
Ametlik teade ELi varajase hoiatamise süsteemile	10. aprill 2014	12. september 2014	24. september 2014	8. jaanuar 2015	4. marts 2016
Surmajuhtumite arv	31	29	13	28	11
Riikide arv, kus seostatud surmajuhtumid aset leidsid	6	6	3	2	2
Õiguskaitseasutuste teostatud konfiskeerimiste arv	6422	>3600	3794	1986	2461
Riikide arv, kus ainet on konfiskeeritud (Euroopa Liit, Türgi ja Norra)	26	25	19	27	12

Uued opioidid ohustavad tõsiselt nii üksikisikute tervist kui ka rahvatervist



JOONIS 3.8

Uimastite analüüsimise meetodite näited ja rakendamine



Uimastite analüüsimise teenused: kättesaadavus Euroopas

Uimastite analüüsimise teenused võimaldavad kasutajatel lasta oma uimasteid analüüsida, et saada teavet proovi sisu kohta. Uimastite analüüsimise teenuste eesmärgid on vähendada kahju, pakkudes uimastitarvitajatele nõu ja teavet, ning teha olemasolevate ja tekkivate uimastisuundumuste seiret. Mõnes riigis on uimastite analüüsimise teenus riikliku varajase hoiatamise süsteemi lahutamatu osa, mis toetab eelkõige uute psühhoaktiivsete ainete tuvastamist ja seiret.

Uimastite analüüsimise teenus on kättesaadav kümnes ELi liikmesriigis. Teenused varieeruvad mitmeti nii asukoha, meetodite, tulemuste ajastamise, nendest teatamise ja nende eesmärgi poolest (joonis 3.8). Testimisteenuseid võib pakkuda statsionaarsetes või mobiilsetes laborites näiteks muusikafestivalidel ja klubides. Kasutatavad meetodid on mitmesugused, alates enesetestimise komplektidest, mis näitavad teatud uimasti või seguaine esinemist või puudumist, kuni keerukate seadmeteni, millega võib tuvastada mitut ainet ja teha kindlaks nende kogused. Tulemuste saamise aeg on samuti erinev ja ulatub mõnest sekundist mõne päevani.

Uimastite analüüsimise teenuse pakujate jaoks on oluline tulemuste teatamine ning tulemustega koos antakse sageli nõuandeid või pakutakse põgusaid sekkumismeetmeid. Kasutatavad teavitusemeetodid hõlmavad rahvatervise ja

tarvitajatega seotud hoiatust, infolaudu tantsuõhtutel, tulemuste avaldamist veebis või tulemuste andmist otse inimestele.

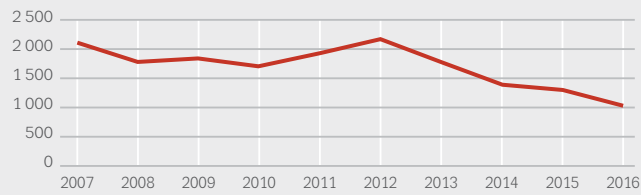
Uimastitega seotud kroonilised kahjud: HIV väheneb, kuid hiline diagnoosimine jääb püsima

Uimastitarvitajatel, eelkõige süstivatel uimastitarvitajatel, on risk haigestuda nakkushaigustesse uimastite manustamisvahendite jagamise ja kaitsmata suguühte kaudu. Uimastite süstimisega seotud riskikäitumisel on endiselt keskne osa nakatumisel vere kaudu levivate nakkushaigustega, näiteks C-hepatiidi viiruse (HCV) ja mõnes riigis inimese immuunpuudulikkuse viirusega (HIV). 2016. aastal teatati Euroopa Liidus 1027 uuest uimasti süstimise kaudu levinud HIV-nakkusjuhtumist (joonis 3.9) – see moodustab 5% kõikidest HIV diagnoosidest, mille puhul on teada nakkuse edasikandumise viis. See osakaal on püsinud viimasel kümnendil stabiilselt madalal. Uute HIV-nakkusjuhtude arv uimastite süstijate seas on vähenenud enamikus Euroopa riikides ja aastatel 2007–2016 oli langus kokku 51%. Siiski jääb uimastite süstimine mõnes riigis oluliseks nakkuse ülekandeviisiks: 2016. aastal oli Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusele (ECDC) teatatud andmete kohaselt Leedus (47%), Luksemburgis (29%) ja Lätis (27%) enam kui neljandiku uute diagnoositud HIV-juhtumite põhjus uimastite süstimine. Rumeenias ja Kreekas, kus uimastite süstimisega seotud uute diagnoositud HIV-juhtumite arv

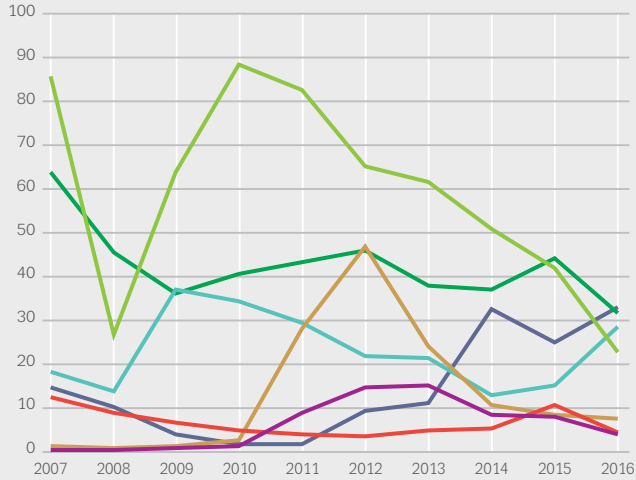
JOONIS 3.9

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

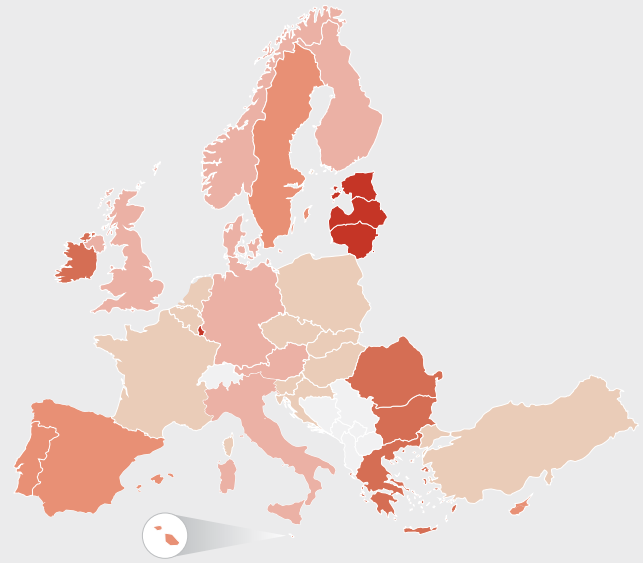
Juhtumid Euroopa Liidus



Juhtumit miljoni elaniku kohta



/ Luksemburg / Läti / Leedu / Eesti
 / Kreeka / Iirimaa / Rumeenia



Juhtumit miljoni elaniku kohta

<1 1,0–2 2,1–3 3,1–8 >8

Allikas: ECDC 2016. aasta andmed.

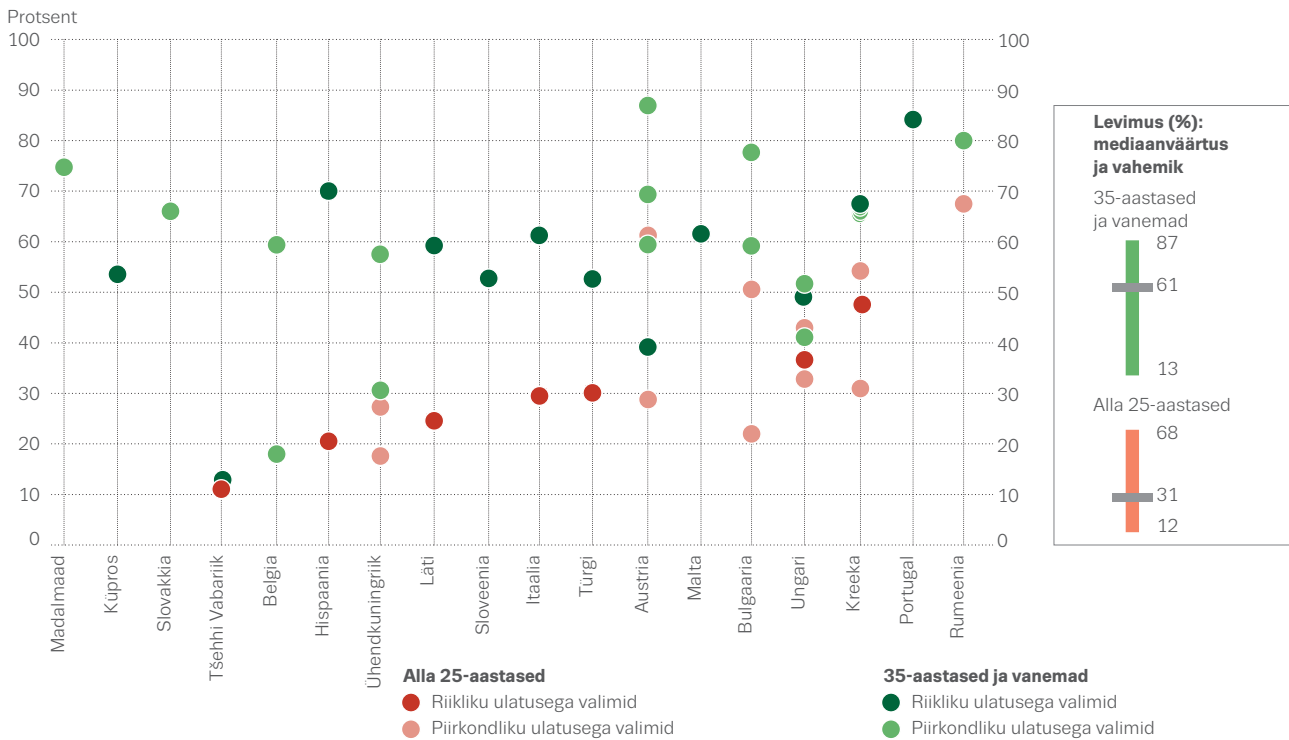
2016. aastal jätkuvalt vähenes, jääb see kõrgemale tasemele kui enne 2012. aasta puhangut teatatud tase.

Enamik riike teatas süstimisega seotud HIV-juhtumite vähenemisest aastatel 2015–2016, sh Iirimaa ja Ühendkuningriik, mis olid 2015. aastal teatanud selle arvu suurenemisest. Iirimaa ja Ühendkuningriigis oli see osaliselt seotud lokaliseerunud puhangutega. Luksemburgi kohta 2014. aastal teatatud puhang jätkus kuni 2016. aastani ja selles on oluline tegur stimulantide süstimise kasv koos tarvitajate suure tõrjutusega. Leedu teatas uute HIV-juhtumite arvu järsust kasvust narkootikumide süstivate inimeste seas, 2016. aastal kasvas see arv peaaegu kahekordseks, 44-lt 83 juhtumile. Nakkuse ülekandumise suurenenud riski on seostatud ka stimulantide süstimisega seksuaalses kontekstis homoseksuaalsete meeste väikestes rühmades.

2016. aastal seostati uimastite süstimisega 13% uutest AIDS-i juhtumitest Euroopa Liidus, mille puhul oli teada nakkuse edasikandumise viis. 422 süstimisega seotud teadet moodustavad veidi alla veerandi kümme aastat tagasi teatatud juhtumite arvu.

JOONIS 3.10

C-hepatiidi levik uimastisüstijate seas, vanuse järgi, ajavahemikul 2015–2016



NB! Väiksemaid kui 10st koosnevaid valimeid ei ole näidatud. Riigid on järjestatud alla 25-aastaste andmete järgi.

Kättesaadava teabe põhjal ilmneb, et pooled uimastite süstimisega seotud uued HIV-diagnoosid, mis Euroopa Liidus 2016. aastal pandi, jäid liiga hiljaks – see tähendab, et viirus oli hakanud juba immuunsüsteemi kahjustama. Kreekas ja Rumeenias diagnoositi hilja kaks juhtumit igast kolmest süstimisega seotud HIV-juhtumist. Hilist HIV-diagnoosi seostatakse retroviirusevastase ravi alguse viivitusega ning suurenenud haigestumuse ja suremusega. HIVi korral tähendab nn testi ja ravi poliitika ehk retroviirusevastase ravi alustamine kohe pärast HIVi 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 oodatava eluea.

C-hepatiidi levik: riikidevahelised erinevused

Kõikjal Euroopas on süstivate uimastitarvitajate seas väga sage viiruslik hepatiit, eriti C-hepatiidi viirusest põhjustatud haigus. Iga 100 C-hepatiidiga nakatunud inimese kohta kujuneb 75–80 inimesel välja krooniline haigus. Sellel on rasked pikaajalised tagajärjed, sest krooniline C-hepatiit, mida sageli raskendab rohke alkoholitartvitamine, suurendab surmajuhtumite arvu vananevate suure riskiga uimastitarvitajate seas ja

põhjustab neil maksahaigusi, sealhulgas tsirroosi ja maksavähki.

Aastatel 2015–2016 oli süstivaid uimastitarvitajaid, kelle veres leidis C-hepatiidi antikehi (mis näitab olemasolevat või varasemat haigust), riikide valimites 15–82%, kusjuures 13 andmeid esitanud riigist kuues oli see näitaja üle 50%. Riikidest, kus olid aastate 2010–2016 riiklike suundumuste andmed, teatas neli riiki C-hepatiidi leviku vähenemisest süstivate uimastitarvitajate seas ja kahes riigis täheldati leviku suurenemist.

C-hepatiit on pigem levinud vanemate süstivate uimastitarvitajate, mitte noorte seas – see toob välja riskide kuhjumise aastate jooksul ja süstimise suure koormuse vanemates rühmades (joonis 3.10).

Uimastitarvitajate seas on B-hepatiidi viirus vähem levinud kui C-hepatiit. B-hepatiidi viiruse puhul näitab viiruse antigeenide olemasolu siiski olemasolevat haigust, mis võib olla äge või krooniline. Seitsmes riigis, kus andmed on kättesaadavad, oli hinnanguliselt 1,5–11% süstivatest uimastitarvitajatest nakatunud B-hepatiidi viirusega.

Uimastite süstimine on ka teiste nakkushaiguste riskitegur ning 2016. aastal teatasid Tšehhi Vabariik ja Saksamaa uimastite süstimisega seotud A-hepatiidi puhangutest.

Saksamaal, Norras ja Ühendkuningriigis teatati ka haavabotulismi puhangutest ja sporaadilise haavabotulismi juhtudest süstivate uimastitarvitajate seas.

Nakkushaiguste ennetamine: tõhusad meetmed

Uimastitega seotud nakkushaiguste vähendamiseks süstivate uimastitarvitajate seas soovitatakse selliseid meetmeid nagu opioidide asendusravi pakkumine, steriilsete süstimisvahendite jagamine, vaksineerimine, nakkushaiguste testimine, hepatiidi ravi ja HIVi ravi ning tervist edendavad seksumismeetmed, mille eesmärk on ohutum süstimiskäitumine ja seksuaalse riskikäitumise vähendamine.

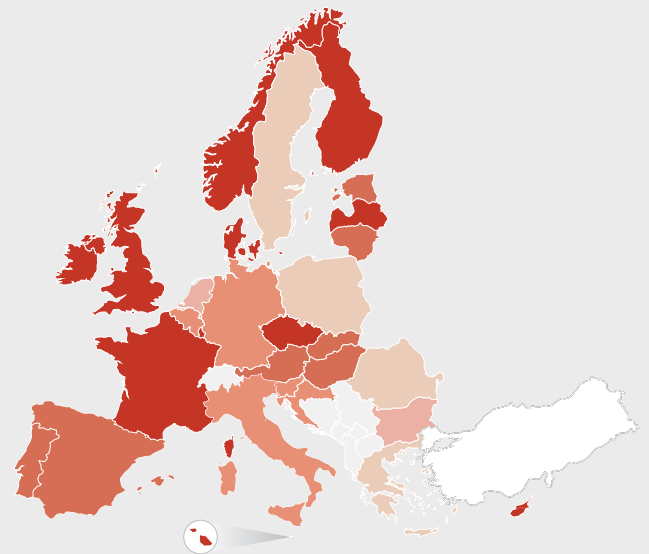
Asendusravi vähendab süstivate opioiditarvitajate seas märkimisväärselt nakkushaiguste riski ning mõned analüüsid näitavad, et kaitseefekt on suurem, kui ravi laialdast pakkumist täiendab ulatuslik süstaldega varustamine. Tõendid näitavad, et nõela- ja süstlavahetuse programmid vähendavad tõhusalt HIVi edasikandumist uimastite süstijate seas. EMCDDA seirega hõlmatud 30 riigist kõigis, v.a Türgis, pakutakse erikeskustes tasuta puhtaid süstimisvahendeid. Riikide vahel on siiski märkimisväärsed erinevused süstlavahetuspunktide geograafilise leviku osas (vt joonis 3.11). Riigid erinevad ka selle poolest, kui palju on elanikkonna sihtrühmad seksumismeetmetega hõlmatud (joonis 3.12).

Eriprogrammide kaudu süstalde jagamise andmed on kättesaadavad 25 riigi kohta, kus teatati kokku üle 54 miljoni süstla jagamisest viimasel aastal, mille kohta andmed on kättesaadavad (2015/16). See koguarv on tegelikult palju väiksem, sest mitu suurt riiki, nagu Saksamaa, Itaalia ja Ühendkuningriik, ei ole teatanud täielikke andmeid süstalde jagamise kohta.

Euroopa riigid on teatanud ka lisaks süstaldele ja nõeltele muude materjalide jagamisest uimastialastes erikeskustes. Rohkem kui pooled riigid on teatanud, et jagavad kirjalikke materjale uimastite ohutuma kasutamise kohta, kondoomi, desinfitseerimisvahenditega immutatud vatti ja sidrunhapet. 8 riiki on teatanud, et pakuvad fooliumi või torukesi uimastite sissehingamise võimaldamiseks ja süstimisele eelistamiseks, ning Tšehhi Vabariigis jagatakse želatiinikapsleid metamfetamiini (pervitiini) suukaudse tarvitamise soodustamiseks.

JOONIS 3.11

Nõela- ja süstlavahetuse programmide geograafiline kättesaadavus Euroopa Liidus, Norras ja Türgis



Territoriaalsete üksuste protsendimaar, kus on 1 või rohkem süstlavahetuspunkti

0	<20	20–39	40–59	60–79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

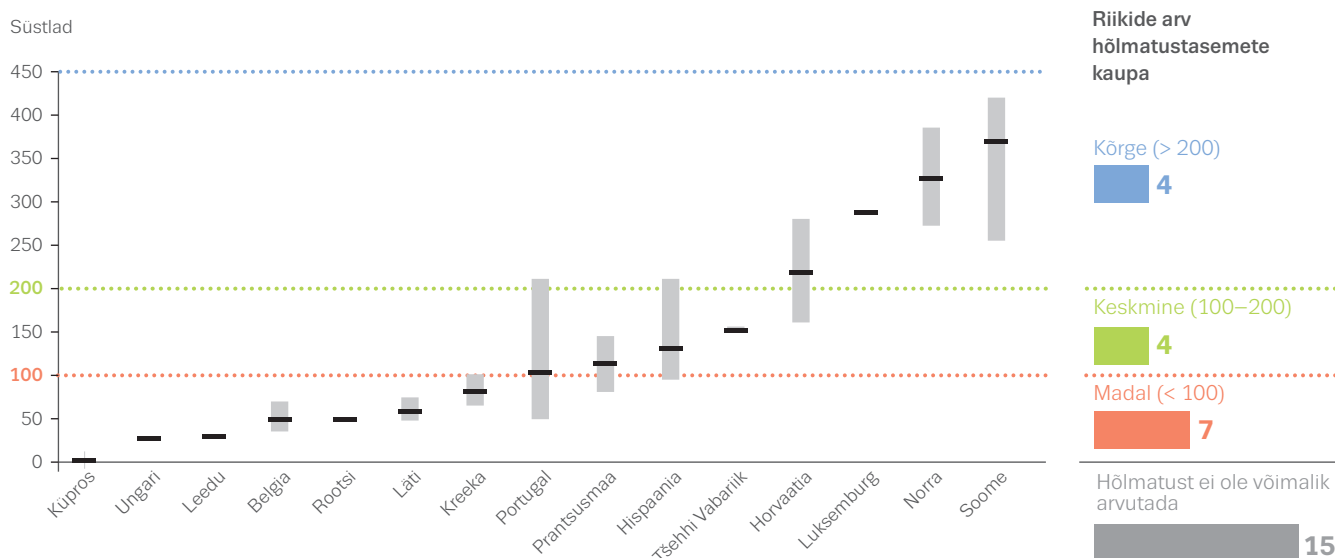
NB! Eurostati NUTS-3 territoriaalsete üksuste alusel. Hispaania, Saksamaa ja Itaalia väärtused põhinevad ekspordihinnangutel. Geograafiline kättesaadavus ei pruugi näidata seksumismeetmetega haaratud sihtpopulatsiooni osakaalu.

C-hepatiidi kõrvaldamine: juurdepääs testimisele ja ravile

Nõudluse vähendamise seksumismeetmetega seotud ELi minimaalkvaliteedi standardid toetavad vere kaudu levivate nakkushaiguste vabatahtliku testimise pakkumist kogukondlikes asutustes, kus pakutakse ühtlasi riskikäitumisalast nõustamist ja abi haigustega toimetulekuks. Kuid testimise ja ravi olulisteks tõketeks on uimastitarvitajate häbimärgistamine ja tõrjumine. Nende probleemide ületamiseks on vaja uudseid meetodeid ja eelkõige seda, et väljaõppinud kogukondlikud tervishoiuteenuse osutajad kasutaksid rohkem nõustamist ja testimist. Lisaks peaks nakkushaiguste laiema testimisega kaasnema meetmed, millega tagatakse haiguste ravi.

JOONIS 3.12

Spetsiaalsete süstlavahetusprogrammidega hõlmatus: süstalde arv süstivate uimastitarvitajate hinnangulise arvu kohta



NB! Andmed on punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

Euroopa ekspertide juhistes soovitatakse viivitamatut C-hepatiidi ravi isikutele, kellel on suur risk anda viirust edasi (hõlmab aktiivseid süstivaid uimastitarvitajaid ja kinnipeetavaid).

Uued tõhusad paremini talutavad suukaudsed interferoonivabad ravirežiimid, kus viirusevastane aine avaldab otsest mõju, tagavad tervenemise 95% juhtudel. Piiramatu juurdepääs ravile on aga harv, sest need ravimid on väga kallid. 2017. aasta oktoobrist on igas teises Euroopa riigis koostatud hepatiidi ennetamist ja ravi käsitlev poliitikadokument. Kuid üheksa riigi kliinilised juhised sisaldasid tingimusi, mis piiravad C-hepatiidi ravi kättesaadavust isikutele, kes tarvitavad uimasteid (nt nõuavad uimastitarvitamisest hoidumist 3–12 kuu jooksul).

Sekkumine vanglates: kättesaadavus erineb riigiti

Üldise rahvastikuga võrreldes iseloomustab vange kõrgem uimastitarvitamise tase elu jooksul ja nende tarvitamisharjumused on kahjulikumad (nt süstimine), mistõttu vanglad on uimastitega seotud sekkumismeetmete jaoks oluline keskkond. Vangide ravivajadused on tihti keerukad ning paljudes riikides

kuulub vangla esmase tervisekontrolli koosseisu uimastitarvitamise ja uimastitega seotud probleemide hindamine. Analüüsi 17 Euroopa riigi andmeid HIV ja C-hepatiidi leviku kohta süstivate uimastitarvitajate seas ajavahemikul 2006–2017 ja leiti, et enamikus riikides oli nende haiguste levik märkimisväärselt suurem isikute seas, kes olid olnud kinnipeetavad: 10 riiki 17st HIVi ja 14 riiki 17st C-hepatiidi korral.

Nakkushaiguste testimine (HIV, B- ja C-hepatiit ning tuberkuloos) on enamikus riikides vanglates kättesaadav, kuigi võib olla piiratud testimisega sisenemisel või üksnes sümptomite esinemisel. C-hepatiidi ravi pakkumisest teatati ainult 11 riigis. B-hepatiidi vaksineerimiskavad on kehtestatud 16 riigis. Puhaste süstimisvahendite pakkumine on vähem levinud, kinnipidamisasutuste süstlaprogrammidest teatas viis riiki, millest vaid kolm neist teatas sekkumise tegelikust rakendamisest.

Tervisealaste sekkumismeetmete rakendamisel vanglas on kaks olulist põhimõtet: samaväärsus kogukondlike teenustega ja ravi jätkumine pärast vanglast vabanemist. 28 riigis oli võimalik pakkuda vanglates opioidide asendusravi, kuid hõlmatus oli enamikes riikides madal. Vangidele pakutavad sekkumismeetmed hõlmasid võõrutust, individuaalset ja rühmanõustamist, ravi

teraapiarühmades ja statsionaarsetes eriraviosakondades. Peaaegu kõik riigid teatasid ühe või mitme nimetatud ravivõimaluse pakkumisest. Enamikus Euroopa riikides on loodud asutustevahelised partnerlussuhted vanglate meditsiiniteenistuste ja kogukonna teenuseosutajate vahel, et soodustada vanglates tervisehariduse ja ravi korraldamist ning tagada ravi jätkumine nii vanglasse sisenemisel kui ka sealt vabanemisel. Kõikides 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 ennetamise programmide, mis hõlmavad koolitust ja teabe andmist ning naloksoonravi võimaldamist pärast vanglast vabanemist.

Üleannustamisest tingitud surmajuhtumid: kasv suure riskiga uimastitarvitajate seas

Uimastitarvitamist peetakse täiskasvanute välditavate surmajuhtumite põhjuseks Euroopas. Suure riskiga uimastitarvitajate rühma uuringud näitavad tavaliselt, et suremuse kogumäär on 1–2 % aastas. Üldiselt on opioiditarvitajatel Euroopas 5–10 korda suurem tõenäosus surra kui teistel samas eas ja samast soost isikutel. Opioiditarvitajate suurem suremus on eelkõige seotud üleannustamisega, kuid olulised on ka muud

uimastitarvitamisega kaudselt seotud surmapõhjused, nagu nakkused, õnnetusjuhtumid, vägivald ja enesetapp. Opioiditarvitajatel on üldiselt kehva 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 vanemaealiste ja krooniliste uimastitarvitajate seas.

Euroopas on suure riskiga uimastitarvitajate seas endiselt peamine surmapõhjus uimastite üleannustamine, kusjuures üle kolmveerandi üleannuse tagajärjel surnud isikutest on mehed (79%). Üleannustamise andmetesse, eriti Euroopa koondnäitajasse, tuleb suhtuda ettevaatusega. Selle põhjus on süstemaatiline andmete esitamata jätmine mõnes riigis ning aruandluses viivitusi põhjustavad registreerimisprotsessid. Aastaandmed on seega esialgne miinimum.

UIMASTITEST PÕHJUSTATUD SURMAJUHTUMID

Näitajad

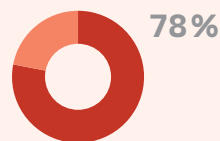
21% 79%



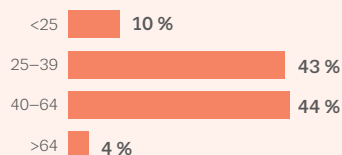
Keskmine vanus surres

39
aastat

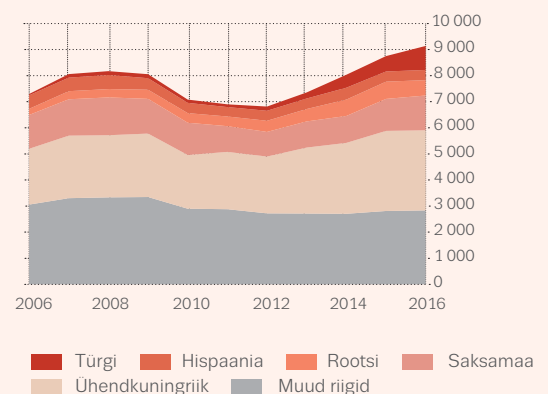
Surmajuhtumid, kus leiti organismist opioide



Vanus surres



Üleannustamisest tingitud surmajuhtumite suundumused



Surmajuhtumite arv

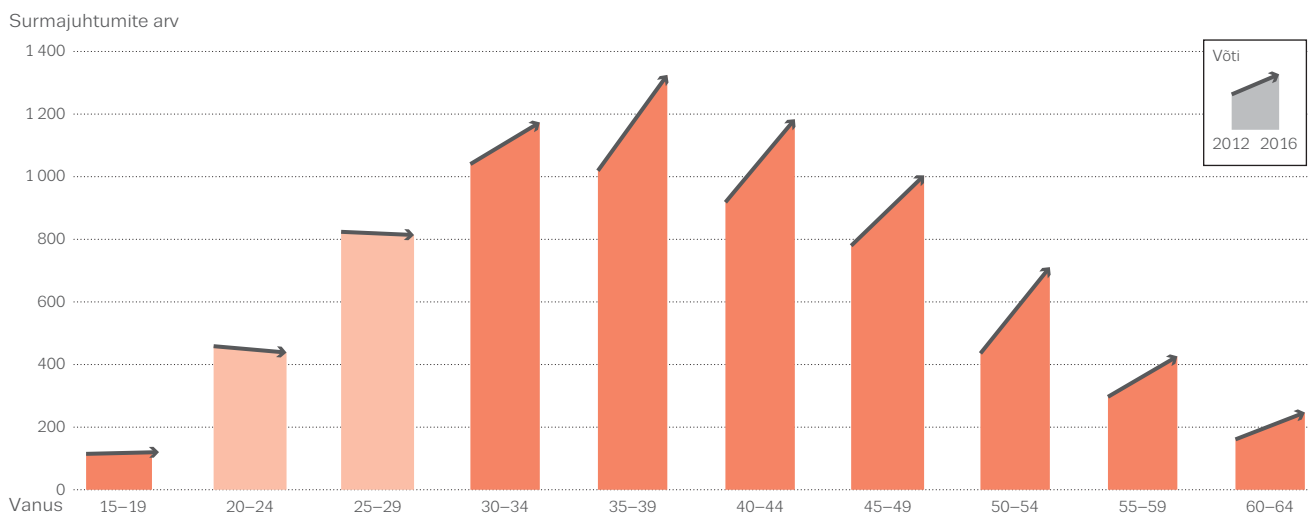
7 929 EL

9 138 EL + 2

NB! Euroopa Liidu liikmesriikide, Türgi ja Norra andmed („EL + 2“).

JOONIS 3.13

Euroopa Liidus registreeritud, uimastitest põhjustatud surmajuhtumite arv vanuserühmade lõikes, aastatel 2012 ja 2016 või viimasel teadaoleval aastal



Hinnangute kohaselt oli Euroopa Liidus 2016. aastal vähemalt 7929 üleannustamisest tingitud surmajuhtumit, millega oli seotud vähemalt üks ebaseaduslik uimasti. Norrat ja Türgit arvesse võttes oli hinnanguliselt 9138 surmajuhtumit, st 2015. aasta korrigeeritud andmetest tuleneva 8749 surmajuhtumiga võrreldes oli kasv 4%. Võrreldes 2015. aastaga on ELi olukord üldiselt stabiilne. Sarnaselt eelmiste aastatega moodustavad Ühendkuningriik (34%) ja Saksamaa (15%) kokku ligikaudu poole Euroopa kogunäitajast. See on osaliselt seotud ohustatud rahvastiku suurusega nendes riikides, kuid ka andmete esitamata jätmisega mõnes teises riigis. Kui keskenduda riikidele, kus on suhteliselt lihtne aruandlussüsteem ja 2016. aasta andmed kättesaadavad, siis täheldati üleannustamisest tingitud surmajuhtumite kasvu Eestis ja Saksamaal. Madalmaades ei ole veel selge, kas üleannustamisest tingitud surmajuhtumite registreeritud suur kasv (kuni 91% võrreldes 2014. aastaga) näitab uimastitest põhjustatud surmajuhtumite tegelikku kasvu või on muid põhjusi, näiteks registreerimise muutused. Ühendkuningriigis teatati 2015. aastal surmajuhtumite arvu suurenemisest: võrreldes 2014. aastaga oli surmajuhtumeid 13% rohkem ja võrreldes 2013. aastaga 21% rohkem. Esialgsed andmed näitavad, et kasv jätkus ka 2016. aastal. Rootsis mõne aasta jooksul ilmnenud kasvusuundumus pöördus 2016. aastal tagasi

langusse. Türgi on jätkuvalt teatanud suurest kasvust. 2016. aastal oli 2014. aasta arvud peaaegu kahekordistunud, kuid selle peamine põhjus paistab olevat andmete kogumise ja aruandluse paranemine.

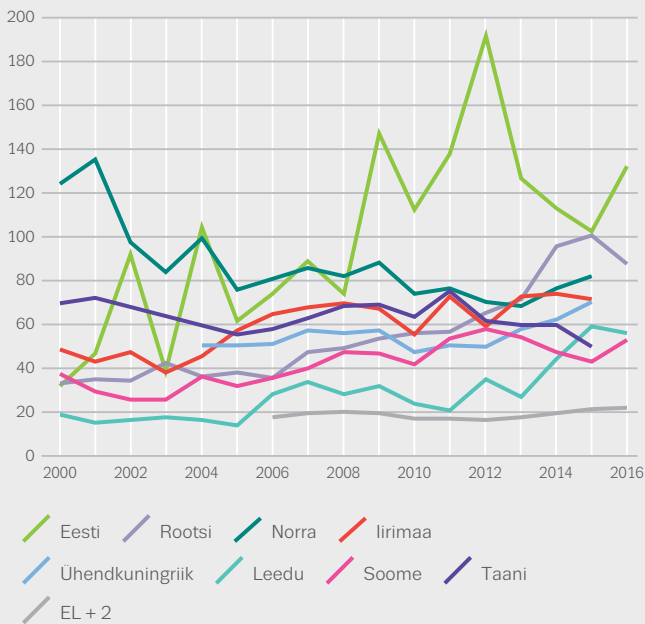
Üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arvu kasvu suundumus vanemates vanuserühmades näitab, et Euroopa opioiditarvitajad on vananev populatsioon, kelle risk surra uimasti üleannuse tõttu on kõige suurem. Ajavahemikul 2012–2016 suurenes üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arv Euroopa Liidus kõikides üle 30-aastaste vanusekategoriates (joonis 3.13). Üle 50-aastaste surmajuhtumite arv suurenes kokku 55% võrra, 30–49-aastaste vanuserühma surmajuhtumite arvu kasv oli 25%. Nooremate vanuserühmade üleannustamisest tingitud surmajuhtumite arv on Euroopa Liidus olnud üldiselt stabiilne. Türgi esitatud analüüsist surmaga lõppenud üleannustamiste kohta 2016. aastal nähtub, et keskmine vanus on noorem kui Euroopa Liidus, vastavalt 31 aastat ja 39 aastat, ning kolmandikul juhtudel alla 25 aasta.

Suure riskiga uimastitarvitajate seas on endiselt peamine surmapõhjus uimastite üleannustamine

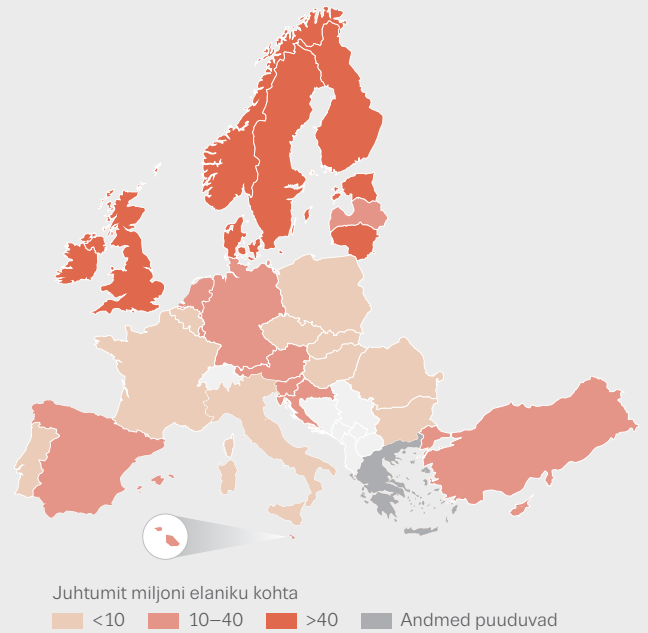
JOONIS 3.14

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

Juhtumit miljoni elaniku kohta



NB! Suundumused kaheksas suurima näitajaga riigis 2016. või 2015. aastal ja Euroopa kogusuundumus. „EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat.



Uimastitest tingitud suremus: kõrgemaid näitajad on Põhja-Euroopas

2016. aastal oli Euroopa keskmine üleannustamisest tingitud suremus 15–64-aastaste seas hinnanguliselt 21,8 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Meeste suremus (34,7 juhtumit miljoni mehe kohta) on peaaegu neli korda suurem naiste omast (8,9 juhtumit miljoni naise kohta). Üleannustamisest tingitud suremus on kõige kõrgem meeste vanuserühmas 35–39 (57,4 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) ja naiste vanuserühmas 40–44 (12,4 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta). Nii meeste kui ka naiste puhul on keskmine vanus sures 39 aastat. Suremus ja suundumused on riigiti väga erinevad (joonis 3.14). Neid mõjutavad sellised tegurid nagu uimastitarvitamise levik ja harjumused, riigi aruandluse kord, riiklikes suremust kajastavates andmebaasides teabe registreerimine ja üleannustamisest tingitud surmajuhtumitele koodide määramine, sh teabe registreerimata jätmise muutuv tase. Viimaste kättesaadavate andmete kohaselt esines üle 40 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta kaheksas Põhja-Euroopa riigis, kusjuures suurimast suremusest teatati Eestis (132 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Rootsis (88 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Norras (81 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Iirimaaal (70 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) ja Ühendkuningriigis (70 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) (joonis 3.14).

Surmaga lõppev üleannustamine: ülekaalus on opioididest tingitud surmajuhtumid

Enamik Euroopas teatatud surmaga lõppevaid üleannustamisi on seotud heroïini või selle metaboliitidega, sageli koos muude ainetega. Viimased kättesaadavad andmed näitavad heroïiniga seotud surmajuhtumite arvu kasvu Euroopas, nimelt Ühendkuningriigis, kus enamiku surmaga lõppevate üleannustamiste (87%) puhul tarvitati mingit opioidi vormi. Inglismaal ja Walesis nimetati heroïini või morfiini 2015. aastal registreeritud surmajuhtumitest 1177 korral, mis tähendab, et eelneva aastaga võrreldes oli kasv 18% ja 2013. aastaga võrreldes 44%. Heroïini või morfiiniga seotud surmajuhtumite arv kasvas ka Šotimaal (Ühendkuningriik): 2016. aastal registreeriti 473 sellist surma, mis tähendas 37% kasvu võrreldes eelneva aastaga. Prantsusmaal põhjustas heroïin 2015. aastal 30% üleannustamisest tingitud surmadest, 2012. aastal oli see määr 15%. Toksikoloogiaaruannetes mainitakse samuti korrapäraselt muid opioide. Neid aineid, eelkõige metadooni, aga ka buprenorfiini (Soome), fentanüüli ja selle derivatiive (eelkõige Eestis) ning tramadooli seostatakse üleannustamisest tingitud surmajuhtumite märkimisväärse osakaaluga mõnes riigis.

Stimulantide, näiteks kokaiini, amfetamiinide, MDMA ja katinoonidega on seostatud vähem üleannustamisest tingitud surmajuhtumeid Euroopas, kuigi nende olulisus erineb riigiti. Ühendkuningriigis (Inglismaa ja Wales)

suurenes kokaiiniga seotud surmajuhtumite arv 169-lt 2013. aastal 340-le 2015. aastal, kuigi paljud neist arvatakse olevat heroïini üleannustamisest tingitud surmajuhtumid inimeste seas, kes tarvitasid ka *crack'i*. 2016. aastal hõlmasid stimulantidega seotud surmajuhtumid Türgis 100 kokaiiniga seotud juhtumit, 98 amfetamiinidega seotud juhtumit ja 252 MDMAga seotud juhtumit. Ka Türgi teatas sünteetiliste kannabinoididega seotud surmajuhtumite arvu hüppelisest suurenemisest: 137 surmajuhtumit 2015. aastal ja 373 surmajuhtumit 2016. aastal. Ühendkuningriigis jäi uute psühhoaktiivsete ainetega seotud surmajuhtumite arv suhteliselt väikeseks, kuid see on 2010. aastast peale kasvanud, eriti Šotimaal.

Üleannustamine ja uimastitest tingitud surmajuhtumid: ennetavad sekkumismeetmed

Uimastite üleannustamisest tuleneva haigestumuse ja suremuse vähendamine on Euroopa suur rahvatervisepoliitiline ülesanne. Laiem rahvatervisemeetmete võtmine selles valdkonnas on suunatud uimastitarvitajate haavatavuse vähendamisele, eelkõige tõkete eemaldamise ja teenuste kättesaadavaks tegemise kaudu ning võimestades uimastitarvitajaid, et nad võtaksid vähem riske (joonis 3.15). Üleannustamise riski hindamine uimastitarvitajate seas ja nende teadlikkuse suurendamine üleannustamisest koos tõhusa narkomaaniaravi pakkumisega aitab ennetada üleannustamist. Erilist tähelepanu nõuavad kõrgeenenud riskiga ajavahemikud, nagu vanglast vabanemine ja ravi

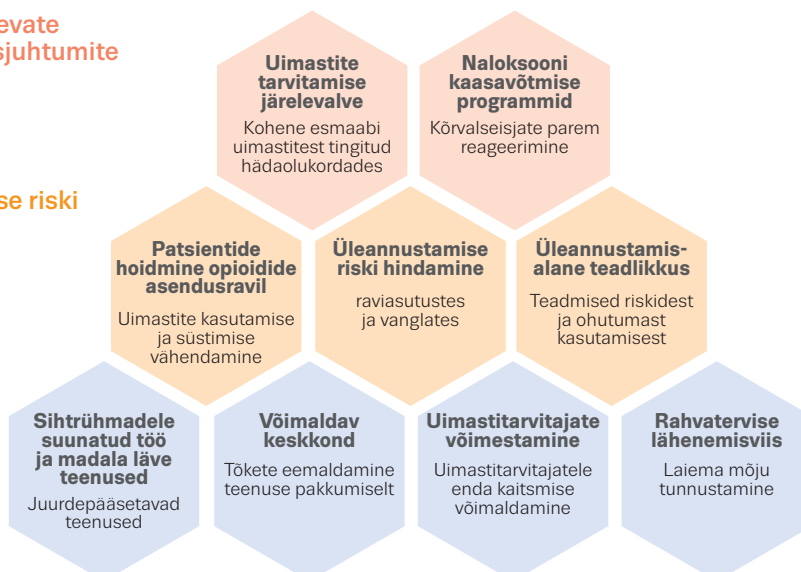
JOONIS 3.15

Peamised meetodid opioididest tingitud surmajuhtumite vähendamiseks

Surmaga lõppevate üleannustamisjuhtumite vähendamine

Üleannustamise riski vähendamine

Haavatavuse vähendamine



lõpetamine või ravilt väljalangemine. Sellised sekkumismeetmed nagu järelevalvega uimastitarvitamisepunktid ja kaasavõetava naloksooni programmid on väga täpselt sihitud meetmed, mille eesmärk on parandada üleannustamise korral ellujäämise tõenäosust.

Järelevalvega uimastitarvitamisepunktid on kohad, kus uimastitarvitajad saavad uimasteid tarvitada hügieenilistes ja ohutumates tingimustes. Selle sekkumismeetme eesmärk on ennetada üleannustamist ja tagada professionaalse abi kättesaadavus üleannustamise korral. Neis asutustes pakutakse tavaliselt juurdepääsu mitmesugustele meditsiinilistele ja sotsiaalteenustele, samuti suunatakse narkomaaniaravile. Need asutused suudavad ligi tõmmata selliseid uimastitarvitajate rühmi, kelleni on muidu raske jõuda. Sellised asutused teevad järelevalvet laiaulatuslikule tarvitamisele, mis muidu toimuks tänavatel või muudes ohtlikes tingimustes. Nende kasulikkus leiab üha enam tõestust, see hõlmab riskikäitumise, üleannustamisest tingitud suremuse ja nakkuste edasikandumise vähenemist ning uimastitarvitajate paremat ligipääsu ravile ning muudele tervise- ja sotsiaalteenustele. Samas aitavad nad vähendada uimastite tarvitamist avalikkuse ees ja parandada linnade uimastiturge ümbritsevate avalike kohtade olukorda. Sellised asutused on praegu avatud 56 linnas kuues ELi liikmesriigis ja Norras ning kokku on avatud 78 asutust. Saksamaal on sellised asutused töötanud alates 1990ndate algusest ja hiljuti on õigusaktid uuesti läbi vaadatud, et võimaldada asutustes madalama riskiga uimastitarvitamist, nagu nina kaudu tarvitamine, suitsetamine ja sissehingamine. Pealegi on 16 liidumaast kahes hakatud sinna lubama asendusravil olevaid isikuid.

| Naloksoon: kaasavõtmise programmid

Naloksoon on opioidide vastumürk, mis aitab opioidi üleannustamise korral. Seda kasutatakse haiglate erakorralise meditsiini osakondades, seda kasutavad kiirabitöötajad ja muud töötajad, kes on regulaarselt kontaktis uimastitarvitajatega. Viimastel aastatel on suurenenud kaasavõetava naloksooni pakkumine opioiditarvitajatele, nende partneritele, kaaslasele ja

perekondadele. Ühtlasi pakutakse üleannustamise äratundmise ja sellele reageerimise koolitust. 2017. aastal tegutses 10 Euroopa riigis 16 kaasavõetava naloksooni programmi. [Süsteemaatiline ülevaade](#) kaasavõetava naloksooni programmide tõhususest tõendas, et haridus- ja koolitusmeetmed koos kodus manustatava naloksooni pakkumisega vähendavad üleannustamisega seotud suremust. Eriti suurt kasu võib see tuua suure üleannustamisriskiga rahvastikurühmadele, nagu hiljuti vanglast vabanenud isikud. Vangid osalevad kaasavõetava naloksooni programmides Eestis, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis ning Norras algab 2018. aastal naloksooni jagamine vanglas.

Enamasti sisaldab ravimi- ja tervishoiuteenustega pakutav naloksoonikomplekt kas geneerilist süstitavat naloksooni (0,4 või 1 mg / 1 ml) ravimiga eeltäidetud ampullides või süstaldes. Prantsusmaal anti 2017. aasta juulis laiemat kasutust hõlbustav müügiluba kontsenteeritumale ninakaudsele ravimivormile (0,9 mg/0,1 ml), mida on katsetatud 2016. aastast peale. 2017. aastal kiitis Euroopa Komisjon Euroopa Liidus, Norras, Islandil ja Liechtensteinis turustamiseks heaks ninasprei. Sprei sisaldab 0,1 ml lahuses 1,8 mg naloksooni.



Uimastite üleannustamisest tuleneva haigestumuse ja suremuse vähendamine on suur rahvatervisealane ülesanne

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

EMCDDA ja ECDC ühisväljaanded

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

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.

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

Lisa

Riikide hinnangulised andmed uimastitarvitamise leviku, sealhulgas probleemse opioiditarvitamise, 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 2018](#), mis sisaldab märkusi ja metaandmeid. Täpsustatud on aastad, mille kohta andmed on esitatud.

TABEL A1

OPIOIDID

Riik	Hinnanguline probleemne opioiditarvitamine		Aasta jooksul ravi alustajad						Asendus- ravi patsien- did
			Opioiditarvitajate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate opioiditarvitajate 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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tšehhi Vabariik	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Taani	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Saksamaa	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Eesti	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Iirimaa	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Kreeka	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Hispaania	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Prantsusmaa	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Horvaatia	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Itaalia	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Küpros	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Läti	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Leedu	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luksemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungari	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Poola	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumeenia	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Sloveenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovakkia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Soome	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Rootsi (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Ühendkuningriik	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
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)	–
Norra (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Euroopa Liit	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EL, Türgi ja Norra	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Ravialustajate andmed on 2016. aasta või viimase aasta kohta, mille andmed on kättesaadavad: Tšehhi Vabariik, 2014; Taani, Hispaania, Madalmaad ja Türgi, 2015. Asendusravi patsientide andmed on 2016. aasta või viimase aasta kohta, mille andmed on kättesaadavad: Taani, Hispaania, Ungari, Poola ja Soome, 2015; Madalmaad, 2014; Türgi, 2011. Rootsi kohta esitatud arv ei kajasta kõiki patsiente.

(¹) Ravialustajate andmed sisaldavad üksnes haiglaravi ja spetsialiseeritud ambulatoorse ravi asutuste andmeid.

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

TABEL A2

KOKAIIN

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad					
	Rahvastik			Kooliõpilased	Kokaiinitarvitajate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate kokaiinitarvitajate osakaal		
	Uuringu aasta	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik patsiendid	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tšehhi Vabariik	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Taani (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Saksamaa (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Eesti	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Iirimaa	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Kreeka (³)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Hispaania	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Prantsusmaa	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Horvaatia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Itaalia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Küpros	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Läti	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leedu	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luksemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungari (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Madalmaad	2016	5,9	3,7	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	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Poola	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumeenia	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sloveenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovakkia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Soome	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Rootsi (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Ühendkuningriik (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Türgi	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norra (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Euroopa Liit	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Hinnangulised andmed leviku kohta kooliõpilaste seas on võetud ESPADi 2015. aasta uuringust, välja arvatud Belgia (2016; ainult Flandria), Hispaania (2016), Saksamaa (2011), Itaalia (2016), Luksemburg (2010; 15-aastased), Rootsi (2016) ja Ühendkuningriik (2014; ainult Inglismaa, 15-aastased) kohta. Andmete kogumise korra ebakindluse tõttu ei ole Läti andmed võrreldavad.

Ravialustajate andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta: Tšehhi Vabariik, 2014; Taani, Hispaania, Madalmaad ja Türgi, 2015.

(¹) Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

(²) Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

(³) Ravialustajate andmed sisaldavad üksnes haiglaravi ja spetsialiseeritud ambulatoorse ravi asutuste andmeid.

(⁴) Elanikkonna seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

TABEL A3

AMFETAMIINID

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad						
	Rahvastik			Kooliõpilased	Amfetamiinitarvitajate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate amfetamiinitarvitajate 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	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)	
Bulgaaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)	
Tšehhi Vabariik	2016	3,0	1,7	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 ⁽¹⁾	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)	
Saksamaa ⁽²⁾	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)	
Eesti	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)	
Läti	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)	
Kreeka	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)	
Hispaania	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)	
Prantsusmaa	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)	
Horvaatia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–	
Itaalia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)	
Küpros	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)	
Läti	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)	
Leedu	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)	
Luksemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–	
Ungari ⁽²⁾	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)	
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)	
Madalmaad	2016	5,3	3,6	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	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)	
Poola	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)	
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–	
Rumeenia	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Sloveenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)	
Slovakkia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)	
Soome	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)	
Rootsi ^(1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–	
Ühendkuningriik ^(1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)	
Türgi	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)	
Norra ⁽¹⁾	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–	
Euroopa Liit	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)	
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)	

Hinnangulised andmed leviku kohta kooliõpilaste seas on võetud ESPADi 2015. aasta uuringust, välja arvatud Belgia (2016; ainult Flandria), Hispaania (2016), Saksamaa (2011), Itaalia (2016), Luksemburg (2010; 15-aastased), Rootsi (2016) ja Ühendkuningriik (2014; ainult Inglismaa, 15-aastased) kohta. Andmete kogumise korra ebakindluse tõttu ei ole Läti andmed võrreldavad.

Ravialustajate andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta: Tšehhi Vabariik, 2014; Taani, Hispaania, Madalmaad ja Türgi, 2015. Saksamaa, Rootsi ja Norra andmed käsitlevad „muude stimulantide kui kokaiini“ tarvitajaid.

⁽¹⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Ravialustajate andmed sisaldavad üksnes haiglaravi ja spetsialiseeritud ambulatoorse ravi asutuste andmeid.

⁽⁴⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

TABEL A4

MDMA

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Rahvastik Kooliõpilased				MDMA tarvitajate osakaal ravialustajate seas		
	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
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	
Belgia	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tšehhi Vabariik	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Taani (1)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Saksamaa (2)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Eesti	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Iirimaa	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Kreeka (2)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Hispaania	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Prantsusmaa	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Horvaatia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Itaalia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Küpros	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Läti	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Leedu	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luksemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungari (2)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Madalmaad	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Poola	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumeenia	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Sloveenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakkia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Soome	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Rootsi (1)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Ühendkuningriik (1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Türgi	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norra (1)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Euroopa Liit	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Hinnangulised andmed leviku kohta kooliõpilaste seas on võetud ESPADi 2015. aasta uuringust, välja arvatud Belgia (2016; ainult Flandria), Hispaania (2016), Saksamaa (2011), Itaalia (2016), Luksemburg (2010; 15-aastased), Rootsi (2016) ja Ühendkuningriik (2014; ainult Inglismaa, 15-aastased) kohta. Andmete kogumise korra ebakindluse tõttu ei ole Läti andmed võrreldavad.

Ravialustajate andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta: Tšehhi Vabariik, 2014; Taani, Hispaania, Madalmaad ja Türgi, 2015.

(1) Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

(2) Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

(3) Elanikkonna seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

TABEL A5

KANEP

Riik	Hinnanguline levimus				Aasta jooksul ravi alustajad		
	Rahvastik			Kooliõpilased	Kanepitarvitajate osakaal ravialustajate seas		
	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
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	
Belgia	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tšehhi Vabariik	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Taani ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Saksamaa ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Eesti	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Iirimaa	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Kreeka ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Hispaania	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Prantsusmaa	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Horvaatia	2015	19,4	16,0	21	–	59,5 (458)	–
Itaalia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Küpros	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Läti	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Leedu	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luksemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungari ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Madalmaad	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Poola	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumeenia	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Sloveenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovakkia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Soome	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Rootsi ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Ühendkuningriik ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Türgi	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norra ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Euroopa Liit	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Hinnangulised andmed leviku kohta kooliõpilaste seas on võetud ESPADi 2015. aasta uuringust, välja arvatud Belgia (2016; ainult Flandria), Hispaania (2016), Saksamaa (2011), Itaalia (2016), Luksemburg (2010; 15-aastased), Rootsi (2016) ja Ühendkuningriik (2014; ainult Inglismaa, 15-aastased) kohta. Andmete kogumise korra ebakindluse tõttu ei ole Läti andmed võrreldavad.

Ravialustajate andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta: Tšehhi Vabariik, 2014; Taani, Hispaania, Madalmaad ja Türgi, 2015.

⁽¹⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangute vanusevahemikud: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Ravialustajate andmed sisaldavad üksnes haiglaravi ja spetsialiseeritud ambulatoorse ravi asutuste andmeid.

⁽⁴⁾ Elanikkonna seas levimuse hinnangud puudutavad üksnes Inglismaad ja Walesi.

TABEL A6

MUUD NÄITAJAD

Riik	Uimastitarbimisest põhjustatud surmad (15–64-aastased)	Süstivate uimastitarvitajate hulgas 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	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tšehhi Vabariik	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Taani	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Saksamaa	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Eesti	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Iirimaa (1)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Kreeka	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Hispaania (2)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Prantsusmaa (1)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Horvaatia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Itaalia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Küpros	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Läti	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Leedu	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luksemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungari	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Madalmaad	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Poola	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumeenia (3)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Sloveenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovakkia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Soome	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Rootsi	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Ühendkuningriik (4)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Türgi	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norra	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Euroopa Liit	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EL, Türgi ja Norra	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Uimastitest tingitud surmajuhtumite statistika 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) Eriprogrammide kaudu jaotatud süstalde arv 2015. aastal.

(3) Uimastitest tingitud surmajuhtumid: piirkondliku ulatusega kaetus.

(4) Ühendkuningriigi süstaldega seotud andmed: Inglismaa kohta andmed puuduvad, Šotimaa 4 742 060 ja Wales 3 100 009 (mõlema puhul 2016. aasta andmed), Põhja-Iirimaa 309 570 (2015. aasta andmed).

TABEL A7

KONFISKEERIMISED

Riik	Heroiin		Kokaiin		Amfetamiinid		MDMA	
	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv
	kg	üldarv	kg	üldarv	kg	üldarv	tabletid (kg)	üldarv
Belgia	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tšehhi Vabariik	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Taani	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Saksamaa	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Eesti	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Iirimaa	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Kreeka	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Hispaania	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Prantsusmaa	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Horvaatia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Itaalia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Küpros	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Läti	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Leedu	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luksemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungari	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Madalmaad	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Poola	9	–	449	–	961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumeenia	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Sloveenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakkia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Soome	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Rootsi	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Ühendkuningriik	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Türgi	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norra	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Euroopa Liit	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EL, Türgi ja Norra	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetamiinide hulka kuuluvad amfetamiin ja metamfetamiin.

Kõik andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta.

TABEL A7

KONFISKEERIMISED (jätkub)

Riik	Kanepivaik		Kanepiürt		Kanepitaimed	
	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv	Konfiskeeritud kogus	Konfiskeerimiste arv
	kg	üldarv	kg	üldarv	taimed (kg)	üldarv
Belgia	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tšehhi Vabariik	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Taani	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Saksamaa	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Eesti	548	22	46	575	- (79)	28
Iirimaa	-	192	-	1 049	- (-)	182
Kreeka	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Hispaania	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Prantsusmaa	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Horvaatia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Itaalia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Küpros	2	20	171	753	311 (-)	37
Läti	3	96	44	872	- (50)	22
Leedu	551	54	68	654	- (-)	0
Luksemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungari	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Madalmaad	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Poola	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumeenia	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Sloveenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovakkia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Soome	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Rootsi	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Ühendkuningriik	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Türgi	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norra	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Euroopa Liit	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EL, Türgi ja Norra	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Kõik andmed on 2016. aasta või viimase teadaoleva aasta kohta.

Võta ühendust ELiga

Isiklikult

Kõikjal Euroopa Liidus on sadu Europe Directi teabekeskusi. Teile lähima keskuse aadressi leiate: https://europa.eu/european-union/contact_et

Telefoni või e-postiga

Europe Direct on teenus, mis vastab Teie küsimustele Euroopa Liidu kohta. Teenusega saate ühendust võtta:

- helistades tasuta numbril: 00 800 6 7 8 9 10 11 (mõni operaator võib nende kõnede eest tasu võtta),
- helistades järgmisel tavanumbril: +32 22999696 või
- e-posti teel: https://europa.eu/european-union/contact_et

ELi käsitleva teabe leidmine

Veebis

Euroopa Liitu käsitlev teave on kõigis ELi ametlikes keeltes kättesaadav Euroopa veebisaidil: https://europa.eu/european-union/index_et

ELi väljaanded

Tasuta ja tasulisi ELi väljaandeid saab alla laadida või tellida järgmisel aadressil: <https://publications.europa.eu/et/publications>
Suuremas koguses tasuta väljaannete saamiseks võtke ühendust talitusega Europe Direct või oma kohaliku teabekeskusega (vt https://europa.eu/european-union/contact_et).

ELi õigus ja seonduvad dokumendid

ELi käsitleva õigusteabe, sealhulgas alates 1952. aastast kõigi ELi õigusaktide konsulteerimiseks kõigis ametlikes keeleversioonides vt EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

ELi avatud andmed

ELi avatud andmete portaal (<http://data.europa.eu/euodp/et>) võimaldab juurdepääsu ELi andmekogudele. Andmeid saab tasuta alla laadida ja taaskasutada nii ärilisel kui ka mitteärilisel eesmärgil.

Aruandest

Suundumuste ja arengute aruandes antakse tiptasemel ülevaade Euroopa uimastiprobleemidest, käsitledes uimastite pakkumist, tarvitamist ja rahvaterviseprobleeme, samuti uimastipoliitikat ja sekkumismeetmeid. Koos veebipõhise [statistikabülletääni](#) ja [30 riigi uimastiprobleemide aruandega](#) moodustab see [Euroopa uimastiprobleemide 2018. aasta aruande](#).

EMCDDA kohta

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, uimastivaldkonna töötajatele ja teadlastele ning laiemas plaanis ka meediale ja üldsusele. Lissabonis asuv EMCDDA on Euroopa Liidu detsentraliseeritud asutus.