



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

ET

ISSN 2314-906X

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2015



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

Euroopa uimasti- probleemide aruanne

Suundumused ja arengud

2015

Õiguslik teade

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, ELi liikmesriikide või Euroopa Liidu mis tahes institutsioonide või asutuste ametlikku seisukohta.

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

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

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

Lisateavet Euroopa Liidu kohta saab internetist Euroopa serverist (<http://europa.eu>).

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

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2015

ISBN 978-92-9168-801-2

doi:10.2810/51885

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2015

Allikale viitamisel on reprodutseerimine lubatud.

Printed in Spain

TRÜKITUD VALGELE ELEMENTAARKLOORIVABALE PAPERILE (ECF)



Euroopa Narkootikumide ja
Narkomaania Seirekeskus

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Sisukord

5	Eessõna
9	Sissejuhatav märkus ja tänuavaldus
11	KOKKUVÕTE Europa uimastituru dünaamika: üleilmsed mõjutegurid ja kohalikud erinevused
19	1. PEATÜKK Uimastite pakkumine ja turg
39	2. PEATÜKK Uimastitarbimine ja uimastitega seotud probleemid
61	3. PEATÜKK Uimastiprobleemidesse tervishoiu- ja sotsiaalvahenditega sekkumine
75	LISA Riikide andmete tabelid

| Eessõna

Meil on hea meel esitleda Euroopa uimastiolukorra 20. iga-aastast analüüsi – Euroopa uimastiprobleemide aruannet 2015.

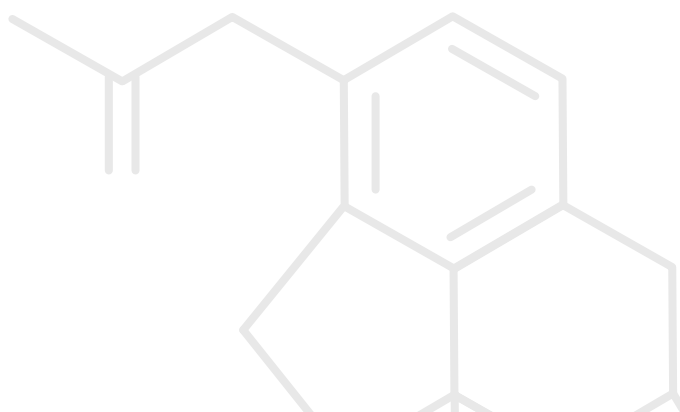
Käesolevast aastaaruandest leiata tervikliku ülevaate Euroopa uimastiprobleemidest ja nende ohjeldamiseks võetud meetmetest. Euroopa uimastiprobleemide aruande pakett koosneb omavahel seotud materjalidest, millest kõige tähtsam on suundumuste ja arengute aruanne. Aruanne põhineb Euroopa ja riikide andmetel ning selles esitatakse tiptasemel tähelepanekuid peamiste suundumuste, sekkumiste ja tegevuspõhimõtete kohta, analüüsides süvitsi aktuaalseid teemasid. Aruande pakett sisaldab psühhosotsiaalsete sekkumismeetmete, uimastitarbimissuundumuste, bensodiasepiinide kuritarvitamise ja heroini salakaubaveo marsruutide uusi analüüse.

Terviklik multimeediapõhine teabepakett – praegune Euroopa uimastiprobleemide aruanne – erineb oluliselt EMCDDA 1996. aastal avaldatud uimastitega seotud olukorra aruandest. Kaksikümne aastat tagasi oli 15 liikmesriigis ühtlustatud järelevalvesüsteemide loomine raske ülesanne. Seda enam avaldab muljet, et 1995. aastal loodud algelised seiremehhanismid on praeguseks arenenud 30 riiki hõlmavaks rahvusvaheliselt tunnustatud Euroopa süsteemiks.

Usume, et EMCDDA on andnud saavutatud edusse väärtusliku panuse, ning samas tunnustame, et meie töö sõltub ka tihedast koostööst partneritega. Lõppkokkuvõttes on aruandes esitatud Euroopa analüüs võimalik eelkõige tänu liikmesriikide investeringutele usaldusväärsete riiklike uimastiteabesüsteemide väljatöötamisse.

Käesolev aruanne tugineb andmetele, mille on kogunud Reitoxi riiklike teabekeskuste võrgustik tihedas koostöös riikide ekspertidega. Käesoleva analüüsi koostamisele on kaasa aidanud ka meie jätkuv koostöö Euroopa partneritega: Euroopa Komisjoni, Europoli, Euroopa Ravimiameti ja Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusega. Soovime esile tõsta ka mitmesuguste Euroopa teadusrühmituste ja -algatuste toetust, kelle tehtud tööta oleks aruanne palju vaesem.

Viimase kahekümne aastaga ei ole tundmatuseni muutunud mitte üksnes meie aruanne. Sama on toimunud ka Euroopa uimastiprobleemidega. EMCDDA asutamise ajal oli Euroopas parajasti heroini epidemia ning uimastipoliitika peamine ajend oli vajadus pidurdada HIV-i levikut ja vähendada AIDS-iga seotud suremust. Praegu on heroinitarbimine ja HIV-iga seotud probleemid endiselt meie aruandluse keskmes, kuid arengud on optimistlikumad ja teadmised tõhusatest rahvatervise meetmetest põhjalikumad. Uimastiprobleemid aga on muutunud palju keerulisemaks. Seda näitab asjaolu, et paljud käesolevas aruandes käsitletud ained olid Euroopas seirekeskuse asutamise ajal peaaegu tundmatud.



Euroopa uimastiturud muutuvad ja arenevad jätkuvalt kiiresti. Seda kinnitab asjaolu, et 2014. aastal avastati üle saja uue psühhoaktiivse aine ning riskihindamised tehti kuue uue uimasti kohta – mõlemad näitajad on rekordilised. Selliste muutustega kursis olekuks ning selle tagamiseks, et meie pakutav analüüs hõlmaks uusi arenguid, teeb EMCDDA jätkuvalt tihedat koostööd teadlaste ja meditsiinitöötajatega. Seirekeskusena oleme alati pidanud tähtsaks esitada usaldusväärset ja poliitika seisukohast olulist teavet õigel ajal. See on jätkuvalt meie eesmärk, samuti püüame tagada, et olenemata uimastiprobleemide liigist toetab Euroopa meetmeid elujõuline, asjalik ja otstarbekohane teabesüsteem.

João Goulão

EMCDDA haldusnõukogu esimees

Wolfgang Götz

EMCDDA direktor

| Sissejuhatav märkus ja tänuavaldus

Käesolev aruanne on koostatud teabe põhjal, mis on EMCDDA-le esitatud Euroopa Liidu liikmesriikide, kandidaatriigi Türgi ning Norra riiklike aruannetena.

Selle eesmärk on esitada ülevaade ja kokkuvõte uimastiprobleemide olukorrast Euroopas ja nendesse sekkumise vahenditest. Kasutatud on 2013. 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. Lugejale teadmiseks, et harjumuste ja suundumuste seire sellises varjatud ja häbimärgistatud valdkonnas nagu uimastitarbimine on nii praktiliselt kui ka metodoloogiliselt keeruline. Seetõttu on aruandes esitatud analüüsis kasutatud mitmesuguseid andmeallikaid. Kuigi on märgata olulisi edusamme nii riikides kui ka selles, mida on võimalik saavutada Euroopa tasandi analüüsi abil, tuleb arvesse võtta kõnealuses valdkonnas esinevaid metodoloogilisi raskusi. Sellest tulevalt tuleb tõlgendamisel olla ettevaatlik, eriti kui riike võrreldakse ühe näitaja alusel. Andmetega seotud hoiatused ja märkused on esitatud aruande veebiversioonis ja statistikabülletäänis, kus on metoodika ja analüüsi tingimuste üksikasjalik teave ning märkused kättesaadavas teabes esinevate piirangute kohta. Samas on ka teave meetodite ja andmete kohta, mida on kasutatud Euroopa tasandi hinnangutes, kus võib kasutada interpolatsiooni.

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

- | Reitoxi riiklike teabekeskuste juhid ja töötajad;
- | käesoleva aruande jaoks lähtematerjali kogunud teenistused ja eksperdid liikmesriikides;
- | EMCDDA haldusnõukogu ja teaduskomitee liikmed;
- | Euroopa Parlament, Euroopa Liidu Nõukogu – eelkõige selle horisontaalne narkootikumide 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 (UNODC), Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo, Interpol, Maailma Tolliorganisatsioon, Euroopa kooliuuringute projekt alkoholi ja muude uimastite kohta (ESPAD), kanalisatsiooniuringute Euroopa tuumikrühm (SCORE) ning alkoholi ja muude sõltuvust tekitavate ainete Rootsi teabenõukogu (CAN);
- | Euroopa Liidu Asutuste Tõlkekeskus, Missing Element Designers, Nigel Hawtin ja Composiciones RALI.

Reitoxi riiklikud teabekeskused

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

Kokkuvõte

**Üleilmsete tegurite olulisus
uimastite pakkumisel ja poliitilistes
aruteludes on selle aasta analüüsis ilmne**

Euroopa uimastituru dünaamika: üleilmsed mõjutegurid ja kohalikud erinevused

Euroopa uimastiprobleeme käsitlevas uues EMCDDA analüüsis esitatud põhitulemused osutavad pikkajaliste harjumuste ja suundumuste jätkumisele, ent lisandub ka uusi tarbimis- ja sekkumisviise. Üleilmsete tegurite olulisus uimastite pakkumisel ja poliitilistes aruteludes on selle aasta analüüsis ilmne, samal ajal kui uutes suundumustes on esiplaanil kohalikud tarbimisviisid ja sekkumismeetmed. Piiri tõmbamine vanade ja uute uimastite vahele muutub järjest raskemaks ning nii nagu uued uimastid matkivad üha enam tuntud aineliike, võivad ka uute uimastitega seotud sekkumised kajastada tuntud uimastitega seotud probleemidesse sekkumise tõenditepõhiseid vahendeid.

| Tähelepanu keskmes on kanep

Kui rahvusvahelisel tasandil on palju huvi ja vaidlusi tekitanud Ameerikas toimunud algatused seoses kanepi ja kanepitoodete reguleeritud müügiga, on Euroopas kanepiga seotud arutelude keskmes endiselt sellega seotud võimalikud tervisekulud. Uued andmed näitavad, et kanepil on suur roll uimastitega seotud kuritegude statistikas; lisaks moodustab see 80% konfiskeeritud uimastitest ning kanepi tarbimine või isiklikuks kasutamiseks omamine moodustab rohkem kui 60% kõikidest Euroopas teatatud uimastitega seotud õigusrikkumistest (vt joonis). Kanepi tootmist ja selle vahendamist peetakse valdkonnaks, mis organiseeritud kuritegevuse suureneva osaluse tõttu muutub järjest olulisemaks ka õiguskaitsetegevuse seisukohast. Kanepi pakkumisega seotud õigusrikkumiste eest määratavates karistustes esineb riigiti aga märkimisväärsed erinevusi ning riiklike ekspertide andmetel võivad karistused ühe kilogrammi kanepi pakkumise eest ulatuda esmakordsel süüdimõistmisel vähem kui ühe aasta pikkusest vanglakaristusest kuni kümneaastase vangistuseni.

Uued andmed osutavad ka kanepi osatähtsuse suurenemisele Euroopa narkomaaniaravi süsteemides ning suurenenud on kanepitarbimisega seotud probleemide tõttu ravi vajajate arv. Seda tuleb vaadelda teenuste osutamise ja suunamistavade kontekstis. Mõnes riigis näiteks tuleb suur osa ravialustajatest otsesuunamisega kriminaalõigussüsteemist. Andmeid mõjutab ka see, et

määratlused ja tavad, mida täpselt peetakse kanepi tarvitamisega seotud häirete raviks, on riigiti erinevad ning võivad ulatuda lühikesest veebipõhisest konsultatsioonist kuni haiglaravini. Samuti näib olevat muutunud ravi kättesaadavus kanepitarbijatele, mis on tõenäoliselt tingitud nii teenuste vajalikkuse suuremast teadlikkusest kui ka teist liiki uimastite tarbimisega seotud teenuste nõudluse vähenemisest mõnes riigis, tänu millele on ravi saanud võimalikuks. Tõendid kinnitavad, et olenemata ravi liigist on kanepiga seotud probleemide korral kasulik psühhosotsiaalne sekkumine – seda meetodit on uuritud aruandele lisatud analüüsis. Lisaks näitavad õnnetuste ja erakorralist abi vajavate juhtumitega seotud uuringud, et üha enam esineb tugevatoimeliste kanepitoodetega seotud ägedaid terviseprobleeme. Arvestades tugevatoimeliste kanepitoodete suuremat kättesaadavust, on ilmselgelt vaja parandada selle uimasti tarbimisega seotud ägedate terviseprobleemide seiret.

Kas konkurents turul toob kaasa tugevama toimega tooted?

Käesoleval aastal kogutud andmed viitasid sellele, et kõik Euroopas enim tarbitavad uimastid on keskpikas või lühikeses perspektiivis muutunud puhtamaks ja tugevamaks. Selle nähtuse tagamaad on tõenäoliselt keerulised, kuid tunduvad olevat seotud nii tehnilise innovatsiooni kui ka konkurentsiga turul. Kanepitoodete valdkonnas, kus viimastel aastatel on suurenenud koduriigis toodetud tugevatoimeliste taimsete toodete turuosa, osutavad uued andmed imporditud kanepivaigu

toime tugevnemisele, mis on tõenäoliselt seotud tootmistavade muutumisega. Innovatsiooni ja suuremat puhtust on märgata ka MDMA puhul. Pärast perioodi, mil *ecstasy* nime all müüdavatel tablettidel oli tarbijate seas halva kvaliteedi ja toote manipuleerimisega seotud maine, mida kinnitasid ka kohtuekspertiiside andmed, on suure puhtusastmega MDMA-pulber ja -tabletid nüüd laialdasemalt kättesaadavad. Kristalsel kujul või pulbrina müüdava suure puhtusastmega MDMA turuletoomine tundub olevat teadlik strateegia, et eristada sellist liiki MDMA-d ja muuta see uimastitarbijate jaoks atraktiivsemaks. Samuti on turule ilmunud eripärase kuju ja logoga tugevatoimelised tabletid, millel on tõenäoliselt sama turunduslik eesmärk. Eelmisel aastal andsid EMCDDA ja Europol välja hoiatuse väga puhaste MDMA-toodete tarbimisega seotud terviseriskide kohta. Hoiatust on välja antud ka seoses *ecstasy* nime all müüdavate tablettidega, mis sisaldavad tegelikult ainet PMMA, vahel koos MDMA-ga. Farmakoloogiliselt on see uimasti rahvatervise seisukohast eriti murettekitav.

MDMA ja ka teiste sünteetiliste ainete puhul sõltub toote kvaliteet ja pakkumine suuresti lähteainete kättesaadavusest. Selles valdkonnas on innovatsioon samuti ilmne, eriti seoses tootmistavadega. Seda kinnitavad keemilise sünteesi meetodid ja osade hiljuti avastatud tootmiskohtade suur võimsus. Oletatakse, et mõnes riigis võib mõju avaldada ka uute psühhoaktiivsete ainete kättesaadavus. Näiteks on teateid, et kõrge kvaliteediga sünteetilised kannabinoidid ja katinoonid pakuvad otsest konkurentsi madala kvaliteediga ja suhteliselt kallitele tuntud uimastitele.

ENAMIK NARKOSEADUSTE RIKKUMISI ON SEOTUD KANEPIGA

1,25 miljonit narkoseaduste rikkumist

781 000

Kanepi kasutamine*

223 000

Muude uimastite kasutamine*

116 000

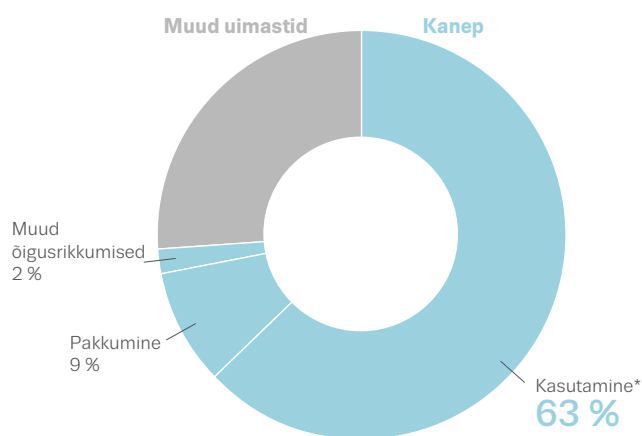
Kanepi pakkumine

86 000

Muude uimastite pakkumine

42 000

Muud õigusrikkumised



* „Kasutamine“ tähendab kasutamise ja enda tarbeks omamisega seotud õigusrikkumisi.

Muutused Euroopa herooiniturul

Heroiiniga seotud probleemid moodustavad Euroopas endiselt suure osa uimastitega seotud tervishoiu- ja sotsiaalkuludest, kuigi hiljutised suundumused selles valdkonnas on olnud suhteliselt positiivsed. Hiljutised andmed näitavad jätkuvalt, et nõudlus ravi järele ja heroiiniga seotud kahju väheneb, kuid mitu turunäitajat tekitavad muret. ÜRO hinnangud osutavad oopiumi tootmise olulisele suurenemisele Afganistanis, kust on pärit enamik Euroopas tarbitavast herooinist. Seega on võimalik, et kättesaadavus suureneb; muret tekitavad on ka hinnangud Euroopas müüdava herooini puhtuse suurenemise kohta. Mõnes riigis, kus on täheldatud puhtuse suurenemist, on hiljutiste andmete kohaselt suurenenud ka üleannustest tingitud surmajuhtumite arv. Ei ole selge, kas need näitajad on seotud, kuid uuringutes on vaja sellele tähelepanu pöörata. Uimastituru varjatuse tõttu tuleb selle dünaamikat analüüsida ettevaatlikult. Ilmnenu on siiski tõendeid herooini Euroopa turgudele tarnimise uute viiside kohta, mistõttu on võimalik uimasti uus levikulaine. Heroiinitarne muutumisele osutavad märgid hõlmavad herooinitöötlemise laborite avastamist Euroopas, kus neid varem ei ole leitud, ning tõendeid herooini kaubateede ja kuritegelike rühmituste tegevustavade muutumise kohta. Endiselt tekitab muret herooini vedu Pakistanist ja Afganistanist Euroopasse läbi Aafrika. Konfiskeerimisandmed osutavad tugevalt ka Türgi rollile geograafilise värvavana, mille kaudu uimasteid Euroopa Liitu ja Euroopa Liidust välja tarnitakse, ning herooini konfiskeerimised selles riigis on 2011. aastal registreeritud madalseisust osaliselt taastunud. Neid teemasid on käsitletud aruandele lisatud herooinikaubanduse analüüsis.

Vanemad uimastitarbijad vajavad uusi lahendusi

Herooini kättesaadavuse võimalikku suurenemist tuleb vaadelda seoses herooini nõudluse üldise soikumisega, mis on suures osas tingitud nii herooinitarbijate värbamise vähenemisest kui ka paljude herooiniprobleemidega uimastitarbijate osalemisest ravis. Lisaks raviteenuste terapeutilisele kasulikkusele on Euroopa ravis osalejate üldiselt kõrge taseme tõttu – hinnanguliselt 50% juhtumitest või rohkem – herooinipakkujate jaoks tõenäoliselt väiksem ja vähem atraktiivne turg. Heroiinisõltuvus on krooniline haigus ning käesolevas aruandes esitatud analüüs kinnitab varasemaid hinnanguid, et teenuseid on vaja kohandada, tulemaks toime vananeva sõltlastehulga vajadustega. Asjakohaste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamine sellele rühmale on uimastitega seotud teenuste seisukohast süvenev probleem. Sekkumise muudavad raskeks sellel rühmal

esinevad probleemid, mis on tingitud teiste ainete, sealhulgas tubaka ja alkoholi pikaajalisest kasutamisest. Vähemal määral on dokumenteeritud bensodiasepiinide kuritarvitamine suure riskitasemega uimastitarbijate seas, kuid seda on käsitletud uues analüüsis. Bensodiasepiinide kuritarvitamist üheaegselt opioididega seostatakse uimasti üleannustamise riski suurenemisega. Tõhusate sekkumismeetmete väljatöötamine üleannustest põhjustatud surmajuhtumite vähendamiseks on jätkuvalt Euroopa peamine poliitiline ülesanne. Selles valdkonnas toimunud arengud hõlmavad sihtotstarbeliste strateegiatega väljatöötamist, naloksooniprogrammide loomist ja suure riskitasemega rühmadele suunatud ennetusalgatusi. Mõnes riigis on pikaajaline tava pakkuda uimastitarbimiseks järelevalve all olevaid ruume, et saavutada kontakt raskesti mõjutatavate uimastitarbijatega ja vähendada uimastitega seotud kahju, sealhulgas üleannustest põhjustatud surmajuhtumeid. Aruandele on lisatud sellistes ruumides osutatavate teenuste ülevaade.

Läbi aegade on herooiniga, eriti herooini süstimisega seotud uimastipoliitika ja sekkumiste peamine ajend olnud vajadus vähendada HIV-iga seotud riskikäitumist ja HIV-i levikut. Hiljutised puhangud ja olukord mõnes Euroopa riigis näitavad, kuivõrd vajalik on püsida valvas ja tagada osutatavate teenuste piisav tase. Pikaajaline ülevaade osutab siiski selgelt olukorra üldisele paranemisele, mis näitab, milline mõju võib olla asjakohaste teenuste osutamisel. See on oluline sõnum, arvestades jõupingutusi, mida tehakse süstivate uimastitarbijate hulgas endiselt suhteliselt levinud C-hepatiidi käsitlemiseks. Selles valdkonnas tuleb juurde uusi ja tõhusaid ravimeetodeid, kuigi ravikulud on suured. EMCDDA märgib, et mõnes riigis tehakse Euroopa toetusel siiski jõupingutusi olukorra parandamiseks.



Seksuaalse ja uimastitega seotud riskikäitumise kombineerimine: üha enam muret tekitav valdkond

Aruandes esitatud olukorra analüüsid keskendutakse sageli riikidevaheliste erinevuste võrdlemisele. Oluline on siiski meeles pidada, et osa uimastite tarbimisega seotud käitumismustritest on seotud sotsiaal-kultuuriliste teguritega, mis ei pruugi seostuda konkreetse riigiga. Üks näide selle kohta on Euroopa suurlinnad, kus muret tekitab stimulandi süstimise levik homoseksuaalsete meeste väikeste rühmade seas. Käitumistavad, mis hõlmavad metamfetamiini, katinoonide ja muude ainete süstimist nn *chem-sex* pidude ajal, mõjutavad nii HIV-i levikut kui ka seksuaaltervishoiuteenuseid ning näitavad, et selles valdkonnas on vaja ühist sekkumist. See nähtus on vastupidine Euroopas valitsevale üldisele suundumusele seoses uimastite süstimisega, mis enamikus riikides väheneb, ning toob esile üldise vajaduse pöörata rohkem tähelepanu uimastite ja seksuaalse riskikäitumise vahelisele seosele.

Internet ja mobiilirakendused: virtuaalsete uimastiturgude teke

Sarnaselt arengutega teistes valdkondades kasutatakse ka uimastiprobleemide ja seksuaaltervisega seotud teenuste osutamiseks järjest rohkem internetti ja mobiilirakendusi. Teabe jagamine uimastite kohta, ennetusprogrammid ja teavitusteenused on kolinud erinevas ulatuses füüsilistest ruumidest üle virtuaalkeskonda. Paljud uimastitega seotud raviprogrammid on nüüd veebipõhised, mis parandab nende kättesaadavust uutele ja praegustele sihtrühmadele.

Järjest teadlikumaks saadakse ka interneti võimalikust rollist uimastite pakkumise ja turustamise valdkonnas. Tava- ja süvaveebis pakutakse müüa nii uusi psühhoaktiivseid aineid kui ka tuntud uimasteid, kuigi sellise tegevuse ulatus on teadmata. Arvestades, et enamikus teistes valdkondades liigub tarbijategevus füüsilistest poodidest e-poodidesse, võib uimastite e-turg kujuneda oluliseks valdkonnaks, millele tuleb tulevikus seiretegevuses keskenduda. See on tõenäoliselt problemaatiline valdkond ka uimastite kontrollimise poliitika seisukohast, kuna arengud, nt uute müügikohtade ja krüptorahade teke, võivad toimuda kiiresti. Vaja on kohandada kehtivaid regulatiivseid mudeleid, et need toimiksid üleilmses ja virtuaalkeskonnas.

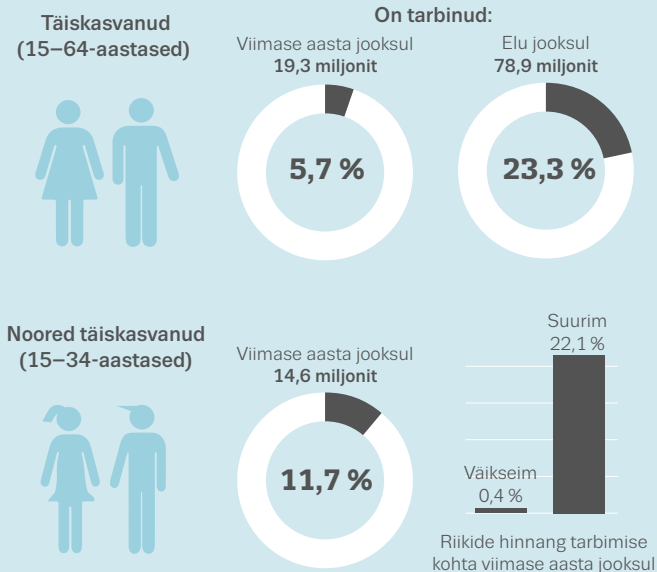
Uute psühhoaktiivsete ainete levik: vajadus parandada teadmisi

Internet on olulisel määral soodustanud ka uute psühhoaktiivsete ainete turu arengut nii otseselt veebipoodide kaudu kui ka kaudselt, võimaldades tootjatel pääseda hõlpsalt ligi teaduslikele andmetele ja ravimiinfole ning pakkudes võimalikele tarbijatele platvormi teabe vahetamiseks. Üldsuse ja poliitikute mure uute psühhoaktiivsete ainete kasutamise pärast on lühikese aja jooksul märgatavalt suurenenud. Meie teadmised selliste uimastite tarbimise ulatusest ja nendega seotud kahjust ei ole aga arenguga kaasas käinud. Nüüd on see hakanud muutuma tänu rohkemate riikide püüetele hinnata selliste ainete tarbimise sagedust. Metodoloogilistel põhjustel on hinnangute tegemine selles valdkonnas keeruline ning seni on riikide hinnanguid olnud raske võrrelda. Siiski on olemas teatud võrreldavad andmed. Eurobaromeetri hiljutisel kiiruringul noorte ja uimastite kohta on küll tarbimise sageduse hindamise vahendina metodoloogilisi piiranguid, kuid see sisaldab siiski standardse küsimustiku alusel kogutud andmeid kõikide ELi liikmesriikide kohta. Uuringutulemuste põhjal näib, et enamikus riikides on elu jooksul uusi psühhoaktiivseid aineid kasutanud vähesed noored.

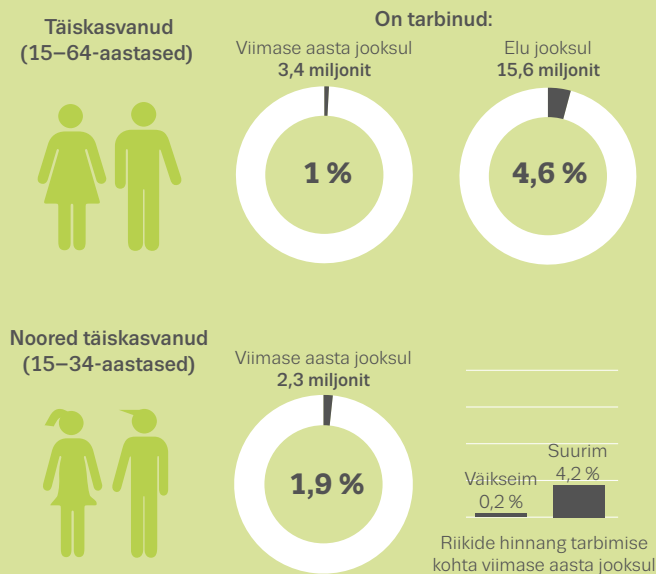
Teised nüüdseks kättesaadavaks tehtud uuringud võimaldavad saada aimu uute psühhoaktiivsete ainete teatud tarbimisviisidest. Kuigi neid uuringuid ei saa pidada esinduslikeks, näitavad need, et uute psühhoaktiivsete ainete tarbimist esineb mitmesuguste rühmade seas alates kooliõpilastest, peol käijatest ja psühhonautidest kuni vangide ja süstivate uimastitarbijateni. Järjest rohkem mõistetakse ka tarbimise ajendeid. Need on jällegi väga mitmekesised ning hõlmavad selliseid tegureid nagu õiguslik seisund, kättesaadavus ja hind, samuti soov vältida vahelejäämist ja kasutaja eelistused seoses konkreetsete farmakoloogiliste omadustega. On tõendeid ka selle kohta, et uued psühhoaktiivsed ained on toiminud turul asendusainetena ajal, kui tuntud ebaseaduslikke uimasteid on vähe saada või need on halva kvaliteediga. Näiteks on mefedrooni populaarsus teatud riikides käesoleva aastakümne alguses osaliselt seostatav ebaseaduslike stimulantide, näiteks MDMA ja kokaiini halva kvaliteediga. Huvitav on näha, kas tuntud uimastitega seoses täheldatud tugevuse ja puhtuse suurenemine mõjutab uute psühhoaktiivsete ainete tarbimist.

LÜHIÜLEVADE – HINNANGULINE UIMASTITARBIMINE EUROOPA LIIDUS

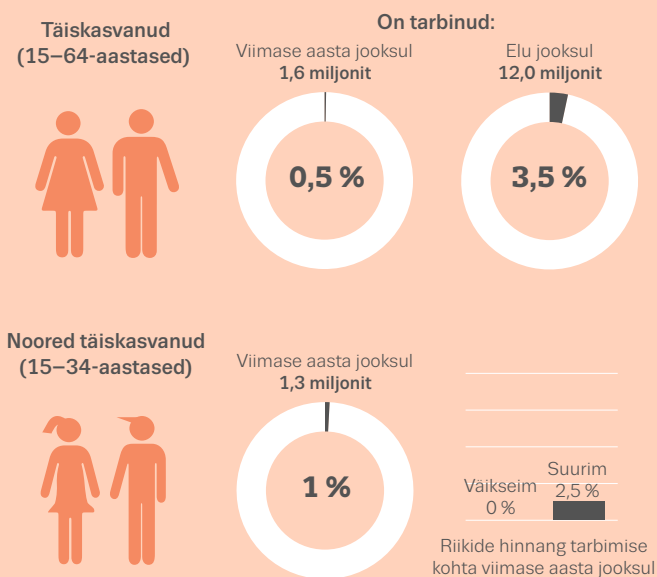
Kanep



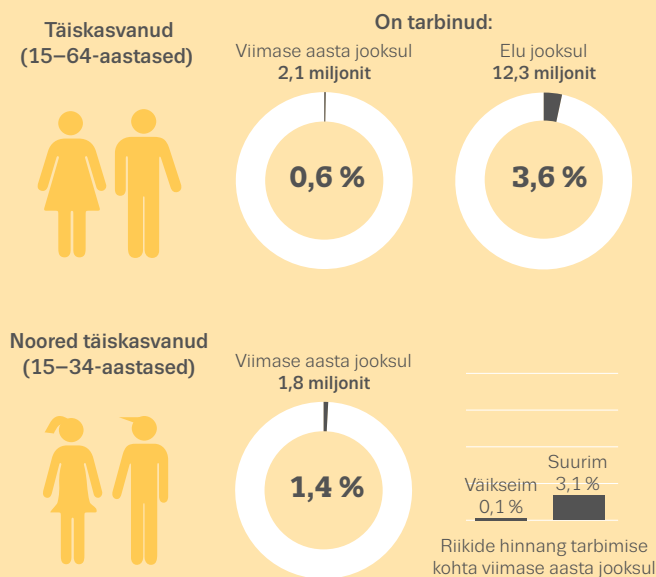
Kokaiin



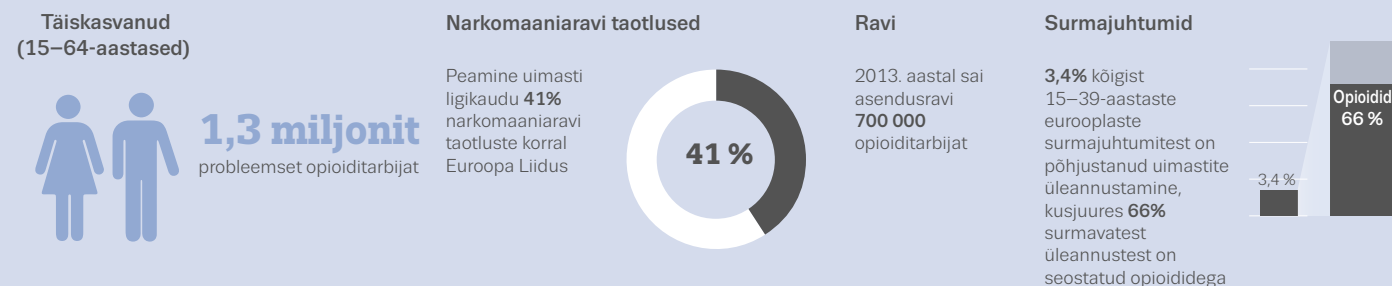
Amfetamiinid



Ecstasy



Opioidid



Märkus: täielikud andmed ja teave kasutatud meetoodika kohta on esitatud lisatud elektroonilises statistikabülletäänis.

Uimastiturul avastatud uute psühhoaktiivsete ainete arv suureneb jätkuvalt

Kuigi uute psühhoaktiivsete ainete tarbimine tundub olevat üldiselt piiratud, ei ole uute uimastite turuletuleku tempo aeglustunud. ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu esitatud teated näitavad, et endiselt suureneb nii Euroopa turul pakutavate uute psühhoaktiivsete ainete valik kui ka kogus. 2014. aastal avastati esimest korda 101 uut psühhoaktiivset ainet ning tähelepanuväärne on see, kuidas turule toodavad uued uimastid, peamiselt sünteetilised kannabinoidid, stimulandid, hallutsinogeenid ja opioidid, matkivad tuntud aineid. Käesolevas aruandes esitab EMCDDA uued andmed ka nende ainete konfiskeerimiste kohta. Oluline on siinkohal selgitada, et nende andmete kogumise meetod erineb uimastite konfiskeerimise tavapärasest seires kasutatavast meetodist ning neid kaht andmestikku ei saa otse võrrelda.

Enneolematu saavutusena tehti 2014. aastal kuus riskihindamist, mis rõhutab veel kord, kui oluline on keskenduda ainetele, mis põhjustavad suurt kahju. Riskihindamisel oli abiks erakorralise haiglaravi ja toksikoloogiaga seotud teabe parem kättesaadavus. Hoolimata edusammudest uimastitega seotud ägedate terviseprobleemide seires, piirab puudulik võimekus selles valdkonnas ülevaate saamist tagajärgedest rahvatervisele nii seoses uute psühhoaktiivsete ainete kui ka tänapäevaste uimastitarbimise harjumustega üldiselt.

Uute uimastitega seotud probleemidesse sekkumisel on tervishoiu- ja sotsiaalvahendite kasutamine olnud harv ja kasvanud aeglaselt, kuid on hakanud nüüd hoogustuma. Need hõlmavad mitmesuguseid jõupingutusi, mis jäljendavad tuntud ebaseaduslike uimastite puhul kasutatavaid sekkumisvahendeid, alates uimastialasest haridus- ja koolitustegevusest kuni tarbijapõhiste tarbijakaitse sekkumisteni internetis ning nõela- ja süstlavahetuse programmideni n-ö madala läve teenuste puhul.

1

**Euroopa on oluline uimastiturg,
mida hoiavad üleval kohapealne
tootmine ja uimastite import
teistest piirkondadest**

Uimastite pakkumine ja turg

Euroopa on rahvusvahelisel tasandil oluline uimastiturg, mida hoiavad üleval kohapealne tootmine ja uimastite import teistest piirkondadest. Ladina-Ameerika, Lääne-Aasia ja Põhja-Aafrika on olulised lähtepiirkonnad, kust narkootikume Euroopasse tuuakse, ning osa uimasteid ja lähteaineid veetakse läbi Euroopa teistesse maailmajagudesse. Euroopa on ka kanepi ja sünteetiliste uimastite tootmispiirkond, kusjuures kanepit toodetakse peamiselt kohaliku turu jaoks, kuid sünteetilisi uimasteid ekspordimiseks teistesse maailmaosadesse.

Uimastiturgude, uimastite pakkumise ja õigusaktide seire

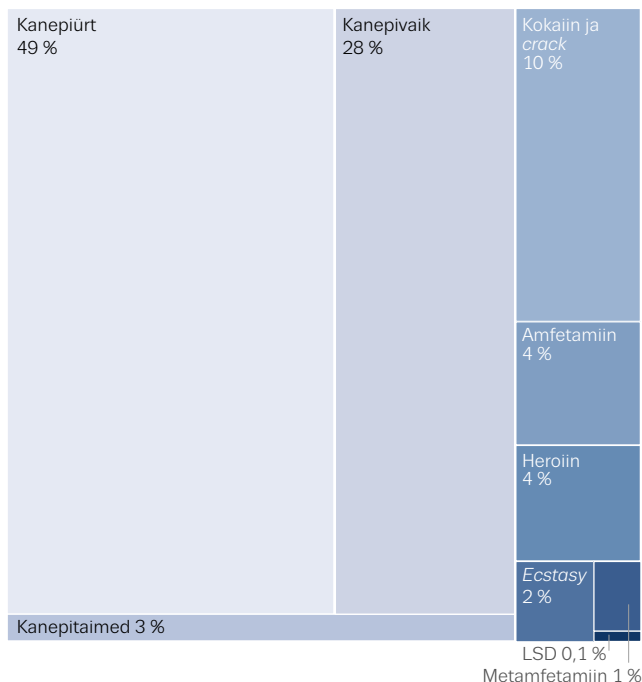
Käesolevas peatükis esitatud analüüs tugineb andmetele, mis on teatatud uimastite konfiskeerimiste, likvideeritud uimastitootmisrajatiste, uimastiõigusaktide rikkumiste ning uimastite jaehindade, puhtuse ja tugevuse kohta. Mõnes valdkonnas on suundumusi raske analüüsida, kuna osa riike pole konfiskeerimisandmeid esitanud. Täielikud andmestikud ja metodoloogia kirjeldused on veebis statistikabülletäänis. Suundumusi võivad mõjutada paljud tegurid, sealhulgas õiguskaitsetegevuse tase ja piiramismeetmete tõhusus.

Aruandes esitatakse andmed ka uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste kohta, millest on ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatanud EMCDDA ja Europoli partnerid riikides. Kuna selline teave pärineb juhtumiaruannetest, mitte korrapärastest seiresüsteemidest, esindavad hinnangud konfiskeerimiste kohta miinimumi. Andmeid mõjutavad eri tegurid, nagu suurem teadlikkus sellistest ainetest, nende muutuv õiguslik seisund ja õiguskaitseasutuste aruandlustavad. Varajase hoiatamise süsteemi täielik kirjeldus on toodud EMCDDA veebilehel uute uimastitega seotud tegevuse jaotises.

Kõikehõlmav ülevaade Euroopa uimastiõigusaktidest on kättesaadav veebis Euroopa uimastite õiguslikus andmebaasis. Õigusaktide rakendamist jälgitakse uimastitega seotud õigusrikkumisi käsitlevate aruannete kaudu.

JOONIS 1.1

Peamiste ebaseaduslike uimastite teatatud konfiskeerimiste arvu osakaal, 2013



Uimastite konfiskeerimised Euroopas: esikohal on kanep

Igal aastal teatatakse Euroopas ligikaudu miljonist ebaseaduslike uimastite konfiskeerimisest. Enamik neist on seotud tarbijatelt konfiskeeritud väikeste uimastikogustega, kuigi suure osa konfiskeeritud uimastite üldkogusest moodustavad mitmekilosed saadetised, mis konfiskeeritakse vahendajatelt ja tootjatelt.

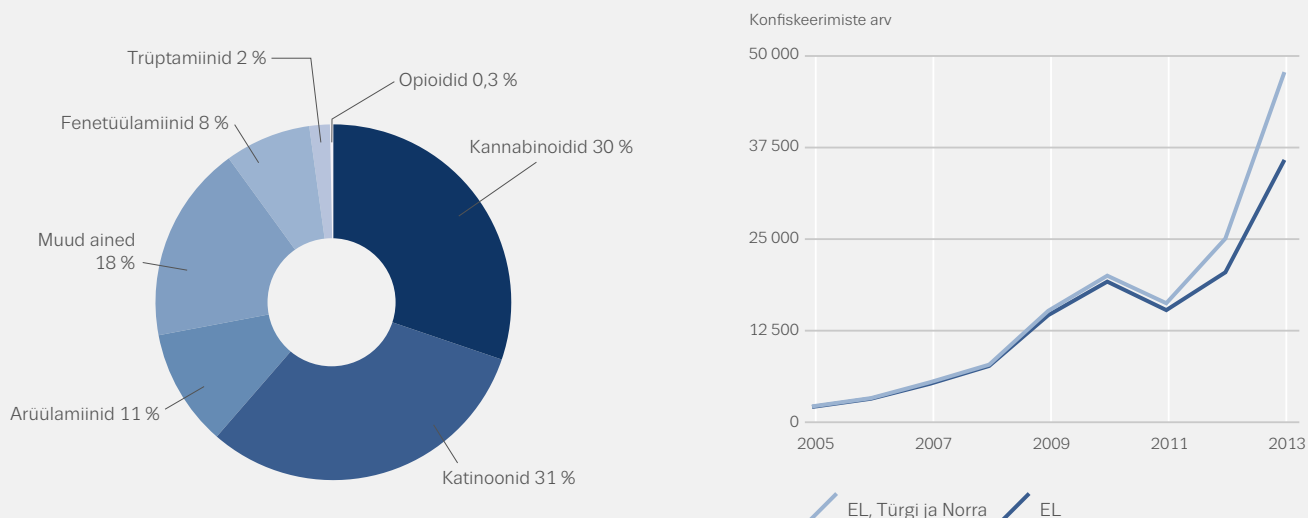
Kõige sagedamini, ligikaudu kaheksal juhul kümnest, konfiskeeritakse Euroopas kanepit (joonis 1.1), mis kajastab selle suhteliselt laialdast tarbimist. Teisel kohal on kokaiin, mida konfiskeeritakse üle kahe korra sagedamini kui amfetamiine või heroini. Ecstasy konfiskeerimiste arv on suhteliselt väike.

2013. aastal toimus kaks kolmandikku kõikidest konfiskeerimistest Euroopa Liidus vaid kahes riigis, Hispaanias ja Ühendkuningriigis, kuigi märkimisväärsel arvul konfiskeerimistest teatasid ka Belgia, Saksamaa, Itaalia ja neli Põhjamaad. Lisaks puuduvad hiljutised konfiskeerimisandmed Prantsusmaa ja Madalmaade (riigid, mis on varem teatanud suurel arvul konfiskeerimistest) ning Poola kohta. Nende andmete puudumine muudab esitatud analüüsi ebakindlamaks.

Kõige sagedamini, ligikaudu kaheksal juhul kümnest, konfiskeeritakse Euroopas kanepit

JOONIS 1.2

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste arv: jaotus peamiste 2013. aastal konfiskeeritud ainekategoriate kaupa (vasakul) ja suundumused (paremal)



Uimastite konfiskeerimises on oluline roll ka Türgil, kui võrd osa tabatud uimastitest oli ette nähtud tarbimiseks mujal, nii Euroopa kui ka Lähis-Ida riikides.

Aruanne sisaldab ka andmeid ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatatud uute psühhoaktiivsete ainete konfiskeerimiste arvu suurenemise kohta. 2013. aastal teatati 35 000 konfiskeerimisest, mis olid peamiselt seotud kannabinooidide ja katinoonidega (joonis 1.2). Seda tuleks pidada miinimumhinnanguks, kuna kõnealuses valdkonnas puudub korrapärane aruandlus. Tasub meeles pidada, et need andmed ei ole otse võrreldavad tuntud ainete, näiteks kanepi andmetega.

Kanepitooted: mitmekülgne turg

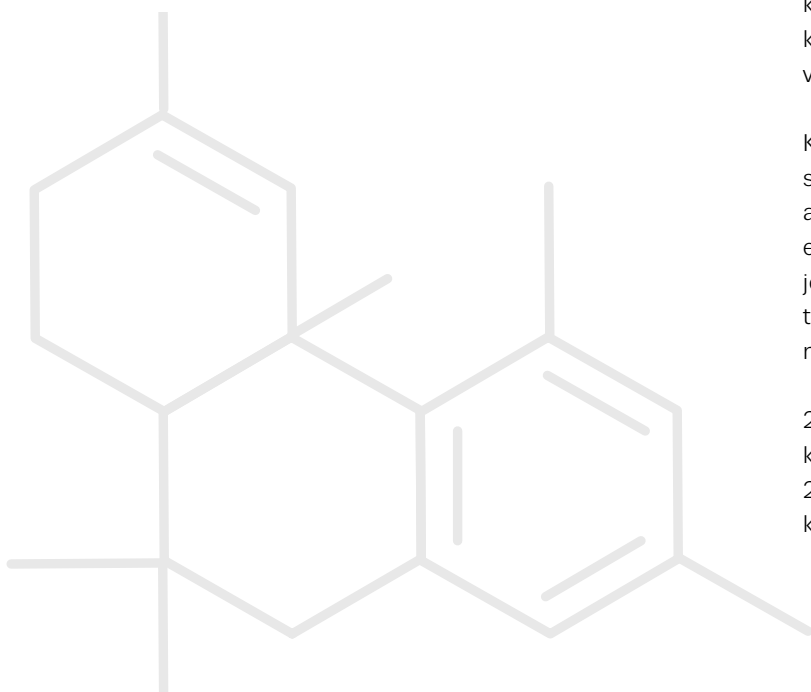
Kaks peamist kanepitoodet Euroopa uimastiturul on kanepiürt (marihuaana) ja kanepivaik (hašiš). Euroopas tarbitav kanepiürt on kasvatatud kodus või toodud salakaubana kolmandatest riikidest. Enamik kanepivaigust imporditakse laeva või lennukiga Marokost.

Euroopas on kanepiürti konfiskeeritud kanepivaigust rohkem alates 2009. aastast ja vahe üha suureneb (joonis 1.3). Tõenäoliselt on see suure osas tingitud võimalusest kasvatada mitmes Euroopa riigis kanepiürti kodus ning see kajastub ka kanepitaimede konfiskeerimiste arvu suurenemises.

Sellegipoolest konfiskeeritakse Euroopa Liidus kanepivaiku koguseliselt palju rohkem kui kanepiürti (460 tonni vs. 130 tonni). Osaliselt on see seletatav asjaoluga, et kanepivaiku tuuakse salakaubana sisse suurtes kogustes kaugelt ja üle piiride, mistõttu on selle avastamise võimalused suuremad.

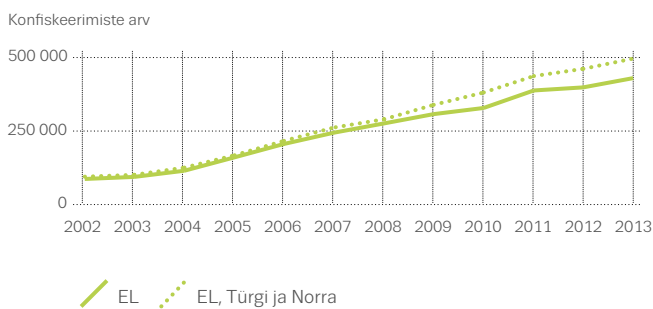
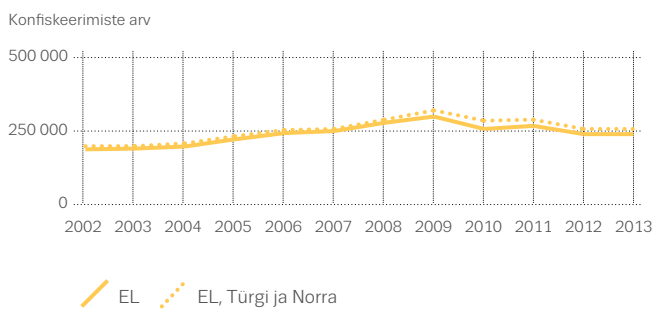
Kanepiturule on uue mõõtme andnud hiljuti turule tulnud sünteetilised kannabinooidid. Viimastel aastatel on avastatud üle 130 erineva sünteetilise kannabinooidi. Näib, et enamik neist ainetest on toodetud Hiinas. Euroopasse jõuavad kemikaalid pulbrina ning lisatakse seejärel tavaliselt taimsele materjalile ning pakendatakse müügiks n-õ seaduslike uimastitena.

2013. aastal teatati Euroopa Liidus kanepi 671 000 konfiskeerimisest (431 000 olid seotud kanepiürdiga ja 240 000 kanepivaiguga). Lisaks konfiskeeriti 30 000 juhul kanepitaimi. 2013. aastal teatasid ELi riigid varajase

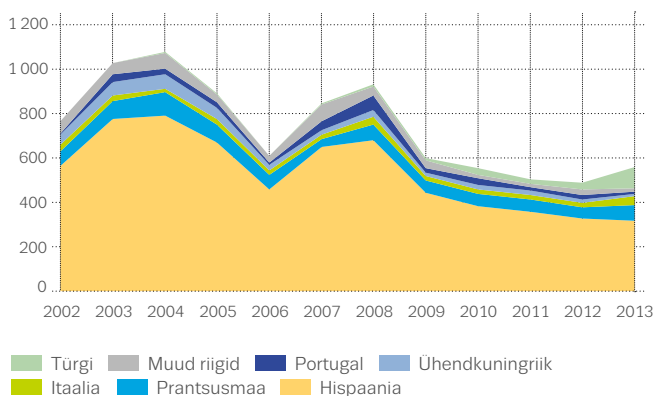


JOONIS 1.3

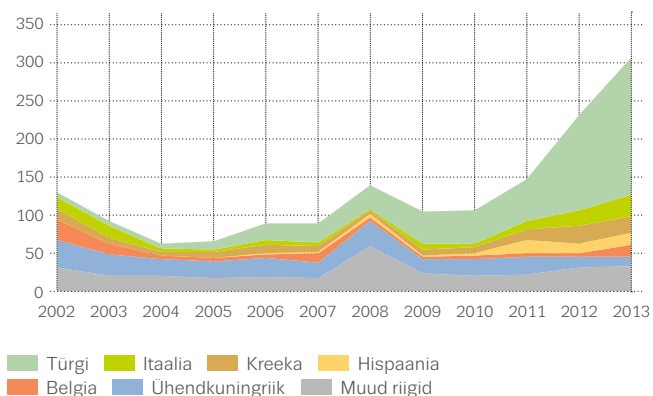
Suundumused seoses kanepi konfiskeerimiste arvu ja konfiskeeritud kogustega: kanepivaik (vasakul) ja kanepiürt (paremal)



Kanepivaik (tonni)



Kanepiürt (tonni)



hoiatamise süsteemi kaudu sünteetiliste kannabinooidide enam kui 10 000 konfiskeerimisest, mida on oluliselt rohkem kui 2011. aastal; lisaks teatas Türgi 11 000 konfiskeerimisest (vt joonis 1.4).

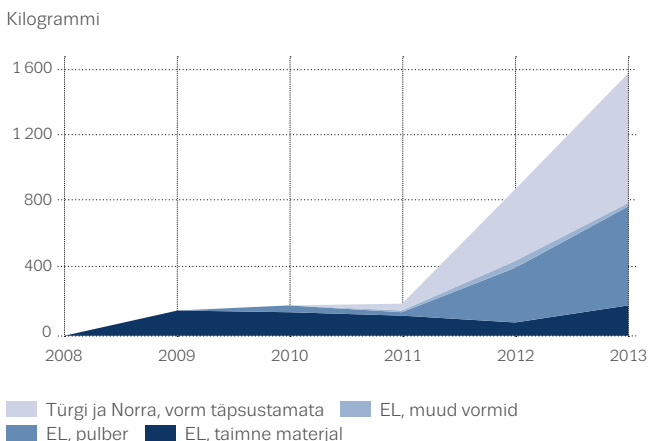
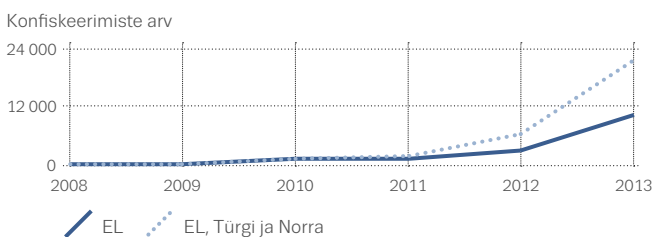
Konfiskeeritud kanepi koguse analüüsis tõuseb ebaproportsionaalselt esile väike arv riike, kuna neid läbivad olulised kanepi kaubateed. Näiteks Hispaanias, mis on Marokos toodetud kanepi peamine sisenemiskoht, moodustasid konfiskeeritud kogused üle kahe kolmandiku Euroopas 2013. aastal konfiskeeritud kanepivaigu üldkogusest (joonis 1.5). Kanepiürdi kogused on viimasel ajal oluliselt suurenenud Kreekas, Hispaanias ja Itaalias. Viimastel aastatel on Türgi konfiskeerinud kanepiürti suuremas koguses kui ükski teine Euroopa riik ning 2013. aastal teatatud kogus (180 tonni) oli suurem kui kõikide ELi liikmesriikide konfiskeeritud kogused kokku.

Kanepitaimede konfiskeerimist võib pidada märgiks uimasti tootmise kohta selles riigis. Metodoloogiliste probleemide tõttu tuleb kanepitaimede konfiskeerimist käsitlevatesse andmetesse suhtuda ettevaatusega; siiski suurenes konfiskeeritud taimede arv 1,5 miljonilt 2002. aastal 3,7 miljonini 2013. aastal.

Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumuste analüüs näitab, et aastatel 2006–2013 suurenes nii kanepiürdi kui ka kanepivaigu

JOONIS 1.4

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud sünteetiliste kannabinooidide konfiskeerimised: konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused, 2013



tugevus (tetrahüdrokannabinooli ehk THC sisaldus). Toime tugevnemine võib olla tingitud intensiivsete tootmismeetodite kasutusele võtmisest Euroopas ja viimasel ajal ka tugevatoimeliste taimede kasvatamisest Marokos.

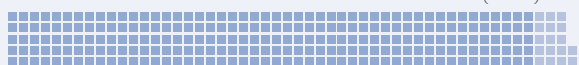
Aastatel 2006–2013 on Euroopa Liidu tasandil indekseeritud suundumuste järgi oluliselt suurenenud kanepiga seotud uimastiõigusaktide rikkumiste arv.

KANEP

Kanepivaik

Konfiskeerimiste

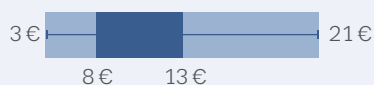
240 000 konfiskeerimist 257 000 konfiskeerimist (EL + 2)



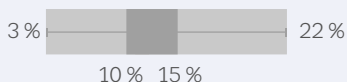
460 tonni konfiskeeritud
560 tonni konfiskeeritud (EL + 2)



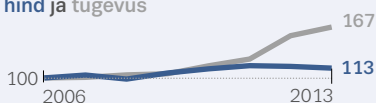
Hind (€/g)



Tugevus (% THC)



Indkseeritud suundumused: hind ja tugevus



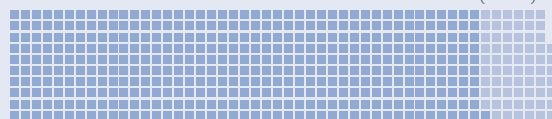
Kanepitaimed

30 000 konfiskeerimist 3,7 miljonit konfiskeeritud taime

Kanepiürt

Konfiskeerimiste

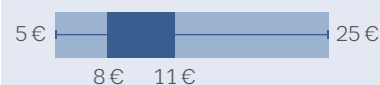
431 000 konfiskeerimist 497 000 konfiskeerimist (EL + 2)



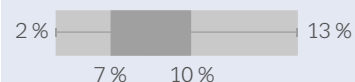
130 tonni konfiskeeritud
310 tonni konfiskeeritud (EL + 2)



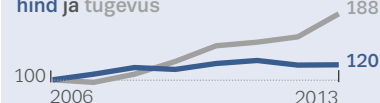
Hind (€/g)



Tugevus (% THC)



Indkseeritud suundumused: hind ja tugevus



Uimastiõigusaktide rikkumine

782 000 kanepi
tarbimise/omamisega seotud
teatatud õigusrikkumist

116 000 kanepi pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumist

78 %
tarbimise/omamisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest

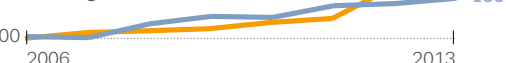


57 %
pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest



Indkseeritud suundumused:

tarbimise/omamise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised

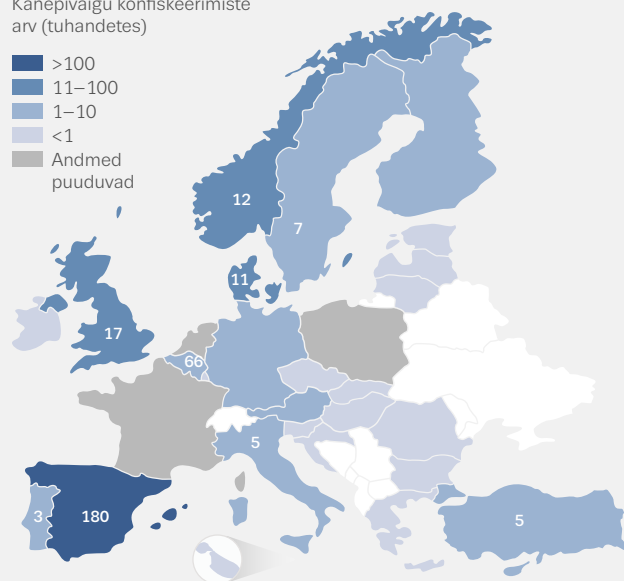
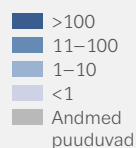


„EL + 2“ tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Õigusrikkumiste indekseeritud suundumused osutavad mis tahes kanepitootega seotud juhtumitele. Kanepitoodete hind ja tugevus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare (IQR). Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes.

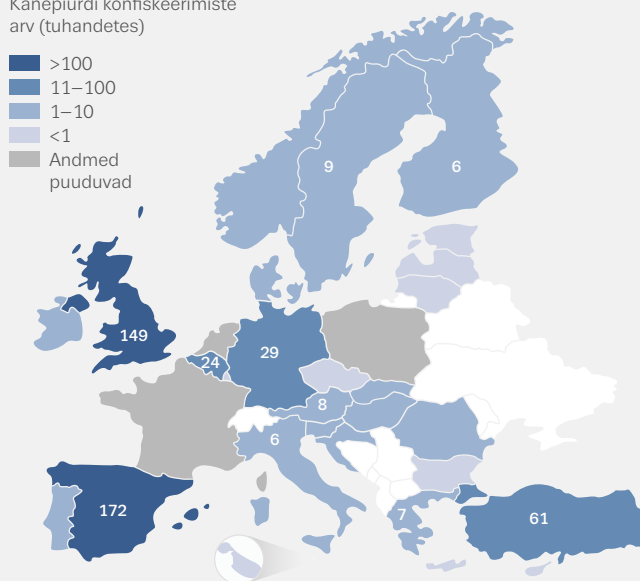
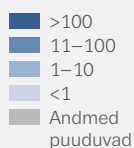
JOONIS 1.5

Kanepivaigu ja kanepiürdi konfiskeerimised, 2013

Kanepivaigu konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

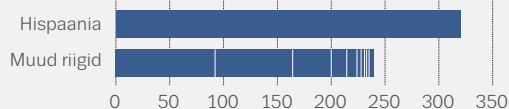


Kanepiürdi konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

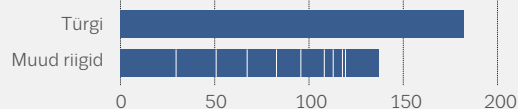


NB! Konfiskeerimiste arv (tuhandetes) 10 suurimate näitajatega riigis.

Konfiskeeritud kanepivaigu kogused (tonnides)



Konfiskeeritud kanepiürdi kogused (tonnides)



Opioidid: muutuv turg?

Kõige levinum opioid Euroopa turul on heroiin. Läbi aegade on imporditud heroiin olnud Euroopa turul kättesaadav kahel kujul: neist levinum on pruun heroiin (keemilise alusena), mis pärineb peamiselt Afganistanist. Tunduvalt haruldasem on valge heroiin (keemilise soolana), mida algselt imporditi Kagu-Aasiast, kuid mida nüüd võidakse toota ka Afganistanis või selle naaberriikides. Muudest opioididest konfiskeerisid Euroopa riikide õiguskaitseasutused 2013. aastal oopiiumi ja ravimeid – morfiini, metadooni, buprenorfiini, fentanüüli ja tramadooli. Osa opioidseid ravimeid oli kõrvale toimetatud ravimivarudest, samas kui osa oli toodetud konkreetselt ebaseadusliku turu jaoks. Muret tekitab on asjaolu, et alates 2005. aastast on ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu teatatud 14 uuest sünteetilisest opioidist, sealhulgas mitmest väga tugevast mittekontrollitavast fentanüülist.

Afganistan on endiselt maailma suurim ebaseadusliku oopiiumi tootja ja enamik Euroopas pakutavast heroiinist toodetakse arvatavasti seal või Afganistani naaberriikides Iraanis ja Pakistanis. Esineb märke selle kohta, et Euroopas võidakse nüüdseks tegeleda heroiini tootmise lõppetappidega, sellele osutavad kahe morfiinist heroiini tootva laboratooriumi avastamine Hispaanias 2013.–2014. aastal. Varem on teated Euroopast pärit ebaseaduslike

opioidsete uimastite kohta piirdunud kodus valmistatud moonitoodetega Ida-Euroopa teatud piirkondades.

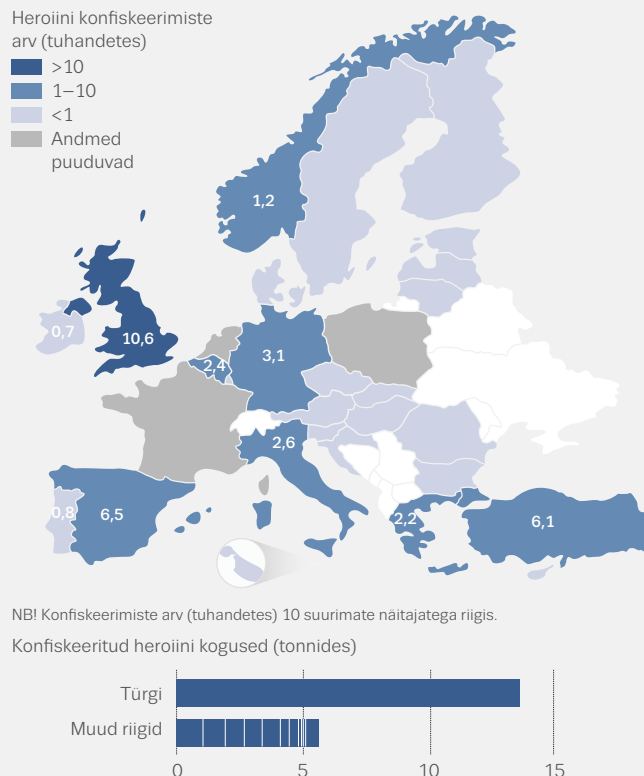
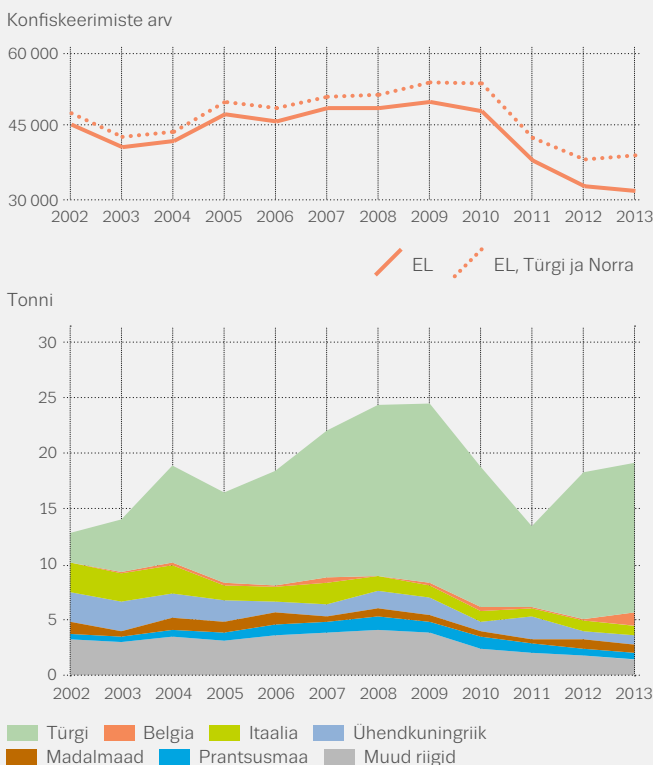
Heroiini tuuakse Euroopasse nelja salakaubateed pidi. Kaks kõige olulisemat on Balkani marsruut ja lõunamarsruut. Neist esimene kulgeb läbi Türgi Balkani riikidesse (Bulgaariasse, Rumeeniasse või Albaaniasse) ning sealt edasi Kesk-, Lõuna- ja Lääne-Euroopasse. Iraanist ja Pakistanist saabuvad heroiinisaadetised Euroopasse ka lennuki või laevaga otse või läbi Lääne-, Lõuna- ja Ida-Aafrika riikide. Viimastel aastatel tundub olevat suurenenud lõunamarsruudi tähtsus.

Heroiini konfiskeerimiste arv Euroopas alates 2010. aastast oluliselt vähenenud, olles eelnevalt püsitud suhteliselt stabiilne peaaegu kümme aastat. 2013. aastal oli nii heroiini konfiskeerimiste arv (32 000) kui ka konfiskeeritud kogus (5,6 tonni) viimase aastakümne väiksemaid. Kuigi Euroopa Liidus on konfiskeerimiste arv vähenenud, on Türgis konfiskeeritud kogus suurenenud (2013. aastal 13,5 tonni) ning alates 2006. aastast on seal konfiskeeritud rohkem heroiini kui kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides kokku (joonis 1.6).

Lisaks heroiini konfiskeerimiste arvu hiljutisele vähenemisele on indekseeritud suundumustes täheldatav ka hinna ja pakkumisega seotud õigusrikkumiste

JOONIS 1.6

Heroiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused (vasakul) ja 2013. aastal (paremal)



vähenev (vt graafik). 2010.–2011. aastal oli paljude riikide turgudel heroini oluline puudus, millest on nähtavasti täielikult taastunud ainult vähesed turud. Sellest hoolimata näitavad järjepidevalt aruandeid esitanud riikide tasandil indekseeritud suundumused, et 2013. aastal suurenes Euroopas heroini puhtus, ning osa riike on

väljendanud muret kättesaadavuse võimaliku suurenemise pärast. 2013. aastal kasvas Türgis konfiskeerimiste arv ning ka konfiskeeritud kogus oli suurem kui 2012. aastal, lisaks on ÜRO andmetel oopiumi tootmine Afganistanis oluliselt suurenenud. Kokkuvõttes esineb märke selle kohta, et kõnealuse uimasti kättesaadavus võib suurened

HEROIIIN

Konfiskeerimiste

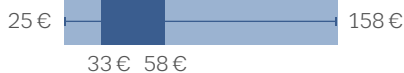
32 000
konfiskeerimist

39 000
konfiskeerimist (EL + 2)

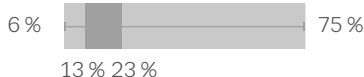
5,6
tonni konfiskeeritud

19,1
tonni konfiskeeritud (EL + 2)

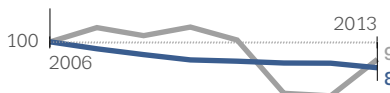
Hind (€/g)



Puhtus (%)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Uimastiõigusaktide rikkumine

37 800

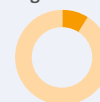
heroini
tarbimise/omamisega seotud
teatatud õigusrikkumist

17 000

heroini pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumist

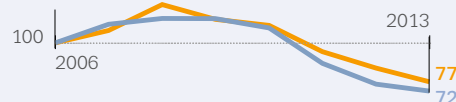


tarbimise/omamisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest



pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest

Indekseeritud suundumused: tarbimise/omamise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised



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

Kokaiin: stabiilne konfiskeerimine ja suurem puhtus

Euroopas pakutakse kokaiini kahel kujul, millest kõige tavalisem on kokaiinipulber (vesinikkloriidsoolana). Haruldasem on crack ehk kokaiini suitsetatav vorm (vaba alusena). Kokaiini toodetakse kokapõõsa lehtedest. Seda toodetakse peaaegu eranditult Boliivias, Colombias ja Peruus ning tuuakse Euroopasse õhu- või mereteed mööda. Olemasolevad andmed näitavad, et kokaiini tuuakse Euroopasse peamiselt lääne- ja lõunapoolsete riikide kaudu, kusjuures Hispaanias, Belgias, Madalmaades, Prantsusmaal ja Itaalias konfiskeeriti 2013. aastal konfiskeeritud 62,6 tonnist kokaiinist kokku 86% (joonis 1.7).

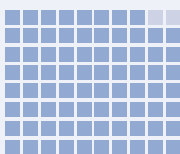
2013. aastal teatati Euroopa Liidus kokaiini ligikaudu 78 000 konfiskeerimisest, kokku konfiskeeriti kokaiini 63 tonni. Olukord on püsinud alates 2010. aastast suhteliselt stabiilsena, kuigi nii konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud kogus on märkimisväärselt väiksemad kui 2006. ja 2008. aasta rekordtasemed (joonis 1.7). Kuigi Hispaanias konfiskeeritakse endiselt suurem osa Euroopa kokaiinist, esineb märke Euroopa salakaubateede jätkuva mitmekesisustumise kohta, kuivõrd kokaiini konfiskeerimistest on hiljuti teatatud Vahemere idaosa, Läänemere ja Musta mere riikide sadamates. Üldiselt

näitavad indekseeritud suundumused, et kokaiini puhtus on viimastel aastatel suurenenud, kuid hind on püsinud suhteliselt stabiilne. Kokaiiniga seotud õigusrikkumiste suundumuste indeks näitab, et alates 2006. aastast on õigusrikkumiste arv suurenenud.

KOKAIIN

Konfiskeerimiste

78 000
konfiskeerimist



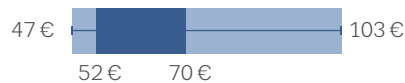
80 000
konfiskeerimist
(EL + 2)

62,6
tonni konfiskeeritud

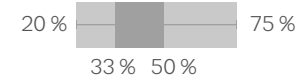


63,2
tonni konfiskeeritud (EL + 2)

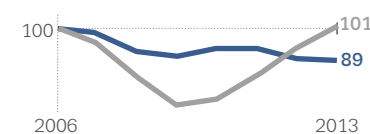
Hind (€/g)



Puhtus (%)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Uimastiõigusaktide rikkumine

72 300

kokaiini
tarbimise/omamisega seotud
teatatud õigusrikkumist

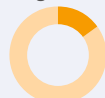


7 %

tarbimise/omamisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest

29 900

kokaiini pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumist



15 %

pakkumisega
seotud teatatud
õigusrikkumistest

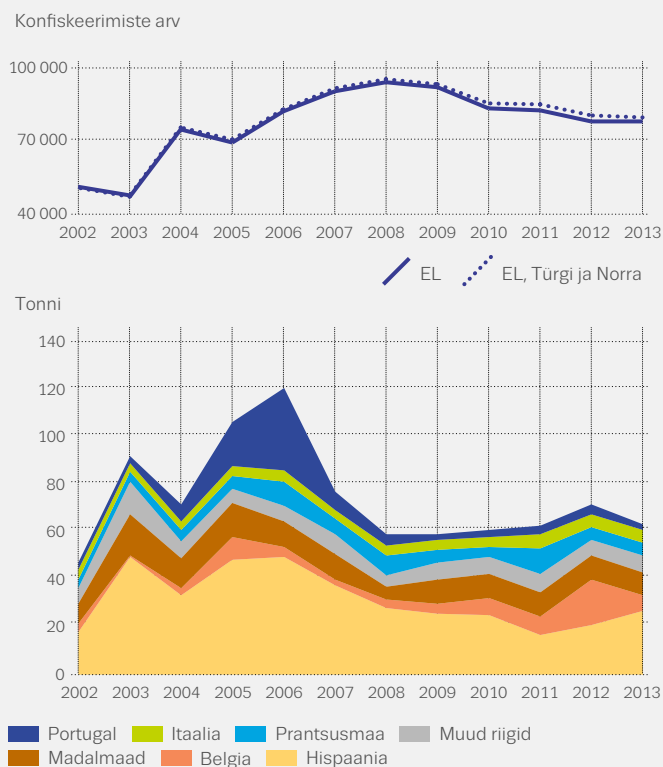
Indekseeritud suundumused: tarbimise/omamise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised



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

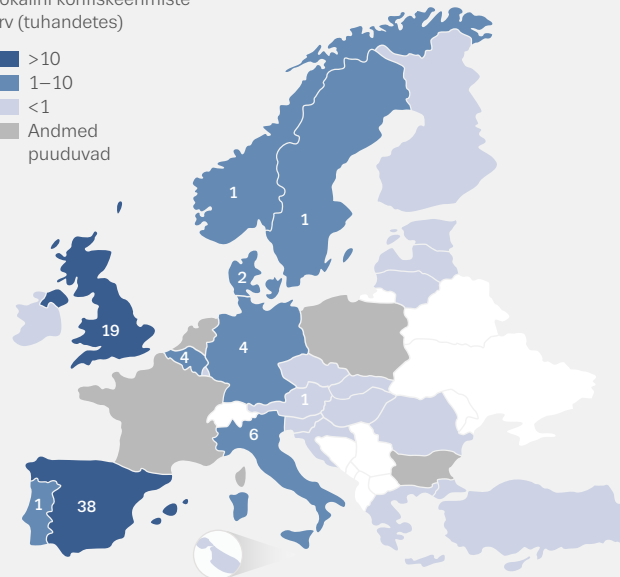
JOONIS 1.7

Kokaiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused (vasakul) ja 2013. või viimasel teadaoleval aastal (paremal)



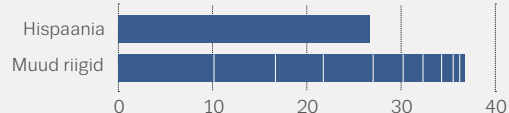
Kokaiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

>10
1–10
<1
Andmed puuduvad



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

Konfiskeeritud kokaiini kogused (tonnides)



Amfetamiinid: amfetamiini ja metamfetamiini konfiskeerimiste arv on suurenenud

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

Mõlemat uimastit toodetakse Euroopas peamiselt kohapeal kasutamiseks, kuid osa toodetud amfetamiinist ja metamfetamiinist ka eksporditakse, eelkõige vastavalt kas Lähis- või Kaug-Itta. Euroopa on ka Aafrikast ja Iraanist salakaubana Kaug-Itta veetava metamfetamiini transiiditee. Olemasolevad andmed näitavad, et amfetamiini toodetakse peamiselt Belgias, Madalmaades, Poolas ja Balti riikides ning vähemal määral Saksamaal; metamfetamiini tootmine on koondunud Balti riikidesse ja Kesk-Euroopasse.

Metamfetamiini tootmine Euroopas näib olevat muutumas, mis on osaliselt tingitud lähteainete kättesaadavusest. BMK-I (bensüülmetüülketoon) põhinev metamfetamiini tootmine on koondunud Leetu; uimastit eksporditakse peamiselt Põhja-Euroopa riikidesse, kus see on hakanud mõjutama amfetamiiniturgu. Sellele osutab Norra teatatud suhteliselt suur konfiskeerimiste arv. Efedriinil ja pseudoefedriinil põhinev tootmine on koondunud Tšehhi Vabariiki, kuigi tootmist esineb ka Slovakkias ja nüüd ka Saksamaal. Algselt valmistasid Tšehhi Vabariigis metamfetamiini peamiselt uimastitarbijad oma või kohaliku turu tarbeks väikestes rajatistes. Seda kajastab Tšehhis avastatud tootmiskohtade suur arv (2013. aastal likvideeriti 261 rajatist, Euroopas kokku 294). Viimasel ajal aga on ilmnenud märke suuremahulise tootmisest koos teadetega Vietnami organiseeritud kuritegelike rühmituste kohta, kes toodavad seda uimastit suures koguses nii sise- kui ka välisuru jaoks.

2013. aastal teatasid Euroopa Liidu liikmesriigid amfetamiini 34 000 konfiskeerimisest koguses 6,7 tonni. Üle poole konfiskeeritud amfetamiini üldkogusest konfiskeeriti Saksamaal, Madalmaades ja Ühendkuningriigis. 2013. aastal suurenes konfiskeeritud amfetamiini kogus, mis seni oli püsinud suhteliselt stabiilne (joonis 1.8). Metamfetamiini on konfiskeeritud tunduvalt vähem ning see moodustab ligikaudu kuuendiku 2013. aastal teatatud amfetamiinide konfiskeerimistest, mida oli Euroopa Liidus kokku 7000 koguses 0,5 tonni (joonis 1.9). Nii metamfetamiini konfiskeerimiste arv kui ka konfiskeeritud kogus on alates 2002. aastast suurenenud.

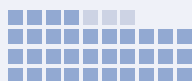
Tavaliselt on metamfetamiini keskmine puhtusaste suurem kui amfetamiinil. Kuigi järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumused näitavad, et amfetamiini puhtus on viimaste andmete järgi suurenenud, on selle uimasti keskmine puhtusaste endiselt suhteliselt madal.

AMFETAMIINID

Amfetamiin

Konfiskeerimiste

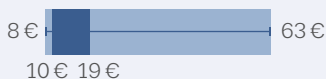
34 000 konfiskeerimist
37 000 konfiskeerimist (EL + 2)



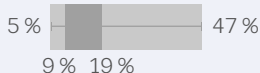
6,7 tonni konfiskeeritud
8,2 tonni konfiskeeritud (EL + 2)



Hind (€/g)



Puhtus (%)



Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Metamfetamiin

Konfiskeerimiste

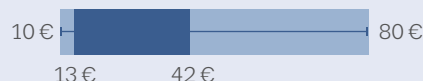
7 000 konfiskeerimist
11 300 konfiskeerimist (EL + 2)



0,5 tonni konfiskeeritud
0,8 tonni konfiskeeritud (EL + 2)



Hind (€/g)



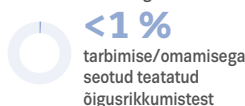
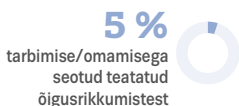
Puhtus (%)



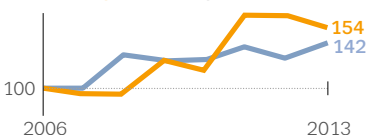
Uimastiõigusaktide rikkumine

55 000 amfetamiini tarbimise/omamisega seotud teatatud õigusrikkumist

1 900 metamfetamiini tarbimise/omamisega seotud teatatud õigusrikkumist

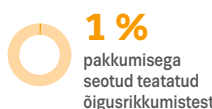


Indekseeritud suundumused: tarbimise/omamise ja pakkumisega seotud teatatud õigusrikkumised



16 000 amfetamiini pakkumisega seotud teatatud õigusrikkumist

2 700 metamfetamiini pakkumisega seotud teatatud õigusrikkumist

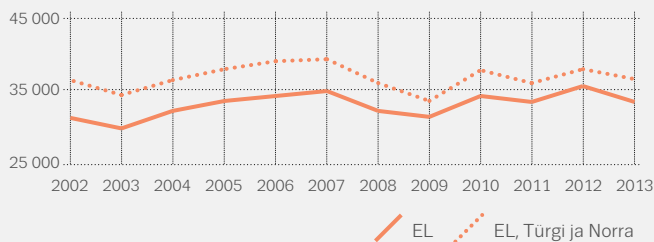


„EL + 2” tähendab Euroopa Liidu liikmesriike, Türgit ja Norrat. Amfetamiinide hind ja puhtus: riikide keskmised näitajad – miinimum, maksimum ja kvartiilhaare (IQR). Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Metamfetamiini puhul ei ole indekseeritud suundumused kättesaadavad.

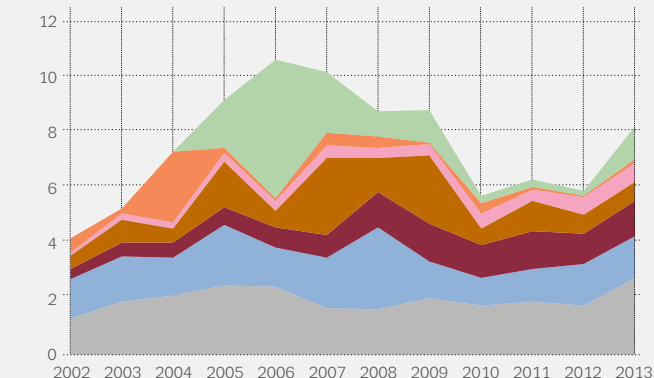
JOONIS 1.8

Amfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused (vasakul) ja 2013. või viimasel teadaoleval aastal (paremal)

Konfiskeerimiste arv



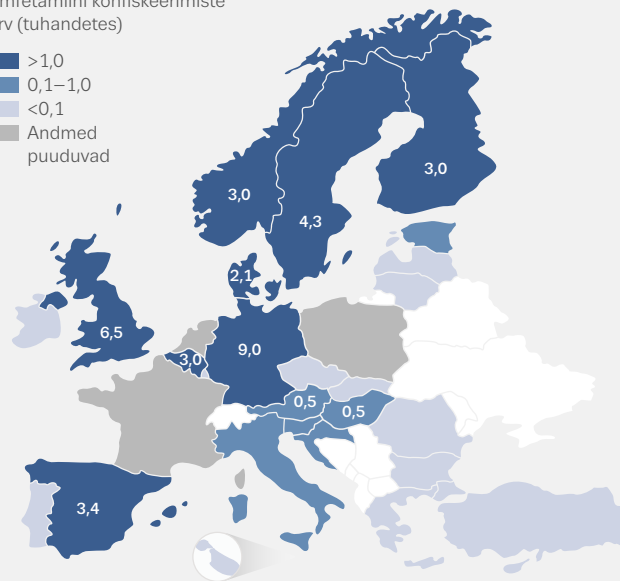
Tonni



Türgi Belgia Poola Madalmaad
Saksamaa Ühendkuningriik Muud riigid

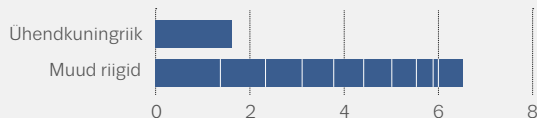
Amfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

>1,0
0,1–1,0
<0,1
Andmed puuduvad



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

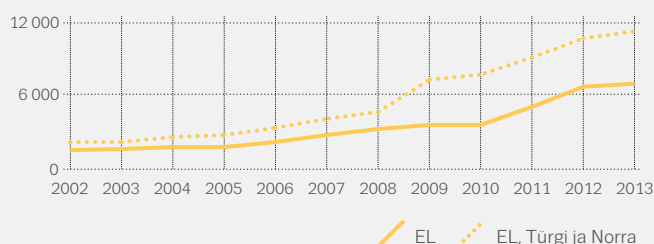
Konfiskeeritud amfetamiini kogused (tonnides)



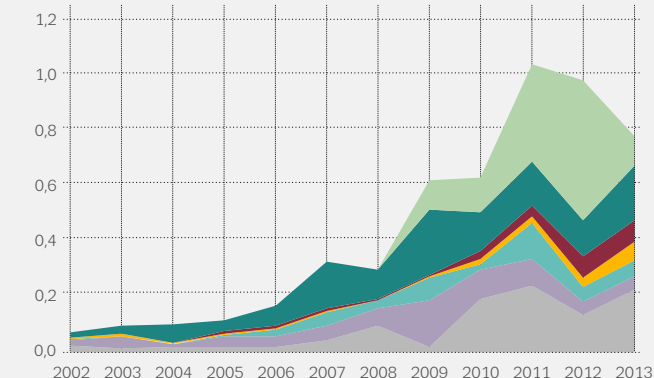
JOONIS 1.9

Metamfetamiini konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused: suundumused (vasakul) ja 2013. või viimasel teadaoleval aastal (paremal)

Konfiskeerimiste arv



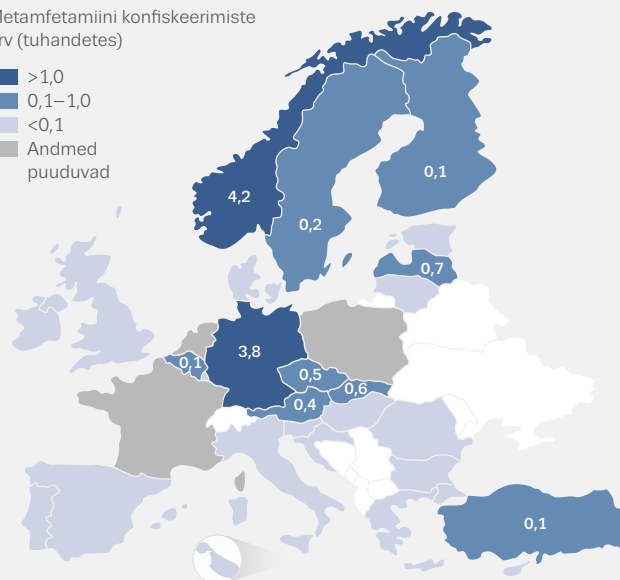
Tonni



Türgi Norra Saksamaa Tšehhi Vabariik
Leedu Rootsi Muud riigid

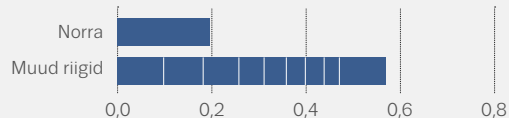
Metamfetamiini konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

>1,0
0,1–1,0
<0,1
Andmed puuduvad



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

Konfiskeeritud metamfetamiini kogused (tonnides)



MDMA/ecstasy: juurde tuleb suure puhtusastmega tooteid

Sünteetiline aine MDMA

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

MDMA tootmine Euroopas tundub olevat koondunud Madalmaadesse ja Belgiasse, riikidesse, mis on läbi aegade teatanud kõige suuremast uimastite tootmise kohtade arvust. Kuigi viimase kümnendi lõpus osutasid tõendid MDMA tootmise langusele, esineb praegu märke tootmise hoogustumisest; seda kinnitavad teated hiljuti Belgias ja Madalmaades likvideeritud suuremahuliste tootmisrajatiste kohta.

MDMA konfiskeerimistega seotud hiljutiste suundumuste hindamine on keeruline, kuna mõnede riikide andmed, mis

tõenäoliselt mõjutaksid koguarvu olulisel määral, ei ole kättesaadavad. 2013. aasta kohta ei ole andmeid saadud Madalmaadest ning konfiskeerimisandmed puuduvad Prantsusmaa ja Poola kohta. Madalmaad teatasid 2012. aastal 2,4 miljoni MDMA-tableti konfiskeerimisest ning kui võtta 2013. aastal aluseks sama arv, konfiskeeriti Euroopa Liidus sel aastal hinnanguliselt 4,8 miljonit MDMA-tabletti. See on ligikaudu poole rohkem kui 2009. aastal. Lisaks konfiskeeriti Türgis sama palju MDMA-d (4,4 miljonit MDMA-tabletti) kui kõikides ELi liikmesriikides kokku. See tekitab küsimuse, kas need uimastid olid mõeldud kohapeal tarbimiseks või ekspordiks Euroopa Liitu või mujale (joonis 1.10).

Indekseeritud suundumuste kohaselt on viimasel ajal suurenenud ka MDMA-ga seotud õigusrikkumiste arv. Järjepidevalt aruandeid esitavate riikide tasandil indekseeritud suundumused osutavad ka MDMA-sisalduse suurenemisele alates 2010. aastast ning suure MDMA-sisaldusega toodete kättesaadavus ajendas Europoli ja EMCDDA-d andma 2014. aastal välja ühiseid hoiatusi. Kokkuvõttes osutavad MDMA-turu näitajad taastumisele ligikaudu viis aastat tagasi saavutatud madalseisust.

ECSTASY

Konfiskeerimiste

13 400
konfiskeerimist



18 000
konfiskeerimist (EL + 2)

4,8
miljonit konfiskeeritud tabletti

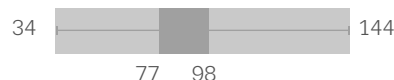


9,3
miljonit konfiskeeritud tabletti (EL + 2)

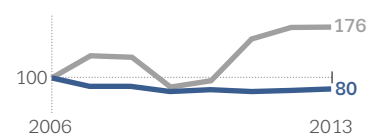
Hind (€/tablett)



Puhtus (mg MDMA-d tabletis)



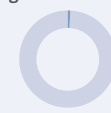
Indekseeritud suundumused: hind ja puhtus



Uimastiõigusaktide rikkumine

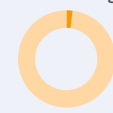
11 000 **3 700**

ecstasy tarbimise/omamisega seotud teatatud õigusrikkumist
ecstasy pakkumisega seotud teatatud õigusrikkumist



1 %

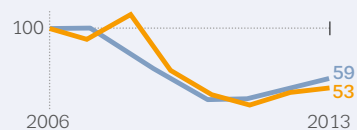
tarbimise/omamisega seotud teatatud õigusrikkumistest



2 %

pakkumisega seotud teatatud õigusrikkumistest

Indekseeritud suundumused: tarbimise/omamise ja pakkumisega seotud õigusrikkumised



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

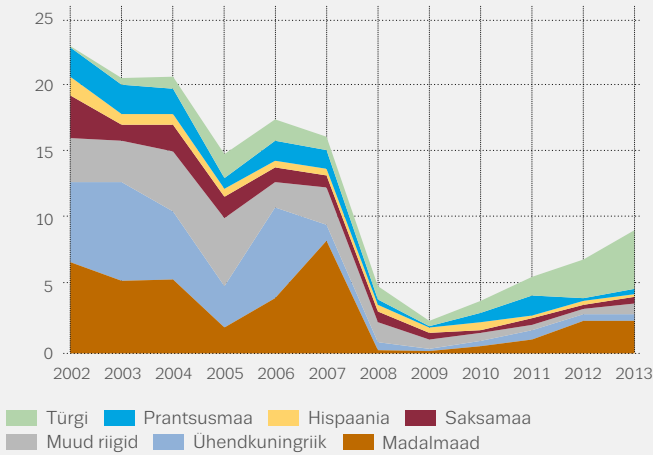
JOONIS 1.10

MDMA konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud tabletid: suundumused (vasakul) ja 2013. või viimasel teadaoleval aastal (paremal)

Konfiskeerimiste arv

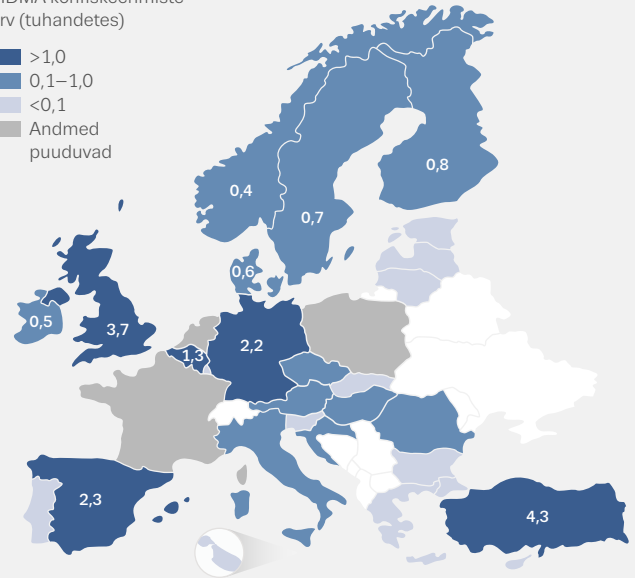


Tabletid (miljonites)



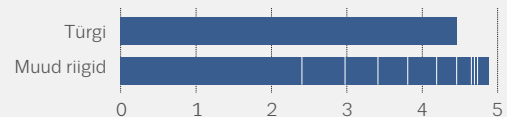
MDMA konfiskeerimiste arv (tuhandetes)

>1,0
0,1–1,0
<0,1
Andmed puuduvad



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

Konfiskeeritud MDMA-tabletid (miljonites)



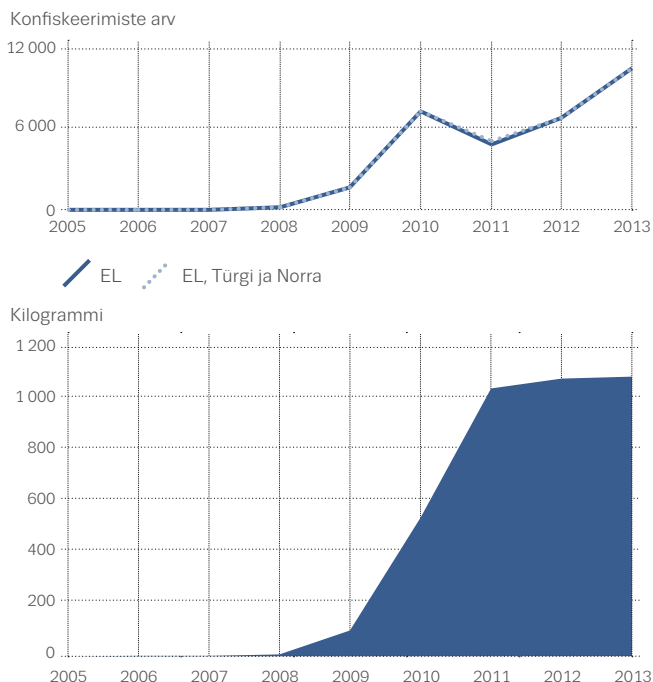
Uued stimulandid ebaseaduslikul turul

Algselt psühhoaktiivsete ainetena turule toodud ning uimastiõigusaktidega reguleerimata sünteetilised katinoonid, nagu mefedroon, pentedroon ja MDPV (3,4-metüleendioksüpürovaleroon), on saanud mõnes Euroopa riigis ebaseadusliku uimastituru lahutamatuks osaks. Katinoone tarbitakse samal viisil nagu teisi stimulante (nt amfetamiini ja MDMA-d) ning tihti nendega vaheldumisi. Kõige sagedamini müüakse neid pulbri või tablettide kujul. Näib, et katinoone toodetakse peamiselt Hiinas ja Indias. Seejärel imporditakse uimastid Euroopasse, kus need pakendatakse ja müüakse kas n-õ seaduslike uimastitena või ebaseaduslikul turul. Varajase hoiatamise süsteemi kaudu on Euroopas kindlaks tehtud üle 70 uue katinooni. 2013. aastal teatati varajase hoiatamise süsteemi kaudu sünteetiliste katinoonide enam kui 10 000 konfiskeerimisest (joonis 1.11).

Katinoone tarbitakse samal viisil nagu teisi stimulante (nt amfetamiini ja MDMA-d) ning tihti nendega vaheldumisi

JOONIS 1.11

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud sünteetiliste katinoonide konfiskeerimised: konfiskeerimiste arv ja konfiskeeritud kogused, 2013



suurele nõudlusele kanepi ja stimulantide järele ebaseaduslike uimastite turul.

Lisaks sellele, et igal aastal suureneb Euroopas uute uimastite konfiskeerimiste arv, suureneb jätkuvalt ka avastatud uute ainete arv. 2014. aastal teatasid liikmesriigid ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu esimest korda 101 uuest psühhoaktiivsest ainest. Võrreldes 2013. aastaga on see näitaja kasvanud 25% (joonis 1.12). Neist 31 on sünteetilised katinoonid, mis on seega suurim 2014. aastal Euroopas avastatud uute uimastite rühm; sellele järgnevad 30 sünteetilist kannabinoidi. Ülejäänud 13 ühendit aga ei liigitu hästi ühessegi jälgitavasse ainerühma. Neli 2014. aastal teatatud uut psühhoaktiivset ainet on kasutusel ravimi toimeainena. ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu jälgitakse hetkel üle 450 uue psühhoaktiivse aine.

Uued psühhoaktiivsed ained: järjest mitmekesisemaks muutuv turg

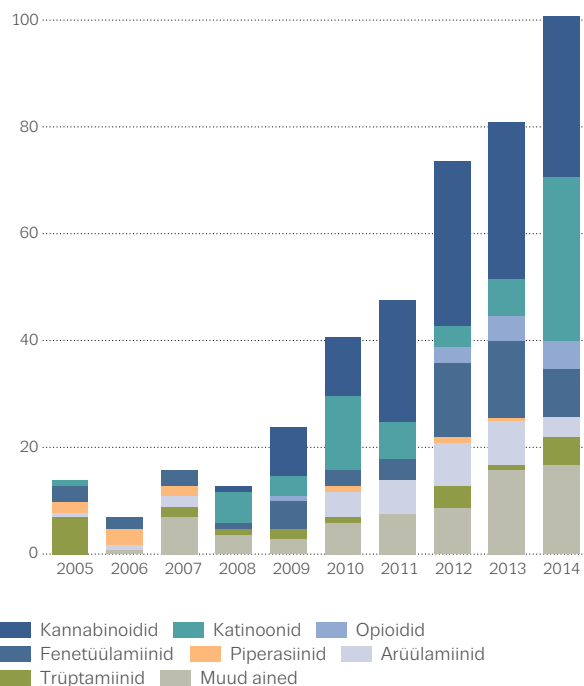
Uute psühhoaktiivsete ainete kättesaadavus Euroopa uimastiturul on viimase kümne aastaga kiiresti suurenenud, mida kinnitab nii varajase hoiatamise süsteemi kui ka tavapärase seiremehhanismide kaudu teatatud konfiskeerimiste arvu suurenemine. Need uued uimastid hõlmavad nii sünteetilisi kui ka looduslikke aineid, mida rahvusvahelise õiguse alusel ei kontrollita ja mille väljatootamisel on sageli eesmärgiks kontrollitavate ainete mõju jäljendamine. Tavaliselt imporditakse kemikaalid väljaspool Euroopat asuvatelt tarnijatelt ning uimastid valmistatakse, pakendatakse ja turustatakse seejärel Euroopas. Järjest sagedamini aga töötatakse uusi uimasteid välja Euroopa salajastes laborites ja müüakse otse turul.

Sageli märgistatakse tooted kontrollimise vältimiseks sihilikult valesi, näiteks „teaduskemikaalid“, ning lisatakse lahtütlus, et toode ei ole ette nähtud inimtarbeks. Selliseid aineid turustatakse veebis ja erikauplustes ning järjest enam samade kanalite kaudu, mida kasutatakse ebaseaduslike ainete puhul. Kirjeldatud turg ja selle seos ebaseadusliku turuga on dünaamiline ning seda iseloomustab pidev uute toodete ja kontrollimeetmete väljatootamine. Sünteetilised kannabinoidid ja sünteetilised katinoonid on enim konfiskeeritud uute psühhoaktiivsete ainete rühmad, mis osutab suhteliselt

2014. aastal teatasid liikmesriigid ELi varajase hoiatamise süsteemi kaudu esimest korda 101 uuest psühhoaktiivsest ainest

JOONIS 1.12

Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemile teatatud uute psühhoaktiivsete ainete arv ja kategooriad, 2005–2014



Uute ainete riskihindamine Euroopas 2014. aastal

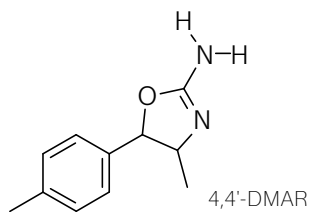
Euroopas pakutavate uute psühhoaktiivsete ainete kindlakstegemiseks, hindamiseks ja võimalikuks kontrollimiseks kasutatakse ELi tasandi mehhanismi. 2014. aastal hinnati kuue uue psühhoaktiivse aine riske (vt tabel 1.1). Need uued uimastid on tulnud Euroopas turule viimase paari aasta jooksul ning neid on seostatud kahjude, sealhulgas hospitaliseerimiste ja surmajuhtumite arvu suurenemisega. 2015. aasta veebruari seisuga on kuuest ainest nelja suhtes rakendatud kogu Euroopas kontrollimeetmeid.

2014. aastal hinnati kuue uue psühhoaktiivse aine riske

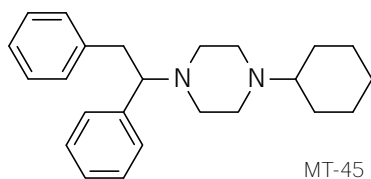
TABEL 1.1

Uued psühhoaktiivsed ained, millega seotud riske hinnati 2014. aastal

2014. aasta septembris hinnati Euroopa tasandi 4,4'-DMAR-i ja MT-45-ga seotud riske. Need lisanduvad neljale 2014. aasta aprillis koostatud riskihinnangule 25I-NBOMe (asendustega fenetüülamiin, millel on hallutsinogeenne toime ja mida müüakse LSD n-õ seadusliku alternatiivina), AH-7921 (sünteetiline opioid), MDPV (sünteetiline katinooniderivaat) ja metoksetamiini (arüülsükloheksüülamiin, mis on lähedalt seotud ketamiiniga ja mida turustatakse selle n-õ seadusliku alternatiivina) kohta.



4,4'-DMAR on psühhostimulant, mis on olnud ELi turul vähemalt alates 2012. aasta detsembrist ning mida on avastatud üheksas liikmesriigis. Ligikaudu 20% juhtudel avastati 4,4'-DMAR-i koos muude uimastitega (peamiselt stimulantidega). 12 kuu jooksul on seda leitud 31 surmajuhtumi puhul Ungaris, Poolas ja Ühendkuningriigis.



MT-45 on morfiinile sarnase valuvaigistava toimega sünteetiline opioid, mis esmakordselt avastati 2013. aasta oktoobris. Üheksa kuu jooksul on seda leitud 28 surmajuhtumi ja 12 mittesurmava mürgistusjuhtumi puhul Rootsis. 19 surmajuhtumi puhul nimetati MT-45 kas surmapõhjusena või surmajuhtumiga seotud ainena.

Areneva uimastituruga seotud õigusmeetmed

Uute psühhoaktiivsete ainete kiire juurdetekkimine ja kättesaadavate toodete mitmekesisus on osutunud Euroopa poliitikakujundajate jaoks keeruliseks probleemiks. ELi tasandil on alates 1997. aastast kasutatud kontrollimeetmete rakendamiseks õigusmehhanismiga ühendatud seiresüsteemi – ELi varajase hoiatamise süsteemi. Seda tugevdati 2005. aastal. Praegune süsteem on läbi vaadatud ja arutamisel on ettepanek uue õigusliku raamistiku kehtestamiseks.

Riikide tasandil on uute ainete kontrollimiseks kasutatud mitmesuguseid meetmeid ning eristada saab kolme suuremat õigusmeetmete rühma. Mõnes riigis on kasutatud õigusakte, mis käsitlevad kontrollitavate uimastitega mitteseotud küsimusi, nagu tarbijaohutusega seotud õigusaktid; teistes riikides on laiendatud või kohandatud kehtivaid uimastiõigusakte või menetlusi ning osa riike on välja töötanud uued õigusaktid. Kuigi õigusrikkumiste määratluste ning karistustega seoses esineb suuri erinevusi, on sekkumismeetmed üldiselt suunatud pigem selliste ainete pakkumisele kui omamisele.

Internet – uute ja tuntud uimastite müügikoht

Juba mõnda aega on saadud aru, et internet on oluline turustamiskoht, kus müüa eurooplastele uusi psühhoaktiivseid aineid. 2013. aastal tehti EMCDDA kiiruringuga kindlaks 651 veebisaiti, mis müüsid eurooplastele n-õ seaduslikke uimasteid, ning 2014. aastal tehtud sihtotstarbelise interneti-uuringuga tehti kindlaks veebisaidid, mis pakkusid konkreetseid uimasteid, näiteks sünteetilist opioidi MT-45 müügiks vahel kilode kaupa.

Internet ja sotsiaalmeedia on muutunud järjest olulisemaks ka ebaseaduslike uimastite turul. Ilmnenu on tõendeid n-õ hallide turgude kohta – need on tava- ja süvaveebis tegutsevad veebisaidid, mis müüvad uusi psühhoaktiivseid aineid. Süvaveeb on interneti osa, mis ei ole ligipääsetav tavaliste otsingumootorite kaudu. Seal saab uimasteid müüa müügilehtedel, hajutatud võrgustikes ja üksikisikute vahel. Kõige rohkem tähelepanu on pälvinud krüpteeritud uimastiturud nagu Silk Road, Evolution ja Agora. Need veebipõhised müügikohad on kättesaadavad üksnes krüpteerimistarkvara kaudu, mis tagab anonüümsuse kõrge taseme. Krüpteeritud turud pakuvad sarnaselt teiste e-müügikeskkondadega nagu eBay müüjatele ja ostjatele infrastruktuuri tehingute tegemiseks ja teenuste osutamiseks, näiteks müüjate ja ostjate reitinguid ja arutelufoorumeid. Anonüümsetes tehingutes kasutatakse krüptoraha, näiteks Bitcoin, ning

väikeseid uimastikoguseid saadetakse maskeeritud pakendites tavapäraseid müügikanaleid pidi. Krüpteeritud turgudel pakutakse mitmesuguseid tooteid, kuid teadete kohaselt on kõige laialdasemalt kättesaadavad tuntud ebaseaduslikud uimastid ja retseptiravimid. Tõendite põhjal näib, et paljud ebaseaduslike uimastite ostud süvaveebis on tehtud edasimüügi kavatsusega.

Teine areng on seotud uimastite pakkumisega ja uimastite või uimastitarbimise kogemuste jagamisega sotsiaalmeedia, sealhulgas mobiilirakenduste kaudu. Teadmised selles valdkonnas on endiselt kesised ja seda on raske jälgida. Veebipõhiste ja virtuaalsete uimastiturgude kasv on õiguskaitse ja uimastite kontrollimise poliitika seisukohast tõsine probleem. Kuna tootjad, tarnijad, müüjad, veebimajutus- ja maksetöötlusteenuste osutajad võivad asuda eri riikides, on internetis toimuva uimastitega kaubitsemise kontrollimine eriti keerukas.

**Internet on oluline
turustamiskoht, kus müüa
eurooplastele uusi
psühhoaktiivseid aineid**

Sekkumine uimastipakkumisse: ühised põhimõtted, kuid erinevad tavad

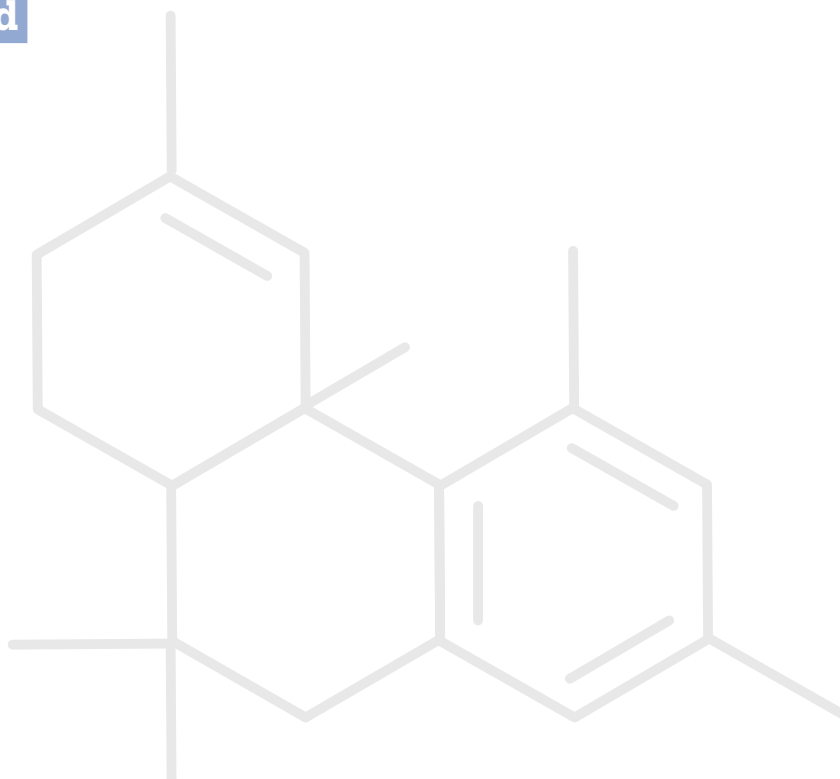
Liikmesriigid võtavad meetmeid ebaseaduslike uimastite pakkumise takistamiseks ÜRO kolme konventsiooni alusel, milles on sätestatud enam kui 240 psühhoaktiivse aine tootmist, müümist ja omamist reguleeriv rahvusvaheline raamistik. Kõik riigid on kohustatud käsutama volitamata pakkumist kuriteona. Samasugust suhtumist nõutakse ka uimastite isiklikuks kasutamiseks omamise korral, kuid seda siiski vastavalt riigi põhiseaduslikele põhimõtetele ja õigussüsteemi põhikontseptsioonile. Seda klauslit on tõlgendatud mitmeti, mis kajastub ka erinevates õiguslikes lähenemisviisides nii Euroopa riikides kui ka mujal.

Uimastipakkumise ja -tarbimise vähendamisele suunatud õigusaktide rakendamist jälgitakse andmete kaudu, mis käsitlevad teatatud õigusrikkumisi seoses uimastiõigusaktidega. Uimastipakkumisega seoses teatatud õigusrikkumiste arv on Euroopas alates 2006. aastast üldiselt suurenenud. 2013. aastal teatati hinnanguliselt 230 000-st uimastipakkumisega seotud õigusrikkumisest, millest enamik (57%) puudutas kanepit. Samal aastal teatati hinnanguliselt 1,1 miljonist uimastitarbimise või -omamisega seotud õigusrikkumisest, millest kolmveerand (76%) puudutas kanepit.

Suured erinevused Euroopas määratavates karistustes

Volitamata uimastipakkumine on kuritegu kõikides Euroopa riikides, kuid õigusaktides sätestatud karistused on riigiti erinevad. Mõnes riigis kohaldatakse pakkumisega seotud õigusrikkumiste eest sama, ent eri ulatusega karistust (kuni eluaegse vanglakaristuseni). Teistes riikides eristatakse kergemaid ja raskemaid pakkumisega seotud õigusrikkumisi, mida hinnatakse näiteks leitud uimastite koguse järgi, millest olenevad miinimum- ja maksimumkaristused. EMCDDA hiljutises juhtumistsenaariumi analüüsis jõeldati, et selget seost õigusaktides sätestatud maksimaalsete karistuste ja kohtute määratud karistuste vahel ei ole. Lisaks leiti, et uimastite vahendamise seotud õigusrikkumiste korral on eeldatavad karistused riigiti erinevad. Näiteks 1 kg kanepi vahendamise seotud esmakordse õigusrikkumise eest määratav vanglakaristus võib mõnes riigis olla alla 1 aasta, teises riigis aga kuni 10 aastat. Samuti võidakse 1 kg heroini vahendamise eest määrata sõltuvalt riigist 2–15 aastane vanglakaristus.

Uimastipakkumisega seoses teatatud õigusrikkumiste arv on Euroopas alates 2006. aastast üldiselt suurenenud



Konfiskeerimised ja lähtekemikaalide kontrollimine

Uimastite lähteained on kemikaalid, mida saab kasutada ebaseaduslike uimastite tootmiseks, ning nende seaduslikust kasutusest kõrvalejuhtimise takistamine on ebaseaduslike uimastite tootmise vastase rahvusvahelise võitluse oluline osa. Enamik uimastite lähteaineid on tööstuses seaduslikus kasutuses, nt plastiku, ravimite ja kosmeetikatoodete tootmises. Näiteks metamfetamiini saab toota efedriinist, mis on külmetushaigustevastaste ravimite ja ninaspreide koostisaine. Lähteainete seaduslike kasutusalaade tõttu ei saa nende tootmist ja müüki keelata. Uimastite lähteaineid kontrollitakse seetõttu nende seadusliku tootmise ja müümise seire kaudu.

ELi liikmesriikide andmed uimastite lähteainete konfiskeerimiste ja kinnipeetud saadetiste kohta kinnitavad, et Euroopa Liidus kasutatakse ebaseaduslike uimastite tootmiseks endiselt nii konventsiooninimekirjades loetletud kui ka loetlemata lähteaineid (tabel 1.2). 2013. aastal konfiskeeriti riiklike õigusaktide alusel üle 48 000 kg lähteainet APAAN (alfa-fenüülsetoatsetonitriil); sellest saanuks toota üle 22 tonni amfetamiini või metamfetamiini.

Õiguskaitseasutuste volituste suurendamiseks selle aine suhtes meetmete võtmisel kanti APAAN 2013. aasta

detsembris ELi õigusakti alusel ning 2014. aasta oktoobris rahvusvahelisel tasandil lähtekemikaalide loetellu. Suured MDMA lähteainete konfiskeerimised kinnitavad, et Euroopa Liidus on taas alustatud suuremahulist *ecstasy* tootmist. 2013. aastal konfiskeeriti 5061 kg ainet PMK (3,4-metüleendioksüfenüül-2-propanoon) ja 13 836 liitrit safrooli, millest saaks kokku valmistada ligikaudu 170 miljonit *ecstasy*-tabletti.

2013. aastal jõustus uus ELi õigusakt, millega tugevdatakse teatavate uimastite lähteainetega kaubitsemise kontrolli nii Euroopa Liidus kui ka liikmeriikide ja kolmandate riikide vahel. Kehtestatud meetmed hõlmavad rangemat kontrolli heroini tootmiseks vajaliku kemikaali atsetaanhüdriidi ning metamfetamiini lähteainete efedriini ja pseudoefedriini kaubanduse üle. Lisaks loodi uue õigusaktiga mehhanism, mis aitab kiiresti reageerida lähteainena loetlemata ainete kõrvalejuhtimisele.

TABEL 1.2

Ülevaade Euroopas valmistatavate valitud sünteetiliste uimastite lähteainete konfiskeerimistest ja kinnipeetud saadetistest, 2013

Lähteaine / lähteaine lähteaine	Konfiskeerimised		Kinnipeetud saadetised (¹)		KOKKU	
	Juhtumid	Kogus	Juhtumid	Kogus	Juhtumid	Kogus
MDMA või seotud ained						
PMK (liitrit)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrool (liitrit)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrool (liitrit)	1	10	0	0	1	10
Piperonaal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK glütsiidid/glütsidaat (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amfetamiin ja metamfetamiin						
BMK (liitrit)	5	32	0	0	5	32
PAA, fenüüläädikhape (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedriin, mahtlastina (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedriin, mahtlastina (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

(¹) Kinnipeetud saadetus on saadetus, mida on keeldutud riiki lubamast, mis on kinni peetud või mille ekspordija on vabatahtlikult tagasi võtnud tulenevalt kahtlusest, et see suunatakse ebaseaduslikul eesmärgil kasutusse.

Allikas: Euroopa Komisjon.

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2015

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 3-(4-methoxyphenyl)-1-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Reageerimine uutele psühhoaktiivsetele ainetele, narkootikumid.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

EMCDDA ja Europoli väljaanded

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Kanepit tarbitakse ligikaudu
viis korda sagedamini kui teisi aineid**

Uimastitarbimine ja uimastitega seotud probleemid

Uimastitarbimise ja uimastitest tingitud kahjudega seotud mustrite ja suundumuste tipptaseme analüüsis on kasulik eristada kolme suurt ainerühma: kanepitooted, erinevad stimulandid ja opioidsed uimastid. Kanepit tarbitakse ligikaudu viis korda sagedamini kui teisi aineid ning kanepiga seotud probleemide tõttu ravi alustajate arv on viimastel aastatel suurenenud. Kuigi heroini ja teisi opioide kasutatakse endiselt suhteliselt harva, on need jätkuvalt uimastid, millega on seostatav enamik uimastitarbimisest tingitud haigus-, surma- ja ravikulude juhtumitest Euroopas.

Uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide seire

Euroopa uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide seire põhineb EMCDDA viiel epidemioloogilisel põhinäitajal. Need näitajad tuginevad andmestikele, mis sisaldavad hinnanguid meelelahutusliku tarbimise (põhineb peamiselt uuringutel), suure riskitasemega tarbimise, uimastitega seotud surmajuhtumite, nakkushaiguste ja narkomaaniaravi alustamise kohta. Koos moodustavad need aluse, millele tugineb Euroopa uimastitarbimist ja uimastitega seotud kahjusid käsitlev suundumuste ja arengute analüüs. Näitajate tehniline teave on kättesaadav veebis põhinäitajate jaotises ning statistikabülletäänis. Käesolevas peatükis on põhinäitajate andmeid täiendatud Reitoxi teabekeskustelt ja muudest allikatest saadud teabega.

Uimastitarbimisele on iseloomulikud mitmesugused tarbimisharjumused, alates ühekordsest proovimisest kuni harjumusliku ja sõltuvusliku kasutamiseni. Kõikide uimastite tarbimine on üldiselt suurem meeste seas, eriti kui tarbimine on aktiivne või korrapärane. Erinevaid tarbimisharjumusi seostatakse ka eri raskusastmega ja eri liiki kahjudega; sagedasem tarbimine, suured annused, mitme aine üheaegne kasutamine ja süstimine on seotud suurema terviseriskiga.

Peaaegu iga neljas eurooplane on proovinud ebaseaduslikku uimastit

Hinnanguliselt on üle 80 miljoni ehk rohkem kui veerand Euroopa Liidu täiskasvanud elanikest proovinud elu jooksul ebaseaduslikku uimastit. Kõige rohkem on tarbitud kanepit (75,1 miljonit), palju väiksemaks hinnatakse kokaiini (14,9 miljonit), amfetamiinide (11,7 miljonit) ja MDMA (11,5 miljonit) tarbimist elu jooksul. Elu jooksul uimasteid tarbinute arv on riigiti väga erinev, alates ligikaudu kolmandikust täiskasvanutest Taanis, Prantsusmaal ja Ühendkuningriigis kuni kaheksa protsendini ehk alla ühe kümnendikuni Bulgaarias, Rumeenias ja Türgis.

Kanepitarbimine suureneb Põhjamaades

Kanep on ebaseaduslik uimasti, mida kõik vanuserühmad kõige tõenäolisemalt kasutavad. Kanepit tavaliselt suitsetatakse ja Euroopas segatakse seda harilikult tubakaga. Kanepi tarbimise viise on erinevaid, alates juhuslikust tarvitamisest kuni sõltuvuseni.

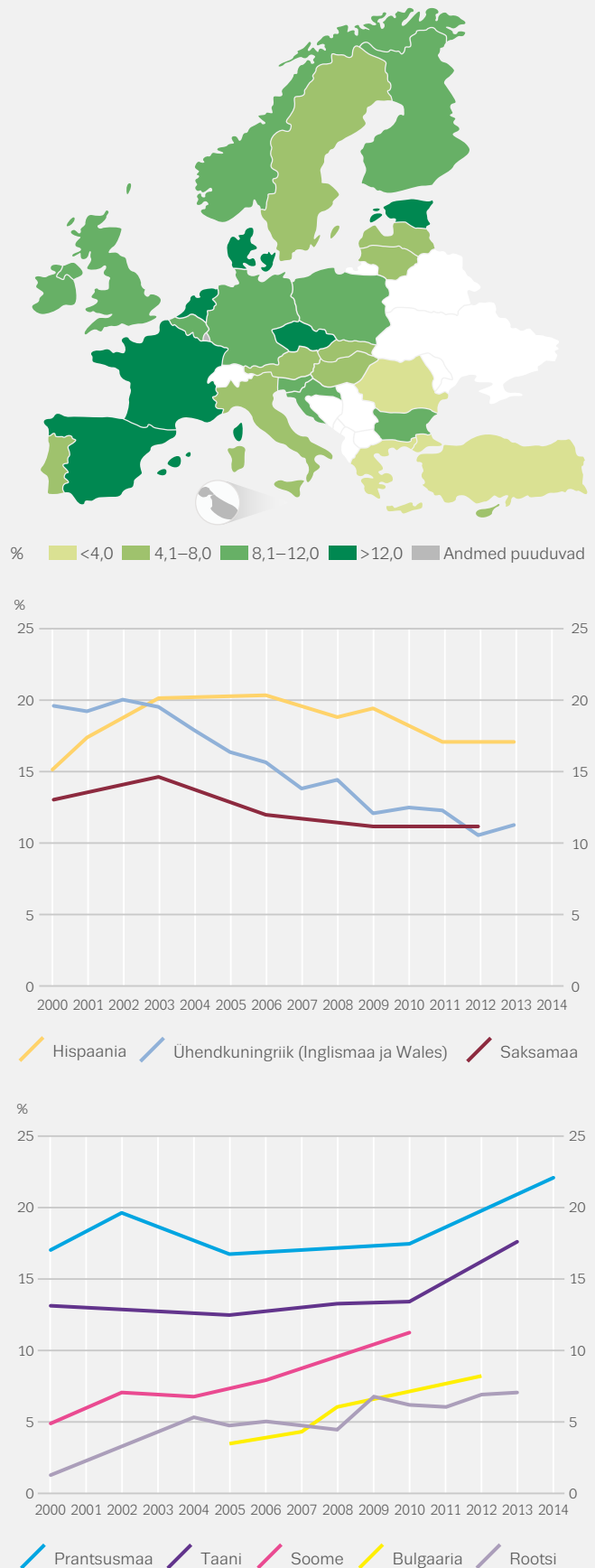
Viimase aasta jooksul tarbis kanepit hinnanguliselt 14,6 miljonit noort eurooplast (15–34-aastased) ehk 11,7% sellest vanuserühmast ning neist 8,8 miljonit (15,2%) olid 15–24-aastased.

Mitmel riigil on piisavalt uuringuandmeid, et statistiliselt analüüsida noorte täiskasvanute (15–34-aastased) möödunud aasta kanepitarbimise pikaajalisi suundumusi. Saksamaa, Hispaania ja Ühendkuningriigi rahvastiku-uuringud, näitavad, et kanepitarbimine on viimasel aastakümnel vähenenud või püsinud stabiilsena. Seevastu Bulgaarias, Prantsusmaal ja kolmes Põhjamaas (Taani, Soome, Rootsi) on täheldatav tarbimise suurenemine. Lisaks näitab Norra kõige värskem uuring, et kanepitarbimine on suurenenud rekordilise 12%-ni, kuigi praegused andmejadad ei ole piisavad suundumuste statistiliseks analüüsiks.

Kokkuvõttes osutavad kõige uuemad uuringutulemused jätkuvalt kanepitarbimise suundumuste mitmekesisusele (joonis 2.1). Nendest riikidest, mis on alates 2012. aastast uuringuid koostanud, teatas neli tarbimise vähenemisest, kahes oli olukord stabiilne ja kaheksa hindasid tarbimist suuremaks kui eelmises võrdlevas uuringus. Sünteetiliste kannabinoidide kasutamisest teatatakse praegu ainult üksikutes riiklikes uuringutes, kuid nendes, kus neid andmeid esitatakse, on see üldiselt vähene.

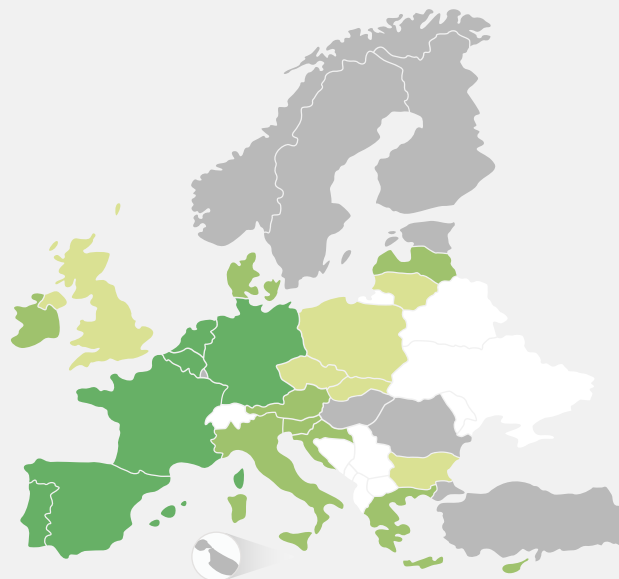
JOONIS 2.1

Kanepi tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): viimased andmed (üleval) ja riigid, kus esineb statistiliselt olulisi suundumusi (keskel ja all)



JOONIS 2.2

Viimase kuu jooksul kanepit tarbinud isikute (15–64-aastased) osakaal, kes tarbisid kanepit igapäevaselt või peaaegu igapäevaselt



% <10% 10–20% >20%
Ebapiisavad või puuduvad andmed

Kanepitarbimine kooliõpilaste hulgas

Kooliõpilaste uimastitarbimise seire annab olulise ülevaate noorte praeguse riskikäitumise kohta. Euroopas võimaldab kooliuuringute projekt alkoholi ja muude uimastite kohta (ESPAD) teha tähelepanekuid 15–16-aastaste kooliõpilaste uimastitarbimise suundumuste kohta läbi aja. Andmete kogumise viimases etapis (2011) oli kanep selles vanuserühmas enim tarbitud ebaseaduslik uimasti, mille kasutamisest elu jooksul teatas 24% kooliõpilastest, ulatudes 5%-st Norras 42%-ni Tšehhi Vabariigis. Muid ebaseaduslikke uimasteid peale kanepi tarbiti oluliselt vähem.

Seitsmes riigis, mis on teatanud pärast ESPADi uuringut (2011) tehtud riiklikest kooliuuringutest, on kanepitarbimise suundumused väga erinevad.

Kanepitarbijatega seotud probleemid

Väike osa kanepitarbijatest tarbib seda intensiivselt. Igapäevaseks või peaaegu igapäevaseks kanepitarbimiseks peetakse, kui kanepit tarbiti viimase kuu jooksul vähemalt 20 päeval. Rahvastiku-uuringute kohaselt tarbib kanepit igapäevaselt või peaaegu igapäevaselt hinnanguliselt 1% Euroopa täiskasvanutest. Neist kolmveerand on 15–34-aastased ja selles vanuserühmas on üle kolme neljandiku mehed.

Kuigi igapäevaseid kanepitarbijaid on rahvastiku hulgas vähe, kasutas ligi 3%-st täiskasvanutest (15–64-aastased), kes olid viimase kuu aja jooksul kanepit tarbinud, umbes veerand seda uimastit iga päev või peaaegu iga päev. See osakaal on riigiti väga erinev (vt joonis 2.2). Riikides, kus on tehtud piisaval arvul uuringuid suundumuste väljaselgitamiseks, on igapäevaste või peaaegu igapäevaste kanepitarbijate hulk täiskasvanute seas püsinud viimasel aastakümnel stabiilsena.

Kanep on uimasti, millest on Euroopas kõige sagedamini teatatud kui peamisest põhjusest, miks esmakordsed ravialustajad ravi alustavad, kuigi see, mida kanepitarbijate puhul raviks peetakse, on väga erinev. Aastatel 2006–2013 suurenes esmakordsete ravialustajate koguarv 45 000-lt 61 000-ni. Kui arvestada ka korduvravi, siis oli kanep kõikide ravialustajate hulgas 2013. aastal tarbimissageduselt teisel kohal (123 000, 29%). Riikide

vahel esineb aga märkimisväärseid erinevusi, alates Leedust, kus kanepist kui põhiuimastist tingitud ravist teatati 3% puhul kõikidest ravialustajatest, kuni Taani ja Ungarini, kus vastav näitaja oli üle 60%. Sellist heterogeensust võivad mõjutada mitu tegurit. Näiteks ligikaudu neljandik neist, kes alustavad Euroopas kanepitarbimise tõttu ravi, suunatakse ravile kriminaalõigussüsteemi kaudu (23 000); see on alla 5% ravi alustavatest kanepitarbijatest Bulgaarias, Eestis, Lätis ja Madalmaades kuni üle 80% Ungaris.

Kanep on uimasti, millest on Euroopas kõige sagedamini teatatud kui peamisest põhjusest, miks esmakordsed ravialustajad ravi alustavad



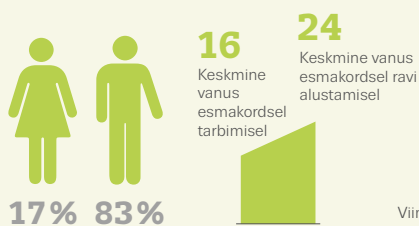
Kanepiga seotud erakorraline haiglaravi

Kuigi ägedaid terviseprobleeme pärast kanepi tarbimist esineb harva, võivad need eelkõige esineda pärast suuri annuseid. Riikides, kus kanepit tarbitakse rohkem, moodustavad need olulise osa uimastitega seotud erakorralise abi andmise juhtumitest. Hiljutises uuringus tehti kindlaks, et kanepiga seotud erakorralise abi andmise juhtumite arv suurenes aastatel 2008–2012 analüüsitud 13-st Euroopa riigist 11-s. Hispaanias näiteks kasvas kanepiga seotud erakorralise abi andmise juhtumite arv 1589-lt (25% kõikidest uimastitega seotud erakorralise ravi juhtumitest) 2008. aastal 1980-ni 2011. aastal.

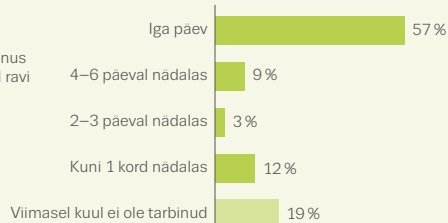
Uimastitega seotud erakorraliste juhtumite võrgustik (Euro-DEN), mis jälgib uimastitega seotud erakorralise abi andmise juhtumeid 16 kohas 10 Euroopa riigis, teatas, et 10–48% (keskmiselt 16%) kõikidest uimastitega seotud erakorralise ravi juhtumitest oli seotud kanepiga, kuigi 90%-l neist juhtumitest leiti ka teisi aineid. Kõige rohkem oli kanepiga koos tarbitud alkoholi, bensodiasepiine ja stimulannte. Kõige sagedamini teatati neuro-käitumuslikest probleemidest (ärritus, agressiivne käitumine, psühhoos ja ärevus) ning oksendamisest. Enamikul juhtudel lasti patsient koju, kuna statsionaarne haiglaravi ei olnud vajalik.

RAVI ALUSTAVAD KANEPITARBIJAD

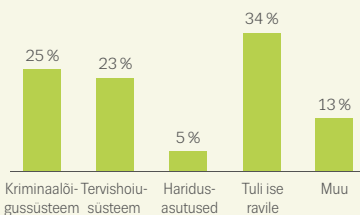
Näitajad



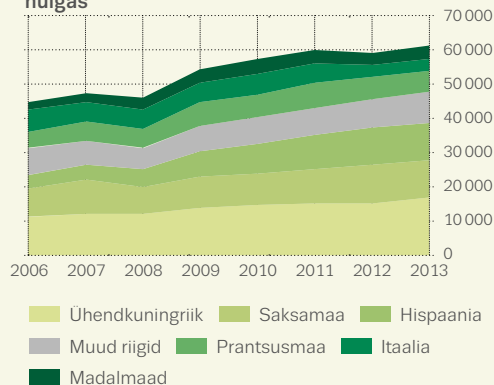
Tarbimissagedus viimase kuu jooksul



Ravile suunaja



Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kanep. Suundumused on esmakordsete ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kanep. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Ravile suunaja: „kriminaalõigussüsteem“ – kohtud, politsei ja kriminaalhooldus; „tervishoiusüsteem“ – perearstid, muud narkomaaniravikeskused ning tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalasutused; „tuli ise ravile“ – patsient ise, pere ja sõbrad.

Kokaiin: Euroopa enim tarbitud stimulant

Peamiselt tõmmatakse kokaiini ninna ja mõnikord ka süstitakse, ent *crack*-kokaiini tavaliselt suitsetatakse. Regulaarsete tarbijate hulgas saab üldiselt eristada sotsiaalselt integreeritumaid tarbijaid, kes tihti tõmbavad kokaiini ninna meelelahutuse mõttes, ning marginaliseerunud tarbijaid, kes süstivad kokaiini või suitsetavad *crack*'i sageli lisaks teistele opioididele. Kokaiini korrapärasest tarbimisest on seostatud sõltuvuse tekke, südame-veresoonkonna, neuroloogiliste ja vaimse tervise probleemidega ning see suurendab haigusjuhtude riski. Suurimad terviseriskid, sealhulgas nakkushaiguste levimine, on seotud kokaiini süstimise ja *crack*-kokaiini tarbimisega.

Kokaiin on kõige tavalisem ebaseaduslik stimulant Euroopas, kuigi enamik tarbijaid elab ainult vähestes riikides. Seda kinnitavad uuringuandmed, mille kohaselt on kokaiinitarbimine rohkem levinud Lõuna- ja Lääne-Euroopas.

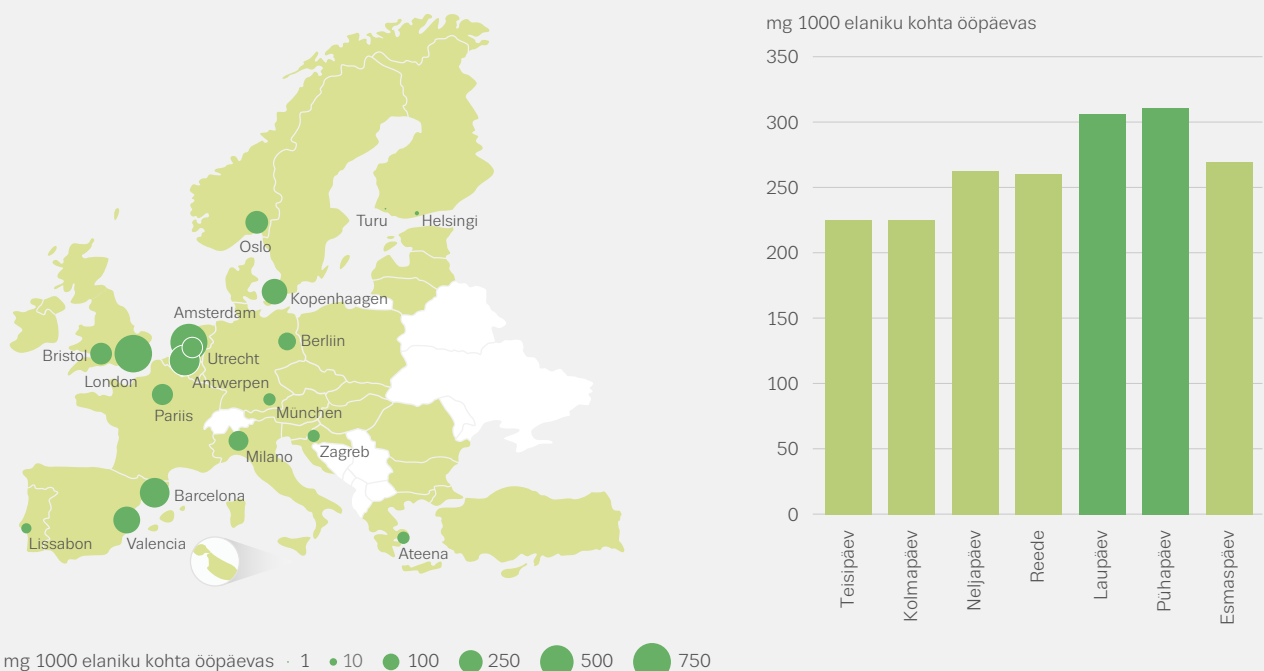
Viimase aasta jooksul on kokaiini tarbinud hinnanguliselt 2,3 miljonit noort täiskasvanut vanuserühmas 15–34-aastased (sellest vanuserühmast 1,9%). Paljud

kokaiinitarbijad kasutavad uimastit meelelahutusena ning enim nädalavahetustel ja pühade ajal. 2014. aastal tehtud mitut Euroopa linna hõlmav heitveeanalüüs kinnitab tarbimise sõltuvust nädalapäevast. Bensouülekononiini ehk kokaiini peamise ainevahetussaaduse sisaldus oli nädalavahetusel võetud proovides suurem (joonis 2.3).

Eelmisel aastal teatasid vaid vähesed riigid kokaiini tarbimisest rohkem kui 3% noorte täiskasvanute hulgas (joonis 2.4). Neist riikides Hispaanias ja Ühendkuningriigis esines 2008. aastani statistiliselt oluline tarbimise suurenemine, pärast mida see stabiliseerus või vähenes. Iirimaa ja Taani, kus tarbimine on alla 3%, on teatanud kõige uuemates andmetes tarbimise vähenemisest, kuid praegu ei ole see veel statistiliselt märgatav; Prantsusmaa 2014. aastani tehtud uuringud näitavad tarbimise suurenemist.

JOONIS 2.3

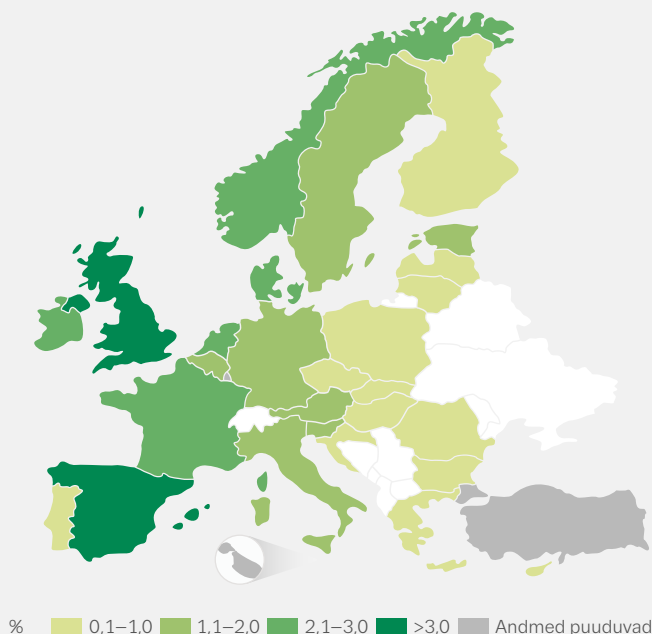
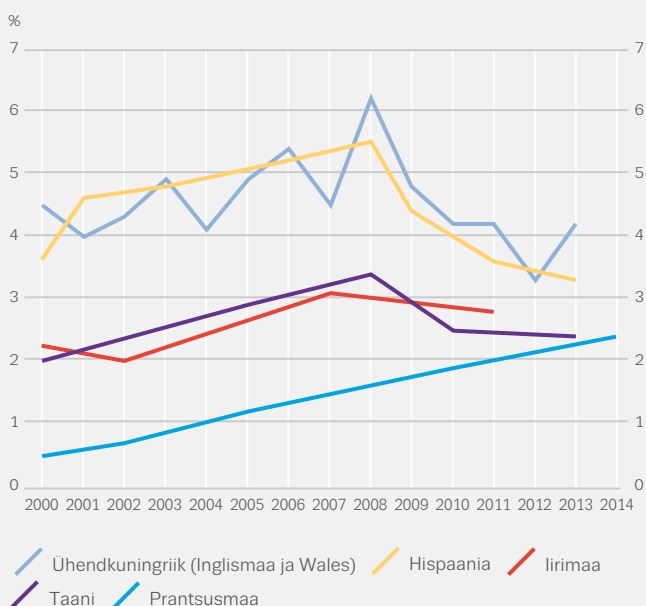
Kokaiinijäägid reovees: valitud Euroopa linnad (vasakul) ja keskmised kogused ööpäevas (paremal)



NB! Keskmine kokaiinikogused milligrammides 1000 elaniku kohta ööpäevas. Proovid võeti valitud Euroopa linnades ühe nädala jooksul 2014. aastal. Allikas: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

JOONIS 2.4

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



Kokaiinitarbimise vähenemist on märgata kõige uuemates andmetes; 2012. aastal uuringud koostanud riikidest üheksa teatas väiksematest ning neli suurematest hinnangulistest näitajatest kui eelmises võrreldavas uuringus.

Kokaiiniga seotud ravinõudlus väheneb üha

Probleemaatilise kokaiinitarbimise ulatust Euroopas on raske hinnata, kuna uuemad hinnangud on olemas vaid nelja riigi kohta ning metodoloogilistel põhjustel ei ole need hõlpsalt võrreldavad. Saksamaa 2012. aasta hinnangu kohaselt oli kokaiinist sõltuvuses 0,2% täiskasvanud elanikest. 2013. aastal koostas Itaalia hinnangu, mille kohaselt vajab kokaiinitarbimise tõttu ravi 0,23% elanikest, ning Hispaania hinnangu kohaselt ulatus suure riskitasemega kokaiinitarbimine 0,29%-ni. Ühendkuningriigi hinnangul tarbis aastatel 2011–2011 crack-kokaiini 0,48% Inglismaa täiskasvanutest ning enamik neist kasutas samal ajal ka opioide.

2013. aastal nimetas kõikidest spetsiaalset narkomaaniaravi alustanud patsientidest peamiseks uimastiks kokaiini 13% (55 000) ja esmakordsetest ravialustajatest 16% (25 000). Riikide vahel on erinevusi, sest rohkem kui 70% kõikidest kokaiinitarbijatest elasid üksnes kolmes riigis (Hispaania, Itaalia ja Ühendkuningriik). Kõige uuemate andmete kohaselt on esmakordselt ravi alustavate kokaiinitarbijate arv jäänud püsima 24 000 juurde, mis on vähem kui 2008. aasta haripunkt, kui ravialustajaid oli 38 000. 2013. aastal nimetas peamise uimastina crack-kokaiini 6000 narkomaaniaravi alustajat ning rohkem kui pooled neist (3500) elasid Ühendkuningriigis, enamik ülejäänutest (2200) elasid Hispaanias, Prantsusmaal ja Madalmaades.

Kokaiiniga seotud suremuse kohta olemasolevate andmete tõlgendamine on keeruline, osalt seetõttu, et see uimasti võib olla mõjutegur südame-veresoonkonna probleemidele omistatud surmajuhtumite puhul. On siiski teada, et

2013. aastal teatati 800-st kokaiinitarbimisega seotud surmajuhtumist (27 riigi andmed). Enamik neist oli tingitud uimasti üleannusest, kusjuures paljudel juhtudel oli samal ajal kasutatud ka teisi aineid, peamiselt opioide. Andmete kvaliteediprobleemide tõttu ei ole Euroopa tasandil võimalik neid suundumusi analüüsida. Mõnes riigis on teatud andmed siiski kättesaadavad. Näiteks suurenes aastatel 2012–2013 selliste surmajuhtumite arv, mille puhul registreeriti kokaiini tarbimine, Ühendkuningriigis 174-lt 213-ni ning Türgis 19-lt 29-ni.

2013. aastal teatati 800-st kokaiinitarbimisega seotud surmajuhtumist

Amfetamiinide tarbimine on paljudes riikides stabiilne

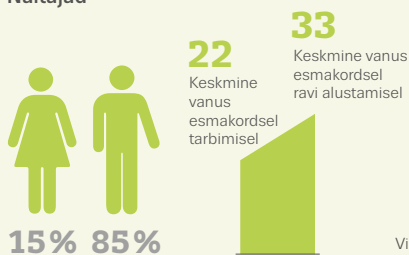
Amfetamiin ja metamfetamiin on kaks lähedalt seotud stimulantide ja mõlemat kasutatakse Euroopas, kuigi amfetamiini tarbitakse palju ulatuslikumalt. Metamfetamiini kasutamine piirdus varem Tšehhi Vabariigiga ning viimasel ajal esines seda ka Slovakkias, kuid nüüd on märke tarbimise suurenemisest ka teistes riikides. Mõnes andmestikus ei ole võimalik neid kaht ainet eristada; sellistel juhtudel räägitakse üldiselt amfetamiinidest.

Mõlemat uimastit manustatakse suu kaudu ja ninna tõmmates, lisaks sellele on mõne riigi suure riskitasemega uimastitarbijate seas tavaline ka süstimine. Metamfetamiini võidakse ka suitsetada, ent selle manustamisviisi kasutamisest ei ole Euroopas palju teatatud.

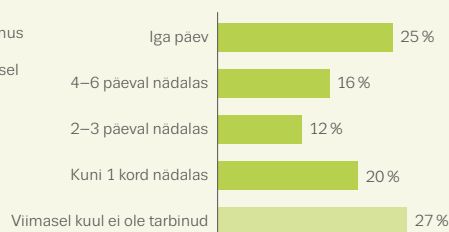
Amfetamiinide kasutamisega seotud tervisehäired on muu hulgas südame-veresoonkonna, kopsu-, neuroloogilised ja

RAVI ALUSTAVAD KOKAIINITARBIJAJAD

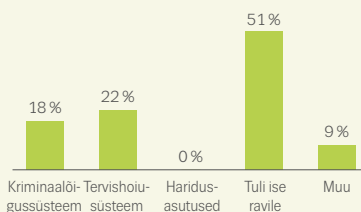
Näitajad



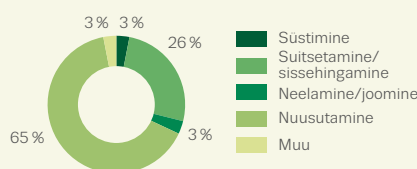
Tarbimissagedus viimase kuu jooksul



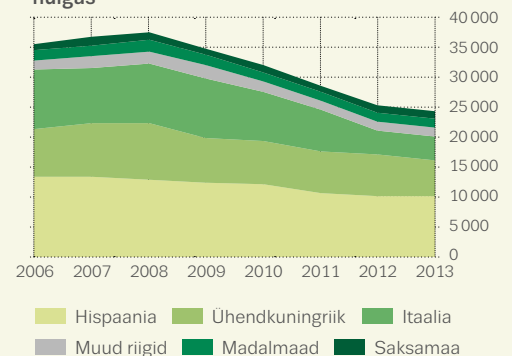
Ravile suunaja



Manustamisviis



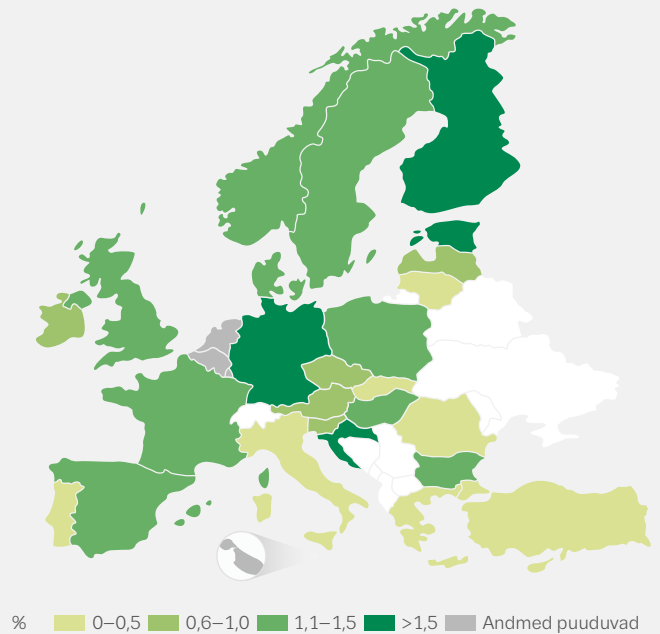
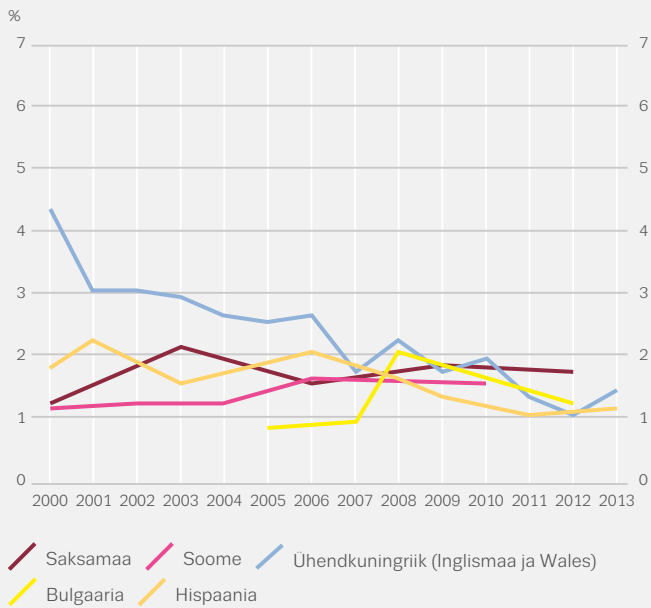
Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kokaiin/crack. Suundumused on esmakordsete ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kokaiin/crack. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Ravile suunaja: „kriminaalõigussüsteem“ – kohtud, politsei ja kriminaalhooldus; „tervishoiusüsteem“ – perearstid, muud narkomaaniravikeskused ning tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalaladused; „tuli ise ravile“ – patsient ise, pere ja sõbrad.

Joonis 2.5

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



vaimse tervise probleemid ning nagu ka muude uimastite korral, on süstimine nakkushaiguste leviku riskitegur. Nagu muudegi stimulantide korral, võib ka amfetamiinidega seotud surmajuhtumeid olla keeruline tuvastada. Siiski teatatakse igal aastal sellistest juhtumitest, kuigi vähe.

Viimase aasta jooksul kasutas amfetamiine hinnanguliselt 1,3 miljonit (1,0%) noort täiskasvanut (15–34-aastased). Riikide kõige värskeimad hinnangud tarbimise ulatuse kohta ulatuvad 0,1%-st kuni 1,8%-ni (joonis 2.5). Kättesaadavad andmed näitavad, et alates umbes 2000. aastatest on enamikus Euroopa riikides olnud tarbimine suhteliselt stabiilne. Erandid on Hispaania ja Ühendkuningriik, kus tarbimine on alates 2000. aastast statistiliselt olulisel määral vähenenud.

Amfetamiinide problemaatilise tarbimise uued viisid

Amfetamiini pikaajalise ja kroonilise tarbimise ning süstimisega seotud probleeme on läbi aegade esinenud peamiselt Põhja-Euroopa riikides. Seevastu pikaajalise metamfetamiini tarbimisega seotud probleeme on kõige rohkem esinenud Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias. Nende riikide hinnangute kohaselt esineb problemaatilist tarbimist täiskasvanute (15–64-aastased) seas Tšehhi Vabariigis ligikaudu 0,48% (2013) ja Slovakkias 0,21% (2007). Tšehhi Vabariigis suurenes metamfetamiini probleemne või kõrge riskitasemega tarbimine, peamiselt süstimine, oluliselt aastatel 2007–2013 (ligikaudu 20 000-lt enam kui 34 000-ni). Viimasel ajal on ilmnenud märke metamfetamiini tarbimise levimisest teistesse riikidesse, kuna selle tarbimisest on teatatud Tšehhi



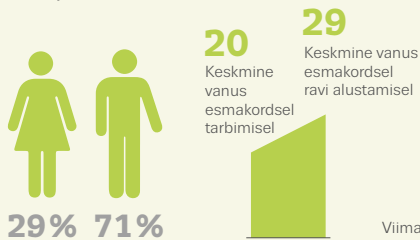
Vabariigiga piirnevates riikides (Saksamaal ja Austrias), Lõuna-Euroopa teatud osades (Kreekas, Küprosel, Türgis) ning Põhja-Euroopa riikides (Lätis ja Norras).

Metamfetamiini tarbimisega seoses on mitu Euroopa riiki jätkuvalt teatanud uuest kasutamiseviisist, kus uimastit süstitakse, sageli koos teiste stimulantidega, homoseksuaalsete meeste väikeste rühmade seas. Need nn süstimispeod on murettekitavad, kuna hõlmavad nii seksuaalset kui ka uimastitega seotud riskikäitumist.

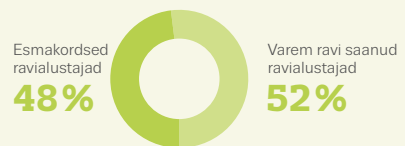
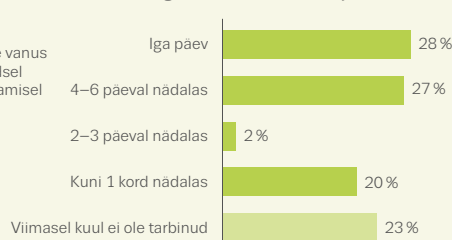
Euroopas nimetas 2013. aastal peamise uimastina amfetamiini (amfetamiin ja metamfetamiin) ligikaudu 7% spetsiaalse narkomaaniaravi alustajatest. See teeb kokku ligikaudu 29 000 uimastitarbijat, kellest 12 000 alustas ravi esmakordselt. Esma- ja teisekordsed ravialustajate hulgas on amfetamiinitarbijate osakaal suur üksnes Saksamaal, Lätis ja Poolas. Metamfetamiinitarbijaid oli ravialustajate seas kõige rohkem Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias, kus kokku elab 95% Euroopa 8000 metamfetamiinitarbijast. Esma- ja teisekordsed ravialustajate seas on amfetamiinide tarbijate hulk suurenenud peamiselt Saksamaal, Tšehhi Vabariigis ja Slovakkias.

RAVI ALUSTAVAD AMFETAMIINIDE TARBIDAJAD

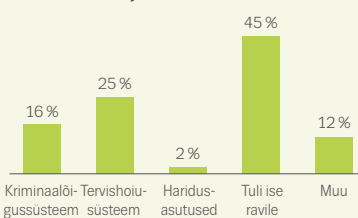
Näitajad



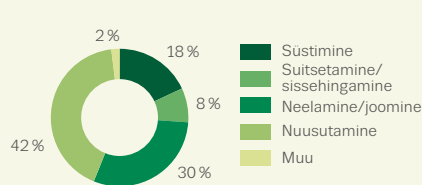
Tarbimissagedus viimase kuu jooksul



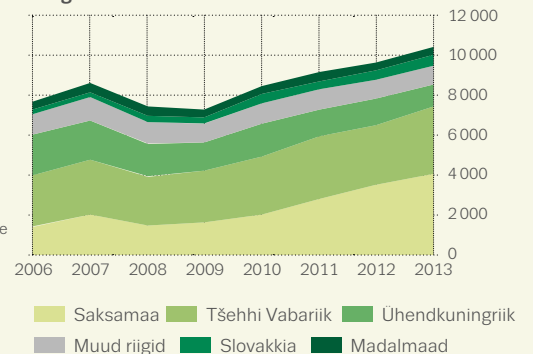
Ravile suunaja



Manustamisviis



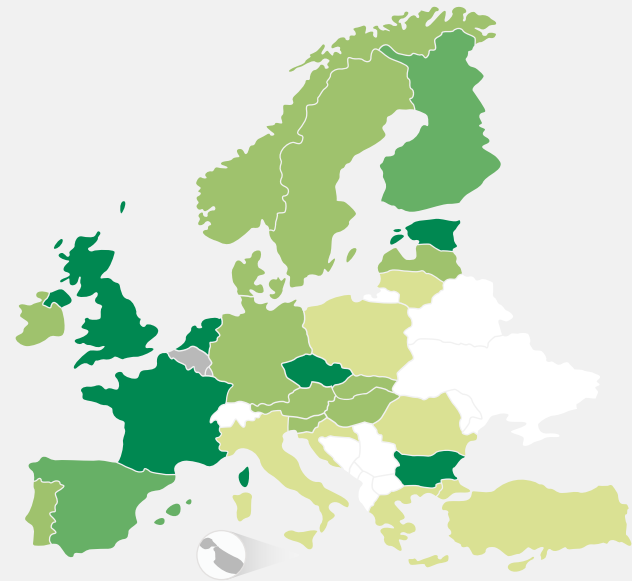
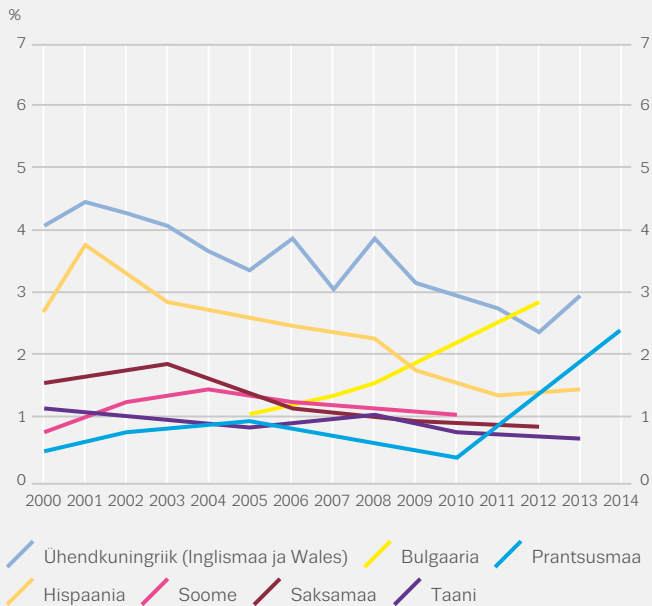
Suundumused esma- ja teisekordsed ravialustajate hulgas



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamised uimastid on amfetamiinid. Suundumused on esma- ja teisekordsed ravialustajate kohta, kelle peamised uimastid on amfetamiinid. Hõlmatud riigid erinevad näitajate loikes. Ravile suunaja: „kriminaalõigussüsteem“ – kohtud, politsei ja kriminaalhooldus; „tervishoiusüsteem“ – perearstid, muud narkomaaniaravikeskused ning tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalasutused; „tuli ise ravile“ – patsient ise, pere ja sõbrad.

JOONIS 2.6

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



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

MDMA/*ecstasy* kasutamine

MDMA-d (3,4-metüleendioksü-metamfetamiin) tarbitakse tavaliselt *ecstasy*-tabletinä, kuid üha enam on see kättesaadav ka kristalsel kujul ja pulbrina; tablette tavaliselt neelatakse, kuid pulbrit tõmmatakse ka ninna (nasaalne manustamine). Selle uimasti tarbimisega seotud probleemid on muu hulgas akuutne hüpotermia, südame löögisageduse suurenemine ja mitme organi puudulikkus, pikaajalist kasutamist on seostatud maksa- ja südameprobleemidega. Surmajuhtumeid esineb selle uimastiga seoses suhteliselt harva ning on vahel põhjustatud MDMA nime all müüdnud teistest ainetest. Viimasel ajal on hakanud muret tekitama ägedad terviseprobleemid, mis on seotud tugevatoimeliste MDMA-tablettide ja -pulbritega. Lisaks väljastati 2014. aastal hoiatusi *ecstasy*-tablettide kohta, mis sisaldasid suures koguses ainet PMMA – uimastit, mille ohutusomadused on problemaatilised.

Enamiku Euroopa uuringutega on seni kogutud andmeid pigem *ecstasy* kui MDMA kasutamise kohta. Hinnanguliselt tarbis eelmisel aastal *ecstasy*-t 1,8 miljonit noort täiskasvanut (15–34-aastased, 1,4% sellest vanuserühmast), kusjuures riikide hinnangud on vahemikus alla 0,1% kuni 3,1%. Nendes riikides, kus on olemas piisavalt andmeid suundumuste statistiliseks analüüsimiseks, on täheldatav tarbimise vähenemine alates 2000. aastast Saksamaal, Hispaanias ja Ühendkuningriigis. Taanis on tarbimine samuti vähenenud,

kuid selle statistiline kindlus on väiksem (joonis 2.6).

Bulgaria hinnangud osutavad seevastu endiselt tarbimise suurenemisele. Nende riikide seas, kes on pärast 2012. aastat uusi uuringuid teinud, on tulemused erinevad: kuue hinnangul oli tarbimine väiksem ning kuue hinnangul suurem 7 eelmises võrreldavas uuringus. *Ecstasy*-t nimetatakse harva narkomaaniaravi alustamise põhjusena ning 2013. aastal alustas selle tõttu ravi alla 1% teatatud esmakordsetest ravialustajatest (ligikaudu 600 juhtumit).

Enamiku Euroopa

uuringutega on seni kogutud

andmeid pigem *ecstasy* kui

MDMA kasutamise kohta

JOONIS 2.7

GHB, ketamiin ja hallutsinogeenid põhjustavad mõnes riigis endiselt probleeme

Euroopas tarbitakse ka muid hallutsinogeenide, anesteetikumide ja depressantidena toimivaid psühhoaktiivseid aineid, sealhulgas LSD-d (lüsergiinhappe dietüülamiid), ketamiini, GHB-d (gammahüdroksübutüraat) ja hallutsinogeenide seeni.

Ketamiini ja GHB (sealhulgas selle lähteaine GBL-i ehk gamma-butürolaktooni) meelelahutuslikust tarbimisest teatavates uimastitarbijate alamrühmades on teatatud viimased kaks kümmend aastat. Rohkem tähelepanu on hakatud pöörama nende ainete seotud terviseprobleemidele, näiteks ketamiini pikaajalise tarbimisega seotud põiekahjustustele. GHB-ga seotud riskid on teadvuse kadu, võõrutusnähtud ja sõltuvus. GHB-ga seotud ravinõudlusest on teatatud Belgias, Madalmaades ja Ühendkuningriigis.

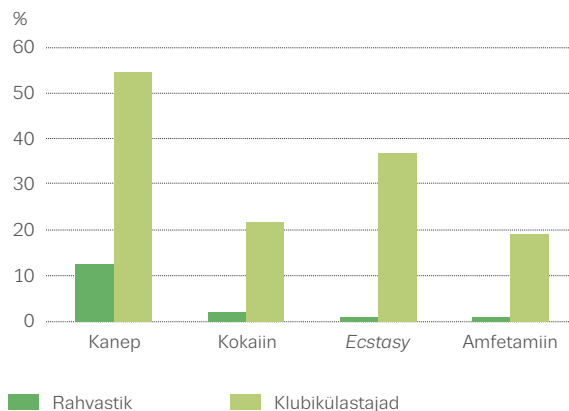
Riikides, kus on hinnatud GHB ja ketamiini tarbimist, kasutavad seda nii täiskasvanud kui ka kooliõpilased jätkuvalt vähe. Viimaste uuringute kohaselt tarbis Norras GHB-d eelmisel aastal 0,1% täiskasvanutest (15–64-aastased), Taanis ja Hispaanias moodustasid ketamiinitarbijad eelmisel aastal noortest täiskasvanutest (15–34-aastased) 0,3% ning Ühendkuningriigis oli eelmisel aastal 16–24-aastaste hulgas ketamiinitarbijaid 1,8% (püsinud stabiilne alates 2008. aastast).

Hallutsinogeenide seente ja LSD tarbimise üldine sagedus Euroopas on olnud mitu aastat üldiselt väike ja stabiilne. Riikide eelmise aasta hinnangute kohaselt tarbis mõlemat ainet alla 1% noortest täiskasvanutest (15–34-aastased).

Suurem uimastitarbimine ööklubide küllastajate seas

On üldteada, et eelkõige seostuvad suurema uimasti- ja alkoholtarbimisega teatavad sotsiaalsed keskkonnad. Tavaliselt osutavad regulaarselt meelelahutusasutusi külastavate noorte hulgas läbi viidud uuringud sellele, et nad tarbivad uimasteid rohkem kui rahvastik üldiselt. Seda näitab teave internetipõhisest ülemaailmsest uimastitarbimise uuringust, mille raames tellis EMCDDA erianalüüsi end regulaarseteks klubiküllastajateks (külastavad klubisid vähemalt korra kolme kuu jooksul) liigitavate noorte uimastitarbimise kohta. Analüüsitud valimisse kuulus 25 790 noort (15–34-aastased) kümnest Euroopa riigist. Tuleb tähele panna, et valim ei ole esinduslik ja koosneb isikutest, kes vastasid vabatahtlikult elektroonilisele uimastiuuringule, seepärast tuleb selle

Uimastite tarbimine viimase aasta jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased): rahvastik ja klubiküllastajad (10 riiki)



Allikad: 2014. aasta ülemaailmne uimastiuuring ning järgmiste riikide viimased rahvastiku-uuringud: Belgia, Saksamaa, Iirimaa, Hispaania, Prantsusmaa, Ungari, Madalmaad, Austria, Portugal, Ühendkuningriik. Amfetamiinid: ei sisalda Belgia ja Madalmaade andmeid. Ecstasy: ei sisalda Madalmaade andmeid.

tulemusi tõlgendada ettevaatlikult. Sõltuvalt ainest olid valimisse kuulunud isikud viimase aasta jooksul uimasteid tarbinud 4 kuni peaaegu 25 korda rohkem kui sama vanuserühm Euroopa Liidu üldises rahvastikus. Kui rühmitada uimastite kaupa riigid, kelle kohta teave on kättesaadav, ja võrrelda andmeid rahvastiku-uuringu kaalutud keskmisega, siis ilmneb, et kanepi tarbimist viimase aasta jooksul nimetas ligikaudu 55% regulaarsetest klubiküllastajatest (riikide kaalutud keskmine rahvastiku-uuringus 12,9%) ning kõrged olid ka muid uimasteid käsitlevad näitajad: kokaiin 22% (rahvastiku-uuring – 2,4%), amfetamiinid 19% (rahvastiku-uuring – 1,2%) ja ecstasy 37% (rahvastiku-uuring – 1,5%) (joonis 2.7). Klubiküllastajad teatasid ka muude uimastite kasutamisest viimase aasta jooksul, sh ketamiin (11%), mefedroon (3%), sünteetilised kannabinoidid (3%) ja GHB (2%).

Väike arv klubiküllastajaid märkis, et neil on seoses oma uimastitarbimisega probleeme, kusjuures kõige sagedamini seostuvad erakorralise ravi vajadusega selles rühmas kanep ja ecstasy.

N-ö seaduslike uimastite tarbimine noorte hulgas

Uute psühhoaktiivsete ainete kasutamist Euroopas on keeruline kindlaks teha. Isegi kui neid aineid riikide uuringutes käsitletakse, ei ole ühise meetodika puudumise tõttu andmeid riikide vahel sageli võimalik võrrelda ning olukorda raskendavad veelgi nende määramisega seotud probleemid, eriti kuna ainete õiguslik staatus võib kiiresti muutuda. Teatava ülevaate kõnealuste ainete kasutamisest saab siiski 2014. aasta Eurobaromeetri

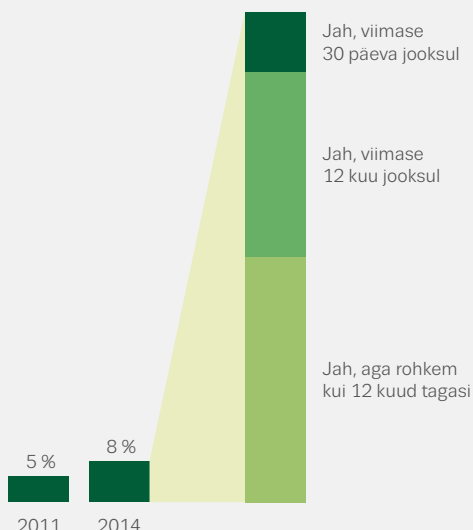
JOONIS 2.8

N-õ seaduslike uimastite ehk ebaseaduslike uimastitega samalaadset mõju omavate uute ainete kättesaadavus ja tarbimine

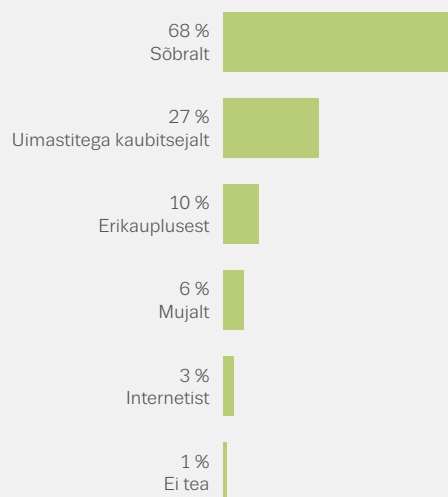
Kui lihtne või keeruline oleks teil selliseid aineid 24 tunni jooksul hankida?



Kas olete neid aineid kunagi kasutanud?



Mõeldes selliste ainete tarbimisele viimase 12 kuu jooksul, siis kust te need saite?



(Võimalik on mitu vastusevarianti)

Allikas: Eurobaromeetri kiiruuring nr 401.

kiiruuringust noorte ja uimastite kohta, milles küsitleti telefoni teel 13 128 noort täiskasvanut (15–24-aastased) 28-s ELi liikmesriigis. Oma vastuses küsimusele tajutava kättesaadavuse kohta arvas kaks kolmandikku vastajaid, et n-õ seaduslike uimasteid (need on määratletud uute ainetena, millel on ebaseaduslike uimastitega samalaadne mõju) oleks keeruline või võimatu hankida. Kuigi Eurobaromeetri uuring oli esmajoonel arvamusuuring, sisaldas see küsimust ka n-õ seaduslike uimastite kasutamise kohta. Praegu on need andmed ainus kogu ELi hõlmav teabeallikas selle teema kohta, kuigi meetodikaerinevuste tõttu peab tulemusi tõlgendama ettevaatlikult. Kokku nimetas 8% vastajaid n-õ seaduslike uimastite tarbimist elu jooksul ja 3% viimase aasta jooksul (joonis 2.8). See tähendab, et võrreldes 2011. aastal korraldatud sarnase uuringuga on elu jooksul tarbimist nimetanute arv 5% kasvanud. Kõige enam teatasid viimase aasta jooksul tarbimisest Iirimaa noored (9%), samal ajal ei teatanud n-õ seaduslike uimastite kasutamisest viimase aasta jooksul Küprose ja Malta valimisse kuulunud isikud. 68% isikutest, kes teatasid tarbimisest viimase aasta jooksul, olid saanud aine mõnelt oma sõbralt.

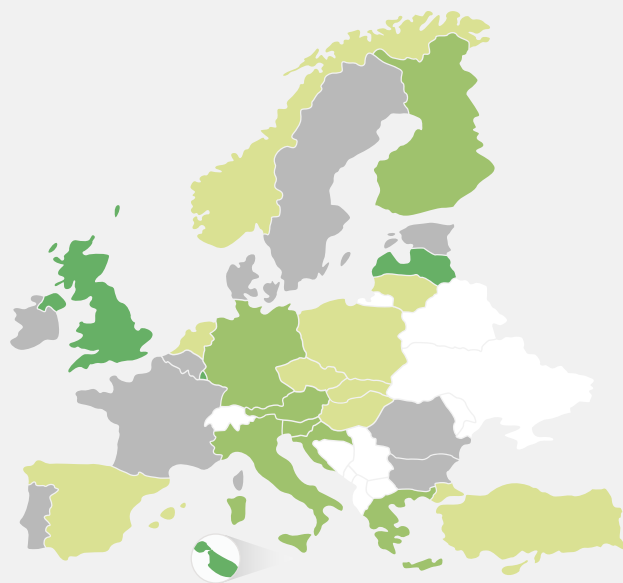
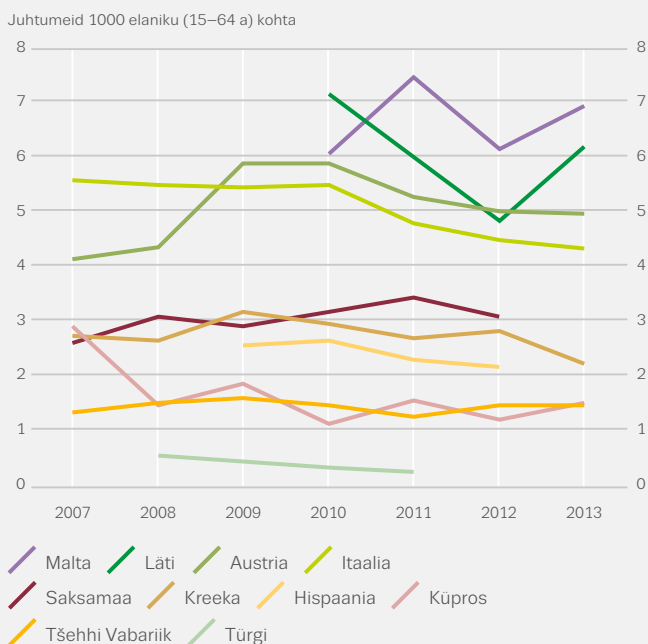
Eurobaromeetri uuringu tulemusi on huvitav kõrvutada muude uuringute tulemustega, võttes arvesse, et kasutatud on erinevaid meetodeid ja küsimusi. Üheksa Euroopa riiki on alates 2011. aastast esitanud hinnangulisi andmeid uute psühhoaktiivsete ainete või n-õ seaduslike uimastite (v.a ketamiin ja GHB) kasutamise kohta.

Kõnealuste ainete viimase aasta jooksul tarbimine noorte täiskasvanute (15–24-aastased) seas jäi vahemikku 9,7% Iirimaa ja 0,2% Portugalis. Tuleb märkida, et mõlemas nimetatud riigis on võetud meetmeid n-õ seaduslike uimastite otsese kättesaadavuse piiramiseks, sulgedes kauplusi, kus neid tooteid müüdi. Ühendkuningriigi (Inglismaa ja Walesi) kohta on kättesaadavad mefedrooni kasutamist käsitlevad uuringuandmed. Viimase uuringu (2013/2014) kohaselt oli seda uimastit viimase aasta jooksul hinnanguliselt kasutanud 1,9% noori (16–24-aastased); see näitaja oli samal tasemel kui aasta varem, ent vähenenud võrreldes 4,4%-ga aastatel 2010/2011, mil kontrollimeetmeid ei olnud veel võetud.

Süntetiliste katinoonide süstimine ei ole küll laialdaselt levinud, kuid sellest teatatakse jätkuvalt mõne kindla elanikkonnarühma, sealhulgas opioidide süstijate, mõnes riigis narkomaaniaravi saajate ja homoseksuaalsete meeste väikeste rühmade seas. Süntetiliste katinoonide probleemtarbimisega seotud ravinõudluse kasvust on teatatud Ungaris, Rumeenias ja Ühendkuningriigis. Ühendkuningriigis (Inglismaa) suurenes mefedrooni mis tahes viisil kasutamist nimetanud esmakordsete ravialustajate arv aastatel 2011/2012 kuni 2012/2013 900-lt 1630-ni, stabiliseerudes aastatel 2013/2014, mil see oli 1641.

JOONIS 2.9

Riiklikud hinnangud kõrge riskitasemega opioiditarbimise kohta viimase aasta jooksul: suundumused (vasakul) ja viimased andmed (paremal)



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

Opioidid: 1,3 miljonit probleemkasutajat

Opioidide ebaseaduslik tarbimine on jätkuvalt ebaproportsionaalselt suure osa uimastitarbimisest tingitud haigestumuse ja suremuse põhjus Euroopas. Peamine Euroopas tarvitav opioid on heroiin, mida võidakse suitsetada, ninna tõmmata või süstida. Esineb ka mitme muu sünteetilise opioidi, näiteks buprenorfiini, metadooni ja fentanüüli kuritarvitamist.

2013. aastal oli probleemseid opioiditarbijaid aasta keskmisena täiskasvanutest (15–64-aastased) hinnanguliselt 0,4% (4 inimest 1000 elaniku kohta) ehk 1,3 miljonit probleemset opioiditarbijat. Riikide lõikes jääb suure riskitasemega opioiditarbimine 15–64-aastaste elanike seas vahemikku alla 1 kuni ligikaudu 8 inimest 1000 elaniku kohta. Kümnel riigil on ajavahemiku 2006–2013 kohta olemas opioidide kasutamist käsitlevad korduvad hinnangud, mille kohaselt on suundumused suhteliselt stabiilsed (joonis 2.9).

Peamise uimastina opioide (põhiliselt heroini) tarvivad inimesi on 41% kõigist uimastitarbijatest, kes alustasid Euroopas 2013. aastal spetsiaalset narkomaaniaravi (175 000 patsienti), ja 20% inimestest, kes alustasid ravi esimest korda (31 000 patsienti). Heroinitarbijatest esmakordsete ravialustajate koguarv on maksimumist 2007. aastal (59 000) vähenenud 2013. aastaks enam kui kaks korda (23 000). Näib, et uute heroinitarbijate arv on üldiselt vähenenud, mis mõjutab nüüd ravinõudlust.

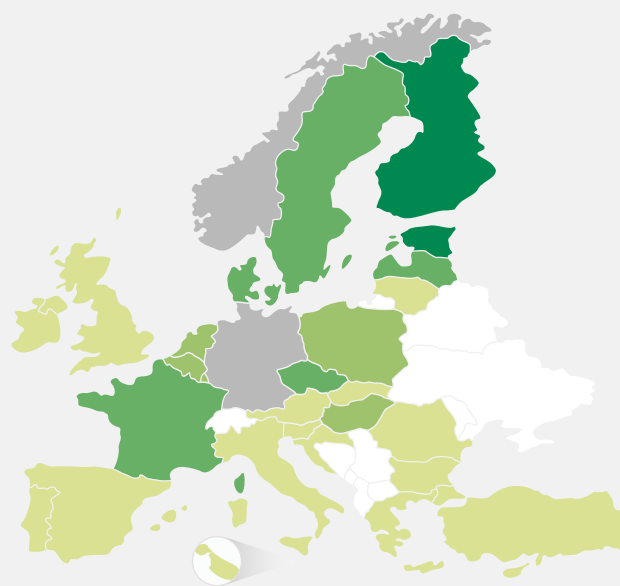
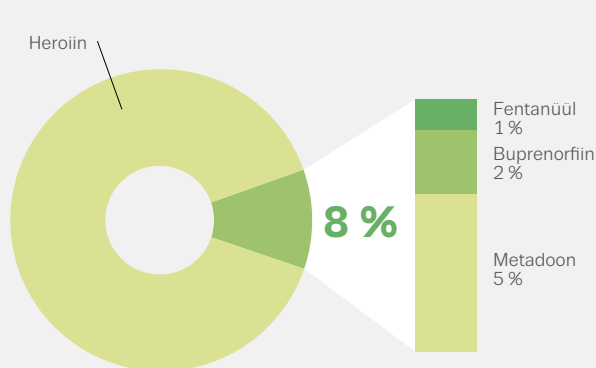
Muud opioidid peale heroini: probleem suureneb

Veidi enam kui kolmandikus Euroopa riikides (11) raviti 10% kõikidest 2013. aastal eriteenuste kasutamist alustanud opioidipatsientidest probleeme, mis olid seotud peamiselt muude opioidide kui heroiniiga (joonis 2.10). Need ained olid muu hulgas metadoon, buprenorfiin ja fentanüül. Üldiselt nimetatakse kõige sagedamini kuritarvitatava muu opioidi kui heroiniina metadooni, millele järgneb buprenorfiin; need uimastid moodustavad vastavalt 60% ja 30% kogu ravinõudlusest patsientide puhul, kelle uimastiprobleem on seotud eeskätt muude opioidide kui heroiniiga. Mõnes riigis kasutavad probleemsed opioiditarbijad nüüd sagedamini muid opioide. Näiteks Eestis tarbis enamik ravialustajatest, kes nimetasid oma peamise uimastina opioide, ebaseaduslikku fentanüüli ja Soomes kuritarvitas opioidipatsientide suurim rühm peamiselt buprenorfiini.

Peamine Euroopas tarvitav opioid on heroiin

JOONIS 2.10

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



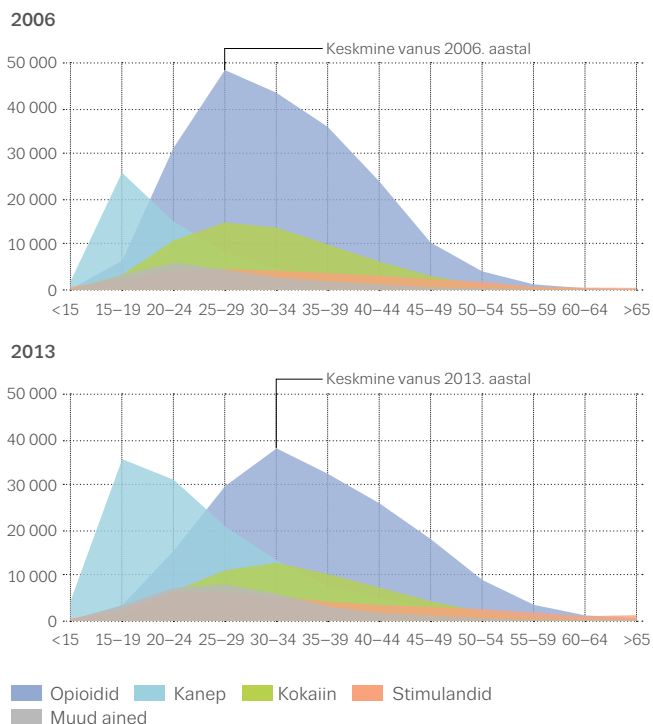
% < 10 % 10–24 % 25–50 % > 50 %
 Andmed puuduvad

Suure riskitasemega opioiditarbijad: vananev elanikkonnarühm

Ravi alustavate opioiditarbijate hulgas paistab silma kaks suundumust: nende arv väheneb ja keskmine vanus suureneb (joonis 2.11). Aastatel 2006–2013 kasvas opioidide tarbimisega seotud probleemide tõttu ravi alustavate isikute keskmine vanus viie aasta võrra. Samal ajavahemikul kasvas uimastitarbimise (peamiselt opioidide kasutamise) tagajärjel surnud isikute keskmine vanus 33 eluaastalt 37 eluaastani. Märkimisväärne arv Euroopa probleemsetest uimastitarbijatest, kes on pika aja vältel tarvitanud koos mitut uimastit, on praegu 40. ja 50. eluaastates. Pikaajalise halva tervise, kehvade elamistingimuste, tubaka- ja alkoholitarbimise ning vanusest tingitud immuunsüsteemi seisundi halvenemise tõttu on need uimastitarbijad vastuvõtlikud mitmele kroonilisele terviseprobleemile. Nende hulka kuuluvad kroonilisest tubakatarbimisest ja uimastite süstimisest põhjustatud südame-veresoonkonna ja kopsuprobleemid. Pikaajalised heroinitarbijad nimetavad ka kroonilist valu, samal ajal kui hepatiidi viirusesse nakatumine võib suurendada tsirroosi- ja muude maksaprobleemide riski. Mitme uimasti koostarvitamine, üleannused ja aastaid väldanud nakkused kiirendavad selliste uimastitarbijate füüsilist vananemist, mis seab üha suuremaid nõudmisi ravi- ja sotsiaalsetele tugiteenustele.

JOONIS 2.11

Suundumused ravialustajate vanuses peamise uimasti kaupa, 2006 ja 2013



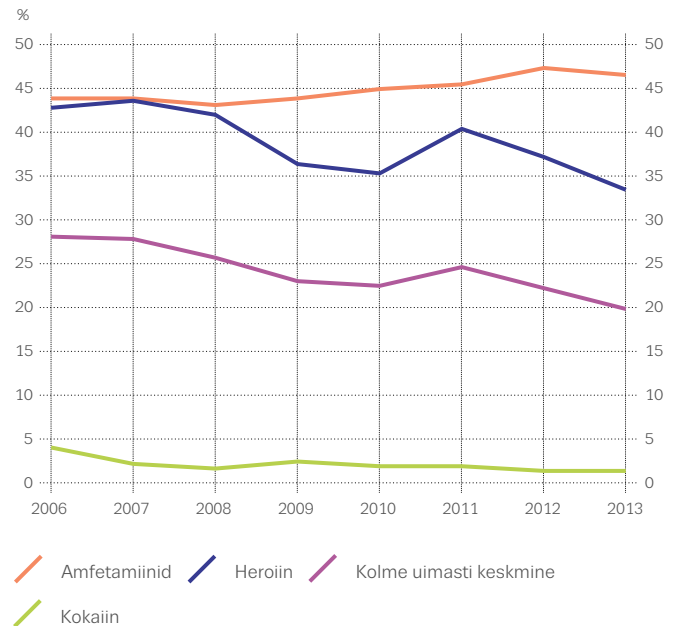
JOONIS 2.12

Uimastite süstimine: pikaajaline vähenemine

Süstivatel uimastitarbijatel on uimastitarbimisest tingitud probleemide tekke, sealhulgas vere kaudu levivate nakkushaigustega nakatumise või uimastite üleannustamise risk kõige suurem. Süstimist seostatakse tavaliselt opioiditarbimisega, kuid mõnes riigis on suurem probleem amfetamiinide süstimine. Hiljutised hinnangud süstivate uimastitarbijate kohta on olemas 14 riigis, kus see jääb vahemikku alla 1 kuni üle 9 inimese 1000 elaniku (15–64-aastased) kohta.

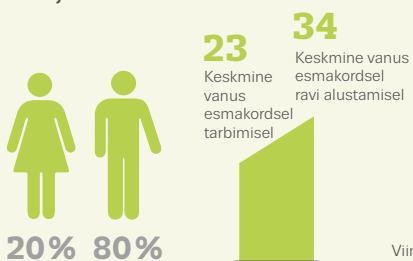
Esmakordselt eriravi alustavatest isikutest, kelle peamiseks uimastiks on amfetamiinid, nimetab 46% põhilise manustamisviisina süstimist ning see suundumus on üldiselt stabiilne (joonis 2.12). Rohkem kui 70%-st nendest juhtumitest teatab igal aastal Tšehhi Vabariik, kus see suundumus on olnud tõusuteel. Ülejäänud Euroopa riikides süstimine kui põhiline manustamisviis uute amfetamiinipatsientide puhul väheneb. Peamise uimastina heroini kasutavatest esmakordsetest ravialustajatest nimetas süstimist põhilise manustamisviisina 33%, 2006. aastal oli neid 43%. Heroinipatsientide seas on süstimise tase riigiti erinev, alates 8%-st Madalmaades kuni 100%-ni Leedus. Kolme peamist süstimise teel tarbitavat uimastit koos arvestades on süstimine kui põhiline manustamisviis esmakordsete ravialustajate seas Euroopas vähenenud 28%-lt 2006. aastal 20%-le 2013. aastal.

Esmakordsed ravialustajad, kes nimetavad oma peamise uimasti põhilise manustamisviisina süstimist

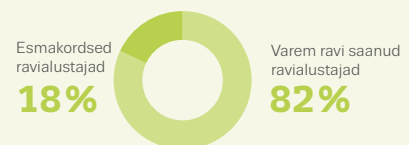
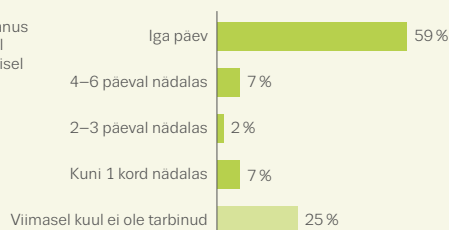


RAVI ALUSTAVAD HEROIINITARBIJAJAD

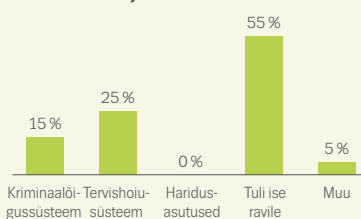
Näitajad



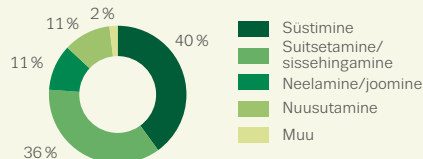
Tarbimissagedus viimase kuu jooksul



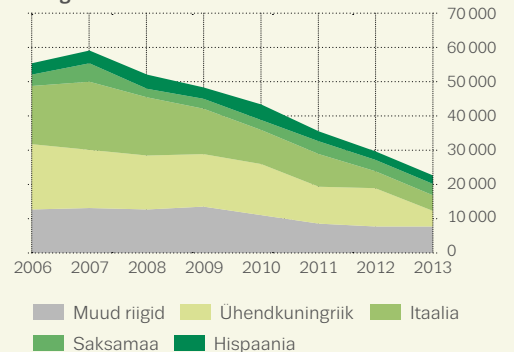
Ravile suunaja



Manustamisviis



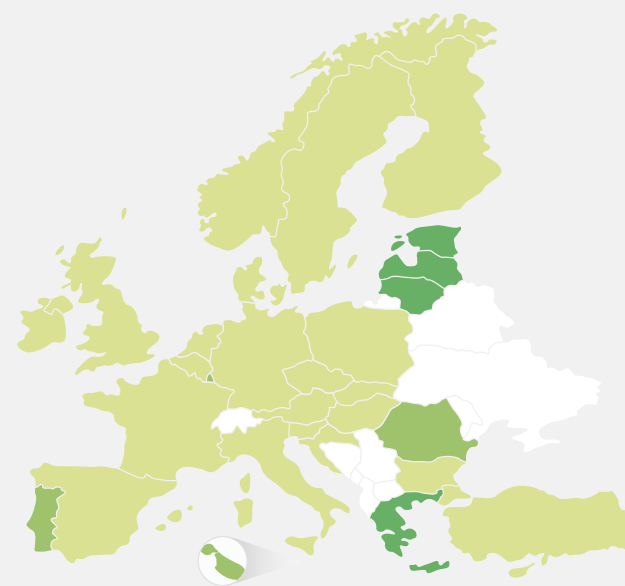
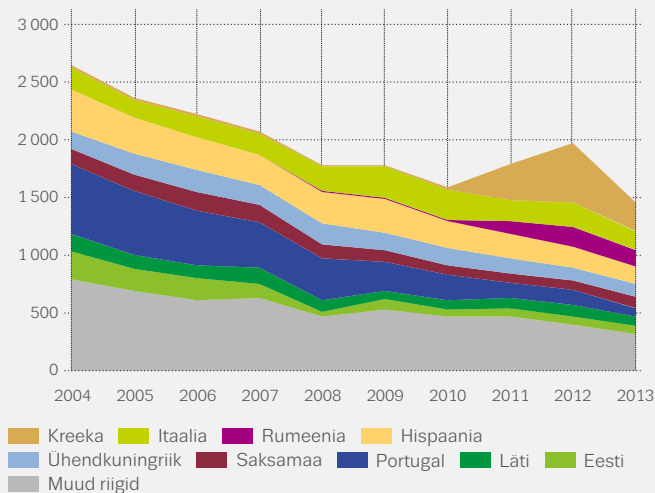
Suundumused esmakordsete ravialustajate hulgas



NB! Näitajad on kõigi ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on heroiin. Suundumused on esmakordsete ravialustajate kohta, kelle peamine uimasti on kanep. Hõlmatud riigid erinevad näitajate lõikes. Ravile suunaja: „kriminaalõigussüsteem“ – kohtud, politsei ja kriminaalhooldus; „tervishoiusüsteem“ – perearstid, muud narkomaaniravikeskused ning tervishoiu-, ravi- ja sotsiaalasutused; „tuli ise ravile“ – patsient ise, pere ja sõbrad.

JOONIS 2.13

Hiljuti diagnoositud HIV-juhtumite arv seoses uimastite süstimisega: suundumused juhtumite arvus (vasakul) ja viimased andmed (paremal)



Juhtumit miljoni elaniku kohta <5,0 5,1–10,0 >10,0

NB! 2013. aasta andmed (allikas: ECDC)

Uute HIV-juhtumite arv süstivate uimastitarbijate seas väheneb – Kreeka suutis haiguspuhangut ohjata

Uimastite süstimisel on jätkuvalt keskne roll nakatumisel vere kaudu levivate nakkushaigustega, näiteks C-hepatiidi viiruse (HCV) ja mõnes riigis inimese immuunpuudulikkuse viirusega (HIV). Uimastite süstimise osakaal kõikide teatatud HIV-juhtumite hulgas Euroopas, mille puhul nakatumisviis on teada, on jätkuvalt väike ja stabiilne (viimasel kümnendil alla 8%).

Viimased andmed näitavad, et Euroopas diagnoositud uute HIV-juhtumite arvu suurenemine, mis oli tingitud haiguspuhangutest Kreekas ja Rumeenias, on peatunud ja nende koguarv ELis on langenud puhanguelsele tasemele (joonis 2.13). Esialgsetel andmetel oli 2013. aastal 1458 uut teatatud juhtumit, võrrelduna 1974 juhtumiga 2012. aastal, seega on alates 2010. aastast täheldatud kasvu suundumus pöördumas. See langus on suuresti tingitud Kreekast, kus uute juhtumite arv vähenes aastatel 2012–2013 enam kui poole võrra, ja vähemal määral Rumeeniast. Kuigi tundub, et haiguspuhangud nendes kahes riigis on maksimumi juba saavutanud, oli uute diagnooside arv 2013. aastal vähemalt kümme korda suurem kui haiguspuhangu eelne tase 2010. aastal.

2013. aastal oli teatatud diagnoositud uimastite süstimisest põhjustatud uusi HIV-nakkusjuhtumeid miljoni

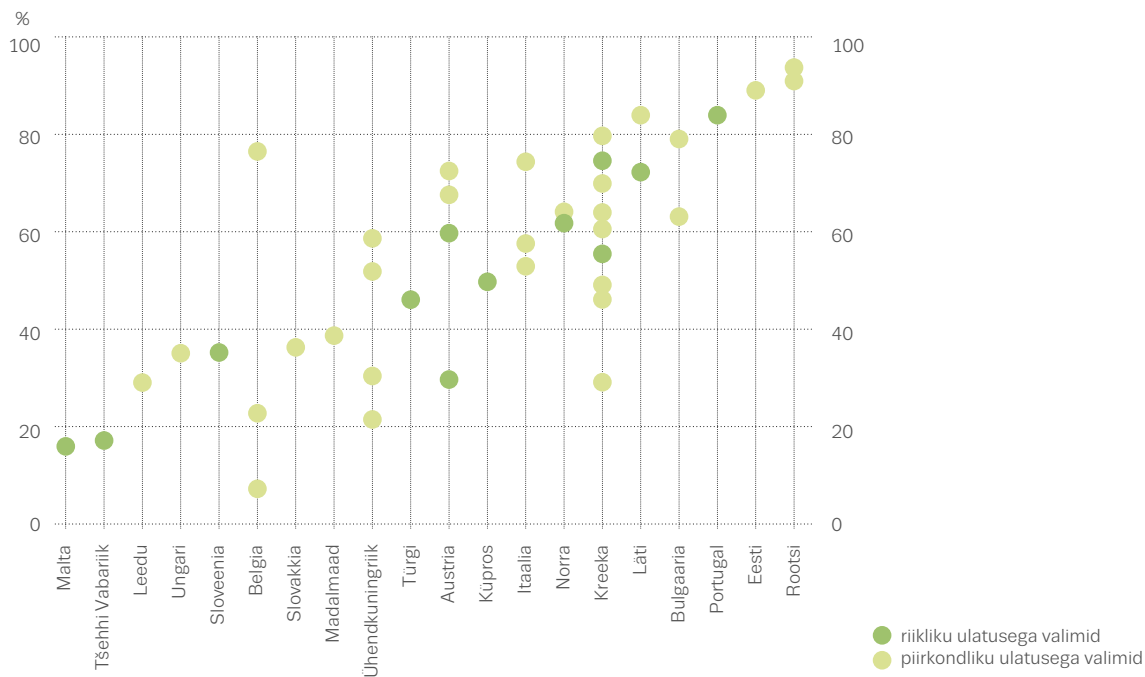
elaniku kohta keskmiselt 2,5, kusjuures kolmes Balti riigis olid need näitajad ELi keskmisest 8–22 korda kõrgemad. Mujal riikides, kus varem on esinenud palju nakkusjuhte, näiteks Hispaanias ja Portugalis, on teatatud uute diagnoositud juhtumite suundumused jätkuvalt vähenemas.

Varajane diagnoosimine ja kiire asjakohane ravi on olulised, et vältida HIV-nakkuse progresseerumist AIDS-iks. 2013. aastal teatati Euroopas 769 uuest uimastite süstimisest tingitud AIDS-juhtumist. Uute diagnoositud juhtumite suhteliselt suur arv Bulgaarias, Lätis, Kreekas ja Rumeenias osutab sellele, et AIDS-i ennetamist ja HIV-nakkuse ravi nendes riikides tuleb tõhustada.

HIV-iga seotud suremus on üks kõige paremini dokumenteeritud kaudseid surmapõhjuseid uimastitarbijatel. Kõige hiljutisema hinnangu kohaselt suri Euroopas 2010. aastal uimastite süstimise tagajärjel HIV-i/AIDS-i ligikaudu 1700 inimest; see suundumus on vähenemas.

JOONIS 2.14

HCV antikehade olemasolu süstivatel uimastitarbijatel, 2012/2013



Hepatiit ja muud uimastitarbimisega seotud nakkused

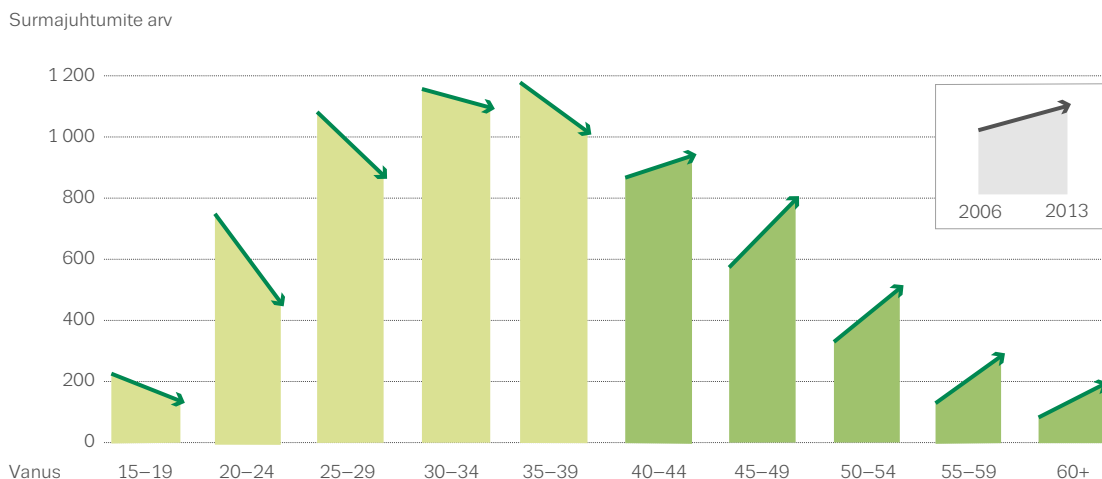
Kõikjal Euroopas on süstivate uimastitarbijate seas väga sage viiruslik hepatiit, eriti C-hepatiidi viirusest (HCV) põhjustatud nakkus. Sellel võib olla raskeid pikaajalisi tagajärgi, sest HCV-nakkus, mida sageli raskendab rohke alkoholitarbimine, võib süstivate uimastitarbijate hulgas tõenäoliselt põhjustada üha suurema arvu tsirroosi-, maksavähi ja surmajuhtumeid.

Aastatel 2012–2013 oli süstivaid uimastitarbijaid, kelle veres leidis HCV antikehi, riikide valimites 14–84%, kusjuures kümnest andmeid esitanud riigist viies oli see näitaja üle 50% (joonis 2.14). Riikidest, kus olid olemas aastate 2006–2013 riiklike suundumuste andmed, teatas HCV vähenevast esinemisest süstivate uimastitarbijate seas ainult Norra, seevastu kuues riigis täheldati esinemise suurenemist.

Uimastitarbimine võib olla riskitegur muude nakkushaiguste, sealhulgas A- ja D-hepatiidi, sugulisel teel levivate nakkuste, tuberkuloosi, teetanuse ja botulismi korral. Euroopas on teatatud sporaadilisest haavabotulismist süstivate uimastitarbijate seas. Norras teatati 2013. aasta septembrist kuni detsembrini kuuest kinnitust leidnud juhtumist. 2014. aasta detsembris avastati Norras ja Šotimaal kaks haavabotulismi puhangut, mille uurimine jätkus 2015. aastal.

JOONIS 2.15

Uimastitest põhjustatud surmajuhtumite arv vanuserühmade kaupa 2006. ja 2013. aastal



Uimastitest põhjustatud surmajuhtumid

Uimastitarbimine on noorte seas üks peamisi välditavaid surmapõhjusi Euroopas, nii otseselt üleannuste tõttu (uimastitarbimisest põhjustatud surmajuhtumid) kui ka kaudselt, uimastitega seotud haiguste, õnnetuste, vägivalda ja suitsiidide tõttu. Probleemseid uimastitarbijaid käsitlevatest kohortuuringutest enamiku kohaselt on suurem 1–2% aastas ning hinnanguliselt sureb Euroopas igal aastal 10 000–20 000 opioiditarbijat. Üldiselt on opioiditarbijatel vähemalt 10 korda suurem tõenäosus surra kui teistel samaealistel ja samast soost isikutel. EMCDDA hiljutises mitmes asukohas läbiviidud uuringus, mille jaoks esitasid andmeid üheksa Euroopa riiki, leiti, et enamik probleemsete uimastitarbijate surmajuhtumeid on enneaegsed ja välditavad. Uuringus registreeriti 2886 surmajuhtumit enam kui 31 000 osalejaga valimis ning üldine iga-aastane suuremus oli 14,2 juhtumit 1000 elaniku kohta. Surma põhjus tehti kindlaks 71% juhtudel, kusjuures neist poolte puhul oli tegemist väliste põhjustega, peamiselt üleannuste ja vähemal määral suitsiidiga, ning teise poole puhul somaatiliste põhjuste, sealhulgas HIV-i/ AIDS-i ning vereringe- ja hingamissüsteemi haigustega.

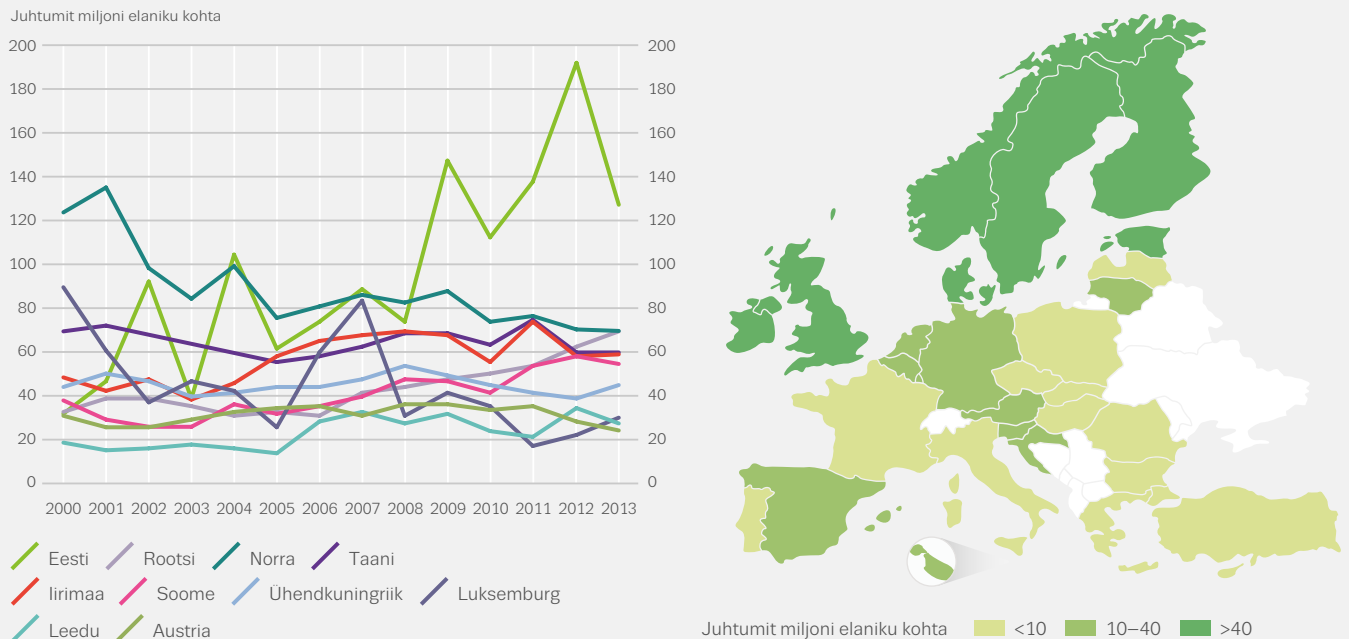
Üleannustest tingitud surmajuhtumid: hiljutine kasv mõnes riigis

Üldiselt on uimastite üleannustamine probleemsete uimastitarbijate seas jätkuvalt peamine surmapõhjus, kusjuures rohkem kui kolmveerand üleannuste tagajärjel surnud isikutest on mehed (78%). Uimastitega seotud surmajuhtumid väga noorte seas on küll sageli äärmiselt murettekitavad, kuid 2013. aastal toimus ainult 8% Euroopas teatatud üleannustest tingitud surmajuhtumitest alla 25-aastastega. Aastatel 2006–2013 võib täheldada üleannustest põhjustatud surmajuhtumite arvu vähenemissuundumust noorte uimastitarbijate hulgas ja kasvusuundumust vanemate uimastitarbijate hulgas (joonis 2.15). See näitab, et Euroopa opioiditarbijate rühm, kellel on kõige suurem risk uimastite üleannuse tagajärjel surra, on muutunud vanemaks.

Enamik riike teatas üleannustest tingitud surmajuhtumite arvu kasvusuundumusest aastatel 2003–2008/2009, kui üldine tase alguses stabiliseerus ja hakkas siis langema. Üleannuseid käsitlevate andmete, eriti ELi kumulatiivsete näitajate tõlgendamisel tuleb olla ettevaatlik mitmel põhjusel, mille hulka kuuluvad süsteemne andmete esitamata jätmine teatavates riikides ja registreerimisprotsessid, mis tekitavad viivitusi nii juhtumitest teatamisel kui ka riikide koondandmete esitamisel. Nimetatud viivituste tõttu on ELi käesoleva aasta koondandmed esialgsed ja need vaadatakse läbi, kui uued andmed on kättesaadavad. 2013. aastal oli ELis hinnanguliselt vähemalt 6100 surmajuhtumit. See on mõnevõrra rohkem kui 2012. aasta läbivaadatud näitaja. Eriti murettekitav on asjaolu, et kasvusuundumust näitavad viimased andmed mitmest riigist, kus on suhteliselt usaldusväärsed aruandlussüsteemid, sealhulgas

JOONIS 2.16

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



Saksamaa, Rootsi ja Ühendkuningriik. Juhtumite arv on kasvuteel ka Türgis, kuid see võib osaliselt peegeldada aruandluse paranemist.

Enamik Euroopas teatatud surmavaid üleannuseid on seotud heroini või selle metaboliitidega, sageli koos muude ainetega. Ühendkuningriigi (Inglismaa) ja Türgi puhul on teatatud surmajuhtumite arvu suurenemine olulisel määral tingitud heroiniiga seotud surmadest. Peale heroini nimetatakse toksikoloogiauuringute vastustes sageli muid opioide, sealhulgas metadooni, buprenorfiini, fentanüüli ja tramadooli, ning mõnes riigis seostatakse neid aineid olulise osa üleannustest põhjustatud surmajuhtumitega.

2013. aastal oli Euroopa keskmine üleannustest tingitud suremus 15–64-aastaste seas hinnanguliselt 16 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta. Suremus on riigiti väga erinev, sõltuvalt sellistest teguritest nagu uimastitarbimine, eelkõige uimastite süstimise ja heroini tarbimise ulatus ja viisid, uimastitarbijate rühmade eripärad, uimastite kättesaadavus ja puhtus, teatamismetoodika ja teenuste osutamine. Üle 40 surmajuhtumi miljoni elaniku kohta oli seitsmes riigis, suurimast suremusest teatati Eestis (127 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta), Norras (70 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) ja Rootsis (70 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta) (joonis 2.16). Kuigi riikidevaheliste erinevuste tõttu kodeerimisel ja teatamisel ning võimaliku andmete

esitama jätmise tõttu on riike keeruline võrrelda, annab üksikutes riikides aja jooksul esinevate suundumuste analüüsimine kasulikku teavet. Hiljuti on üleannustest põhjustatud suremuse näitajate paranemist täheldatud Eestis, kuigi need on ELi keskmisest jätkuvalt 8 korda suuremad. Selles riigis on üleannustest põhjustatud surmajuhtumid seotud peamiselt fentanüülide, äärmiselt tugevate opioidide süstimisega.

Enamik Euroopas teatatud surmavaid üleannuseid on seotud heroini või selle metaboliitidega

Uued uimastid: üha tihedam seos uimastitest põhjustatud probleemide ja surmajuhtumitega

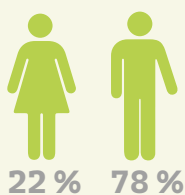
Üldiselt on üha enam tõendeid selle kohta, et uutel psühhoaktiivsetel ainetel on suur roll erakorralise haiglaravi ja teatavate uimastitest põhjustatud surmajuhtumite puhul Euroopas. 2014. aastal esitati Euroopa Liidu varajase hoiatamise süsteemi kaudu 16 hoiatust uute ainete kohta, mida selle mehhanismiga jälgitakse ja millest mitu on seotud tõsiste kõrvalnähtude, nagu surmajuhtumitega. Kümnes Euroopa riigis erakorralise ravi kasutamist jälgiva uimastitega seotud eriolukordade Euroopa võrgustiku hiljutises analüüsis leiti, et 9% kõikidest uimastitega seonduvatest eriolukordadest hõlmas uusi psühhoaktiivseid aineid, peamiselt katinoone. Peale selle oli erakorralise ravi kasutamise juhtudest 12% puhul tegemist GHB või GBL-iga ja 2% puhul ketamiiniga.

Hiljutised teated sünteetiliste kannabinoididega seotud ägedate terviseprobleemide kohta osutavad sellele, et teatavalte asjaoludel võib nende ainete tarbimine põhjustada tervisele raskeid tagajärgi, sealhulgas surma. 2015. aasta ülevaates märgiti, et kõige sagedasemad sünteetiliste kannabinoididega seotud terviseprobleemid on tahhükardia, äärmuslik ärritus ja hallutsinatsioonid.

Surmajuhtumi korral on mis tahes aine toksikoloogilise olulisuse hindamine sageli keeruline, arvestades eelkõige seda, et enamiku uimastitest põhjustatud surmajuhtumite korral on tarbitud mitut ainet. Need probleemid on veelgi suuremad uute uimastite korral, mida võib olla keeruline avastada ja mida tavapäraselt kasutatavad sõelumisvahendid ei pruugi hõlmata. Kõnealustest piirangutest hoolimata on olemas mõningad andmed. Näiteks Ungaris avastati uusi psühhoaktiivseid aineid ligikaudu poolte 2013. aastal teatatud uimastitest põhjustatud surmajuhtumite puhul (14 juhtumi puhul 31-st), kusjuures kõigil neil juhtudel oli tarbitud ka muid aineid. Uute uimastitega seotud riskide hindamise osana kogutakse juhtumiuuringuid ka varajase hoiatamise süsteemi kaudu. Need andmed käsitlevad uute psühhoaktiivsete ainete võimalikku rolli uimastitega seotud haigus- ja surmajuhtumites, näiteks oli esmakordselt 2008. aastal avastatud sünteetiline katinooni MDPV-d 2014. aasta riskihinnangu koostamise ajaks leitud 99 surmajuhtumi puhul.

UIMASTITEST PÕHJUSTATUD SURMAJUHTUMID

Näitajad



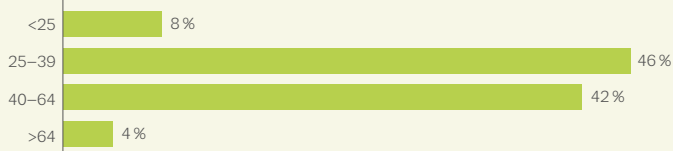
Keskmine vanus surres

37

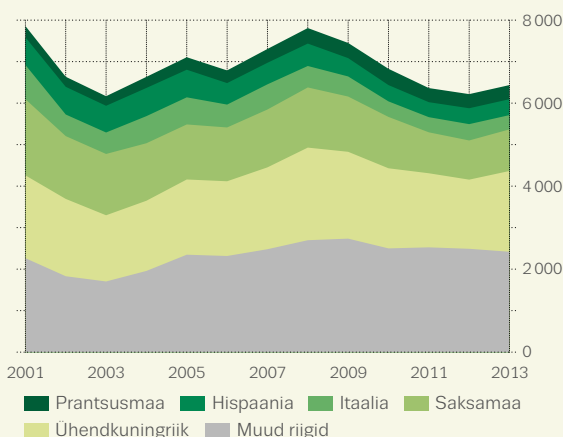
Surmajuhtumid, kus leiti organismist opioide



Vanus surres



Suundumused üleannustest tingitud surmajuhtumite korral



LISATEAVE

EMCDDA väljaanded**2015**

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

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

2014

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

EMCDDA ja ESPADi ühisväljaanded**2012**

Kokkuvõte ESPADi 2011. aasta aruandest.

EMCDDA ja ECDC ühisväljaanded**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

3

**Käesolevas peatükis käsitletakse
uimastitarbimise ennetamiseks,
ravimiseks ja sellega seotud kahju
vähendamiseks kavandatud
poliitika- ja sekkumismeetmeid**

Uimastiprobleemidesse tervishoiu- ja sotsiaalvahenditega sekkumine

Käesolevas peatükis käsitletakse uimastitarbimise ennetamiseks, ravimiseks ja sellega seotud kahju vähendamiseks kavandatud poliitika- ja sekkumismeetmeid. Keskendutakse küsimusele, mil määral riigid järgivad ühiseid lähenemisviise, millised kõnealused lähenemisviisid on tõendus põhised ning kas teenuste osutamine vastab hinnangulistele vajadustele. Peamised poliitikaküsimused, mida Euroopa tasandil jälgitakse, on muu hulgas riiklikud uimastistrateegiad ja tegevuskavad, uimastivaldkonnaga seotud eelarved ja hinnangulised riiklikud kulutused.

Tervishoiu- ja sotsiaalvahenditega sekkumise seire

Kasutatud on Reitox riiklike teabekeskuste ja ekspertide tööühma esitatud andmeid, mida täiendavad ravinõudlust, opioid-asendusravi ning nõelte ja süstalde jagamist käsitlevad aruanded. Kui ametlikud andmed puuduvad, on teenuste kättesaadavuse kohta lisateabe saamiseks kasutatud eksperdi hinnanguid. Käesolevas peatükis on tuginetud ka olemasolevate teaduslike tõendite ülevaadetele rahvatervise sekkumismeetmete tõhususe kohta.

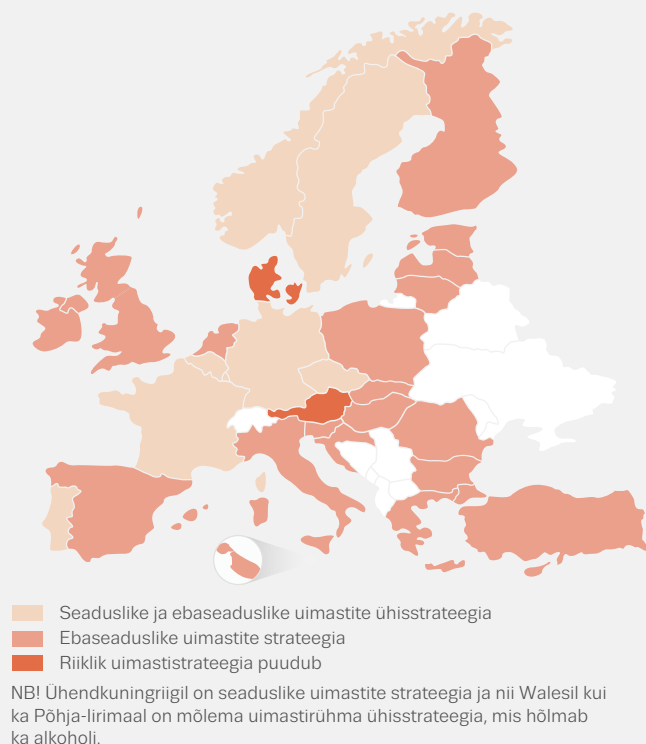
Täiendav teave on EMCDDA veebilehel tervishoiu- ja sotsiaalvahenditega sekkumise ülevaadete jaotises, statistikabülletäänis, parima tava portaalis ning Euroopa uimastipoliitika ja -õigusaktide jaotises.

Riikide ja linnade tasandi uimastistrateegiad

Euroopa uimastistrateegia 2013–2020 ja seda täiendavad tegevuskavad loovad raamistikku, mille abil lahendada kooskõlastatult uimastiprobleeme Euroopas. Riikide tasandil kajastavad seda riiklikud uimastistrateegiad, eelarveraamistikud ja kavad. Nendes ajaliselt piiratud dokumentides on tavaliselt tutvustatud üldpõhimõtteid, eesmärgi ja prioriteete, kirjeldatud meetmeid ja täpsustatud nende rakendamise eest vastutavad isikud. Praegu on kõikidel riikidel olemas riiklik uimastipoliitika ning kõikides riikides peale kahe on see esitatud riiklikus

JOONIS 3.1

Riiklikud uimastistrateegiad ja tegevuskavad: olemasolu ja ulatus



uimastistrateegia dokumendis. Erandid on Austria, kus uimastistrateegia on hõlmatud piirkondlikesse kavadesse, ja Taani, kus seda teemat käsitletakse mitmes poliitikadokumendis ja meetmes. Kaheksa riiki on vastu võtnud riiklikud strateegiad või tegevuskavad, mis hõlmavad nii seaduslike kui ka ebaseaduslike uimastite (joonis 3.1). Paljud riigid on oma uimastistrateegiaid ja tegevuskavasid hinnanud. Tavaliselt on hindamise eesmärk teha kindlaks muutused üldises uimastiolukorras ning strateegiate ja kavade rakendamise ulatus.

Euroopas vastutavad kohaliku uimastipoliitika koordineerimise eest sageli linnavõimud, kellel on selleks mõnel juhul sihtotstarbelised eelarved. Paljudes riikides on poliitika elluviimise toetamiseks olemas ka strateegilise planeerimise dokumendid. EMCDDA hiljutises uuringus esitati andmed kümne pealinna kohta, kus on olemas sihtotstarbeline uimastistrateegia ja mõnel juhul ka seda täiendav tegevuskava. Mõni strateegia oli laiaulatuslik, samal ajal kui teistes keskenduti konkreetsetele küsimustele, nagu üleannustest tingitud surmajuhtumid, GHB kasutamine või probleemid seoses uimastite tarbimisega avalikes kohtades. Mõnes linnas, kus puudus konkreetne uimastistrateegia, olid uimastipoliitika eesmärgid hõlmatud laiematesse kohalikesse tervishoiu- või kuritegevuse vähendamise strateegiatesse. Teiste linnade puhul käsitleti uimastitega seotud küsimusi laiemates piirkondlikes või riiklikes poliitikadokumentides.

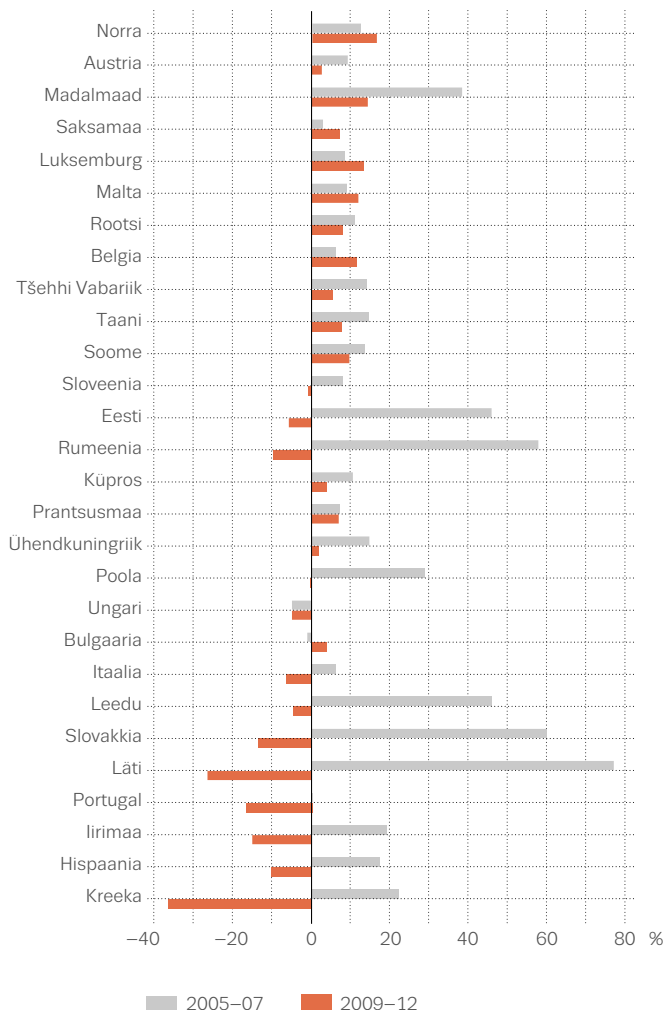
Kokkuhoid mõjutab tervishoiu meetmete rahastamist

Kättesaadav teave uimastivaldkonnaga seotud riiklike kulutuste kohta Euroopas on nii kohalikul kui ka riikide tasandil jätkuvalt puudulik ja ühekülgne. 18 riigis, kes on viimase kümne aasta jooksul hinnanguid esitanud, jäävad uimastitega seotud riiklikud kulutused hinnanguliselt vahemikku 0,01–0,5% sisemajanduse koguproduktist ning tervishoiu meetmed moodustavad 24–73% kõikidest uimastitega seotud kulutustest. Hinnangute erineva ulatuse ja kvaliteedi tõttu on uimastivaldkonnaga seotud riiklike kulutusi riikide vahel keeruline võrrelda.

2008. aasta majanduskriisi tulemusel võtsid paljud Euroopa valitsused eelarve konsolideerimise meetmeid, mida sageli nimetatakse kokkuhoiuteetmeteks. Majanduslanguse suurus, mõju ja aeg ning fiskaalmeetmete ulatus olid riigiti väga erinevad. Paljudes riikides piirati kokkuhoiuteetmete tagajärjel riiklike kulutusi just nendes valitsuse tegevusvaldkondades, kuhu kuulub valdav osa uimastitega seotud algatustest. EMCDDA analüüs osutab sellele, et üldiselt teatati tervishoiusektoris sagedamini suurematest kärbetest kui muudes valdkondades, nagu avalik kord ja julgeolek või sotsiaalkaitse. Ajavahemiku 2009–2012 andmed näitavad enamiku riikide puhul riiklike tervishoiukulutuste vähenemist võrreldes languseelse perioodiga (2005–2007) ning paljudes Euroopa riikides vähendati neid kulutusi püsivhindades üle 10 protsendipunkti (joonis 3.2). Kuna uimastitega seotud tervishoiukulutused moodustavad kõikidest riiklikest tervishoiukulutustest vaid väikese osa (sageli alla 1%), ei ole võimalik uimastitega seotud rahastamise suundumusi nende andmete põhjal otseselt kindlaks teha. Siiski, tervishoiuvaldkonna rahastamise vähendamisel on uimastitega seotud algatustele tõenäoliselt kahjulik mõju ja EMCDDA aruanded osutavad sellele, et eriti suur võis olla mõju uimastitega seotud uurimis- ja ennetustegevuse rahastamisele.

Joonis 3.2

Riiklike tervishoiukulutuste hinnanguline kogukasv (2005–2007 ja 2009–2012) püsivhindades



Allikas: Eurostat

Uimastitarbimise ennetamine noorte hulgas

Uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide ennetamine noorte seas on oluline poliitikaeesmärk ja Euroopa uimastistrateegia 2013–2020 üks alustala. Uimastitarbimise ennetamiseks on mitmesuguseid lähenemisviise. Keskkonnale suunatud ja üldiste strateegiate sihtrühm on kogu rahvastik, valikuline ennetustegevus on suunatud haavatavatele rühmadele, kellel on suurem uimastitarbimisega seotud probleemide tekkerisk, ja näidustatud ennetus keskendub ohustatud üksikisikutele. Viimasel aastakümnel on üha laialdasemalt kättesaadavad kvaliteedinormid, mis võivad toetada sekkumismeetmete võtmist ja parimat tava. Euroopa uimastitarbimise ennetamise kvaliteedinormide projekti raames pakutakse vahendeid, mis toetavad selles valdkonnas normide rakendamist.

Suhteliselt tugev tõendibaas on olemas teatavate ennetamisviiside kohta, mida võib kasutada koolides. Kuigi riigid teatavad tõendibaasile tuginevate lähenemisviiside – koolides suitsetamise keelamise ja koolide uimastipoliitika – ulatuslikust rakendamisest, teatatakse ka üksnes teabe esitamisel põhinevate ennetusviiside üsna laialdasest olemasolust (joonis 3.3). Tervisetabe pakkumine võib olla oluline hariduslikust seisukohast, kuid puuduvad tõendid selle kohta, et selline ennetusvorm mõjutaks tulevast uimastite tarbimist.

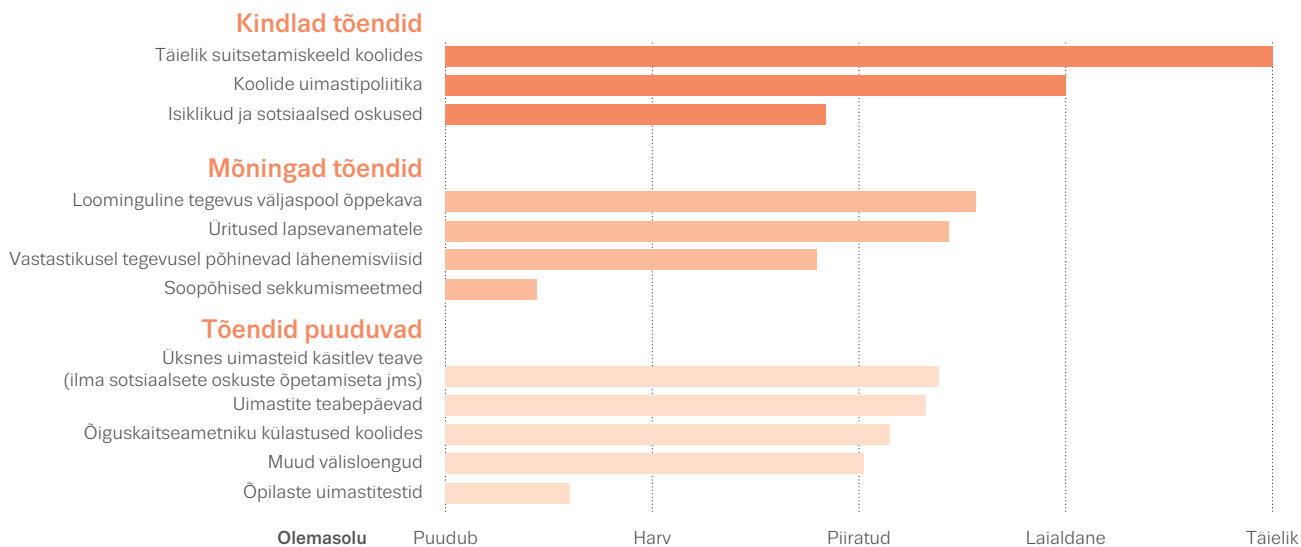
Mõnedes koolides kasutatakse varase avastamise ja sekkumise meetodeid, mis sageli põhinevad noorte uimastitarbijate nõustamisel. Positiivselt on hinnatud noortele elamusi otsivatele alkoholitarbijatele suunatud Kanada programmi (Ennetamine), mida kohandatult kasutatakse Tšehhi Vabariigis, Madalmaades ja Ühendkuningriigis.

Konkreetsetele haavatavatele rühmadele suunatud ennetustegevuse puhul nimetatakse kõige enam kättesaadavate sekkumismeetmetena uimastite kuritarvitamise probleemiga peredele mõeldud lähenemisviise, sekkumismeetmete pakkumist õppimis- ja sotsiaalprobleemidega õpilastele ja sekkumismeetmeid noortele õigusrikkujatele. Üks tähelepanuväärne noortele õigusrikkujatele suunatud programm on FreD – juhendipõhiste sekkumismeetmete kogum, mida on rakendatud Euroopa Liidu 15 liikmesriigis. Programmi hindamine on näidanud korduvate rikkumiste arvu vähenemist.

Uimastitarbimise ja uimastitega seotud probleemide ennetamine noorte seas on oluline poliitikaeesmärk

JOONIS 3.3

Koolipõhised sekkumismeetmed uimastitarbimise ennetamiseks: olemasolu ja tõendid tõhususe kohta (Euroopa keskmised näitajad põhinevad eksperdi hinnangutel, 2013)



NB! Tõendeid käsitlevate väidete aluseks on EMCDDA parima tava portaal ja UNODC tõendeid käsitlevad normid.

Uued uimastid ja uued probleemid

Euroopa riikides on esialgsed meetmed seoses uute psühhoaktiivsete ainete turule ilmumisega olnud oma laadilt valdavalt regulatiivsed ja keskendunud selliste ainete pakkumise vastu võitlemisele seadusandlike vahenditega. Üha enam pööratakse aga tähelepanu sihtotstarbeliste haridus- ja ennetusmeetmete, samuti kutsetöötajatele suunatud koolitus- ja teadlikkuse suurendamise meetmete väljatöötamisele. Peale selle integreerivad ööelu- ja meelelahutuskeskkonnas tegutsevad teenistused uutele ainetele suunatud meetmeid tavaliselt oma väljakujunenud lähenemisviisidesse. Kasvab ka interneti tähtsus teabe esitamise ja nõustamisplatvormina. Ühe arengusuunana on uute sihtrühmadeni jõudmiseks hakatud tegema elektroonilist sihtrühmadele suunatud tööd. Selle näited on uimastitarbijate enda juhitud algatused, nagu foorumid ja blogid, milles pakutakse tarbijakaitsealast teavet ja nõu. Üksikutele juhtudel on sellised sekkumismeetmed seotud uimastite testimise ja tablettide kontrollimise teenustega, mille tulemusi ja märkusi kahju vähendamise kohta elektrooniliselt levitatakse.

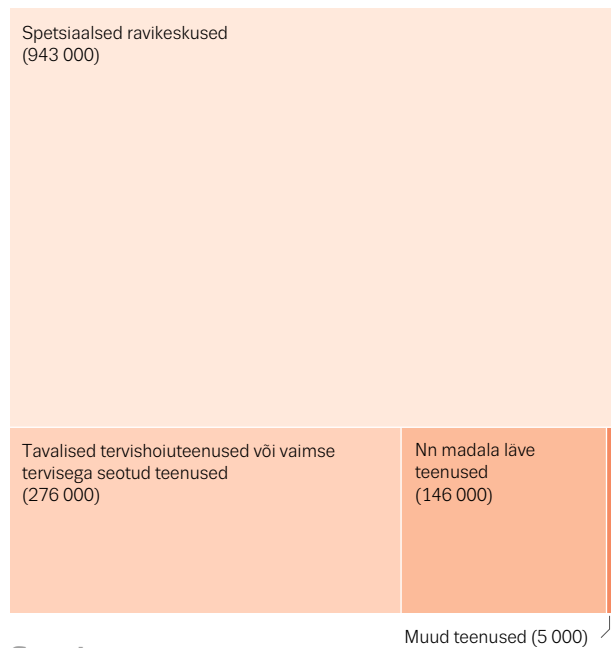
Praegu ei seostata Euroopas uusi psühhoaktiivseid aineid olulise eriravinõudlusega, kuigi mõnes riigis on hakatud teenuseid välja töötama. Uued uimastid on eri riikides turule ilmunud erineval viisil ja riikide meetmed kajastavad neid erinevusi. Ungaris ja Rumeenias, kus on teatatud katinoonide süstimisest, on oluline roll nõela- ja süstlavahetusteenustel. Ühendkuningriigis, kus on teatatud mefedrooni laialdasest kasutamisest, tegelevad selle patsiendirühmaga ööklubides kasutatavatele uimastitele spetsialiseerunud kliinikud ning väljatöötamisel on ravisuunised.

Kasvab ka interneti tähtsus teabe esitamise ja nõustamisplatvormina

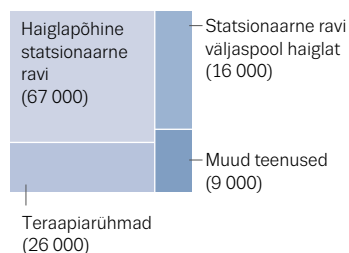
JOONIS 3.4

Euroopas narkomaaniaravi saavate isikute arv 2013. aastal raviasutuse kaupa

Ambulatoorne



Statsionaarne

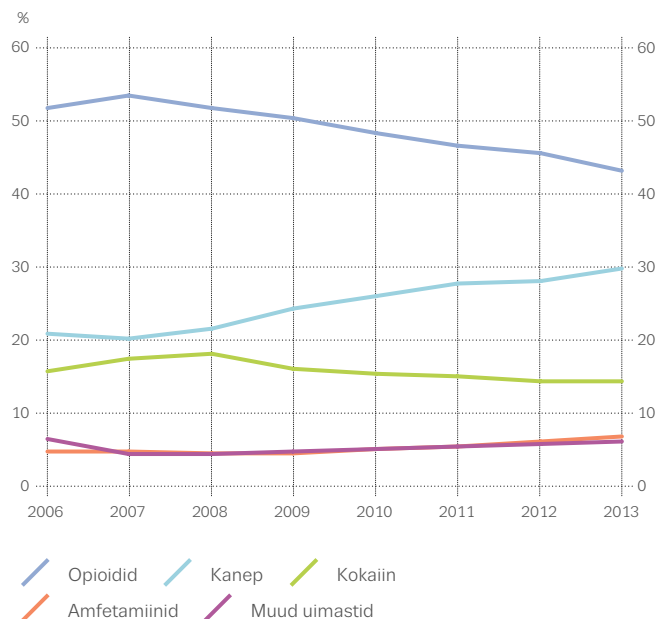


Vanglad

(35 000)

JOONIS 3.5

Spetsiaalset narkomaaniaravi alustavate patsientide osakaalu suundumused peamiste uimastite kaupa



| Narkomaaniaravi on enamasti ambulatoorne

Euroopas on narkomaaniaravi enamasti ambulatoorne ning ravitud uimastitarbijate arvu poolest osutavad kõige rohkem teenuseid ambulatoorsed erikeskused, millele järgnevad tavalised tervishoiukeskused (joonis 3.4). Nende hulka kuuluvad perearstikabinetid, kajastades nende rolli opioid-asendusravi määrajatena mõnes suures riigis, nagu Saksamaal või Prantsusmaal. Suur osa ravist Euroopas toimub ka statsionaarsetes raviasutustes, nagu haiglapõhistes statsionaarset ravi pakkuvates keskustes (nt psühhiaatriaiglates), teraapiarühmades ja spetsiaalsetes statsionaarsetes ravikeskustes. Ambulatoorse ja statsionaarse ravi suhteline tähtsus riigi ravisüsteemis on riikide lõikes väga erinev. Peale selle on paljudes riikides olemas n-ö madala läve teenused, ja kuigi sageli ei pakuta nende raames struktureeritud ravi, peetakse selliseid teenuseid osutavaid asutusi mõnes riigis, näiteks Prantsusmaal või Tšehhi Vabariigis, riikliku ravisüsteemi lahutamatuks osaks.

2013. aastal sai Euroopas ebaseaduslike uimastite tarbimise vastast ravi hinnanguliselt 1,6 miljonit inimest (neist 1,4 miljonit Euroopa Liidus). See arv on 0,3 miljoni võrra suurem kui 2012. aasta hinnanguline näitaja. Suurenemine on osaliselt tingitud aruandlusmeetodite paranemisest ja uutest andmetest, eeskätt 200 000 ambulatoorse ravi saaja lisandumisest Türgis.

Ravialustajate seireandmed näitavad, et pärast opioiditarbijaid on suuruselt teine ja kolmas spetsiaalsete narkomaaniaravi teenuste kasutamist alustav rühm kanepi- ja kokaiinitarbijad (joonis 3.5). Nende patsientide puhul kasutatakse peamise raviviisina psühhosotsiaalseid sekkumismeetmeid.

**Euroopas on
narkomaaniaravi enamasti
ambulatoorne**

JOONIS 3.6

Opioid-asendusravi: kõige levinum raviviis, kuid kasutajate arv kahaneb

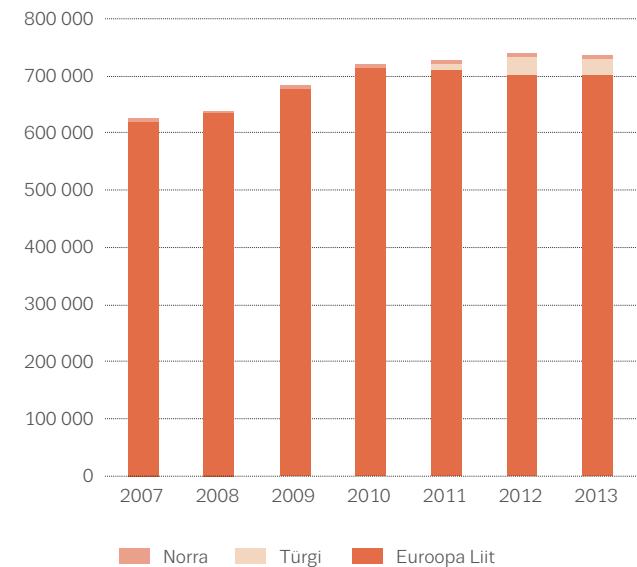
Suurim eriravi saav rühm Euroopas on opioiditarbijad, kellele kulub suurim osa ravi jaoks kasutatavatest ressurssidest. Kõige levinum opioidisõltuvuse vastane ravi on asendusravi, tavaliselt koos psühhosotsiaalsete sekkumismeetmetega. Seda lähenemisviisi toetavad olemasolevad tõendid, mis näitavad positiivseid tulemusi seoses patsientide ravil hoidmisega ning ebaseaduslike opioidide tarbimise, teatatud riskikäitumise ja uimastitest tingitud kahjude ning surmajuhtumite vähenemisega.

Kõige tavalisem opioiditarbijatele arsti määratav asendusravim on metadoon, mida saab üle kahe kolmandiku (69%) asendusravi patsientidest. Veel 28% patsientidest ravitakse buprenorfiiniga, mis on peamine asendusravim kuues riigis. Muid aineid, nagu pikatoimeline morfiin või diatsetüülmorfiin (heroiin), määravad arstid Euroopas harva ja hinnanguliselt saab neid ligikaudu 3% asendusravi patsientidest.

2013. aastal sai Euroopa Liidus asendusravi hinnanguliselt 700 000 opioiditarbijat; alates 2011. aastast on need näitajad mõnevõrra vähenenud (joonis 3.6). Aastatel 2010–2013 täheldati suurimat suhtelist vähenemist Tšehhi Vabariigis (hinnanguliselt 41%), Küprosel (39%) ja Rumeenias (36%). Suurim suhteline suurenemine samal ajavahemikul toimus Poolas (80%), kus lähtenäitajad olid väikesed, ja Kreekas (59%). Türgi ja Norra andmete lisamisel suureneb 2013. aastal asendusravi saanute arv hinnanguliselt 737 000-ni.

Suurim eriravi saav rühm Euroopas on opioiditarbijad

Opioid-asendusravi saavate patsientide arvu suundumused



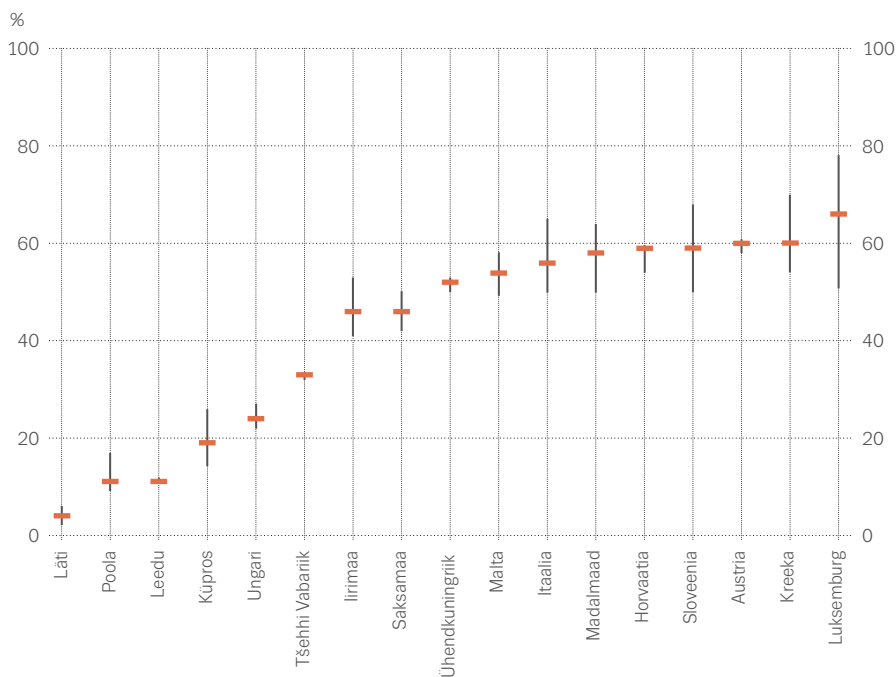
Asendusravi saab üle poole opioiditarbijatest

Opioid-asendusravi hõlmab – st selle sekkumise vajadusega isikute osakaal on – hinnanguliselt üle 50% Euroopa probleemsetest opioiditarbijatest. Meetodikaerinevuste tõttu tuleb sellesse hinnangusse suhtuda ettevaatlikult, kuid paljudes riikides kasutab enamik opioiditarbijaid raviteenuseid või on neid kasutanud. Riigiti on ravi ulatus aga väga erinev, kusjuures hinnanguliselt kõige väiksematest näitajatest on teatanud Läti, Poola ja Leedu (ligikaudu 10% või vähem) (joonis 3.7).

Alternatiivsed opioiditarbijatele mõeldud ravivõimalused ei ole küll nii levinud, kuid neid pakutakse kõikides Euroopa riikides. Kümnes piisavaid andmeid esitanud riigis on asendusravimiteta ravimeetodite ulatus üldiselt vahemikus 4–71% kõigist ravi saavatest probleemsetest opioiditarbijatest.

JOONIS 3.7

Asendusravi saavate probleemsete opioiditarbijate osakaal (hinnang)



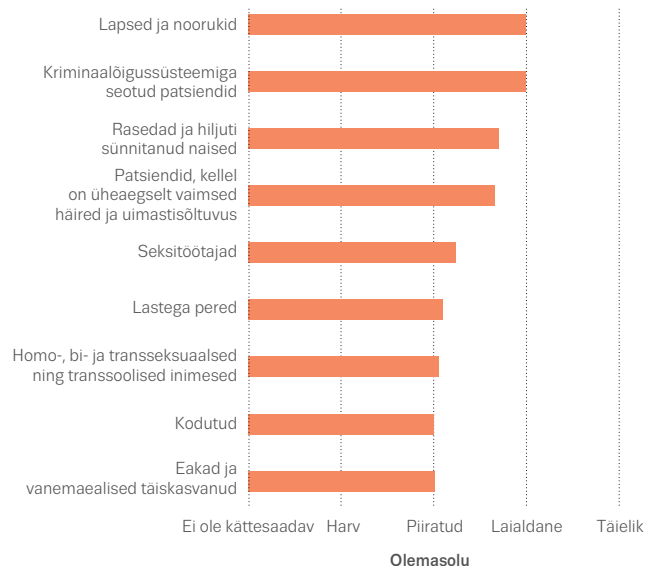
NB! Andmed on esitatud punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

JOONIS 3.8

Mitmekesiste vajaduste täitmine suunatud sekkumismeetmete abil

Suunatud sekkumismeetmed võivad hõlbustada ravi kättesaadavust ja tagada, et mitmesuguste rühmade vajadused on täidetud. Olemasolev teave osutab sellele, et praegu kasutatakse sellist lähenemisi kõige sagedamini noorte uimastitarbijate, kriminaalõigussüsteemist ravile suunatud uimastitarbijate ja rasedate naiste puhul (joonis 3.8). Harvemini olid olemas kodututele, eakatele ning homo-, bi- ja transseksuaalsetele ning transsoolistele uimastitarbijatele suunatud programmid, kuigi mitu riiki pidas selliste programmide pakkumist vajalikuks.

Narkomaaniaravi programmide kättesaadavus sihtrühmadele Euroopas (ekspordihinnangud, 2013)



JOONIS 3.9

Spetsiaalselt kanepitarbijatele suunatud raviprogrammide olemasolu Euroopa riikides



Kanepitarbimise vastast eriravi pakutakse pooltes riikides

Euroopas on suurenenud kanepitarbimise vastase eriravi pakkumine ja selle kättesaadavusest on teatanud pooled riigid. Ülejäänud riikides pakutakse kanepitarbimise vastast ravi üldiste narkomaaniaravi programmide raames (joonis 3.9). Kanepitarbijatele osutatavad teenused võivad olla mitmekesised, alates lühiajalistest elektrooniliselt pakutavatest sekkumismeetmetest kuni pikaajalise ravini erikeskustes. Kuigi valdav osa selle rühma ravist toimub rühmades või ambulatoorsetes raviasutustes, ei ole see alati nii: praeguste andmete kohaselt on ligikaudu ühel viiest spetsiaalset statsionaarset narkomaaniaravi alustavast isikust peamiselt kanepitarbimisega seotud probleem.

Kanepiga seotud probleemide ravis kasutatakse psühhosotsiaalseid meetodeid, noorukite puhul kasutatakse sageli perepõhiseid sekkumismeetmeid ja täiskasvanute puhul kognitiivset käitumisteraapiat. Olemasolevad tõendid toetavad kognitiivse käitumisteraapia, motivatsioonivestluste ja edusammude tunnustamise koos kasutamist. Peale selle toetavad mõningad tõendid ka mitmemõõtmelise pereteraapia kasutamist noorte kanepitarbijate korral.

Internetipõhised sekkumismeetmed on laiendanud kanepitarbimise vastaste programmide sihtrühmi ja geograafilist ulatust. Sellised sekkumismeetmed pakuvad uut viisi uimastiprobleemiga inimestega lävimiseks ja võivad aidata pääseda mõne sellise tarbijarühmani, kes praegu spetsiaalseid narkomaaniaravi teenuseid ei kasuta.

Ravi kohandamine vananevatele uimastitarbijatele

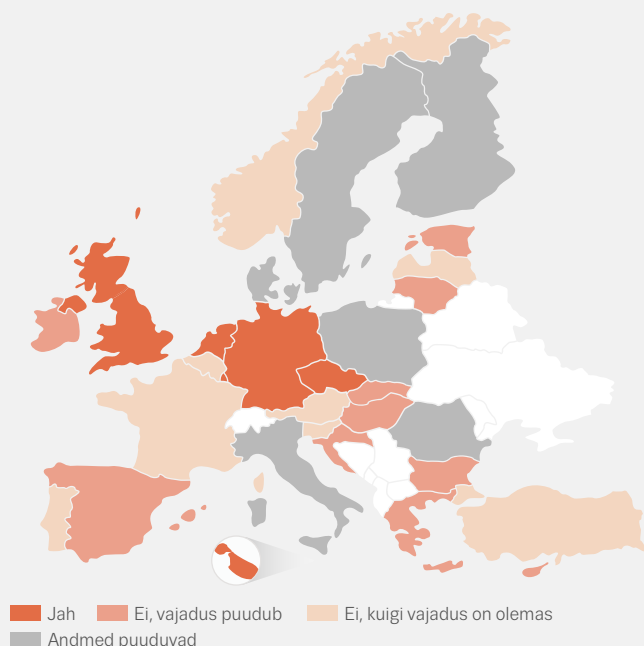
Euroopa probleemse uimasteid tarbiva elanikkonna demograafilised suundumused tõstatavad olulisi küsimusi seoses narkomaaniaravi sekkumismeetmete sobivusega vananevatele patsientidele. Varsti moodustavad üle 40-aastased isikud enamiku ravi saavatest probleemsetest opioiditarbijatest. Lisaks uimastitest põhjustatud terviseprobleemidele puutuvad opioiditarbijad üha enam kokku ka vananemisest tingitud terviseprobleemidega, mida sageli süvendavad elustiiliga seotud tegurid. Vaja on kliinilisi juhendeid, mis võtaksid arvesse demograafilisi muutusi Euroopa probleemsete opioiditarbijate hulgas. See toetaks tõhusat kliinilist tööd, sest uimastite koostoime, manustamisviiside, koju kaasavõetavate annuste ja valu ravimisega seotud küsimused muutuvad üha keerulisemaks ja olulisemaks.

Eakamatele uimastitarbijatele suunatud programmide olemasolust on teatanud üksikud riigid. See patsiendirühm on tavaliselt hõlmatud olemasolevate narkomaaniaravi teenustega (vt joonis 3.10). Nii Saksamaal kui ka Madalmaades on aga loodud eakamate uimastitarbijate vajadustele vastavad vanadekodud. Sellele vananevale rühmale asjakohasel tasemel ravi tagamiseks on edaspidi vaja narkomaaniaravi- ja hooldamisprogramme kohandada ja arendada. Tõenäoliselt nõuab see töötajate koolitamist ja muudatusi ravi pakkumises. Kuna tegemist on patsiendirühmaga, kes kasutab üldist tervishoiusüsteemi suhteliselt vähesel määral ega järgi uimastitega seotud nakkuste ravi, on ilmselgelt oluline mitut valdkonda hõlmav lähenemisviis, mida rakendatakse jätkuvalt ka pärast narkomaaniaravi lõppemist.

Eakamatele uimastitarbijatele suunatud programmide olemasolust on teatanud üksikud riigid

JOONIS 3.10

Eakamatele uimastitarbijatele suunatud programmide kättesaadavus (eksperdhinnangud, 2013)



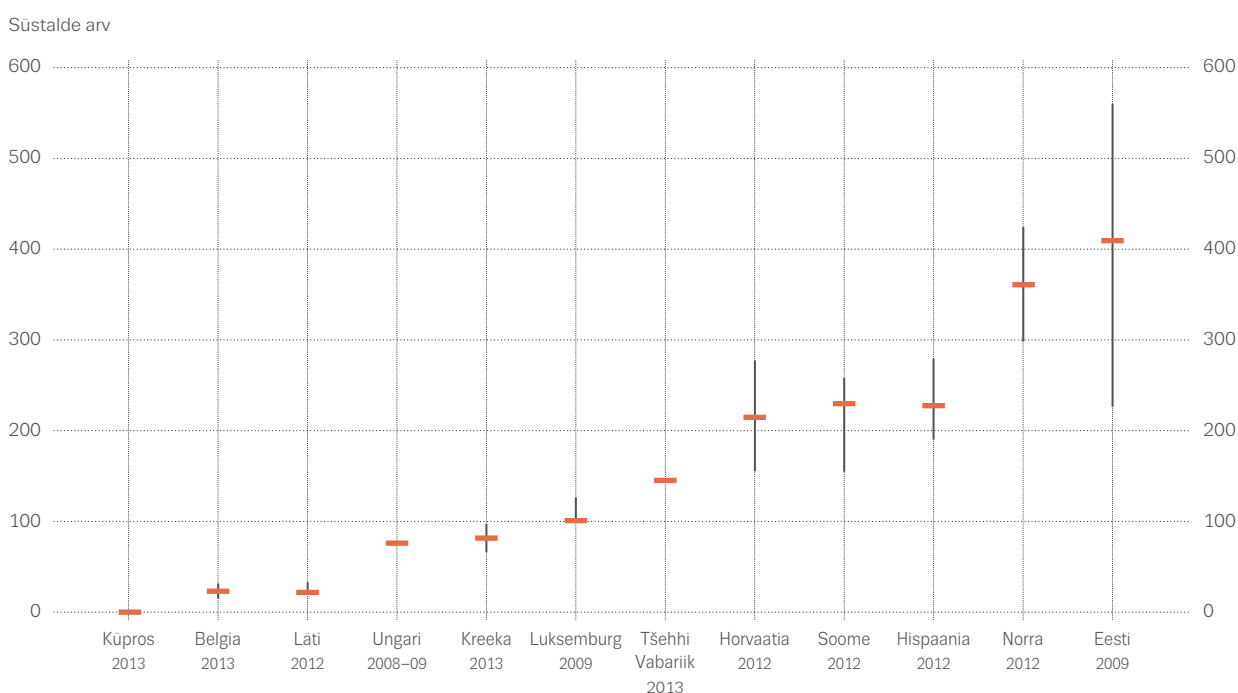
| Nakkushaiguste leviku ennetamine

Uimastitarbijatel, eelkõige süstivatel uimastitarbijatel, on risk haigestuda nakkushaigustesse uimastite manustamisvahendite jagamise ja kaitsmata suguühete kaudu. HIV-i, viirushepatiidi ja muude nakkushaiguste leviku ennetamine on seetõttu Euroopa uimastipoliitika oluline eesmärk. Süstivate opioiditarbijate puhul vähendab asendusravi teatatud riskikäitumist ning mõnes uuringus järeldatakse, et kaitseefekt on suurem, kui sellega kaasnevad nõela- ja süstlavahetuse programmid.

Aastatel 2007–2013 suurenes eriprogrammide kaudu jagatud süstalde teatatud arv 24 riigis, mis moodustavad 48% ELi elanikkonnast, 43 miljonilt 49 miljonini. Riikide tasandil on olukord mitmekesine: ligikaudu pooled riigid teatavad süstalde jagamise suurenemisest ja pooled vähenemisest. Nendes 12 riigis, kus on olemas hiljutised hinnangud süstimise esinemise kohta, oli eriprogrammide kaudu jagatud süstalde teatatud arv süstiva uimastitarbija kohta 2013. aastal vahemikus alla ühe süstla Küprosel kuni üle 300 süstla Eestis ja Norras (joonis 3.11).

JOONIS 3.11

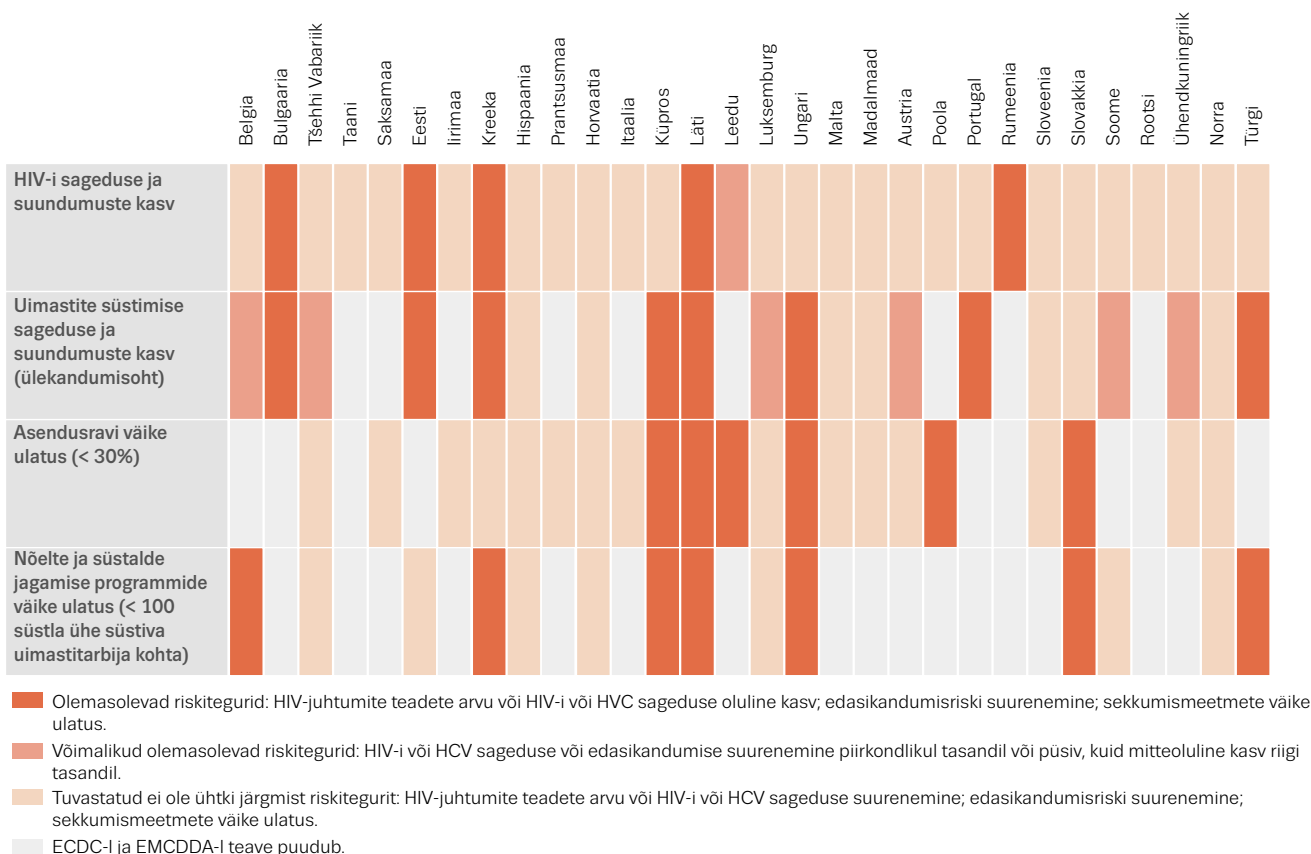
Eriprogrammide raames jagatavate süstalde arv ühe süstiva uimastitarbija kohta (hinnang)



NB! Andmed on esitatud punkthinnangute ja määramatusvahemikena.

JOONIS 3.12

Võimalikud suurema HIV-nakkuse riskitegurid süstivate uimastitarbijate seas



Teave on esitatud elektroonilises täiendavas tabelis.

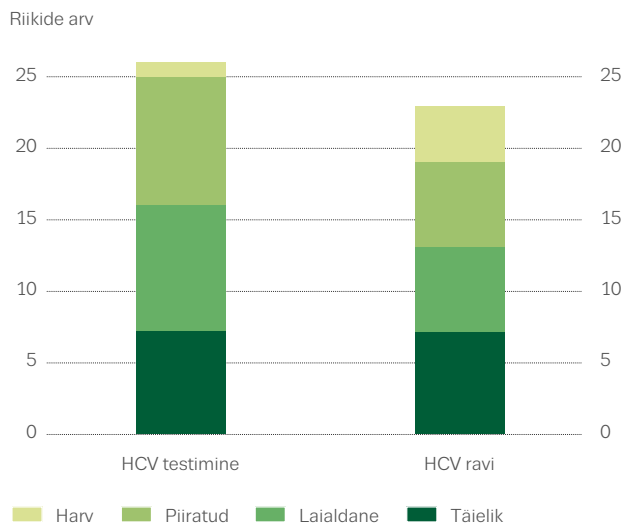
Kui Euroopas üldiselt on HIV-ennetusmeetmete ulatus suurenenud, siis olulise osa süstivate uimastitarbijate jaoks on juurdepääs teenustele jätkuvalt piiratud. Mõne võimaliku riski põhinäitaja ülevaade on esitatud joonisel 3.12. Selle lihtsa analüüsi põhjal võib järeldada, et teatavad kõrgendatud riskid esinevad ligikaudu kolmandikus riikides, mis viitab vajadusele olla jätkuvalt tähelepanelik ja veelgi enam tõhustada HIV-ennetusmeetmeid.

C-hepatiidi ravi paraneb

C-hepatiidi leviku tõkestamisele suunatud ennetusmeetmed sarnanevad HIV-vastaste meetmetega. Poliitika tasandil on üha enam riike kehtestanud spetsiaalsed C-hepatiidi strateegiad või on neid koostamas. Süstivate uimastitarbijate testimisele ja nõustamisele suunatud algatuste arv on viimastel aastatel suurenenud, kuid neid on jätkuvalt vähe. Kasutusele on võetud uued diagnostikavahendid (nagu Fibroscan) ning uued ravimid on vähendanud ravi kestust ja negatiivseid kõrvalnähte, parandades ravisoostumust. Kuigi C-hepatiidi viiruse vastase ravi tõhususe kohta nakatunud süstivate uimastitarbijate puhul on üha rohkem tõendeid, on ravi kättesaadavuse teatatud tase mitmes riigis endiselt piiratud (vt joonis 3.13). See võib olla osaliselt tingitud uute ravimite suurest maksumusest.

JOONIS 3.13

C-hepatiidi viiruse testide ja ravi kättesaadavus (eksperdi hinnangud, 2013)



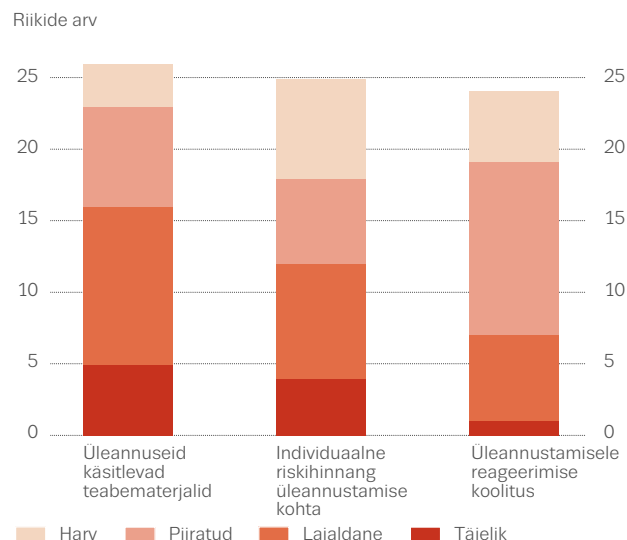
Üleannuste ja uimastitest põhjustatud surmajuhtumite ennetamine

Uimastite surmavate üleannuste ja uimastitega seotud muude surmajuhtumite arvu vähendamine on Euroopas jätkuvalt oluline rahvatervisepoliitika ülesanne. Suunatud meetmetega pööratakse tähelepanu üleannuste ennetamisele või üleannuse korral ellujäämise tõenäosuse suurendamisele. Narkomaaniaravi, eelkõige opioid-asendusravi abil ennetatakse üleannuseid ja vähendatakse uimastitarbijate surmariski.

Uimastitega seotud surmajuhtumite vältimisele suunatud valikulistest sekkumismeetmetest nimetatakse kõige enam kättesaadavamana üleannuste ennetamise kohta teabe ja materjalide pakkumist (joonis 3.14). Üleannuste reageerimise koolitus, sealhulgas opioidide toimet pärssiva antagonistina naloksooni jagamine, võib aidata üleannuse korral elusid päästa. Selline sekkumisviis ei ole aga laialt kasutatav. WHO uutest suunistest soovitatakse tungivalt, et isikutele, kes võivad tõenäoliselt üleannustamise tunnistajaks sattuda, tehakse naloksoon kättesaadavaks ja antakse koolitust selle manustamise kohta, et nad oskaksid seda opioidide üleannuse kahtluse korral erakorralise olukorra lahendamiseks kasutada. Naloksoonikavad on praegu olemas seitsmes riigis, kusjuures viimastel aastatel on need kehtestatud kõrge üleannuste arvuga riikides Taanis, Eestis ja Norras. Hiljuti Šotimaal (Ühendkuningriik) läbi viidud uuring näitas, et pärast seda, kui riskiolukorras vangidele tehti nende vabanemisel naloksoonikomplektid ulatuslikumalt kättesaadavaks, vähenes ka esimese nelja nädala jooksul pärast vanglast vabanemist opioididega seotud surmajuhtumite arv oluliselt.

JOONIS 3.14

Sekkumismeetmete kättesaadavus seoses uimastitest põhjustatud surmajuhtumitega (eksperdi hinnangud, 2013)



Uimastitarbimiseks järelevalve all olevate ruumide üks eesmärk on vähendada üleannuste esinemist ja suurendada üleannuse korral ellujäämise tõenäosust. Selliseid ruume, mida on kokku 70, pakuvad praegu kuus riiki. Viimastel aastatel on mitu sellist ruumi nõudluse vähenemise tõttu suletud.

Vanglatervishoid: vaja on terviklikke meetmeid

Vangide hulgas on uimastitarbimine elu jooksul suurem ja uimastitarbimise viisid tervisele kahjulikumad kui rahvastiku seas üldiselt. Seda näitavad hiljutised uuringud, mille kohaselt on kunagi uimasteid süstinud 6–31% vangidest. Vanglasse sattudes vähendab enamik uimastitarbijaid uimastite tarbimist või lõpetab selle. Ebaseaduslikud uimastid satuvad sageli siiski vanglatesse ja on vange, kes jätkavad või isegi alustavad vangistuse ajal uimastitarbimist. Vangide seas on täheldatud ka palju

Narkomaaniaravi, eelkõige opioid-asendusravi abil ennetatakse üleannuseid ja vähendatakse uimastitarbijate surmariski

C-hepatiidi ja muude nakkushaiguste juhtumeid. Uimastiprobleemide suur esinemissagedus vangide hulgas tähendab seda, et tervisekontroll vanglasse sattumisel on oluline sekkumismeede. WHO soovitas hiljuti teha kättesaadavaks ennetusmeetmete paketi, mis hõlmab tasuta ja vabatahtlikku nakkushaiguste testimist, kondoomide ja steriilsete süstimisvahendite jagamist, nakkushaiguste ja uimastisõltuvuse ravi.

Paljudes riikides on loodud asutustevahelised partnerlussuhted vanglate meditsiiniteenistuste ja kogukonna teenusepakkujate vahel. Sellised partnerlused pakuvad vanglates terviseharidust ja ravi ning tagavad toetuse jätkumise nii vanglasse sattumisel kui ka sealt lahkumisel. Üldiselt vastutavad tervishoiuteenuste eest vanglates jätkuvalt justiits- või siseministeeriumid. Mõnes riigis kuulub aga vanglates tervishoiuteenuste osutamine nüüd tervishoiuministeeriumi vastutusalasse, mis võib hõlbustada nende ulatuslikumat lõimimist kogukonnas üldiselt pakutavate tervishoiuteenustega.

30 riigist, mille olukorda EMCDDA jälgib, teatas vanglates opioid-asendusravi pakkumisest 26, kuigi 2013. aastal ei teatatud vastavast tegevusest nendest riikidest kolmes. Üldiselt tundub, et vangidele opioid-asendusravi pakkumise ulatus suureneb, kajastades selle sekkumismeetme laialdast kättesaadavust kogukonnas. Esineda võib aga ka piiranguid seoses ravi saamise õigusega, näiteks Tšehhi Vabariigis ja Lätis piirdub vanglas pakutav ravi isikutega, kellele arst oli määranud asendusravimi juba enne vangistust. Puhaste süstimisvahendite jagamine ei ole nii levinud ja selle võimaluse kasutamisest vanglates teatas ainult neli riiki.

Uimastiprobleemide suur esinemissagedus vangide hulgas tähendab seda, et tervisekontroll vanglasse sattumisel on oluline sekkumismeede

LISATEAVE

EMCDDA väljaanded

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

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

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

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

2012

Narkootikumide nõudluse vähendamine: ülemaailmsetele tõenditele toetuvad kohalikud meetmed, Narkootikumid.

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

EMCDDA ja ECDC ühisväljaanded

2011

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

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

Lisa

Käesolevas lisas esitatud riiklikud andmed on võetud ja moodustavad osa EMCDDA statistikabülletäänist, mis sisaldab palju rohkem andmeid, aastaid, märkusi ja metaandmeid

TABEL A1

OPIOIDID

Riik	Hinnanguline probleemne opioiditarbimine	Ravinõudluse näitaja, peamine uimasti						Asendusravi saavad patsiendid
		Opioiditarbijate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimit kasutavate opioiditarbijate osakaal			
		Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad	
Juhtumeid 1000 elaniku kohta	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	üldarv	
Belgia	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgaaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Tšehhi Vabariik	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Taani	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Saksamaa	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Eesti	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Iirimaa	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Kreeka	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Hispaania	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Prantsusmaa	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Horvaatia	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Itaalia	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Küpros	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Läti	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Leedu	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luksemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Ungari	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Madalmaad	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Austria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Poola	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Rumeenia	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Sloveenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovakkia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Soome	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Rootsi	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Ühendkuningriik	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Türgi	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norra	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Euroopa Liit	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
EL, Türgi ja Norra	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

Aastad ja hindamismeetodid on probleemsete opioiditarbijate puhul riikide lõikes erinevad. Ravinõudluse näitajaga jälgitakse asjaomasel aastal ravi alustavaid isikuid.

TABEL A2

KOKAIIN

Riik	Hinnanguline levimus			Ravinõudluse näitaja, peamine uimasti					
	Rahvastik		Kooliõpilased	Kokaiinitarbijate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate kokaiinitarbijate osakaal		
	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	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgaaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tšehhi Vabariik	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Taani	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Saksamaa	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Eesti	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Iirimaa	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Kreeka	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Hispaania	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Prantsusmaa	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Horvaatia	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Itaalia	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Küpros	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Läti	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leedu	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Ungari	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Madalmaad	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Austria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Poola	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Rumeenia	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Sloveenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovakkia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Soome	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Rootsi	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Ühendkuningriik	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Türgi	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norra	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Euroopa Liit	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Hinnanguline levimus rahvastiku hulgas on tuletatud esinduslikest riiklikest uuringutest. Uuringute koostamise aastad ja meetodid on riikide lõikes erinevad. Hinnanguline levimus kooliõpilaste hulgas pärineb riiklikest uuringutest või ESPADi projektist.

TABEL A3

AMFETAMIINID

	Hinnanguline levimus			Ravinõudluse näitaja, peamine uimasti					
	Rahvastik		Kooliõpilased	Amfetamiinitarbijate osakaal ravialustajate seas			Peamise manustamisviisina süstimist kasutavate amfetamiinitarbijate osakaal		
	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
Riik	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgaaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tšehhi Vabariik	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Taani	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Saksamaa	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Eesti	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Iirimaa	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Kreeka	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hispaania	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Prantsusmaa	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Horvaatia	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Itaalia	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Küpros	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Läti	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Leedu	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ungari	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Madalmaad	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Austria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Poola	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Rumeenia	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Sloveenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Slovakkia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Soome	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Rootsi	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Ühendkuningriik	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Türgi	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norra	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Euroopa Liit	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABEL A4

ECSTASY

Riik	Hinnanguline levimus			Ravinõudluse näitaja, peamine uimasti		
	Rahvastik		Kooliõpilased	Ecstasy-tarbijate osakaal ravialustajate seas		
	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgaaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Tšehhi Vabariik	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Taani	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Saksamaa	2,7	0,9	2	–	–	–
Eesti	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Iirimaa	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Kreeka	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Hispaania	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Prantsusmaa	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Horvaatia	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Itaalia	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Küpros	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Läti	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Leedu	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Ungari	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Madalmaad	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Austria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Poola	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumeenia	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Sloveenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakkia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Soome	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Rootsi	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Ühendkuningriik	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Türgi	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norra	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Euroopa Liit	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

TABEL A5

KANEP

Riik	Hinnanguline levimus			Ravinõudluse näitaja, peamine uimasti		
	Rahvastik		Kooliõpilased	Kanepitarbijate osakaal ravialustajate seas		
	Elu jooksul, täiskasvanud (15–64-aastased)	Viimase 12 kuu jooksul, noored täiskasvanud (15–34-aastased)	Elu jooksul, õpilased (15–16-aastased)	Kõik ravialustajad	Esmakordsed ravialustajad	Varem ravi saanud ravialustajad
	%	%	%	% (üldarv)	% (üldarv)	% (üldarv)
Belgia	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgaaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Tšehhi Vabariik	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Taani	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Saksamaa	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Eesti	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Iirimaa	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Kreeka	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Hispaania	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Prantsusmaa	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Horvaatia	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Itaalia	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Küpros	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Läti	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Leedu	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luksemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Ungari	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Madalmaad	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Austria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Poola	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Rumeenia	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Sloveenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovakkia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Soome	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Rootsi	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Ühendkuningriik	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Türgi	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norra	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Euroopa Liit	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
EL, Türgi ja Norra	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

TABEL A6

MUUD NÄITAJAD

	Uimastitarbimisest põhjustatud surmad (15–64-aastased)	Süstivate uimastitarbijate hulgas diagnoositud HIV-juhtumid (ECDC)	Hinnanguline uimastite süstimine	Eriprogrammide raames jaotatavad süstlad
Riik	Juhtumeid miljoni elaniku kohta (üldarv)	Juhtumeid miljoni elaniku kohta (üldarv)	Juhtumeid 1000 elaniku kohta	üldarv
Belgia	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgaaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Tšehhi Vabariik	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Taani	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Saksamaa	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Eesti	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Iirimaa	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Kreeka	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Hispaania	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Prantsusmaa	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Horvaatia	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Itaalia	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Küpros	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Läti	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Leedu	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luksemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Ungari	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Madalmaad	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Austria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Poola	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Rumeenia	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Sloveenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovakkia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Soome	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Rootsi	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Ühendkuningriik	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 (1)
Türgi	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norra	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Euroopa Liit	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
EL, Türgi ja Norra	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Hinnanguline uimastite süstimine on tuletatud kaudsete meetoditega ja hinnangu aastad on riikide lõikes erinevad.

(1) Andmed käsitlevad Šotimaad ja Walesi (2013) ning Põhja-Iirimaa (2012).

TABEL A7

KONFISKEERIMISED

Riik	Heroin		Kokaiin		Amfetamiinid		Ecstasy	
	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	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (-)	1 338
Bulgaaria	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
Tšehhi Vabariik	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Taani	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (-)	590
Saksamaa	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (-)	2 233
Eesti	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Iirimaa	61	690	66	366	23	114	465 083 (-)	464
Kreeka	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Hispaania	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (-)	2 301
Prantsusmaa	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (-)	–
Horvaatia	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Itaalia	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Küpros	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Läti	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Leedu	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luksemburg	4	127	1	103	5	6	13 (-)	3
Ungari	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (-)	45
Madalmaad (†)	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Austria	80	346	25	992	29	859	5 768 (-)	119
Poola	49	–	21	–	685	–	45 997 (-)	–
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Rumeenia	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Sloveenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovakkia	0,2	73	1	23	4	634	47 (-)	17
Soome	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (-)	795
Rootsi	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Ühendkuningriik (†)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (-)	3 716
Türgi	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (-)	4 274
Norra	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Euroopa Liit	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
EL, Türgi ja Norra	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Amfetamiinide hulka kuuluvad amfetamiin ja metamfetamiin.

(†) Konfiskeerimisandmed käsitlevad 2012. aastat.

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	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (-)	1 212
Bulgaaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Tšehhi Vabariik	1	28	735	875	73 639 (-)	361
Taani	3 292	11 030	394	1 896	- (5634)	645
Saksamaa	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (-)	2 026
Eesti	109	24	51	524	- (16)	42
Iirimaa	677	367	1 102	1 770	6 309 (-)	427
Kreeka	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Hispaania	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (-)	2 305
Prantsusmaa	70 918	-	4 758	-	141 374 (-)	-
Horvaatia	5	359	1 047	4 171	3 957 (-)	213
Itaalia	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (-)	1 227
Küpros	1	16	99	849	403 (-)	62
Läti	106	28	29	412	- (344)	31
Leedu	1 088	11	124	199	- (-)	-
Luksemburg	8	81	11	832	8 (-)	6
Ungari	5	103	863	2 040	5 307 (-)	196
Malta	1	71	10	85	27 (-)	3
Madalmaad (*)	2 200	-	12 600	-	1 218 000 (-)	-
Austria	130	1 512	1 432	8 270	- (196)	327
Poola	208	-	1 243	-	69 285 (-)	-
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (-)	354
Rumeenia	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Sloveenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (-)	212
Slovakkia	0,0	21	81	1 307	1 039 (-)	32
Soome	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Rootsi	1 160	6 937	928	9 221	- (-)	-
Ühendkuningriik (*)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (-)	15 846
Türgi	94 279	5 331	180 101	60 742	- (-)	3 706
Norra	2 283	11 875	491	5 444	- (159)	386
Euroopa Liit	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
EL, Türgi ja Norra	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

(*) Konfiskeerimisandmed käsitlevad 2012. aastat, v.a andmed Madalmaades konfiskeeritud kanepitaimede kohta, mis käsitlevad 2013. aastat.

KUST SAAB ELI VÄLJAANDEID?

Tasuta väljaanded

üksikeksemplarid:

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

rohkem eksemplare ning plakatid ja kaardid:

Euroopa Liidu esindustest

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

delegatsioonidest väljaspool ELi

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

kasutades Europe Direct'i teenistust

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

või helistades infotelefonile 00 800 6 7 8 9 10 11

(kõikjalt EList helistades tasuta) (*).

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

Tasulised väljaanded

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

Aruandest

Suundumuste ja arengute aruandes antakse tiptasemel ülevaade Euroopa uimastiprobleemidest, käsitledes uimastite pakkumist, tarbimist ja rahvaterviseprobleeme, samuti uimastipoliitikat ja sekkumisi. Koos elektroonilise statistikabülletääni, riikide ülevaadete ja projektiga „Perspectives on drugs” moodustab see Euroopa uimastiprobleemide 2015. aasta aruande.

EMCDDA

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

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