



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

2007 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

2007 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

Teisinė informacija

Ši Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) leidinį gina autorių teisės. ENNSC neprisiima jokios atsakomybės ar įsipareigojimų dėl bet kokių padarinių, atsiradusių naudojant šiame dokumente pateiktus duomenis. Šio leidinio turinys nebūtinai atspindi oficialias ENNSC partnerių, ES valstybių narių ar kurių nors Europos Sąjungos ar Europos Bendrijų institucijų ar agentūrų nuomones.

Daug papildomos informacijos apie Europos Sąjungą yra internete. Ji pasiekama per EUROPA serverį (<http://europa.eu>).

Europe Direct – tai paslauga, padėsianti Jums rasti atsakymus į klausimus apie Europos Sąjungą

Informacija teikiama nemokamai telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Kai kurie mobiliojo ryšio operatoriai neteikia paslaugos skambinti 00 800 numeriu arba šie skambučiai yra mokami.

Ši ataskaita skelbiama bulgarų, ispanų, čekų, danų, vokiečių, estų, graikų, anglų, prancūzų, italų, latvių, lietuvių, vengrų, olandų, lenkų, portugalų, rumunų, slovakų, slovėnų, suomių, švedų, turkų ir norvegų kalbomis. Ji išversta Europos Sąjungos įstaigų vertimo centre.

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, 2007

ISBN 978-92-9168-295-9

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2007

Leidžiama dauginti, nurodžius šaltinį.

Printed in Belgium

SPAUSDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks. (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Turinys

Įžanga	5
Padėkos	7
Įvadinė pastaba	9
Komentaras. Narkotikų problema Europoje	11
1 skyrius	
Politika ir įstatymai	18
2 skyrius	
Atsakas į narkotikų problemą Europoje. Apžvalga	28
3 skyrius	
Kanapės	37
4 skyrius	
Amfetaminai, ekstazis ir LSD	48
5 skyrius	
Kokainas ir krekas	57
6 skyrius	
Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis	63
7 skyrius	
Nauji ir atsirandantys narkotikai bei veiksmai, nukreipti prieš naujus narkotikus	72
8 skyrius	
Su narkotikais susijusios infekcinės ligos ir mirtys	77
Literatūra	89



Ižanga

Pateikiame 12-ąją metinę Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) ataskaitą. Kaip ir ankstesnėse ataskaitose, joje išsamiai apžvelgiamos esamos narkotikų vartojimo problemos Europoje. Joje taip pat atskleidžiami Europos laimėjimai įgyvendinant metodiškai pagrįstą, tvirtą ir išsamią narkotikų stebėjimo informacinę sistemą.

Ataskaitoje nagrinėjami du pagrindiniai klausimai. Kas žinoma apie narkotikų vartojimą Europoje ir kokių problemų dėl to kyla? Ko pasimokyta, siekiant veiksmingai reaguoti į narkotikų vartojimo problemas? Tai svarbūs klausimai, nes nepriklausomai nuo politinių įsitikinimų ar ideologinių pozicijų politikos kūrėjai visoje Europoje jau pripažįsta, kad narkotikų problema – tai sudėtingų problemų rinkinys, kuriam nėra paprasto sprendimo. Jie pripažįsta, kad pažangos galima pasiekti analizuojant turimus faktus apie problemos dydį ir pobūdį bei įvairių intervencinių priemonių sąnaudas ir naudą. Šiuo aspektu ataskaitoje taip pat parodoma, kad Europa laikosi subalansuotos faktais pagrįstos politikos ir pasiryžusi taikyti ilgalaikes priemones, nepasikliaudama greitais sprendimais. Todėl Europa gali didžiuliu tuo, kad jos atsakas į šią sunkią ir dažnai emocinę problemą yra racionalus ir humaniškas.

Šioje ataskaitoje taip pat apžvelgiama atsako į narkotikų problemos sprendimą pažanga Europoje. Tai ypač svarbu šiais metais, nes Europos ir tarptautiniu lygmeniu greitai bus aptariami laimėjimai šioje srityje. 2008 m. Europos Komisija imsis uždavinio įvertinti dabartinio Europos kovos su narkotikais veiksmų plano poveikį, o Jungtinių Tautų narkotikų komisija aptars, kokia padaryta pažanga siekiant 1998 m. Jungtinių Tautų Generalinės asamblėjos specialiojoje sesijoje nustatytų tikslų.

Narkotikų problemos Europoje vis dar kelia rimtų iššūkių sveikatos priežiūrai, socialinei politikai ir teisėsaugai.

Nesunku nustatyti sritis, kurios kelia ypač didelį susirūpinimą. Vis dėlto labai svarbu nepamiršti ir pasiektos pažangos. Europoje vis daugiau valstybių narių imasi strateginių ir planuotų priemonių narkotikų problemai spręsti. Labai išaugo investicijos į prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo veiklą, pagerėjo bendradarbiavimas ir daugiau dėmesio skiriama pasiūlos mažinimui. Bendras narkotikų vartojimo lygis, palyginti su buvusiu lygiu, išlieka aukštas, bet daugumoje regionų jis stabilizavosi, o kai kur yra net priešasčių atsargiam optimizmui. Europos Sąjunga ir jos valstybės narės teikia didelę paramą tarptautinėms programoms, ir viso pasaulio kontekste malonu pastebėti, kad daugelyje svarbių sričių padėtis Europoje atrodo ganėtinai teigiama.

Stebėsenos centras renka ir analizuoja faktus bei skaičius; objektyviai, tiksliai ir be jokio išankstinio nusistatymo interpretuodamas turimą informaciją, laikosi griežtų mokslinių principų. Toks yra Centro vaidmuo, o ENNSC Valdanciosios tarybos pirmininkas ir direktorius nepriima jokių kompromisų ir gali didžiuliu tuo aukštais Centro standartais. Nors mokslinis griežtumas mūsų darbui yra labai svarbus, niekuomet neturime pamiršti, kad už pranešamų skaičių yra gyvi žmonės, kurių gyvenimą veikia ir kartais net sužlugdo narkotikų problemos. Už sauses statistikos apie gydymo paklausą, su narkotikais susijusias mirtis ir nusikalstamą elgesį matome liūdinčias šeimas, prarastą potencialą, nesaugiose bendruomenėse augančius vaikus. Siekdami veiksmingo atsako į narkotikų problemą, turime nešališkai nagrinėti duomenis, bet niekuomet neturime šaltakraujiškai mąstyti šia tema.

Marcel Reimen

Pirmininkas, ENNSC Vykdomoji valdyba

Wolfgang Götz

Direktorius, ENNSC



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą ENNSC dėkoja:

- „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų vadovams ir darbuotojams;
- visų valstybių narių tarnyboms, rinkusioms pirminius duomenis šiai ataskaitai;
- ENNSC Valdybos ir Mokslinio komiteto nariams;
- Europos Parlamentui, Europos Sąjungos Tarybai, ypač jos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei, ir Europos Komisijai;
- Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC), Europos vaistų agentūrai (EMA) ir Europolui;
- Europos Tarybos Pompidou grupei, Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biurui, PSO Europos regiono biurui, Interpolui, Pasaulio muitinių organizacijai, ESPAD projektui, Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus tarybai (CAN) ir Europos AIDS epidemiologinės stebėsenos centrui (*Euro HIV*);
- Europos Sąjungos įstaigų vertimo centrui ir Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biurui;
- *Prepress Projects Ltd.*

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

„Reitox“ yra Europos informacijos apie narkotikus ir narkomaniją tinklas. Tinklą sudaro ES valstybių narių, Norvegijos, šalių kandidačių ir Europos Komisijos nacionaliniai informacijos biurai. Nacionaliniai informacijos biurai, už kurių veiklą atsako šalių vyriausybės, yra nacionalinės valdžios institucijos, ENNSC teikiančios informaciją apie narkotikus.

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti: <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>



Įvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centrui nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės ir Norvegija (dalyvaujanti ENNSC veikloje nuo 2001 m.). Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys atspindi 2005 m. padėtį (arba pastarųjų metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali atspindėti tik tam tikras ES šalių pogrupis: pasirenkamos šalys, kurios pateikia duomenų apie nagrinėjamąjį laikotarpį.

Metinės ataskaitos internetinė versija pateikiama 23 kalbomis, ją galima rasti <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

2007 m. statistikos biuletenyje (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) pateiktos visos šaltinių lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinės ataskaitos statistinė analizė. Jame taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta daugiau kaip 100 papildomų statistikos grafikų.

Šalies duomenų charakteristikose (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) pateikta svarbiausių narkomanijos padėties kiekvienoje šalyje aspektų geriausios kokybės grafinė santrauka.

Kartu su šia ataskaita pateikiamos trys išsamios apžvalgos, kuriose nagrinėjami šie klausimai:

- narkotikai ir vairavimas;
- narkotikų vartojimas tarp nepilnamečių;
- kokainas ir krekas: didėjanti visuomenės sveikatos problema.

Su pasirinktomis temomis galima susipažinti spaudiniuose ir internete (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) tik anglų kalba.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinėse ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos kiekvienoje šalyse pasitaikančios narkomanijos problemos. Ataskaitas galima rasti ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentaras. Narkotikų problema Europoje

Europa vaidina vis svarbesnį vaidmenį, remdama pasaulinius veiksmus narkotikų problemoms mažinti

Narkotikų vartojimo tendencijos ir narkotikų gamybos ir neteisėtos prekybos dalyviai nepaiso nei nacionalinių, nei geografinių sienų. Todėl svarbu pripažinti, kad narkotikų problema Europoje – platesnio pasaulinio reiškinio dalis, o narkotikų vartojimo būdai Europoje ne tik patiria šios problemos kitose pasaulio vietose poveikį, bet ir patys jiems daro įtaką. Tai pripažįstama dabartiniame ES kovos su narkotikais veiksmų plane, kuriuo siekiama labiau koordinuoti veiksmus tarptautinėje plotmėje ir remti narkotikų paklausos ir pasiūlos mažinimo programas kaimyninėse šalyse ir šalyse, kuriose narkotikai gaminami. Dabar Europos investicijos į tarptautinių veiksmų paramą yra gana didelės; neseniai atliktas Europos Komisijos auditas rodo, kad Europos bendrija paklausos ir pasiūlos mažinimo priemonių trečiojoje šalyse finansavimui dabar skiria ne mažiau kaip 750 mln. EUR. Be to, ES yra didžiausia tarptautinė donorė, remianti Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biuro (UNODC) darbą.

Be finansinės paramos, yra faktų, liudijančių tai, kad Europos šalys rimtai žiūri į savo įsipareigojimus tarptautiniu lygmeniu ir imasi atitinkamų atsako priemonių narkotikų problemoms spręsti. 2008 m. tarptautinė bendruomenė įvertins visuotinę pažangą, siekiant tikslų, kurie buvo nustatyti 1998 m. Jungtinių Tautų specialioje sesijoje, skirtoje kovai su pasauline narkotikų problema. Siekiant papildyti turimus duomenis tarptautiniu lygmeniu, ENNSC remia apžvalgos procesą ir teiks išsamesnį padėties Europoje vertinimą. Kaip rodo šioje ataskaitoje pateikti duomenys, per pastaruosius 10 metų ES valstybės narės kūrė vis išsamesnius nacionalinius ir ES lygmens koordinavimo mechanizmus, kurie paprastai pagrįsti strategijomis ir veiksmų planais. Be to, jos ryškiai pagerino informaciją apie narkotikų problemą ir vis daugiau investuoja į pasiūlos ir paklausos mažinimo intervencijas. Pripažįstant, kad narkotikų vartojimas Europoje išlieka didžiausiu iššūkiu visuomenės sveikatos ir socialinės politikos srityse, svarbu patvirtinti ir šiuos teigiamus pokyčius.

Europa pasaulio kontekste

Narkotikų vartojimas – pasaulinė problema, todėl lyginant Europos duomenis su informacija iš kitų šalių galima

įžvelgti santykinio dydžio narkotikų problemos Europoje aspektą. Sudėtinga tai, kad tik nedaugelis pasaulio šalių turi pakankamai išsamią ir aktualią informaciją. Lyginimas su JAV, Kanados ir Australijos duomenimis gali padėti įvertinti narkotikų vartojimo paplitimą per pastaruosius metus. UNODC vertinimu, opioidų vartojimo paplitimas šiose šalyse ir Europos Sąjungoje panašus – nuo 0,4 % iki 0,6 %, Kanadoje šiek tiek mažiau, JAV šiek tiek daugiau. Manoma, kad kanapių Europos Sąjungoje vartojama vidutiniškai daug mažiau nei JAV, Kanadoje ar Australijoje. Iš stimuliuojamųjų narkotikų ekstazijos vartojimo lygis panašus visame pasaulyje, nors Australija pateikia didelius paplitimo skaičius, o amfetamino vartojimo paplitimas yra didesnis Australijoje ir JAV nei Europoje ar Kanadoje. Kokaino vartojimo paplitimas yra didesnis JAV ir Kanadoje nei Europos Sąjungoje ar Australijoje. Dėl palyginamųjų duomenų trūkumo sunku įvertinti narkotikų poveikį sveikatai atskirose šalyse, nors atsargiai lyginant 2005 m. diagnozuotų ŽIV atvejų, siejamų su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu, duomenis, matyti, kad Australijoje, Kanadoje ir Europos Sąjungoje milijonui gyventojų tenka 10 atvejų, o JAV – apie 36.

Kiekybinio vertinimo sudėtingumas: prasmingų siektinų tikslų nustatymas ir naudingų apibendrinimo priemonių kūrimas

Visų Europos kovos su narkotikais strategijų tikslas – mažinti narkotikų vartojimą ir jų daromą žalą tiems, kurie juos vartoja, ir bendruomenėms, kuriose jie gyvena. Šį politikos tikslą nesunku suformuluoti, bet svarbu pripažinti, kad narkotikų vartojimas – daugiabriaunis ir sudėtingas reiškinys, todėl norint įvertinti šios srities politikos poveikį, reikia atsižvelgti į realias sąlygas. Teigiama šios ataskaitos išvada ta, kad Europos kovos su narkotikais politika jautriau atsižvelgia į tai, kad daugiau dėmesio reikia skirti konkrečiai veiklai ir nustatyti prasmingus tikslus. Šį pokytį atspindi kartu su Europos nacionalinėmis kovos su narkotikais strategijomis rengiami konkretni ir terminais apibrėžti veiksmų planai, o Europos koordinavimo lygmeniu kasmetinėje esamo ES kovos su narkotikais veiksmų plano peržiūroje įvertinus, koku mastu pasiekti nustatyti rodikliai, jų atsisakoma arba jie keičiami.

Norint įvertinti veiksmus, aiškiai naudinga koncentruotis į konkrečius klausimus. Tačiau taip pat naudinga turėti tinkamas apibendrinimo priemones, kurios padėtų lengviau

aprašyti sudėtingus reiškinius. Nors sudaryti tokias skales ir vertinimo matus sunku, pastarojo meto pokyčiai šioje srityje teikia vilčių. Šioje ataskaitoje pateikiame Europos viešųjų išlaidų narkotikų problemai naują analizę. Nors duomenys ne visiškai išsamūs, jie rodo, kad kiekvienais metais Europoje narkotikų paklausos ir pasiūlos mažinimui išleidžiamos gana didelės pinigų sumos: nuo 13 mlrd. iki 36 mlrd. EUR. Be to, reikia turėti galvoje, kad į šiuos skaičius neįeina narkotikų vartojimo socialinės išlaidos.

Šioje srityje pasiekta naudingos pažangos, pvz., sudaryti indeksai, kuriais bandoma išreikšti įvairias neteisėtų narkotikų vartojimo sąnaudas ir žalą, kaip antai narkotikų žalos indeksas, kuris neseniai sukurtas Jungtinėje Karalystėje. Žala yra viena iš pagrindinių sąvokų, kurios įeina į neseniai UNODC sukurtą neteisėtų narkotikų indeksą (angl. *illicit drug index*, IDI). Tokie metodai gali būti naudingi politikos analizei ateityje, bet jie priklauso nuo duomenų, kuriais remiasi sudėtinė priemonė, kokybės ir nuo to, kiek šie duomenys apima visą tikslinę sąvoką.

Žalos mažinimas – aiškiai suformuluota dabartinės Europos metodikos sudedamoji dalis

Europos šalių nacionalinių narkotikų vartojimo problemų pobūdis ir aprėptis bei atsako į jas apimtis ir konfigūracija įvairiose šalyse gana skirtingos. Nepaisant to, dėl pagrindinių dalykų iš esmės sutariama: kovos su narkotikais politika turėtų būti subalansuota, išsami ir remtis faktais. Paklausos mažinimo srityje visi pripažįsta, jog reikia vykdyti prevencijos, gydymo ir socialinės reabilitacijos veiklą. Bet praeityje žalos mažinimo tema yra sulaukusi daugiau prieštaravimų. Dabar tai keičiasi, ir žalos mažinimas Europoje dabar tampa aiškesne bendro paklausos mažinimo priemonių rinkinio dalimi. Pavyzdžiui, pakaitinis gydymas opioidais ir adatų bei švirkštų keitimo programos dabar vykdomos faktiškai visose ES valstybėse narėse, nors paslaugų teikimo lygis gana skirtingas. Tai rodo ir paskutinė Europos Komisijos ataskaita, kurioje nustatyta, kad 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacija suvaidino tam tikrą vaidmenį, skatinant valstybes nars kurti ir plėtoti žalos mažinimo veiklą.

Kalėjimai: paslaugos narkotikų vartotojams vis dar nepakankamos

Viena svarbi išvada Tarybos rekomendacijos įgyvendinimo pažangos apžvalgoje yra ta, kad nepaisant laimėjimų kitose srityse, visų rūšių kalėjimuose teikiamos paslaugos yra paprastai labai prastos. Nors kai kurios valstybės narės pradėjo taikyti schemas, pagal kurias nusikaltėliams, turintiems narkotikų vartojimo problemų, taikoma baudžiamosios

sankcijoms alternatyvi bausmė – priverstinis gydymas, asmenys, turintys narkotikų vartojimo problemų, ir toliau sudaro reikšmingą kalinių dalį praktiškai visose šalyse. Šiuo metu ENNSC bendradarbiauja su Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) ir kuria duomenų bazę, kurioje bus surinkti duomenys apie kalinių sveikatą. Daugelyje rajonų narkotikų vartojimo problemų turinčių kalinių atžvilgiu dar nėra užtikrintas pagrindinis principas – tai, kad jie turi turėti tas pačias sveikatos priežiūros galimybes kaip ir platesnė bendruomenė. Tyrimai rodo, kad daugelis į kalėjimą patenkančių asmenų turi ne tik narkotikų vartojimo problemų, bet dažnai juos toliau vartoja kalėjime. Narkotikų vartotojams skirtų paslaugų kalėjimuose trūkumas kelia rimtą susirūpinimą, nes taip prarandama ne tik proga įsikišti ir sumažinti narkotikų vartojimą bei nusikalstamą elgesį ateityje, bet ir pakirsti pasiektus sveikatos priežiūros gerinimo rezultatus kitose srityse.

Veiksmingų priemonių nustatymas ir dalijimasis žiniomis apie jas

Diskusijose apie įvairių paklausos mažinimo veiklų vis daugiau dėmesio skiriama tokioms intervencijos priemonėms, apie kurių veiksmingumą turima įrodymų ir kurios neturi nenumatyto nepageidaujamo šalutinio poveikio. Kadangi bet kokia blogai taikoma intervencijos priemonė gali būti neveiksminga ar netgi žalinga, antrasis šio darbo baras – nustatyti gerą praktiką ir kokybės kontrolės priemones. Naujajame ENNSC reglamente pabrėžiama geros praktikos nustatymo ir sklaidos svarba. Pagrindinis sunkumas – reali tikrovės aplinka, kurioje taikomos paklausos mažinimo priemonės. Dažnai sunku ar netgi praktiškai neįmanoma suprojektuoti patikimus kontroliuojamus tyrimus, laikomus aukso standartu daugumai intervencinių medicinos priemonių. Veiksmingumo įrodymų vertinimo sudėtingumas ir kokybės kontrolės standartų nustatymas aprašomas šios ataskaitos 2 skyriuje.

Kanapės: populiarumas gali būti pasiekęs didžiausią lygį, kartu didėja susirūpinimas visuomenės sveikatos klausimais

Beveik ketvirtadalis visų suaugusiųjų yra kada nors gyvenime bandę kanapių, o vienas iš septynių vartojo juos per pastaruosius metus, todėl kanapės – dažniausiai vartojamas neteisėtas narkotikas Europoje. Bet daug dažniau nei tarp visų gyventojų kanapės yra labiausiai vartojamas neteisėtas narkotikas tarp jaunų ir labai jaunų asmenų. Narkotikų vartojimas asmenims, kurie dar tik bręsta fiziškai ir socialiai, gali būti ypač pavojingas; šis klausimas išsamiai nagrinėjamas kartu su ataskaita pateiktame pasirinktame klausime apie narkotikų vartojimą tarp nepilnamečių. Suprasti

Trumpai. Narkotikų vartojimo vertinimai Europoje

(Atkreipkite dėmesį, kad tai yra patys naujausi turimi skaičiai, kurie yra susiję su suaugusiais gyventojais. Išsamius duomenis ir visus metodinius paaiškinimus žr. 2007 m. statistikos biuletenyje)

Kanapės

Vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas: mažiausiai 70 mln., arba vienas iš penkių suaugusių europiečių

Vartojimas pastaraisiais metais: apie 23 mln. suaugusių europiečių, arba vienas trečdalis bent kartą gyvenime kanapes vartojusių asmenų

Vartojimas per pastarąsias 30 dienų: virš 13 mln. europiečių

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: 1,0–11,2 %

Kokainas

Vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas: mažiausiai 12 mln., arba apie 4 % suaugusių europiečių

Vartojimas pastaraisiais metais: 4,5 mln. suaugusių europiečių, arba vienas trečdalis bent kartą gyvenime kokainą vartojusių asmenų

Vartojimas per pastarąsias 30 dienų: apie 2 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: 0,1–3 %

Ekstazis

Vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas: apie 9,5 mln. suaugusių europiečių (3 % suaugusių europiečių)

Vartojimas pastaraisiais metais: 3 mln., arba vienas trečdalis bent kartą gyvenime ekstazį vartojusių asmenų

Vartojimas per pastarąsias 30 dienų: daugiau kaip 1 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: 0,2–3,5 %

Amfetaminai

Vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas: beveik 11 mln., arba apie 3,5 % suaugusių europiečių

Vartojimas pastaraisiais metais: 2 mln., vienas penktadalis vartotojų, kurie bent kartą gyvenime vartojo amfetaminus

Vartojimas per pastarąsias 30 dienų: mažiau kaip 1 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: 0,0–1,3 %

Opioidai

Opioidų narkomanija: nuo vieno iki aštuonių atvejų 1 000 suaugusių gyventojų (15–64 metų)

Daugiau kaip 7 500 ūmių su narkotikais susijusių mirčių, opioidų aptikta apie 70 % iš jų (2004 m. duomenys)

Pagrindinis narkotikas apie 50 % visų gydymo nuo narkotikų priklausomybės prašymų

2005 m. daugiau kaip 585 000 opioidų vartotojų buvo taikomas pakaitinis gydymas

ankstyvos kanapių vartojimo pradžios pasekmes ir kaip būtų galima su tuo kovoti – vienas iš sudėtingiausių klausimų, kuriuos plačiai paplitęs kanapių vartojimas Europoje kelia visuomenės sveikatos ir narkotikų kontrolės politikai.

Bendra Europos politikos tendencija – už nedidelio kanapių kiekio laikymą ir vartojimą mažiau taikyti baudžiamojo teisingumo bausmes, o daugiau prevencijos ir gydymo priemonės. Nepaisant to, 2000–2005 m. laikotarpiu užregistruotų su kanapėmis siejamų nusikaltimų labai padaugėjo (36 %); daugumoje šalių daugiausia kaltinimų dėl narkotikų vartojimo ir laikymo siejama su kanapėmis. Galimas dalykas, ši padėtis keičiasi, nes dauguma šalių nurodo šioj tokį užregistruotų nusikaltimų, siejamų su kanapėmis, sumažėjimą, bet tai gali būti dėl to, kad teisėsaugos organai mažiau kreipia dėmesio į kanapių vartojimą.

Nepaisant gana didelių visuomenės ir žiniasklaidos diskusijų šia tema, tiesioginį ar paprastą ryšį tarp teisėsaugos politikos ir bendro kanapių vartojimo paplitimo nustatyti sunku. Nors skirtingu laiku ir skirtingu mastu įvairiose Europos šalyse dešimtajame dešimtmetyje narkotikų vartojimas buvo labai išaugęs, po to sekė stabilus laikotarpis, bet po 2000 m. kanapių vartojimas vėl ėmė augti. Šiuo metu vaizdas Europoje vienesnis nei anksčiau. Be to, sprendžiant iš paskutinių duomenų, kanapių vartojimas, ypač didelio paplitimo šalyse, tampa stabilus ar net mažėja. Nors duomenų vis dar nepakanka, yra įrodymų, kad šio narkotiko populiarumas tarp jaunesnio amžiaus grupių kai kuriose šalyse mažėja. Taigi, nors nacionalinės tendencijos bendrai skiriasi, galima atsargiai tikėtis, kad kanapių vartojimo Europoje augimas, kurį buvo galima pastebėti nuo dešimtojo dešimtmečio, jau galbūt yra pasiekęs aukščiausią tašką.

Nors Europoje kanapių vartojimas perėjo į stabilesnį laikotarpį, taip pat aišku, kad dabartinis jo lygis, palyginti su buvusiais, yra gana aukštas; ir nors reguliariai ir intensyviai vartojančių asmenų procentinė dalis palyginti nedidelė, absoliutūs tokių asmenų skaičiai gana dideli. Gausesnė mokslinių tyrimų duomenys ir didesnė klinikinė patirtis leidžia geriau suprasti asmenų, turinčių problemų dėl kanapių vartojimo, poreikius, nors kiek ir kaip kanapių vartojimas skatina narkomaniją, nėra pakankamai ištirta. ENNSC sukaupti gydymo duomenys rodo, kad nuo 1999 m. naujų nuo kanapių vartojimo besigydančių pacientų skaičius išaugo beveik trigubai, nors šiuo metu ši tendencija stabilizuojasi. Paaiškinti, kodėl daugėja tokių naujų pacientų – sudėtinga dėl keleto priežasčių: tai gali būti dėl to, kad išaugo ir paslaugos, ir su kanapių vartojimu susijusių problemų suvokimas, ir dėl to, kad didelę pacientų dalį atsiunčia gydytis kriminalinės

tarnybos ir kitos socialinės žinybos. Taip pat atrodo, kad gydymo paslaugomis besinaudojančių kanapių vartotojų poreikiai ir jiems teikiamų paslaugų pobūdis yra labai įvairūs, nuo trumpų į prevenciją orientuotų intervencijų iki labiau formalaus gydymo metodų.

Europoje kanapių vartojimo padėtį komplikuoja ir rinkos veiksniai: ES trūksta gerų duomenų apie įvairių kanapių produktų užimamą rinkos dalį ir jų prieinamumą. Europa ir toliau lieka pagrindinė kanapių dervos, kurios daugiausia gaminama Šiaurės Afrikoje, rinka pasaulyje. Europoje galima gauti ir džiovintų kanapių, nors konfiskuotos dervos kiekis viršija konfiskuotų džiovintų kanapių kiekį beveik 10 kartų. Galimas dalykas, ši situacija keičiasi: 2005 m. konfiskuotos kanapių dervos šiek tiek sumažėjo, o konfiskuotų džiovintų kanapių ir kanapių žolės vienetų kiekis toliau didėja. 2005 m. pusė Europos šalių nurodė, jog kanapės yra auginamos savo šalyje. Kai kurie savo šalyje išauginti ir pagaminti kanapių produktai gali turėti gana stiprų poveikį, be to, jų auginimas ir gaminimas šalies viduje turi įtakos narkotikų kontrolės veiklai.

Kanapių vartojimas Europoje kelia sudėtingas narkotikų, visuomenės sveikatos ir socialinės politikos problemas. Vienas iš teigiamų pokyčių yra tai, kad valstybės narės pradeda geriau suprasti šio narkotiko plataus vartojimo pasekmes, diskusijos šiuo klausimu yra tikslingesnės ir mažiau linkstama perdėti arba sumažinti problemos reikšmę.

Kokainas: vartojimą apibūdinantys skaičiai vėl didėja

Šioje ataskaitoje ENNSC pateikiami kokaino vartojimo per pastaruosius metus Europoje skaičiai kitokie nei 2006 m. metinėje ataskaitoje: jie išaugo nuo 3,5 mln. iki 4,5 mln. Nauji duomenys, rodantys bendrą šio narkotiko vartojimo didėjimą, verčia abejojti praėitų metų ataskaitoje nurodyta stabilizavimosi tendencija. Nauji duomenys patvirtina, kad tarp dažniausiai vartojamų neteisėtų narkotikų Europoje kokainas užima antrą vietą po kanapių ir pralenkia ekstazį bei amfetaminą; o kokainas per pastarąjį mėnesį vartotas dvigubai dažniau nei ekstazis. Vis daugiau šalių nurodo, kad kokainą vartojančių asmenų jose yra gana daug, tačiau jų skaičius įvairiose šalyse labai skirtingas, pavyzdžiui, daugumoje Rytų Europos šalių kokaino vartotojų yra santykinai nedaug.

Didėjantį kokaino paplitimą rodo ir naujausi Ispanijos ir Jungtinės Karalystės duomenys: tai dvi šalys, kur kokaino vartojimo paplitimas yra didžiausias Europoje, nors nė vienoje iš jų kokaino vartojimo padidėjimo negalima laikyti dramatišku. Abiejose šiose šalyse vartojimo per pastaruosius

metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų yra panašus ar šiek tiek didesnis kaip JAV. Susirūpinimą kelia tai, kad abiejose šalyse kokainą gana dažnai vartoja jaunimas (4–6 % penkiolikamečių ir šešiolikamečių). Ispanijos duomenų analizė rodo, kad kokaino vartojimo pastaruoju metu skaičiai yra didesni, nes jo vartojimas didėja 15–24 metų amžiaus grupėje. Svarbu pažymėti, kad rimtų problemų dėl kokaino vartojimo turinčių asmenų daug mažiau. Duomenis apie kokainą vartojančius narkomanus pateikia tik trys šalys (Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė), skaičiai tarp suaugusiųjų čia svyruoja nuo 0,3 % iki 0,6 %. Krekas Europoje vartojamas retai, bet ten, kur jis vartojamas, susiduriama su labai rimtomis problemomis.

Kiti rodikliai taip pat rodo, kad kokaino vartojimas auga, todėl didėja ir kokaino reikšmė Europos kovoje su narkotikais. Kokaino konfiskavimo atvejų ir konfiskuotų kiekių skaičiai išaugo galbūt todėl, kad Europos rinkoje veikiama tikslingiau, o galbūt todėl, kad stiprinamos pastangos jam užkirsti kelią. Stiprėja kovos su neteisėta kokaino prekyba koordinavimo veikla Europoje: Portugalijoje veiks naujas specialus tarpvyriausybinių būrys, nes šios šalies svarba užtvėriant kokainui kelią didėja. Nors neatrodo, kad dideli konfiskuoto kokaino kiekiai būtų paveikę kainas, kurios vis dar krinta, jos gali daryti įtaką narkotiko grynumui.

Kol kas didėjantys suvartojamo kokaino kiekiai sveikatos rodikliams neturėjo didelės įtakos, bet tai gali keistis. Kiekvienais metais Europoje pranešama apie 400 su kokainu susijusių mirčių; įtariama, kad mirtys dėl širdies kraujagyslių problemų, kurias dar labiau apsunkino kokaino vartojimas, dažnai nėra registruojamos kaip su narkotikais susijusios mirtys. Daugėja atvejų, kai dėl kokaino vartojimo kreipiamasi gydymo. 2005 m. kokainas buvo pirmoji priežastis kreipiantis dėl gydymo 13 % pacientų, tarp naujų pacientų šis procentas dar didesnis (22 %). Per pastaruosius penkerius metus naujų pacientų skaičius išaugo beveik trigubai, dabar jų yra virš 33 000. Kokainą kaip antrinį narkotiką nurodo apie 15 % pacientų, ir vis dažniau pastebima, kad kai kuriose šalyse kokaino vartojimas kartu su opioidais apsunkina gydymą nuo opioidų vartojimo. Tačiau apskritai gydymo nuo kokaino vartojimo besikreipiančių asmenų yra mažiau nei asmenų, besigydančių nuo kanapių vartojimo, ir daug mažiau nei nuo opioidų vartojimo besigydančių asmenų.

ŽIV: bendras vaizdas vertintinas teigiamai, bet nauji infekcijos atvejai rodo tolesnių pastangų reikalingumą

Praeito šimtmečio dešimtajame dešimtmetyje kurti paslaugas švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims paskatino didelis ŽIV epidemijos ar jos grėsmės paplitimas. Pagausinus

paslaugas, buvo išvengta anksčiau Europoje buvusios ŽIV epidemijos mastų, nors kai kuriose šalyse buvo pastebėti lokalizuoti epidemijos protrūkiai, pavyzdžiui, Baltijos šalyse, o kai kuriose anksčiau epidemiją patyrusios šalyse ŽIV paplitimas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų yra gana didelis. Apskritai, nors narkotikų švirkštimo kaip ŽIV perdavimo būdas mažėja, ENNSC apskaičiavimu, 2005 m. Europos Sąjungoje dėl narkotikų švirkštimosi ŽIV apsikrėtė apie 3 500 diagnozuotų asmenų. Palyginti su istoriniais duomenis, šis skaičius gali atrodyti nedidelis, bet vis dėlto tai nemaža visuomenės sveikatos problema.

Naujausių duomenų analizė rodo, kad daugumoje šalių apsikrėtusiųjų skaičius, palyginti su bendru švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų skaičiumi, yra nedidelis, o 2001–2005 m. daugumoje ES regionų ŽIV paplitimas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų sumažėjo. Dėl to tose srityse, kur ŽIV paplitimas buvo didelis, tikėtina, kad infekcijos našta dėl švirkštimosi mažės. Susirūpinimą kelia padėtis Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje, bet ir čia naujausi duomenys rodo, kad naujų infekcijų mažėja.

Didžiausias šio vertinimo trūkumas yra tai, kad kai kuriose svarbiose srityse duomenys yra prastos kokybės, o tendencijų

per pastaruosius penkerius metus analizė rodo, kad kai kuriose srityse ar imtyse ŽIV paplitimas didėja maždaug trečdalyje šalių. Be to, kai kuriose šalyse susirūpinimą kelia gana didelis naujų apsikrėtusių asmenų skaičius arba tai, kad, nors apskritai skaičiai nedideli, kai kur pastaruoju metu padidėjo paplitimas. Atsižvelgiant į tai, kaip greitai ŽIV problemos gali plisti tarp pažeidžiamų grupių, aišku, jog būtina kurti ir tikslingai teikti paslaugas rizikos grupėms.

Hepatitis C išlieka paslėpta Europos epidemija

ENNSC apskaičiavimu Europoje gali būti net 200 000 ŽIV apsikrėtusių asmenų, kurie šiuo metu arba praeityje švirkštėsi narkotikus. Visuomenė gerai suvokia ŽIV riziką švirkščiantis narkotikus, tačiau svarbu nepamiršti, kad yra apie 1 mln. asmenų, apsikrėtusių hepatito C virusu (HCV), kurie kada nors švirkštėsi narkotikus, įskaitant ir didelę dalį tų, kurie nebevaruoja narkotikų.

Hepatitis C gali turėti rimtų padarinių sveikatai, pavyzdžiui, sukelti vėžį arba mirtį; tikėtina, kad HCV apsikrėtusių asmenų poreikiai reikalaus vis daugiau lėšų iš sveikatos priežiūrai skiriamo biudžeto. Visoje Europoje HCV apsikrėtusiųjų dalis tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų yra

Afganistanas. Ar pavyks alternatyvaus vystymo priemonei pakeisti padėtį?

Kyla abejonių, ar Europoje bus galima išlaikyti stabilią arba net gerėjančią heroino vartojimo padėtį, jei opijaus gamyba Afganistane didės. 2006 m. vertinimais, opijaus gamyba padidėjo 43 % dėl to, kad labai padidėjo auginimo plotai.

Opioidų konfiskavimo atvejai ir sunaikintos laboratorijos liudija tai, kad Afganistane išaugintas opijus prieš eksportavimą vis dažniau šioje šalyje perdirbamas į morfijų arba heroiną (CND, 2007). Paskui heroinas įvežamas į Europą dviem pagrindiniais neteisėtoms prekybos keliais: senuoju Balkanų keliu, kuris vis dar yra svarbus heroino kontrabandai, ir naujesniu „šilko“ keliu (žr. 6 skyrių).

Regioniniai skirtumai pačiame Afganistane rodo, kad yra ekonominio augimo potencialas, kuri gali sumažinti opijaus auginimo mastus, bet taip pat galima matyti, kad šią galimybę gali pakirsti menkas politinis saugumas, korupcija ir infrastruktūros problemos. Opijaus auginimą galima greitai sumažinti, bet taip pat greitai galima įvykius pasukti kita kryptimi. Pavyzdžiui, 2004–2005 m. Nangarhar provincijoje rytinėje šalies dalyje opijaus auginimas sumažėjo 96 %, bet, kaip ir daugelyje kitų rajonų, jis vėl pasiekė buvusį lygį iš dalies dėl ekonominių priežasčių tankiai apgyvendintuose rajonuose, kurie nesugebėjo pereiti prie vertingesnių kultūrų auginimo ir užsitikrinti

pajamas iš kitų, ne žemės ūkio, šaltinių (*Mansfield*, asmeniškai suteikta informacija, 2007 m.).

Kitose rytinio regiono dalyse, priešingai, opijaus aguonų auginimo mastai tikriausiai išliks maži ir net pietinėse Kandahar ir Helmand provincijose netoli provincijos centro galima tikėtis, kad aguonų plotai sumažės. Prie to prisideda didesnė vyriausybės kontrolė ir žemės ūkio produkcijos įvairinimas, t. y. veiksniai, kurie kartu su transporto ir prekybos infrastruktūra padeda įsitvirtinti daug vertingesnėms kultūroms. Šiaurinėje ir šiaurės rytinėje šalies dalyje aguonų auginimą stabdo ne tik padidėjęs darbo užmokestis ir krintančios opijaus kainos, bet ir tai, kad vertingesnės daržovės duoda didesnį pelną nei aguonos. Šiuose regionuose auginamų kultūrų įvairovę palaiko kovos su narkotikais pastangos ir didesnis vyriausybės dalyvavimas, kuris verčia gyventojus tikėti, kad aguonų auginimo draudimas bus įgyvendintas.

Dėl augančių darbo jėgos kainų ir krintančių opijaus kainų pelnas iš opijaus aguonų auginimo nebėra užtikrintas, o kai kuriose vietovėse galima gauti didesnių pajamų iš kitų produktų, ypač ten, kur yra ir kity, ne žemės ūkio, galimybių užsidirbti. Tačiau tokios teisėtų pajamų galimybės yra prieinamos ne visiems; daugelyje vietovių ūkininkų galimybės riboja didelės transporto kainos, prasti keliai, saugumo stoka. Tokiose vietovėse, netgi arti provincijos centrų, galimybės prekiauti teisėtomis prekėmis mažina korupcija ir nesaugi aplinka; visa tai trukdo ekonomikos augimui ir pastangoms įvairinti žemės ūkio produkciją.

didelė. Tyrimai rodo, kad jauni švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys šia liga suserga gana anksti po to, kai pradeda vartoti narkotikus, todėl lieka nedaug galimybių intervencijai. Skirtingai nuo hepatito B, kur intervencijos, atrodo, duoda naudos, duomenys apie HCV nerodo aiškios tendencijos, nors iš skirtingų įvairių šalių duomenų galima spręsti, kokios priemonės šioje srityje galėtų būti veiksmingos.

Heroino vartojimas stabilus, bet susirūpinimą kelia didėjančios problemos dėl sintetinių opioidų vartojimo

Manoma, kad pasaulinė heroino gamyba, daugiausia Afganistane, 2006 m. vėl išaugo iki daugiau kaip 600 tonų. Europai kyla klausimas: kokį poveikį toks padidėjimas turės narkomanijos problemai? Didėjanti heroino gamyba kol kas neatspindi daugelyje heroino vartojimo rodiklių, kurie jau kurį laiką išlieka stabilūs. Gydomo nuo narkotikų duomenų ir perdozavimo atvejų analizė rodo, kad heroino vartotojų amžius Europoje didėja, nors Rytų Europos šalyse tai mažiau akivaizdu. Probleminio narkotikų vartojimo bendras vaizdas taip pat, atrodo, yra stabilus. Tačiau krintančios narkotiko kainos ir jaunų besigydančių heroino vartotojų skaičiaus augimas kai kuriose šalyse rodo, kad budrumas būtinas.

Nors šiuo metu nėra aiškių įrodymų, kad heroino vartojimas tampa populiariesnis tarp jaunimo, įvairiose ataskaitose yra duomenų, kad kai kuriose Europos dalyse sintetiniai opioidai kelia vis didesnių problemų ir kad kai kuriose šalyse jie net keičia heroiną. Austrijoje vis didesnė pacientų dalis yra jaunesnė kaip 25 metų ir kreipiasi pagalbos dėl opioidų, kuriuos jie gauna iš teisėtos rinkos. Panašiai neteisėto metadono vartojimo atvejų gausėja ir Belgijoje; Danijoje metadono paprastai aptinkama tiriant su narkotikais

susijusias mirtis. Čekija nurodo, kad vis dažniau vartojamas ir švirkščiamas buprenorfinas, narkotikas, kuris, kaip manoma, neteisėtoje rinkoje nėra patrauklus; galimas dalykas, jis keičia heroiną ir Suomijoje. Stebėsenos duomenys apie neteisėtą šio narkotiko vartojimą Prancūzijoje taip pat kelia susirūpinimą, įskaitant tai, kad jaunimas, kuris jį švirkščiasi, pradeda opioidus vartoti nuo buprenorfino, o ne nuo heroino.

Mirčių nuo narkotikų perdozavimo skaičiaus mažėjimas sustojo

ENNSC rengia reguliarias ataskaitas apie ūmias su narkotikais susijusias mirtis Europoje. Iš esmės tai mirtys nuo heroino ar kitų opioidų perdozavimo, nors daugeliu atvejų nustatoma, kad vartotos įvairios medžiagos. Mirtys nuo perdozavimo – tai jaunų žmonių mirštamumo, kurio buvo galima išvengti, priežastis.

Nuo 2000 m. daugelis ES šalių nurodo, kad su narkotikais susijusių mirčių mažėja galbūt dėl to, kad teikiama daugiau paslaugų arba mažėja heroiną švirkščiančių asmenų. Tačiau 2004 m. ir 2005 m. ši tendencija sustojo. Ypač kelia susirūpinimą tai, kad kai kuriose šalyse daugėja mirčių tarp jaunimo. Mažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių – svarbi visuomenės sveikatos priežiūros užduotis; būtina nustatyti priežastis, kodėl mirčių mažėjimo tendencija sustojo.

Mirtys nuo perdozavimo – ne vienintelis pavojus narkotikus vartojančių asmenų sveikatai. Tyrimai rodo, kad narkomanų mirštamumas nuo visų priežasčių yra gana didelis: 10 kartų didesnis nei tarp visų gyventojų. Todėl, norint sumažinti su chronišku narkotikų vartojimu siejamą sergamumą ir mirštamumą, šios grupės fizinės ir psichinės sveikatos problemoms spręsti būtina taikyti visapusiškus metodus.



1 skyrius

Politika ir įstatymai

Šiame skyriuje aprašoma kovos su narkotikais politika visos ES mastu ir atskirose valstybėse narėse, taip pat šių dviejų lygmenų ryšys. Per ataskaitinį laikotarpį ENNSC surinkti duomenys leidžia apžvelgti dabartines nacionalines kovos su narkomanija strategijas ir institucijų sistemas visoje Europoje. Narkomanijos kaina visuomenei aptariama atskirame viešosios su narkotikais susijusioms išlaidoms skirtame skirsnyje. Remiantis valstybių narių praneštais duomenimis apie nacionalines viešąsias išlaidas, pirmą kartą yra įvertinta bendra suma, kurią Europos vyriausybės išleidžia dėl narkomanijos reiškinių. Skirsnyje apie pastarojo meto pokyčius nacionaliniuose įstatymuose aprašomi įstatymų pokyčiai, kuriais siekiama sumažinti pasiūlą ir teisiškai įtvirtinti narkotikų vartojimo tyrimus. Naujausi statistiniai duomenys apie su opioidais ir kanapėmis susijusius nusikaltimus narkotikų įstatymams ir nusikaltimų tendencijas pateikiami skirsnyje, skirtame su narkotikais susijusiems nusikaltimams. Skyrius baigiamas skirsniu, skirtu su narkotikais susijusiems tyrimams Europoje.

Nacionalinės kovos su narkomanija strategijos

Bendra padėtis ir nauji pokyčiai

2007 m. pradžioje visos ES valstybės narės, išskyrus Italiją, Maltą ir Austriją, turėjo nacionalinę kovos su narkomanija strategiją, o kartais ir veiksmų planą. Tuo metu Europoje galiojo daugiau kaip 35 įvairūs nacionaliniai kovos su narkomanija planavimo dokumentai, apimantys nuo dvejų metų (Čekijos veiksmų planas) iki daugiau kaip dešimt metų (Nyderlandų nacionalinė kovos su narkomanija strategija).

Pastaraisiais metais pastebima tendencija pereiti nuo vieno nacionalinio planavimo dokumento prie dviejų vienas kitą papildančių dokumentų: bendros strategijos ir veiksmų plano. Šią metodiką, leidžiančią geriau apibrėžti trumpalaikius, vidurio laikotarpio ir ilgalaikius uždavinius, dabar taiko daugiau kaip pusė ES valstybių narių, ji netgi tapo įprastesnė 2004 m. ir 2007 m. įstojusiose į ES šalyse: aštuonios iš šių 12 šalių turi ir kovos su narkomanija strategiją, ir veiksmų planą.

Derinant kovos su narkomanija strategiją ir veiksmų planus, galima lengviau apibrėžti tikslus, veiksmus, atsakomybę ir terminus. Kai kurios šalys, pavyzdžiui Kipras, Latvija ir Rumunija, į kovos su narkomanija strategijas ir veiksmų planus įtraukė išsamius įgyvendinimo procesus. Šis metodas, kuris kitose valstybėse narėse (pvz., Ispanijoje, Airijoje, Jungtinėje Karalystėje) taikomas jau kurį laiką, darosi vis populiariesnis ir yra naudojamas dabartiniame ES kovos su narkomanija veiksmų plane.

2006 m. naujas kovos su narkomanija strategijas ir veiksmų planus priėmė keturios valstybės narės (Graikija, Lenkija, Portugalija, Švedija) ir Turkija, taip pat Šiaurės Airija Jungtinėje Karalystėje. Visos šios valstybės tokį dokumentą priėmė ne pirmą kartą, o jų nacionalinėse ataskaitose buvo pažymėta, kad naujesiems kovos su narkomanija politikos dokumentams pasinaudota ankstesnių dokumentų patirtimi. 2007 m. dvi valstybės narės, Malta ir Austrija, taip pat Norvegija, turėtų priimti naujas kovos su narkomanija strategijas, o Čekija, Estija, Prancūzija ir Vengrija pradės įgyvendinti naujus veiksmų planus.

Turinys

Visų ES valstybių narių, šalių kandidačių ir Norvegijos nacionalinių kovos su narkomanija strategijų ir veiksmų planų pagrindinė užduotis – mažinti narkotikų vartojimą apskritai ir, konkrečiai, probleminį narkotikų vartojimą. Visos šalys taip pat siekia užkirsti kelią narkotikų vartojimo daromai žalai atskiriems asmenims bei visai visuomenei ir ją sumažinti. Kitas bendras bruožas – „kompleksinis“ metodas, siejant intervencijas, kuriomis siekiama sumažinti narkotikų pasiūlą, su intervencijomis, kuriomis siekiama sumažinti narkotikų paklausą. Toks „subalansuotas“ metodas, kuriuo vienodai siekiama sumažinti ir pasiūlą, ir paklausą, taip pat labai plačiai paplitęs. Visi šie elementai įeina ir į ES kovos su narkomanija strategiją.

Sritis, kurioje Europos šalių skirtumai aiškiai pastebimi – tai psichoaktyviosios medžiagos, kurios įtraukiamos į nacionalines kovos su narkomanija strategijas. Tai matyti iš naujų 2006 m. patvirtintų dokumentų. Dviejuose

Naujasis ENNSC reglamentas

2006 m. gruodžio 12 d. Europos Parlamentas ir Europos Sąjungos Taryba pasirašė pakeistą ENNSC reglamentą, kuris įsigaliojo 2007 m. sausio mėn.

Naujajame reglamente pabrėžiama pagrindinių rodiklių svarba ir nurodoma, kad jų įgyvendinimas – išankstinė sąlyga, kad Centras galėtų atlikti savo įsipareigojimus. Taip pat pabrėžiama, jog būtina sukurti informacinę sistemą, kuri jautriai reaguotų į naujas ir atsirandančias tendencijas.

Naujasis dokumentas praplečia ENNSC kompetencijos ribas. Ypatingas dėmesys skiriamas informacijos apie teisėtą ir neteisėtą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą kartu ir apie valstybių narių geriausių praktikų teikimui. ENNSC taip pat gali sukurti priemones ir instrumentus, kurie valstybėms narėms padėtų stebėti ir vertinti nacionalinę kovos su narkotikais politiką, o Europos

Komisijai padėtų daryti tai ES lygmeniu. Visi šie nauji elementai padės agentūrai pateikti išsamesnį narkotikų reiškinio vaizdą.

Naujajame reglamente daugiau pabrėžiamas bendradarbiavimas su agentūromis partnerėmis, ypač Europolu, stebint naujas psichoaktyviasias medžiagas, ir kitais partneriais, kaip antai PSO, JT ir atitinkamos statistikos institucijos, siekiant kuo didesnio našumo. Naujajame reglamente aiškiau įvardytos šalys, kurioms Europos Komisijos prašymu ir Valdybos pritarimu ENNSC gali perduoti pažangiąją patirtį.

Naujajame dokumente aiškiau apibrėžtas „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų tinklo vaidmuo. Naujojoje reglamento redakcijoje pakeistas Mokslinio komiteto reguliavimas. Tai leis agentūrai turėti darnią nepriklausomą žymių mokslininkų struktūrą. Ji ne tik padės užtikrinti ENNSC darbo kokybę, bet bus sąsaja su platesne mokslininkų ir tyrėjų bendruomene.

iš šių dokumentų (Lenkijos ir Portugalijos) kalbama apie neteisėtus narkotikus, nors ir siejant šiek tiek su kovos su alkoholio ir tabako vartojimu strategijomis, dviejuose kituose dokumentuose (Graikijos ir Šiaurės Airijos Jungtinėje Karalystėje) kalbama apie neteisėtus narkotikus ir alkoholį, o viename (Turkijos) – apie visas priklausomybę sukeliančias medžiagas. Be to, Švedija vienu metu patvirtino du vienas su kitu susijusius veiksmų planus: vieną, skirtą kovai su alkoholio vartojimu, o kitą – su neteisėtų narkotikų vartojimu. Kai kuriose šalyse jau kelerius metus pastebimas kovos su teisėtais ir neteisėtais narkotikais politikos integravimas (pvz., Vokietijoje, Prancūzijoje) ⁽¹⁾. Tikėtina, kad artimiausioje ateityje būsimųjų kovos su narkomanija strategijų taikymo sritis ir jų galima integracija su kitomis visuomenės sveikatos strategijomis ir toliau liks svarbi tema.

Nacionalinėse kovos su narkomanija strategijose ir veiksmų planuose paprastai numatomos prevencijos, gydymo ir rehabilitacijos, žalos mažinimo ir pasiūlos mažinimo priemonės. Tačiau tokių priemonių mastas ir svarba įvairiose valstybėse skiriasi ⁽²⁾. Tai galima paaiškinti narkotikų problemos dydžio ir ypatybių skirtumais, taip pat socialinės ir sveikatos politikos įvairove Europos šalyse. Finansiniai išteklių, visuomenės nuomonė ir politinė kultūra taip pat yra svarbūs veiksniai; galima rasti įrodymų, kad šalys, turinčios bendrų ypatybių, vykdo panašią kovos su narkomanija politiką (Kouvonen *et al.*, 2006).

Vertinimas

Nacionalinių kovos su narkomanija strategijų, siekiančių bendrų tikslų, įvairovę Europos Sąjungoje galima laikyti

stiprybe, nes tokiomis aplinkybėmis galima atlikti lyginamąją įvairių metodų analizę. Todėl įvertinti nacionalines kovos su narkomanija strategijas ir veiksmų planus svarbu ne tik norint įvertinti nacionalines pastangas, bet ir siekiant apskritai geriau suprasti kovos su narkomanija strategijų veiksmingumą. ES ir jos valstybės narės į šią sritį jau yra investavusios gana daug išteklių.

Beveik visos Europos šalys nurodo, jog siekia įvertinti savo nacionalinę kovos su narkomanija strategiją. Vyriausybės nori žinoti, ar jų politika yra įgyvendinama ir ar pasiekiami rezultatai, kurių tikimasi. Dviejuose valstybėse narėse (Belgijoje, Slovėnijoje) vertinimas apsiriboja tik tam tikrais parinktais projektais. Daugelyje kitų šalių ir ES lygmeniu nacionalinėse kovos su narkomanija strategijose nustatytų veiksmų įgyvendinimas stebimas sistemingai. Todėl galima apžvelgti padarytą pažangą ir tokios apžvalgos rezultatus panaudoti priimtų kovos su narkomanija strategijų ir veiksmų planų tobulinimui bei atnaujinimui.

Tačiau bendri vertinimai, apimantys procesus, produktus, rezultatus ir poveikį, Europoje pasitaiko rečiau. Kai kurios šalys (Estija, Graikija, Ispanija, Lenkija, Švedija) nurodo planuojančios šalies viduje atlikti vertinimą, remdamosi įgyvendinimo pažangos apžvalgomis ir kitais epidemiologijos bei kriminologijos duomenimis. Kai kuriais atvejais (Liuksemburge, Portugalijoje) tokį vertinimą atliks išorės įstaigos.

Trumpai sakant, nacionalinių kovos su narkomanija strategijų ir veiksmų planų įgyvendinimo pažangos apžvalgos Europoje tampa norma. Kitas žingsnis, t. y. rezultatų ir poveikio

⁽¹⁾ Žr. 2006 m. pasirinktą temą „Europos kovos su narkotikais politika siekia toliau nei neteisėti narkotikai?“

⁽²⁾ Žr. 2 skyrių.

vertinimas, dar tik pradiniam etape. Pavyzdžiu galėtų tapti būsimas 2005–2008 m. ES kovos su narkomanija veiksmų plano poveikio vertinimas, kurio metodikos sukūrimui Europos Komisija yra užsakiusi tyrimą. Tam tikra veikla taip pat vykdoma kuriant rodiklius, kuriuos pasitelkiant būtų galima įvertinti nacionalinių kovos su narkomanija strategijų poveikį ar bendrą padėtį narkotikų vartojimo srityje. Jungtinė Karalystė ir Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biuras (UNODC) skyrė daug pastangų šiai sričiai.

Kovos su narkomanija politikos indeksai

Jungtinės Karalystės narkotikų žalos indekso (angl. *drug harm index* (DHI)) tikslas – nustatyti žalos, kurią padaro bet kurio neteisėto narkotiko problemiškas vartojimas, socialinę kainą. Jame atsispindi keturių rūšių žala: poveikis sveikatai, žala bendruomenei, su narkotikais susiję šeimyniniai nusikaltimai ir su narkotikais susiję komerciniai nusikaltimai. Tačiau šiuo indeksu nesiekama glaustai parodyti visos narkotikų problemos padėties šalyje, nes jis remiasi tik patikimais duomenimis paremtais rodikliais; jame nurodyti skaičiai ir tendencijos naudojami kaip lyginimo pagrindas, pagal kurį vertinama būsima pažanga (MacDonald et al., 2005). UNODC neteisėtų narkotikų indeksas (angl. *illicit drug index* (IDI)) sieja tris narkotikų reiškinio aspektus: narkotikų gamybą, neteisėta narkotikų prekybą ir piktnaudžiavimą narkotikais. Rezultatas – bendras balų skaičius, grindžiamas „žala ir (arba) rizika vienam gyventojui“, kuris turėtų atspindėti visų narkomanijos problemų atitinkamoje šalyje dydį (UNODC, 2005).

Plėtojant abi šias priemones, atsirado įdomių naujų metodų, ir pirmą kartą tapo galima pažvelgti į bendrų indeksų naudą vertinant kovos su narkomanija strategijas ir stebint bendrą su narkotikų vartojimu susijusių padėtį. Pirma, ką galima pasakyti, yra tai, kad tokios priemonės gali būti naudingos ilgalaikiam padėties šalyje stebėjimui, tačiau kad būtų galima suprasti, kas iš tikrųjų vyksta, rezultatą reikėtų vertinti kartu analizuojant atskirus indekso rodiklius. Taikyti bendrą indeksą lyginant šalis gali būti sudėtingiau, nes duomenų rinkiniai yra riboti, o po analizės kontekstinių kintamųjų (pvz., geografinės padėties) negaunama.

Koordinavimo mechanizmai

Nors beveik visose ES valstybėse narėse ir Norvegijoje dabar jau yra oficialūs kovos su narkotikais koordinavimo mechanizmai, esamos sistemos labai skiriasi, nes jose atsispindi šalių politinių struktūrų skirtumai. Vis dėlto galima rasti kai kurių bendrų bruožų.

Dauguma šalių turi kovos su narkotikais koordinavimo mechanizmų nacionaliniu ir regioniniu arba vietos lygmeniu. Nacionalinių lygmeniu paprastai yra tarpministeriniai kovos su narkotikais komitetai, kurių veiklą dažnai papildo nacionalinė kovos su narkotikais koordinavimo agentūra ir (arba) nacionalinis kovos su narkotikais koordinatorius, kuris yra atsakingas už kasdienę koordinuojamąją veiklą. Regiono arba vietos lygmeniu kovos su narkotikais koordinavimo agentūrų ir (arba) koordinatorių yra daugumoje šalių.

Europos šalys skiriasi tuo, kaip koordinavimo mechanizmai nacionaliniu lygmeniu yra susiję su koordinavimo mechanizmais regiono arba vietos lygmeniu. Kai kuriose šalyse, ypač šalyse, kurių struktūra federacinė (pvz., Belgijoje, Vokietijoje), egzistuoja vertikalaus koordinavimo sistemos, kurios leidžia įvairioms savarankiškai veikiančioms koordinavimo įstaigoms bendradarbiauti. Kitose šalyse (pvz., Suomijoje, Portugalijoje) koordinavimą regiono arba vietos lygmeniu tiesiogiai prižiūri nacionalinio koordinavimo struktūros.

Atlikti lyginamąją ES kovos su narkotikais koordinavimo mechanizmų analizę sunku dėl didelės tokių sistemų įvairovės. Tačiau ENNSC užsakytas tyrimas parodė, jog koordinavimo sistemas įmanoma įvertinti remiantis jų „įgyvendinimo kokybe“, t. y. sąvoka, kuria remiantis tiriamos koordinavimo sistemų galimybės duoti rezultatų (Kenis, 2006). Šis metodas bus plėtojamas toliau, kad jį būtų galima taikyti vertinant nacionalines kovos su narkotikais sistemas.

Su narkotikais susijusios viešosios išlaidos

Europos šalys nurodo, jog jų viešosios išlaidos narkotikų problemai svyruoja nuo 200 000 EUR iki 2 290 mln. EUR^(*). Toks didelis svyravimo diapazonas iš dalies aiškintinas skirtingu valstybių narių dydžiu, o iš dalies skirtingomis šalių praneštų išlaidų rūšimis ir duomenų išsamumu. Dauguma šalių nurodė tik išlaidas, patirtas įgyvendinant nacionalines kovos su narkomanija politikos programas, bet nenurodė kitų išlaidų pasiūlos ir paklausos mažinimo srityje. Be to, ne visuomet buvo įtrauktos visos valstybės išlaidos narkotikų reiškiniai visose pagrindinėse srityse, tik 15 iš 23 šalių pateikė išsamią informaciją apie išlaidas „sveikatos ir socialinės priežiūros“ srityje (gydymas, žalos mažinimas, sveikatos tyrimai, švietimo, prevencijos ir socialinė veikla) ir tik 14 šalių nurodė išlaidas „teisėsaugai“ (policija, kariuomenė, teismai, kalėjimai, muitinės ir finansų apsaugos veikla). Dar mažiau

(*) 2005 m. bendras su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas ES valstybėse narėse ir Norvegijoje nustatė atitinkami nacionaliniai informacijos biurai.

Narkotikų vartojimo kaina

Narkotikų vartojimo kainos tyrimai gali suteikti svarbios informacijos, reikalingos kovos su narkotikais politikos kūrimui ir valdymui.

Su narkotikų vartojimu susijusių kainų galima suskirstyti į dvi kategorijas: tiesioginę ir netiesioginę. Tiesioginė kaina – tai, už ką mokami pinigai, ji paprastai apima išlaidas prevencijai, gydymui, žalos mažinimui ir teisėsaugai. Netiesioginė kaina – dėl narkotikų vartojimo neatliktų produktyvių paslaugų vertė, į kurią įeina produktyvumo nuostoliai dėl su narkotikais susijusio sergamumo ir mirštamumo. Į kainą, susijusią su narkotikų vartojimu, taip pat gali įeiti nemateriali skausmo ir kančių kaina, kuri paprastai pasireiškia gyvenimo kokybe, bet į šią kainos kategoriją dažnai neatsižvelgiama, nes ją sunku kiekybiškai įvertinti pinigais.

Kaina gali būti tiriama iš įvairių perspektyvų, kiekvienu atveju į tyrimo objektą gali įeiti skirtingos kainos rūšys, pavyzdžiui, kaina visai visuomenei, vyriausybei, sveikatos priežiūros sistemai, trečiosios šalies mokėtojams ir patiems narkotikų vartotojams bei jų šeimoms.

Iš visuomenės perspektyvos

Su narkotikų vartojimu susijusi socialinė kaina – tai kaina visuomenei, tiesioginė ir netiesioginė, kurią visuomenei reikia mokėti už narkotikų vartojimą. Rezultatas pinigine išraiška – tai įvertinta visa našta, kurią narkotikų vartojimas uždeda visuomenei (Single et al., 2001).

Nustatyti socialinę narkotikų vartojimo kainą naudinga keliais atžvilgiais. Pirma, nustatoma, kiek visuomenė išleidžia narkotikų vartojimo problemai ir kartu kiek būtų sutaupyta, jei narkotikų vartojimas būtų visiškai panaikintas. Antra, nustatomi įvairūs tokios kainos komponentai ir kiekvieno visuomenės sektoriaus įnašo dydis. Tokia informacija išryškina galimas nenašias sritis ir kur būtų galima sutaupyti, todėl gali padėti nustatyti finansavimo prioritetus.

informacijos pateikta apie išlaidas kitose srityse (pvz., administravimui, koordinavimui, stebėsenai ir tarptautiniam bendradarbiavimui) (septynios šalys) ir apie regionų ir savivaldybių biudžetus (šešios šalys).

Šešios šalys pateikė išsamią informaciją apie išlaidas, susijusias su narkotikų problema (1 lentelė). Šiose šalyse su narkotikais susijusios viešosios išlaidos sudarė nuo 0,11 % iki 0,96 % visų valdžios sektoriaus išlaidų per metus (0,32 % mediana) arba nuo 0,05 % iki 0,46 % nacionalinio bendrojo vidaus produkto (BVP) (0,15 % mediana). Išlaidos „teisėsaugos“ veiklai sudarė 24–77 % visų išlaidų, o likusioji dalis buvo išleista „sveikatos ir socialinės priežiūros“ veiklai.

Iš viešųjų išlaidų perspektyvos

Terminu „viešosios išlaidos“ vadinama prekių ir paslaugų, kurias perka valstybės vyriausybė (centrinė, regionų, vietinė), vertė, kad galėtų atlikti savo funkcijas (t. y. teikti sveikatos priežiūros, teisingumo, viešosios tvarkos, švietimo ir socialines paslaugas). Valstybės viešųjų išlaidų analizė teikia naudingos informacijos apie jos vyriausybės gebėjimą leisti pinigus veiksmingai ir našiai.

Su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų vertinimas skiriasi nuo socialinės kainos vertinimo. Viešosios išlaidos sudaro tik dalį socialinės kainos, daugiausia tai yra tik tiesioginė kaina; netiesioginės išlaidos neįskaitomos, nes jų dalį apmoka privačios suinteresuotos šalys (pvz., privačios sveikatos draudimo kompanijos). Tiesiogines išlaidas, vadinamas „susijusiomis su narkotikais“, pirmiausia galima išsamiai nustatyti peržiūrėjus oficialias finansines ataskaitas (pvz., biudžetus, metų pabaigos ataskaitas). Sunkiau tokias išlaidas įvertinti, kai jos nėra taip įvardijamos, bet yra numatytos platesnių tikslų siekiančiose programose (pvz., bendrajame policijos operacijų biudžete). Tokiu atveju tiesioginės aiškiai neįvardytos su narkotikais susijusios išlaidos turi būti apskaičiuojamos taikant įvairius modeliavimo metodus.

Pagrindinis socialinės kainos apskaičiavimo tikslas – įvertinti našta, kurią narkotikų problema uždeda visuomenei, ir palyginti su šių problemų sprendimo kaina visuomenei (įskaitant galimus netiesioginius padarinius). Galiausiai, sprendžiamas veiksmingumo ir našumo klausimas: ar vyriausybės pinigus leidžia protingai tinkamoms problemoms? Tačiau kai kurie autoriai (Reuter, 2006) mano, kad politikos tikslams viešosios išlaidos yra svarbesnės už socialinę kainą. Narkotikų problemai skirtas biudžetas padeda nusakyti, kokią politiką vyriausybė taiko narkotikų vartojimui ir susijusioms problemoms mažinti, o tai yra pirmasis žingsnis sprendžiant, ar tokios politikos lygis ir turinys yra pakankami.

Visos Europos šalių nurodytos su narkotikais susijusios išlaidos siekė 8,1 mlrd. EUR. Tikėtina, kad ši suma neatspindi visų su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų, nes apie didelę jų dalį nepranešama. Šešių į 1 lentelę įtrauktų šalių išlaidos sudaro 76 % visų ES valstybių narių ir Norvegijos praneštų viešųjų išlaidų. Remiantis šių šalių praneštais duomenimis, apskaičiuota, kad visos su narkotikais susijusios Europos šalių viešosios išlaidos siekia nuo 13 mlrd. EUR iki 36 mlrd. EUR⁽⁴⁾. 2005 m. šie skaičiai sudarė nuo 0,12 % iki 0,33 % ES (25 šalių) BVP.

ES lygmeniu iš naujojo 2007–2013 m. biudžeto Europos Komisija narkotikų problemai skirs gana dideles finansavimo

(4) Iš šių šešių šalių keturios (Vengrija, Nyderlandai, Suomija ir Švedija) pateikė detalai struktūruotus duomenis. Likusioms šalims pritaikius šių šešių pasirinktų šalių visų bendrųjų valdžios sektoriaus išlaidų (atitinkamai 0,18 % ir 0,69 %) ir BVP procentinio skirstinio pirmojo ir trečiojo kvartilų reikšmes (atitinkamai 0,08 % ir 0,37 %), galima apskaičiuoti bendrą visų suminių išlaidų diapazoną.

1 lentelė. Atrinktų šalių, pateikusių išsamius duomenis, lyginimas ir smulkesnė informacija apie jų viešąsias išlaidas, susijusias su narkotikais

Šalis	Bendros nurodytos išlaidos			Visų išlaidų dalis skirta	
	Suma (mln. EUR)	Visų viešųjų išlaidų dalis ⁽¹⁾ (%)	BVP dalis ⁽²⁾ (%)	sveikatos priežiūrai ir socialinei rūpybai ⁽³⁾ (%)	teisėsaugai ⁽⁴⁾ (%)
Belgija ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Vengrija	43,5	0,11	0,05	23	77
Nyderlandai	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Suomija	272,0	0,36	0,18	76	24
Švedija (2002 m.)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Jungtinė Karalystė	2 290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Bendrosios metinės valdžios sektoriaus išlaidos (šaltinis: Eurostatas).
⁽²⁾ Metinis bendrasis vidaus produktas (šaltinis: Eurostatas).
⁽³⁾ Į sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos išlaidas įeina gydymas, žalos mažinimas, medicinos tyrimai ir švietimas, prevencija ir socialinės intervencijos. Suomijoje, be „piktnaudžiavimo medžiagomis prevencijos“, į nurodytą sumą įeina žala turtui, stebėseną ir moksliniai tyrimai.
⁽⁴⁾ Į teisėsaugos išlaidas įeina išlaidos policijai, kariuomenei, teismams, kalėjimams, muitinei ir finansų apsaugos priemonėms.
⁽⁵⁾ Belgija taip pat skyrė 3 % bendros išlaidų sumos „politikos valdymo veiklai“.
Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai ir Eurostatas.

sumas. Šiuo metu deramasi dėl naujo 21 mln. EUR vertės narkomanijos prevencijos ir informacijos dokumento, kuris gali būti patvirtintas iki 2007 m. pabaigos; tuomet šiais metais tarptautiniams projektams bus galima gauti 3 mln. EUR. Kituose naujuose finansavimo dokumentuose, kaip antai Kovos su nusikaltimais ir jų prevencijos programoje, Visuomenės sveikatos programoje 2007–2013 m. ir 7-ojoje tyrimų ir technologijų plėtros pagrindų programoje 2007–2013 m., taip pat numatomas organizacijų, dirbančių įvairiose kovos su narkotikais srityse, finansavimas. Be to, nuo 2005 m. EK ir valstybių narių bendrai finansuotų su narkotikais susijusių pagalbos projektų trečiojoje šalyse suma siekė daugiau kaip 750 mln. EUR.

Reaguodama į ES kovos su narkotikais veiksmų planą 2005–2008 m., ENNSC šiuo metu kuria metodiką, kuri padės valstybėms narėms, šalims kandidatėms ir Norvegijai surinkti standartizuotus duomenis apie išlaidas, susijusias su narkotikais. Tai padės ENNSC įvertinti visas viešąsias išlaidas, susijusias su narkotikais, ir kaip jos pasiskirsto įvairioms veiklos rūšims.

ES teisės ir politikos pokyčiai

2006 m. pabaigoje Europos Komisija pristatė savo pirmąją ES kovos su narkotikais veiksmų plano (2005–2008 m.) įgyvendinimo pažangos apžvalgą ⁽⁵⁾. Joje įvertinama, kokių mastu įvykdyta 2006 m. planuota veikla ir ar pasiekti

2006 m. plano tikslai. ENNSC prie šio vertinimo prisidėjo, parengdama keletą ataskaitų. Panaši veikla bus vykdoma ir 2007 m., prieš Europos Komisijai pateikiant galutinį ES kovos su narkotikais veiksmų plano poveikio vertinimą 2008 m.

2006 m. birželio mėn., kaip numatyta kovos su narkotikais veiksmų plane, Europos Komisija išleido žaliąją knygą apie pilietinės visuomenės vaidmenį vykdamas kovos su narkotikais politiką Europos Sąjungoje ⁽⁶⁾. Žaliosios knygos tikslas – iširti, kaip geriausiai organizuoti nuolatinį dialogą su šioje srityje veikiančiomis pilietinės visuomenės organizacijomis. Suinteresuotosios šalys buvo paragintos pateikti pastabas apie dvi struktūrinio dialogo galimybes: pilietinės visuomenės kovos su narkotikais forumą kaip reguliarių neformalių konsultacijų platformą ir teminį esamų tinklų ryšių susiejimą.

Pranešimai apie narkotikų vartojimo kainą visuomenei

Duomenis apie narkotikų vartojimo socialinę kainą pateikia tik labai nedaug šalių. Suomijoje (2004 m. duomenys) netiesioginė narkotikų vartojimo kaina, įskaitant piktnaudžiavimą vaistinėmis preparatais, vertinama apie 400–800 mln. EUR, iš jų 306–701 mln. priskiriama nuostoliams dėl priešlaikinių mirčių, o gamybos nuostoliai siekia 61–102 mln. EUR. 2003 m. neteisėtų narkotikų vartojimo socialinė kaina Prancūzijoje įvertinta 907 mln. EUR ir 2004 m. 29,7 mln. EUR Liuksemburge.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

Pilietinės visuomenės dalyvavimas ES kovos su narkotikais politikoje taip pat yra vienas iš pagrindinių specialios narkotikų vartojimo prevencijos ir informacijos programos 2007–2013 m. tikslų (?). Europos Komisija šią programą pasiūlė įtraukti į bendrąją pagrindinių teisių ir teisingumo programą. Bendrieji kovos su narkotikais programos tikslai – tobulinant informaciją apie narkotikų vartojimo pasekmes ir užkertant kelią narkotikų vartojimui ir priklausomybę bei juos mažinant ir mažinant narkotikų daromą žalą, padėti Europai tapti saugia, teisinga ir laisva sritimi. Bendras šios programos biudžetas 2007–2013 m. yra 21 mln. EUR. Kadangi kovos su narkotikais programa turi būti priimta pagal bendro sprendimo procedūrą, ją vis dar aptarinėja Europos Parlamentas ir Taryba.

Nauji nacionaliniai įstatymai

Pasiūlos mažinimas

Praeitais metais valstybės narės įstatymuose padarė daug pataisų, kuriomis siekiama mažinti paklausą. 2006 m. keletas šalių ėmėsi priemonių patobulinti įstatymus, skirtus neteisėtai narkotikų prekybai ir pasiūlos mažinimo klausimams.

Airijoje priimtas žymius pakeitimus numatantis 2006 m. baudžiamosios teisės aktas: narkotikų tiekimas kaliniams jame apibrėžiamas kaip naujas nusikaltimas, numatomi veiksmai ant visuomeninio elgesio atvejais ir siūloma griežčiau taikyti mažiausią privalomą 10 metų įkalinimo bausmę už neteisėtą narkotikų, kurių gatvės vertė siekia 13 000 EUR ar daugiau, prekybą. Numatoma bausmė už priklausymą ar pagalbą „nusikalstamai organizacijai“ (kaip apibrėžta įstatyme), įsteigiamas su narkotikais susijusių nusikaltimų įvykdžiusių asmenų registras ir reikalaujama, kad išėję iš kalėjimo už neteisėtą narkotikų prekybą teisti asmenys policijai praneštų savo adresą. Tuo tarpu Vengrijoje padarytos procedūrinės pataisos: Nacionalinės policijos centrinės būstinės nuostata siekiama visą policijos su narkotikais ir prekursoriais susijusią veiklą susisteminti viename išsamiajame įstatyme, kad lengviau būtų kovoti su nusikaltimais, susijusiais su narkotikais.

Taip pat numatytos ir patobulintos kai kurių kovos su neteisėta narkotikų prekyba priemonių taikymo procedūros. 2005 m. gegužės mėn., siekdama išplėsti priešūros ir sekimo taikymo sritį, Estija patvirtino Narkotikų ir psichotropinių medžiagų įstatymo bei poįstatyminių aktų pataisas. Rumunijoje 2006 m. birželio mėn. įsigaliojusiame įstatyme įteisintas Europos arešto orderis ir numatyta jo taikymo tvarka, taip pat numatomos priemonės, kaip gerinti teismų bendradarbiavimą, priešūrai bei sekimą, tarptautinį persekiojimą bei teisinių procedūrų

perdavimą. Bulgarijoje 2005 m. spalio mėn. įsigaliojęs Baudžiamoji proceso kodeksas reglamentuoja narkotikų prekybos kontrolę, slaptus sandorius ir operatyvinius tyrimus. Jame yra nuostatos dėl laikinos liudytojų narkotikų bylose apsaugos ir dėl liudytojų tapatybės apsaugos tam tikromis aplinkybėmis, taip pat specialios tokių liudytojų apklausos ir slapta tapatybe besinaudojančių pareigūnų darbo taisyklės.

Panašiomis priemonėmis gali naudotis prokurorai ir kitose šalyse. Čekijoje, pateikiant kaltinimus dėl su narkotikais susijusių nusikaltimų, dažnai remiamasi Baudžiamoji proceso kodeksu, pagal kurį liudytojų tapatybei gali būti taikoma apsauga ir įteisinamas asmenų sekimas. Kipre su narkotikais susijusiose bylose taip pat plačiai taikomas Liudytojų apsaugos įstatymas.

Pastaruoju metu suintensyvėjusi neteisėta kokaino prekyba privertė daugiau dėmesio skirti Karibų jūros šalims. Nyderlanduose Šifolio oro uoste nuo 2003 m. pradžios veikia specialus teismas su įkalinimo patalpomis. Nuo 2005 m. pradžios kontroliuojama 100 % visų skrydžių iš pagrindinių Karibų jūros šalių. 2004 m. per mėnesį būdavo areštuojama vidutiniškai 290 narkotikų kurjerių, iki 2006 m. pradžios šis skaičius sumažėjo iki 80. Prancūzijoje, remiantis 2005 m. spalio mėn. priimtu įstatymu, sustiprintas bendradarbiavimas su Karibų jūros regionu, siekiant konfiskuoti neteisėtai oru ir jūra vežamus narkotikus.

Tikrinimų dėl narkotikų vartojimo reglamentavimas

Keletas šalių nurodė priėmusios įstatymą, kuris leidžia, apibrėžia ir reglamentuoja vairuotojų, areštuotų asmenų, kalinių ir tam tikromis aplinkybėmis darbuotojų tikrinimus dėl narkotikų vartojimo.

Lietuvos vyriausybės nutarimu patvirtinus Nacionalinę saugaus kelių eismo programą 2005–2010 m. ir pagal 2004 m. Liuksemburgo įstatymo projektą, iš dalies keičiantį eismo kontrolės įstatymą, atsitiktiniai vairuotojų patikrinimai kelyje naudojant greitojo tikrinimo įtaisus vietoje dabar leidžiami Lietuvoje ir Liuksemburge. Latvijoje pagal pakeistą baudžiamąjį įstatymą skiriamos bausmės vairuotojams, kurie, manoma, vairavo transporto priemonę apsvaigę arba atsisako leistis tikrinami, o jei vairuotojas per vienerius metus kelis kartus atsisako leistis tikrinamas, jam gali būti skiriama laisvės atėmimo bausmė. Pakeistame Latvijos policijos įstatyme dabar numatyta, kad, siekiant nustatyti, ar asmuo vartotojo alkoholis, narkotikus, psichotropines ar toksines medžiagas, jis gali būti siunčiamas į gydymo įstaigą; Latvija taip pat nurodo vyriausybės nutarimus, kuriuose išsamiai

(?) COM(2006) 230 galutinis.

išdėstoma ši tvarka. Vairuotojų tikrinimo dėl narkotikų vartojimo tvarka smulkiau aprašoma 2007 m. pasirinktuose klausimuose dėl narkotikų ir vairavimo.

Tam tikros areštuotų asmenų grupės dabar gali būti tikrinamos Škotijoje panašiai kaip ir Anglijoje bei Velse, o Airijoje 2005 m. birželio mėn. Teisingumo, lygybės ir teisės reformų departamento paskelbtose taisyklėse numatyta galimybė privalomai tikrinti kalinius dėl narkotikų vartojimo. Teigiama, jog tai daroma geros tvarkos, saugos, sveikatos ir saugumo sumetimais; tokie tikrinimai bus atliekami taikant šlapimo, seilių ir (arba) plaukų tyrimus.

Norvegijoje jau nebegalima darbovietėje atlikti tikrinimus dėl narkotikų vartojimo darbuotojui ar norinčiam įsidarbinti asmeniui sutikus. Įsigaliojus 2005 m. Darbo aplinkos įstatymo 9.4 skirsniai, darbdavys gali reikalauti, kad darbuotojas arba norintis įsidarbinti asmuo būtų patikrintas dėl narkotikų vartojimo, tik esant įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatytoms aplinkybėms arba jei darbas apsvaigus kelia ypatingą pavojų, arba jei darbdavys mano, kad toks tikrinimas būtinas, siekiant apsaugoti darbuotojų arba trečiosios šalies gyvybę ir sveikatą. Naujajame Suomijos vyriausybės nutarime dėl darbuotojų narkotikų vartojimo tikrinimo nustatytos išsamios nuostatos dėl sutikimo, tyrimų laboratorijų kokybės reikalavimų, mėginių ir tikrinimo rezultatų.

Čekijoje policijos, kalėjimo personalo ir darbdavių atliekamų tikrinimų dėl narkotikų vartojimo taisyklės dabar nustato Aktas 379/2005 Rink. dėl „Priemonių, skirtų apsaugoti nuo tabako produktų, alkoholio ir kitų priklausomybę sukeliančių medžiagų daromos žalos“. Profesionalų atliekamas tikrinimas privalomas tais atvejais, kai yra pagrindas manyti, kad dėl medžiagų vartojimo asmens būklė galėtų kelti pavojų jam pačiam ar kitiems. Įstatyme taip pat nurodoma, kad policija, kalėjimo personalas arba darbdavys turi teisę atlikti kvapo tikrinimus arba paimti seilių mėginių. Sveikatos tikrinimus kvapo ir biologinės medžiagos mėginių tyrimais gali atlikti tik atitinkamą profesinę ir praktinę kompetenciją turintys sveikatos priežiūros įstaigų profesionalai.

Su narkotikais susiję nusikaltimai

Būtinybė užkirsti kelią su narkotikais susijusiems nusikaltimams Europos politikos darbotvarkėje įrašyta tarp pirmųjų klausimų,

kadangi dabartinėje ES kovos su narkotikais strategijoje tai laikoma viena pagrindinių veiklos sričių, padedančių užtikrinti aukštą plačiosios visuomenės saugumo laipsnį.

Viena 2005–2008 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plano užduočių, numatytų įvykdyti 2007 m. – priimti vieną bendrą „su narkotikais susijusio nusikaltimo“ apibrėžtį, remiantis Europos Komisijos pasiūlymu, grindžiamu ENNSC atliktais tyrimais. Įvairūs profesionalai ir įvairios sritys termino „su narkotikais susijęs nusikaltimas“ reikšmę supranta skirtingai, tačiau galima manyti, kad į šią sąvoką įeina keturios plačios kategorijos: psichofarmakologiniai nusikaltimai (kuriuos įvykdo nuo psichoaktyviųjų medžiagų apsvaigę asmenys), neįveikiamo potraukio ekonominiai nusikaltimai (kuriuos įvykdo asmenys, norėdami gauti narkotikų, pinigų ar daiktų potraukiui narkotikams tenkinti), sisteminiai nusikaltimai (kurie yra įvykdomi veikiančiose neteisėtos prekybos narkotikais rinkose) ir nusikaltimai narkotikus reglamentuojantiems įstatymams (įskaitant narkotikų vartojimą, laikymą, verslą, neteisėtą prekybą ir t. t.) (žr. taip pat EMCDDA, 2007a).

Pirmųjų trijų su narkotikais susijusių nusikaltimų apibrėžtis praktikoje kartais būna sunku taikyti, nes duomenų nedaug ir jie neišsamūs. Visose šioje ataskaitoje analizuojamose Europos šalyse paprastai yra duomenų apie „pranešimus“⁽⁸⁾ apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams. Tačiau tokie duomenys taip pat atspindi nacionalinių įstatymų skirtumus, įvairius įstatymų taikymo ir vykdymo būdus ir nustatytų prioritetų bei baudžiamosios teisės įstaigų konkrečioms nusikaltimų rūšims skiriamų išteklių skirtumus. Be to, skiriasi valstybių sistemos, teikiančios informaciją apie su narkotikais susijusius nusikaltimus, ypač jų registravimo ir pranešimų praktika, t. y. kas registruojama, kada ir kaip. Dėl to gali būti sunku lyginti šalis. Todėl tikslingiau lyginti ne absoliučius skaičius, o Europos tendencijas, kurias analizuojant reikėtų atsižvelgti į šalies gyventojų skaičių. Apskritai nuo 2000 m. iki 2005 m. ES lygmeniu „pranešimų“ apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams vidutiniškai padidėjo 47 % (1 pav.). Duomenys rodo augančias tendencijas visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Latviją, Portugaliją ir Slovėniją, kurios per šį penkerių metų laikotarpį nurodė bendrą tokių „pranešimų“ mažėjimą⁽⁹⁾.

Nusikaltimų, susijusių su narkotikų vartojimu, ir nusikaltimų, susijusių su neteisėta prekyba, santykis yra skirtingas. Dauguma Europos šalių nurodo, kad daugiausia nusikaltimų

⁽⁸⁾ Terminas „pranešimai“ pateiktas kabutėse, nes juo skirtingose šalyse apibūdinamos skirtingos sąvokos (policijos pranešimai apie įtariamus nusikaltėlius narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, baudos už nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams ir t. t.). Tikslią šio termino apibrėžtį kiekvienoje šalyje galima rasti 2007 m. statistikos biuletenyje paskelbtame straipsnyje „Metodinės pastabos apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams“.

⁽⁹⁾ Žr. DLO-1 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

yra susiję su narkotikų vartojimu arba jų laikymu vartojimui; 2005 m. Ispanijoje tokie nusikaltimai sudarė iki 91 % ⁽¹⁰⁾. Tačiau Čekijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Turkijoje ir Norvegijoje vyrauja nusikaltimai, susiję su narkotikų verslu ir neteisėta prekyba; tokie nusikaltimai sudarė iki 92 % (Čekijoje) visų 2005 m. praneštų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams.

Daugumoje Europos šalių praneštuose nusikaltimuose narkotikus reglamentuojantiems įstatymams dažniausiai minimas neteisėtas narkotikas – kanapės ⁽¹¹⁾. Šiose šalyse 2005 m. su kanapėmis siejami nusikaltimai sudarė 42–74 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams. Čekijoje vyraavo nusikaltimai, susiję su metamfetaminu, jie sudarė 53 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, tuo tarpu Liuksemburge dažniausiai nurodoma medžiaga – kokainas (minimas 35 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams).

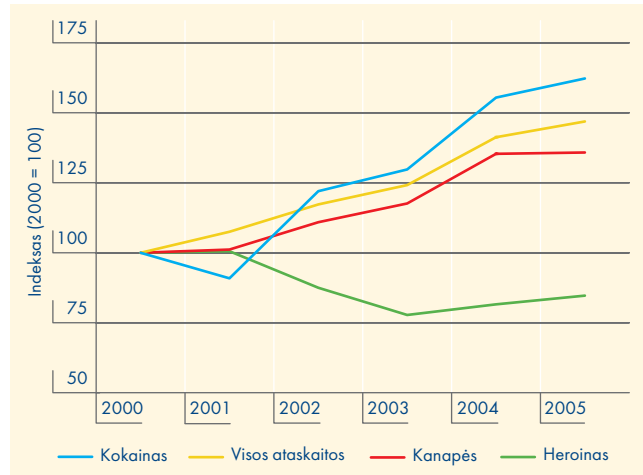
Per penkerių metų (2000–2005 m.) laikotarpį „pranešimų“ apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, kuriuose minimos kanapės, skaičius liko stabilus arba didėjo daugumoje ataskaitas atsiuntusių šalių; ES lygmeniu tokių pranešimų vidutiniškai padaugėjo 36 % (1 pav.). Tačiau mažėjimo tendencijas nurodė Čekija (2002–2005 m.) ir Slovėnija (2001–2005 m.).

Visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Liuksemburgą ir Nyderlandus, kanapės dažniausiai minimos nusikaltimuose, susijusiose su jų vartojimu ir (arba) laikymu vartojimui. Tačiau nuo 2002 m. kai kuriose šalyse (Graikijoje, Italijoje, Kipre, Austrijoje, Slovėnijoje ir Turkijoje) ir pastaraisiais metais (2004–2005 m.), apie kuriuos turima duomenų, daugumoje šalių nusikaltimų, susijusių su kanapių vartojimu, dalis mažėjo. Tai greičiausiai rodo, kad šiose šalyse teisėsaugos agentūros į kanapes kreipia mažiau dėmesio nei į kitus narkotikus ⁽¹²⁾.

2000–2005 m. su kokainu siejamų nusikaltimų daugėjo visose Europos šalyse, išskyrus Vokietiją, kur tokių nusikaltimų skaičius išliko gana stabilus. Per tą patį laikotarpį tokių nusikaltimų visoje Europos Sąjungoje padaugėjo vidutiniškai 62 % (1 pav.).

2000–2005 m. „pranešimai“ apie nusikaltimus, siejamus su heroinu, rodo kitokį vaizdą nei nusikaltimai, siejami su kanapėmis ar kokainu: Europos Sąjungoje jų sumažėjo

1 paveikslėlis. Pranešimų apie nusikaltimus narkotikų įstatymams indeksuotų skaičių tendencijos ES valstybėse narėse, 2000–2005 m.



NB: Tendencijos nustatytos pagal turimus visų ES valstybių narių teisėsaugos institucijų pranešimų apie nusikaltimų (baudžiamųjų ir ne baudžiamoją pobūdžio) narkotikų įstatymams skaičius; visos eilutės indeksuotos, prilyginant 2000 m. skaičius 100 ir išvedant bendrą ES tendenciją, indeksuojant jas pagal šalių gyventojų skaičių.

Kadangi įvairių šalių apibrėžtys ir tyrimo vienetai yra labai skirtingi, vartojamas bendras terminas „pranešimai apie nusikaltimus narkotikų įstatymams“; daugiau informacijos žr. „Nusikaltimai narkotikų įstatymams: metodai ir apibrėžtys“ 2007 m. statistikos biuletenyje.

Apskaičiuojant tendencijas, šalys, kurios neturi duomenų apie dvejus ar daugiau iš eilės metų, neįskaičiuojamos: bendra tendencija išvesta pagal 24 šalių duomenis; heroino tendencija – 14 šalių duomenis, kokaino – 14, o kanapių – 15.

Daugiau informacijos žr. DLO-6 pav. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, o duomenys apie gyventojus: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

vidutiniškai 15 %, daugiausia 2001 m. ir 2003 m. Tačiau nacionalinės su heroinu siejamų nusikaltimų tendencijos tuo pačiu laikotarpiu buvo skirtingos: trečdalis šalių nurodė augančią tendenciją ⁽¹³⁾.

Narkotikų problemos moksliniai tyrimai

Finansavimas

Kaip praneša nacionaliniai informacijos biurai, su narkotikais susiję tyrimai Europoje finansuojami iš nacionalinių ir Europos viešųjų fondų. Kelios valstybės narės nurodo, kad narkotikų tyrimai yra finansuojami iš bendrų moksliniams tyrimams skirtų fondų (Vokietija, Nyderlandai, Suomija, Jungtinė Karalystė), Sveikatos ministerijos tyrimams skirtų fondų (Italija) arba fondų, kuriuos kontroliuoja nacionalinė kovos su narkotikais koordinavimo įstaiga (Prancūzija, Švedija). Rumunijoje

⁽¹⁰⁾ Žr. DLO-2 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁾ Žr. DLO-3 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁾ Verta pažymėti, kad kai kuriose šalyse, kur nusikaltimų, kuriuose minimos kanapės, dalis tarp nusikaltimų, susijusių su narkotikų vartojimu, mažėjo, absoliutūs su narkotikais susijusių nusikaltimų, kuriuose minimos kanapės, skaičiai didėjo.

⁽¹³⁾ Tai, kad Europos vidurkyje neatsispindi su heroinu siejamų nusikaltimų padidėjimas pusėje ataskaitas atsiuntusių šalių, daugiausia yra dėl to, kad šalys, kurios nepateikė duomenų apie dvejus iš eilės metus, nebuvo įskaičiuojant Europos vidurkį, tai pat ir dėl to, kad apskaičiuojant Europos vidurkį atsižvelgiama į valstybių gyventojų skaičių (taigi, kai kurių šalių skaičiai turi didesnį svorį nei kitų šalių skaičiai).

tyrimus finansuoja tarptautinės organizacijos, kaip antai Pasaulinis fondas.

Mokslinių tyrimų veikla

Mokslinių tyrimų teminių prioritetų, kurie įvairiose šalyse yra skirtingi, vaizdą galima susidaryti remiantis tokiais mokslinės veiklos rodikliais, kaip recenzuojami moksliniai leidiniai, tokių leidinių analizė 2005 m. ir 2006 m. ir jų citavimas nacionalinėse ataskaitose.

Atrodo, kad viena svarbių mokslinių tyrimų temų yra priklausomybės gydymas, nes dauguma tyrimų nagrinėja įvairius pakaitinio gydymo aspektus. Moksliniai tyrimai prevencijos srityje sudaro daug mažesnę nacionalinėse ataskaitose cituojamos mokslinės literatūros dalį. Taikant penkis pagrindinius ENNSC rodiklius, daugiausia leidinių yra apie infekcines ligas, antrą vietą užima leidiniai apie narkotikų vartojimo paplitimą tarp jaunimo.

Šalių nacionalinėse ataskaitose cituojami moksliniai leidiniai labai įvairūs. Gydymo moksliniai tyrimai, ypač hepatitu C sergančių narkotikų vartotojų gydymo tyrimai, labai dažnai cituojami Vokietijos ataskaitoje, tuo tarpu Nyderlandų ataskaitoje daugiau dėmesio skiriama naujoms gydymo metodikoms. Jungtinės Karalystės ataskaitose cituojami tyrimai daugiausia yra skirti narkomanijos, nusikalstamumo ir rinkos problemoms. Negausios nuorodos į mokslinius neurologinius tyrimus daugiausia pasitaikė Nyderlandų ataskaitoje; tačiau Prancūzijos MILDT taip pat finansuoja šios srities mokslinių tyrimo projektų.

Neseniai pradėtos patvirtintos mokslinių tyrimų programos rodo panašius nacionalinių mokslinių tyrimų prioritetus. Šiuo metu Vokietijoje finansavimas skiriamas fundamentaliesiems moksliniams tyrimams ir moksliniams tyrimams, kuriais siekiama optimizuoti gydymo paslaugas, kad būtų galima

patenkinti gydymo paklausą. 2006 m. Nyderlandai pradėjo vykdyti mokslinių tyrimų programą „Rizikingas elgesys ir priklausomybė“. Jungtinėje Karalystėje pastaruoju metu pradėti gydymo sistemų kokybės ir labai jaunų narkomanų tyrimai. Naujosios valstybės narės daugiausia dėmesio skiria stebėjimo sistemai, pavyzdžiui, jaunimo apklausų vykdymui skirtos mokslinės bazės kūrimui.

ES moksliniai tyrimai

Su narkotikais susiję ES moksliniai tyrimai finansuojami per mokslinių tyrimų pagrindų programas, pati naujausia iš jų, 7-oji pagrindų programa (2007–2013 m.) – buvo pradėta vykdyti 2006 m. pabaigoje. Pirmosios mokslinių tyrimų projektų, vykdytų „gyvenimo kokybės“ tema pagal 5-ąją ES tyrimų pagrindų programą (1998–2002 m.), ataskaitos pasirodė 2005–2006 m. Tarp jų ataskaitos apie „pusiau priverstinį narkomanų nusikaltėlių gydymą Europoje“ (QCT), „Paramos poreikis kokaino ir kreko vartotojams Europoje“ (COCINEU) ir „integruotos paslaugos, skirtos dvigubai diagnozei ir optimaliam išgijimui nuo priklausomybės“ (ISADORA).

Narkotikai ir vairavimas, ENNSC 2007 m. pasirinkti klausimai

Psichoaktyviosios medžiagos gali pakenkti asmens sugebėjimui vairuoti mašiną taip, kad padidėja avarių ir susižeidimų rizika. Pasirinktajame klausime apie narkotikus ir vairavimą apžvelgiami įvairių tyrimų šia tema rezultatai, pagrindinį dėmesį skiriant kanapėms ir benzodiazepinams, taip pat prevencijai ir šio pavojingo elgesio teisiniam reglamentavimui.

Šį pasirinktą klausimą galima gauti išspausdintą ir rasti internete (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) tik anglų kalba.



2 skyrius

Atsakas į narkotikų problemą Europoje. Apžvalga

ES kovos su narkotikais veiksmų planas 2005–2008 m. konkrečiai ragina valstybes nares daugiau kurti veiksmingų, įvairių ir lengvai prieinamų prevencijos, gydymo, žalos mažinimo ir socialinės reintegracijos metodų. Šiame skyriuje išsamiau aptarsime šiuos tris narkotikų problemos aspektus Europoje.

Prevencijos strategijos gali būti skirtos skirtingoms grupėms – pradedant visais gyventojais ir baigiant konkrečiomis tikslinėmis grupėmis – atitinkamai taikomi skirtingi metodai. Narkotikų vartotojams ir narkomanams taip pat prieinamos gydymo ir žalos mažinimo priemonės; tyrimo rezultatų pagrindu jų veiksmingumą yra įvertinusios kai kurios šalys. Žalos mažinimo priemonėmis siekiama užkirsti kelią su narkotikais susijusioms mirtims ir sumažinti sveikatai daromą žalą, pavyzdžiui, ŽIV ir hepatito C infekcijas. Priklausomybė nuo heroino paprastai gydoma taikant pakaitinį gydymą, o priklausomybei nuo kanapių, amfetamino ir kokaino yra sukurtos specialios programos. Jei gydymas sėkmingas, kitas žingsnis – socialinė reintegracija. Kaip bus aprašyta toliau, daugelio narkotikų vartotojų gyvenimo sąlygos yra vargingos, ir socialinės reintegracijos strategijoms dažnai tenka įveikti dideles problemas.

Kiekvienam intervencijos tipui pateikiami pavyzdžiai iš įvairių šalių ir aptariami mokslinių tyrimų rezultatai, kurie rodo jų veiksmingumą ar neveiksmingumą.

Prevencija

Apskritai atskirų prevencijos strategijų poveikio negalima vertinti pagal narkotikų vartojimo paplitimo pokyčius tarp visų gyventojų. Tačiau kiekvieną prevencijos strategiją galima lyginti su surinkta įrodymų visuma ir nustatyti, ar tokia intervencija yra paremta įrodymais. Tam reikia geros informacijos apie prevencinių intervencijų turinį, aprėptį ir skaičių.

Turimos informacijos tobulinimas: stebėseną, kokybės kontrolę ir vertinimą

Valstybės narės vis daugiau stebi prevencines intervencijas ir dėl to gauna duomenų apie intervencijų turinį ir iš viso apie

jų buvimą. Vokietija, Nyderlandai ir Norvegija padidino informacijos aprėptį. Graikija, Kipras, Lietuva ir Italija stebi prevenciją mokyklose, Graikija, Lenkija, Švedija ir Suomija tiria bendruomenėms teikiamas prevencijos paslaugas, o Prancūzija sukūrė centralizuotą narkotikų vartojimo stebėsenos sistemą. Kai kurios šalys (Čekija, Autonominis Galicijos regionas Ispanijoje, Vengrija ir Norvegija), nagrinėdamos paraiškas intervencijų finansavimui, jau kreipia dėmesį į įrodymus ir svarsto, ar nevertėtų įvesti akreditacijos sistemas. Portugalija, Suomija ir Rumunija prevencijos programoms taiko būtiniausius kokybės kriterijus.

Informacija iš Vengrijos ir Nyderlandų rodo, kad prevencijos stebėsenos sistemų veikimas ir kokybės kriterijų taikymas padeda rengti geresnes projektų ir vertinimų ataskaitas bei užtikrinti geresnę intervencijų kokybę.

Dauguma prevencijos programų nėra vertinamos. Tos, kurios vertinamos, paprastai vertinamos pagal „apimtį ir pagal tai, kaip intervencija priimama“, o ne pagal tai, „koku mastu yra pasiekti tikslai“ (Graikijos nacionalinė ataskaita).

Per pastaruosius keletą metų prevencijos veiksmingumo apžvalgos buvo atliktos Vokietijoje (*Bühler and Kröger, 2006*), Jungtinėje Karalystėje (*Canning et al., 2004; Jones et al., 2006*), vieną apžvalgą atliko Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) (*Hawks et al., 2002*). Šios apžvalgos naudingos apibrėžiant geros praktikos prevencijos strategiją. Naujaisiu ir išsamiausiu tyrimu (*Bühler and Kröger, 2006*) įvertintos 49 aukštos kokybės medžiagų piktnaudžiavimo prevencijos apžvalgos bei metaanalizės ir padarytos išvados apie narkotikų vartojimo prevencijos strategijų veiksmingumą. Tolesniuose skirsniuose aptariamas įvairaus tipo prevencijos strategijų veiksmingumas, remiantis šio ir kitų tyrimų rezultatais.

Žiniasklaidos kampanijos

Hawks et al. (2002), kaip ir HDA (2004), daro išvadą, kad „vien tik žiniasklaida, ypač esant priešingoms įtakoms, nėra veiksmingas būdas mažinti įvairių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą. Tačiau nustatyta, kad žiniasklaida padeda

Irodymais pagrįsta praktika

Irodymais pagrįsta praktika – tai intervencijos (pvz., gydymas nuo narkotikų vartojimo), kurios, remiantis moksliniais tyrimais (pvz., mokslinėmis studijomis), pasiteisino ir duoda norimų rezultatų (pvz., mažina narkotikų vartojimą). Nustatant, ar intervenciją galima laikyti irodymais pagrįsta praktika, remiamasi tokiu kriterijumi kaip efektyvumas ir veiksmingumas (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

Efektyvumas – tai matas, kuris rodo, ar gerai intervencija veikia idealiomis tyrimo sąlygomis. Idealiu atveju efektyvumas nustatomas atliekant kontroliuojamus bandymus, kuriuose kai kuriems dalyviams taikoma testuojamoji intervencija, o kontrolinei grupei taikoma kita intervencija arba netaikoma jokios intervencijos, arba dar geriau, atliekant atsitiktinės atrankos kontroliuojamą bandymą, kurio dalyviai, kuriems bus taikoma viena ar dvi intervencijos, atrenkami atsitiktiniu būdu (Cochrane Collaboration, 2007). Paprastai manoma, kad tik atsitiktinės atrankos kontroliuojami bandymai arba kontroliuojami bandymai, pageidautina atliekami kartu vertinant procesą, gali nustatyti intervencijos efektyvumą ir duoti pagrindą būsimai praktikai ir politikai.

Tačiau atrinkti atsitiktinai dalyviai, kuriems bus taikoma intervencija, arba dalyviai į kontrolinę grupę ne visuomet įmanoma.

Veiksmingumas – tai matas, kuris rodo, ar gerai intervencija veikia įprastomis sąlygomis. Dažnai intervencijos, kurios

teikė vilčių kontroliuojamuose bandymuose, yra taikomos bendruomenėje, norint iširti, kaip gerai jos veikia įprastomis sąlygomis. Veiksmingumo tyrimuose, pvz., nacionaliniuose gydymo rezultatų tyrimuose, svarbiausia žiūrima, kokį poveikį intervencija turi sveikatai, taip pat tiriami kiti rezultatai, kad būtų galima gauti įrodymų apie tai, kas yra veiksminga.

Tačiau įrodymų nustatymo procesą komplikuoja skirtingi požiūriai į tai, kaip spręsti apie efektyvumo arba veiksmingumo mokslinių tyrimų kokybę ir koks tyrimo metodas (pvz., kiekybinis ar kokybinis) yra tinkamiausias, norint įrodyti, kas yra veiksminga. Dėl to išvados apie tai, kas gerai veikia, gali skirtis. Vis dar sunku pasakyti, kaip, priimant sprendimus, vertinti ir pasverti skirtingus įrodymų šaltinius. Tai dar sunkiau tokių intervencijų, kurioms nėra išsamų įrodymų pagrindo, atveju, bet patirtis rodo, kad jos gali būti veiksmingos.

Nepaisant šių sunkumų, laikomasi prielaidos, kad įrodymai gali padėti tobulinti sveikatos priežiūros praktiką ir politiką ir kad būtina skatinti irodymais pagrįstos praktikos ir aiškių įrodymų vertinimo kriterijų aptarimus.

Siekdamas prisidėti prie apsisveitimų informacija apie irodymais pagrįstą praktiką ir prie jos sklaidos, ENNSC kuria interneto portalą, kuriame bus galima apžvelgti naujausius įvairių intervencijų veiksmingumo įrodymus ir priemones, skirtas intervencijų kokybei gerinti, ir konkrečius ES valstybėse narėse įgyvendintos geriausios praktikos pavyzdžius. Cochrane Collaboration organizacija bus svarbus portalo informacijos šaltinis.

didinti informuotumo lygį ir paremia politikos iniciatyvas“. Vis dėlto kiti faktai rodo, kad žiniasklaidos kampanijos gali turėti teigiamą poveikį, jei jos taikomos kaip kitų strategijų remiamoji priemonė (Bühler and Kröger, 2006).

Vertinant Škotijos kokaino kampaniją „Žinok rezultatus“, Binnie *et al.* (2006) nustatyta, jog tikėtina, kad 30 % narkotikų vartotojų, pamačiusių kokaino prevencinę reklamą, kokaino nevertos, nors 56 % teigė, kad kampanija nepakeitė jų ketinimo vartoti kokainą, o 11 % teigė, jog jie dar labiau pasiryžę jį vartoti. Be to, neseniai dar kartą įvertinus JAV vyriausybės kampaniją, skirtą kovai su kanapių vartojimu, buvo patvirtinti anksčiau gauti rezultatai, kad, nors kampanija (nepaisant įvairaus skirtingų tikslinių grupių teigiamo vertinimo) neturėjo poveikio narkotikų nevertančių jaunų asmenų požiūriui į kanapių vartojimą, kampaniją vis dėlto buvo galima sieti su nepritariančiu jaunimo požiūriu į kitų asmenų marihuanos vartojimą

Tačiau buvo keletas pavienių atvejų, kai kampanijos akcentas perėjo nuo žinių didinimo (daugumos žiniasklaidos kampanijų tikslas) prie socialinės ir emocinės informacijos teikimo (bandymo pakeisti, pavyzdžiui, požiūrį į kanapių vartojimą).

Pavyzdžiui, Nyderlanduose kampanija skelbė „Jūs nesate beprotis, jei nerūkote kanapių, nes 80 % visų jaunų žmonių taip pat jų nerūko“⁽¹⁴⁾. Kai kuriais Airijos nacionalinės narkotikų vartojimo prevencijos kampanijos elementais buvo siekiama išsklaidyti mitą apie kanapes, kad jos yra „ekologiškos“ ir „natūralios“.

Aplinkos strategijos, skirtos teisėtoms medžiagoms

Įrodyta, kad medžiagų kainos didinimas ir (arba) amžiaus ribos, nuo kurios teisėtai leidžiama jas vartoti, didinimas, padeda mažinti jų vartojimą, bet tokias priemones galima taikyti tik teisėtų medžiagų, kaip antai alkoholio ir tabako, atveju (Bühler and Kröger, 2006). Iki šiol tokios aplinkos strategijos buvo daugiau Šiaurės šalims ir JAV būdingas reiškinys, kur pagrindinis dėmesys buvo skiriamas alkoholiui ir buvo laukiama gerų rezultatų (Lohrmann *et al.*, 2005; Stafström *et al.*, 2006). Tačiau vis dažniau atsiranda kompleksinių bendruomenės metodų, pagal kuriuos alkoholis ir tabakas prilyginamas neteisėtoms medžiagoms. Belgija, Bulgarija, Danija, Lietuva, Liuksemburgas, Nyderlandai, Lenkija, Slovakija ir Norvegija nurodo, kad jose taikomos

⁽¹⁴⁾ Žr. <http://www.drugsinfo.nl>

bendruomenei skirtos strategijos, ir diskutuojama apie papildomų mokesčių ar alkoholio ir tabako įsigijimą reglamentuojančių įstatymų įvedimą. Tokios strategijos skirtos vartojimui mažinti tarp jaunimo, kuriant zonas be alkoholio ir didinant naktinio gyvenimo aplinkos saugumą. Neseniai atlikti tyrimai Europos (*Kuntsche and Jordan, 2006*) ir kitų šalių (*Aveyard et al., 2004*) mokyklose patvirtina, kad normų laikymosi padėtis ir neformalus tinklai daro didelę įtaką teisėtų narkotikų ir kanapių vartojimui. Mokyklos normų įvedimas vis intensyviau svarstomas Vokietijoje, Airijoje ir Italijoje ⁽¹⁵⁾.

Visuotinė prevencija

Įrodyta, kad mokyklose veiksmingos interaktyvios programos, paremtos socialinės įtakos ar gyvenimo įgūdžių kompetencijos modeliu, o atskirai vykdomos pavienės priemonės (pavyzdžiui, vien tik informacijos teikimas, emocinis ugdymas ir kitos neinteraktyvios priemonės), vertinamos neigiamai (*Bühler and Kröger, 2006*). Dėl organizacinių priežasčių prevencija mokyklose paprastai yra vietos valdžios atsakomybė, ypač Šiaurės šalyse, Prancūzijoje ir Lenkijoje.

Kai kurie komentatoriai teigia, kad papildomos bendrųjų sveikatos ir gyvenimo įgūdžių mokymo programos duoda geresnius rezultatus nei vien tik įgūdžiais pagrįstos ugdymo programos, todėl intervencijas geriausia integruoti į gerai sutvarkytą sveikatos mokymo programą *Hawks et al. (2002)*. Atrodo, kad to yra pasiekusios beveik visos valstybės narės. Keletas valstybių narių (pvz., Italija, Lietuva, Nyderlandai, Slovakija, Jungtinė Karalystė) sprendžia narkotikų prevencijos užduotį, siedamos sveikatos ir socialinius aspektus, kaip antai smurtas, psichinės sveikatos problemos, socialinė atskirtis, prasti mokymosi rezultatai, tabako ir alkoholio vartojimas pagal vieną bendrą visuomenės sveikatos prevencinę programą, kurioje padidintas dėmesys pažeidžiamų grupių poreikiams patenkinti.

Kodėl neįgyvendinamos standartinės programos, dažnai aiškinama tuo, kad jų negalima priderinti prie vietinių sąlygų ir jomis negalima spręsti konkrečių bendruomenių poreikių (*Ives, 2006*). Tačiau tam galima paprieštarauti teigiant, kad standartinių prevencijos programų pranašumas yra tas, kad jose pateikiamos aiškios gairės, kurios padeda diegti stabilų infrastruktūrą ir kurti mokytojų rengimo sistemas, o tai padeda įgyvendinti bendrus standartus net ir labai skirtingomis mokyklų ir bendruomenių sąlygomis.

Daugelio valstybių narių (Bulgarijos, Italijos, Latvijos, Lietuvos, Liuksemburgo, Austrijos, Rumunijos) prevencijos programų turinyje numatyta svarbiausia didinti supratimą apie problemą, teikti informaciją ir rengti atskirus renginius (kaip antai ekspertų vizitus) ⁽¹⁶⁾, nepaisant įrodymų, kad kitokie metodai galbūt veiksmingesni.

Mokyklose plačiai taikomos socialinės įtakos programos, ypač Jungtinėje Karalystėje ir šalyse, kurios turi standartizuotas programas, tokiose kaip Vokietija, Airija, Graikija, Ispanija, Norvegija; greitai jas turės Danija.

Universalios bendruomenių pagrindu vykdomos prevencijos srityje 12 valstybių narių nurodo, kad jose kovos su narkotikais planus turi dauguma arba visos savivaldybės, o dešimtyje šalių tokie planai laikomi politiniu prioritetu. Tokios sistemos iš esmės įgyvendinamos rengiant informacinius renginius, rečiau – teikiant alternatyvaus poilsio galimybes. Universali šeimos pagrindu vykdoma prevencija – tai daugiausia tėvams rengiami vakarai ar informaciniai renginiai, o kartais organizuojamas intensyvus tėvų mokymas.

Atrankinė prevencija

Valstybės narės vis daugiau dėmesio skiria prevencijos strategijoms, kurios yra skirtos iššioms pažeidžiamoms bendruomenėms ⁽¹⁷⁾. Vadinasi, tokias bendruomenes reikia nustatyti taikant, pavyzdžiui, standartines vertinimo priemones, kaip antai Jungtinės Karalystės daugybinio skurdo indeksas (angl. *Index of Multiple Deprivation*) arba remiantis socialiniais ir ekonominiais rodikliais, tokiais kaip būsto ar švietimo standartai (atsiliekančių mokinių arba subsidijuojamų mokinių skaičius).

Nustačius tikslines bendruomenes (pvz., Prancūzija nustatinėja „jautrias miesto zonas“ arba „prioritetines švietimo zonas“), šioms nuskriaustoms grupėms galima skirti papildomų lėšų. Airijoje, Kipre ir Jungtinėje Karalystėje atrankinės prevencijos projektai jau vykdomi daugumoje sričių, o Portugalijoje tokia strategija įgyvendinama. Teikiamų paslaugų rūšys – nuo konsultacijų, pavyzdžiui, Estijoje, Graikijoje, Prancūzijoje ir Slovakijoje, iki informavimo projektų, pavyzdžiui, Liuksemburge ir Austrijoje, kurie kartais yra skirti konkrečioms etninėms grupėms. Be to, kai kurios naujosios valstybės narės (Bulgarija, Vengrija, Lietuva, Lenkija ir Rumunija) nurodo, jog didelė prevencinė veikla yra skiriama pažeidžiamoms šeimoms. Daugumoje valstybių narių

⁽¹⁵⁾ Taip pat žr. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeID=19197>

⁽¹⁶⁾ Duomenys iš 22 ir 25 pasirinkto klausimo.

⁽¹⁷⁾ Daugiau informacijos apie atrankinę prevenciją, ypač rizikos grupes ir veiksmus, žr. ankstesnes metines ataskaitas ir 2007 m. pasirinktą klausimą apie narkotikų vartojimą tarp nepilnamečių.

pagrindinis dėmesys skiriamas narkotinių medžiagų vartojimui šeimoje, nors keletas šalių (Graikija, Lietuva, Vengrija, Jungtinė Karalystė) taiko platesnį požiūrį ir tokias programas skiria apskritai visoms socialiai nuskriaustoms šeimoms.

Nors bendraamžiams skirta metodika taikoma ir universalioje prevencijoje, valstybės (Airija, Nyderlandai, Austrija, Lenkija ir Norvegija) nurodo vis dažniau šią metodiką taikančios atrankinės prevencijos. Apžvelgę bendraamžiams skirtą metodiką, *Parkin and McKeganey* (2000) daro išvadą, kad didžiausią poveikį tokios programos daro ne tikslinėms grupėms, o patiems bendraamžių auklėtojams. Atrodo, kad tokie metodai gali būti veiksmingesni, norint pakeisti žinias ir požiūrį, o ne pakeisti elgseną. Bendraamžiams skirti projektai vertinami retai, o kai jie yra vertinami (pvz., Norvegijos projektas „Laisvas stilius“), paprastai vertinama tik tai, kiek mokyklose į tokią veiklą pavyksta įtraukti jaunų lyderių ir kiek projektas sustiprina bendraamžių lyderių žinias ir požiūrį.

Nors atrankinė prevencija darosi vis populiareesnė, į ją reikia žiūrėti atsargiai, ypač įtraukiant rizikos jaunimą į bendraamžių programas, skirtas bendraamžiams (*Cho et al., 2005; Dishion and Dodge, 2005*), nes tarp pažeidžiamų grupių gali atsirasti neigiama „užkrečiamaoji įtaka“. Tokie netikėti rezultatai, atsiradę dėl pačios intervencijos, gali dar labiau padidinti narkotikų vartojimą ir rizikingą elgseną. Tačiau tokios nepageidaujamos pasekmės pastebimos ne vien tik atrankinės prevencijos atveju, jas galima pastebėti ir žiniasklaidai vykdant informacines kampanijas bei rengiant atskirus prevencijai skirtus renginius (žr. pirmiau pateiktus faktus).

Gydymas ir žalos mažinimas

Naujausi pokyčiai gydymo sistemose

Dažniausiai narkotikų vartotojai gydomi ambulatorinėmis sąlygomis, įskaitant ir bendrosios praktikos gydytojų teikiamas gydymo paslaugas. Pastaraisiais metais toliau plečiami ambulatorinio gydymo tinklai; kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Bulgarijoje, Estijoje, Graikijoje, Lietuvoje, Rumunijoje ir Suomijoje jie atsirado naujose geografinėse vietovėse, tuo tarpu stacionarinio gydymo galimybės daugumoje šalių išliko nepakitusios.

Latvijoje, Vengrijoje, Slovakijoje ir Rumunijoje specializuotų narkomanijos gydymo įstaigų pasiskirstymas geografiniuose rajonuose yra labai netolygus. Nors pastaruoju metu tokių paslaugų teikėjų tinklas išsiplėtė, Graikijoje, Vengrijoje ir Lenkijoje pakaitinio gydymo laukiančiųjų eilės neišnyko.

Gydymas stacionaruose, anksčiau plačiausiai taikytas heroino vartotojų gydymo būdas daugelyje Europos šalių, šiomis dienomis yra ne toks populiarus, ir dauguma opioidų vartotojų gydomi ambulatorinėmis sąlygomis. Tačiau stacionaro paslaugos tampa svarbesnės pagyvenusiems ir ilgalaikiams narkomanams, kuriems reikia kompleksinio gydymo, nes jie serga rimtomis somatinėmis ir psichologinėmis ligomis. Bėgant laikui ir keičiantis poreikiams, pasikeitė stacionarinio gydymo filosofija ir darbo būdai. Vis dažniau vienoje gydymo ir gydytojų priežiūros vietoje teikiamos psichiatro paslaugos ir taikomas labai aktyvus antivirusinis bei kepenų ligų gydymas, dažniau taikomas palaikomasis ir stabilizuojantis gydymas narkotikais.

Ambulatoriškai besigydančių narkomanų charakteristika

Remiantis gydymo paklausos duomenimis, galima sudaryti socialines ir ekonomines gydymo centrus lankančių pacientų ir, tam tikru mastu, visų narkotikų vartotojų charakteristikas⁽¹⁸⁾. Kadangi ambulatorinis gydymas daugumoje šalių tapo lengviau prieinamas ir vis mažiau taikoma pacientų atranka, šios pacientų grupės duomenis galima ekstrapoliuoti narkotikų vartotojų visumai.

2005 m. 20 iš 29 Europos šalių nurodė, jog ambulatoriškai gydomi 315 000 pacientų. Tokius duomenis pateikė daugiau nei 4 000 gydymo įstaigų. Apytiksliai pusė (53 %) ambulatorinių pacientų gydomi nuo pirminio opioidų vartojimo, o kita pusė nuo kitų narkotikų pirminio vartojimo, ypač kanapių (22 %) ir kokaino (16 %). Pagrindinis narkotikas, nuo kurio gydomasi įvairiose šalyse, yra skirtingas.

Apie 80 % ambulatorinių pacientų yra vyrai, vidutinis jų amžius apie 30 metų (besigydančių pirmą kartą – 28 metai); jų gyvenimo sąlygos paprastai yra prastos, palyginti su tuo paties amžiaus kitais gyventojais. Apie 60 % ambulatorinių pacientų turi tik pradinį išsilavinimą, o apie dešimtadalis nėra baigę net pradinės mokyklos. Prieš pradėdami gydytis apie pusė pacientų turėjo nuolatinį darbą, o kita pusė buvo bedarbiai; dauguma ambulatorinių pacientų turi nuolatinį būstą (85 %), iš jų 40 % gyvena su tėvais, o 19 % gyvena vieni. Nemažai ambulatorinių pacientų (15 %) gyvena su vaikais, vieni arba su partneriu, ir tai yra sudėtingas narkomano gyvenimo aspektas, nes vaikams tai yra rizikos veiksnys.

Informaciją apie socialinę ir ekonominę besigydančių narkomanų padėtį papildoma kai kurių šalių nacionalinė informacija, kuri yra suskirstyta pagal pagrindines vartojamas medžiagas. Pavyzdžiui, Vokietijoje 67 % heroino vartotojų yra bedarbiai arba ekonomiškai neaktyvūs, palyginti su 53 %

⁽¹⁸⁾ Daugiau informacijos apie šiame skirsnyje pateiktą informaciją ir skaičius žr. TDI lenteles ir grafikus 2007 m. statistikos biuletenyje.

kokaino pacientų ir 35 % kanapių pacientų; 74 % opioidų pacientų turi menką išsilavinimą, palyginti su 63 % menką išsilavinimą turinčių kokaino pacientų (Sonntag et al., 2006).

Nauji pokyčiai

Keliose šalyse įsteigtos naujos specializuotos įstaigos, skirtos konkrečioms narkomanų grupėms, pavyzdžiui, moterims narkomanėms, benamiams švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, jauniems ir labai jauniems narkomanams (žr. 2007 m. pasirinktą temą apie narkotikų vartojimą tarp nepilnamečių). Kitose šalyse padidintos galimybės pasirinkti farmakologinį gydymą, siekiant patenkinti tam tikrų narkotikų vartotojų grupių poreikius ir didesnei gydymo aprėpčiai pasiekti. Pavyzdžiui, buprenorfino palaikomąjį gydymą dabar leidžiama taikyti Maltoje (19).

Skirtingų narkomanų grupių gydymas

Vis daugiau valstybių narių pripažįsta tinkamų gydymo paslaugų teikimo kanapes ir kokainą vartojantiems narkomanams svarbą. Gydymo nuo kanapių vartojimo, konsultavimo ir prevencijos programos Europoje dažnai yra susipynusios, nes norima įtraukti kuo daugiau jų vartotojų. Bandant pasiekti kanapių vartotojus, kurie tik bando jas arba jau yra tapę narkomanais, naudojamos naujos ryšių strategijos, pavyzdžiui, internetas. Šiuo metu kuriamos specialiai kanapių vartotojams skirtos gydymo paslaugos ir programos, kurios iki šiol Europoje nebuvo plačiai taikomos (žr. 3 skyrių).

Be to, valstybės narės, kurios susiduria su didele kokaino vartotojų gydymo paklausa, pradeda užsakinėti tyrimus šioje srityje. Ši problema yra sudėtinga todėl, kad kokaino miltelių ir kreko vartotojai paprastai priklauso tam tikroms ypatingoms socialinėms grupėms (žr. 5 skyrių). Tačiau, kadangi šiuo metu trūksta specialių paslaugų, didelė dalis psichostimulantų vartotojų, įskaitant amfetamino vartotojus, gydomi tradiciniais opioidų vartotojams skirtais metodais; visoje Europoje aiškiai juntamas specialaus gydymo personalo ir klinikistų mokymo poreikis.

Priklausomybės nuo heroino gydymas

Antroje devintojo dešimtmėčio pusėje politikams pritarus, pakaitinis gydymas daugumoje Europos šalių tapo vyraujančiu gydymo metodu nuo priklausomybės nuo opioidų (2 pav.).

Pagrindiniai pakaitiniai vaistai – metadonas ir buprenorfinas. Idealiu atveju gydymas vaistais turėtų būti derinamas su psichologinėmis konsultacijomis ir socialine parama.

Teisinės pakaitinio gydymo sistemos

2006 m. buvo atlikta specializuoto teisės korespondentų tinklo apklausa, siekiant gauti daugiau informacijos apie įstatymus ir oficialias taisykles, pagal kurias pacientai priimami pakaitiniam gydymui, taip pat apie narkotikų skyrimo praktiką. Informaciją pateikė 17 šalių, ji papildė Europos teisės narkotikų klausimais duomenų bazės 2003 m. ataskaitą (1).

Valstybių narių teisinės sistemos taikymo kritika labai įvairi. Kai kuriose šalyse, pvz., Belgijoje, pakaitinis gydymas reglamentuojamas specialiu parlamento priimtu įstatymu, tuo tarpu kitose, pvz., Kipre, pakaitinio gydymo įgyvendinamas priklauso nuo kontroliuojamųjų medžiagų įstatymų aiškinimo. Turi būti išlaikyta pusiausvyra tarp teisinės bazės griežtumo ir jos lankstumo.

Medžiagos, kurias galima vartoti pakaitiniame gydyme, paprastai įvardijamos įstatyme. Daugeliu atvejų galima prirašyti tik metadoną ir buprenorfiną arba tik metadoną, nors keliose šalyse leidžiami ir kiti narkotikai, kaip antai morfijus arba kodeinas. Beveik visose šalyse pacientų priėmimo gydymui pakaitiniu būdu kriterijus nustato įstatymai arba ministrų įsakymai, arba gairės. Dažniausiai taikomi kriterijai – priklausomybės diagnozė ir minimalus amžius, nors kai kur reikalaujama įrodymų apie buvusį nesėkmingą gydymą be vaistų. Kai kuriose šalyse bausmės už gydymo taisyklių pažeidimą nustato nacionaliniai įstatymai, o kai kuriose tai paliekama kiekvieno gydymo centro nuožiūrai.

Įstatymai paprastai nustato, kas turi teisę skirti vaistus. Tai pirmiausia gydymo centrų gydytojai, nors kai kuriose šalyse vaistus gali skirti bet kuris gydytojas arba apmokytas ar akredituotas gydytojas. Praktiškai gydytojai retai imasi taikyti pakaitinį gydymą ne gydymo centre (2). Didžiausios dozės retai nustatomos įstatymu. Kad receptai nebūtų dubliuojami, dauguma šalių naudoja specialias receptų formas, nors kai kurios šalys turi centrinį registrą, o kai kuriose šalyse išduodamos specialios tapatybės kortelės. Įgalioti vaistų išdavimo centrai taip pat paprastai įvardijami įstatymu, tai daugiausia vaistinės arba gydymo centrai, nors kai kuriose šalyse vaistus išduoti leidžiama ir gydytojams. Galiausiai daugumoje šalių galimybes pasiimti dozes į namus reglamentuoja įstatymas, gairės arba tai paliekama tolerancijai, bet kartais tai yra aiškiai draudžiama.

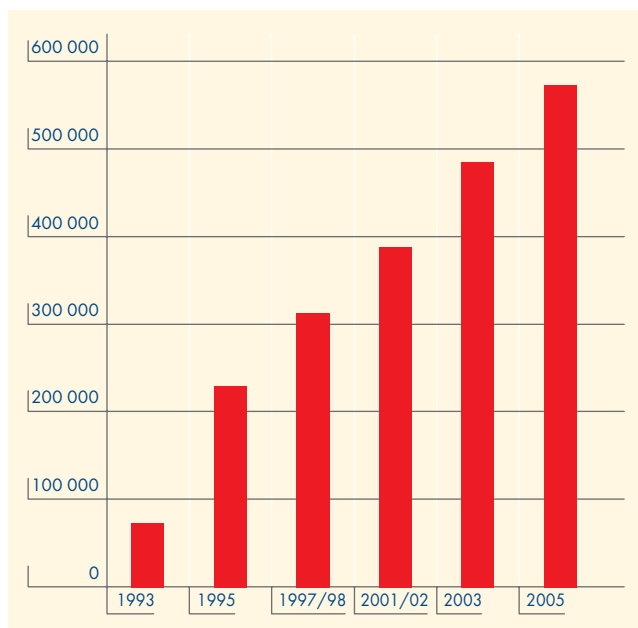
(1) Daugiau informacijos galima rasti adresu <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(2) Žr. HSR-6 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

Pakaitinis gydymas paprastai teikiamas ambulatoriškai specialiose narkomanų gydymo įstaigose, tačiau vis dažniau tokias gydymo paslaugas teikia ir privatūs gydytojai. Kai kuriose šalyse, pvz., Vokietijoje, Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje, bendrosios praktikos gydytojai labai aktyviai

(19) Žr. „Narkotikų skyrimo praktika taikant pakaitinį gydymą Europoje“, p. 66.

2 paveikslėlis. Pakaitinio gydymo nuo opioidų vartojimo prieinamumo vertinimas ES-15, 1993–2005 m.



NB: Daugiau informacijos žr. HSR-7 ir HSR-8 lenteles ir HSR-1 bei HSR-5 pav. 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai ir ataskaitos; išsamų šaltinių sąrašą žr. HSR-5 pav. 2007 m. statistikos biuletenyje.

dalyvauja narkomanų gydyme. Kitose šalyse bendruomenių gydytojų dalyvavimas teikiant tokias paslaugas vis dar gana ribotas arba dėl teisinių priešasčių, arba dėl to, kad trūksta susidomėjimo priklausomybių gydymu⁽²⁰⁾. Kai kurios šalys daug dėmesio skiria kokybės kontrolei, todėl griežtinamos taisyklės, didinami pasirengimo reikalavimai, įvedama griežtesnė priežiūra ir stebėsena⁽²¹⁾. Gydymas nuo priklausomybės nuo opioidų išsamiau aprašomas 6 skyriuje.

Žalos mažinimas

Pagrindinis tikslas, kurio siekia ES, reaguodama į narkotikų problemą, – užkirsti kelią infekcinėms ligoms ir sumažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių. Dabartiniu veiksmy planu siekiama didinti paslaugas ir jų prieinamumą bei specialių įstaigų skaičių, kad būtų galima užkirsti kelią sveikatai daromai žalai ir ją sumažinti.

2007 m. balandžio mėn. Europos Komisija Tarybai ir Europos Parlamentui pateikė ataskaitą apie 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendaciją dėl priklausomybės nuo narkotikų daromos žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo⁽²²⁾. Šioje ataskaitoje nurodoma, kad žalos mažinimo visuomenės

sveikatai nacionaliniu lygmeniu privalo siekti visos valstybės narės. Komisijos ataskaitai paremti užsakytame bendrą padėtį aprašančiame dokumente pateikiamas išsamus žalos mažinimo politikos ir intervencijų vaizdas Europoje. Jis pagrįstas informacija, kurią daugiausia pateikė politikos kūrėjai, „Reitox“ ekspertai ir vietos lygmens organizacijos. Dokumente pateikti išsamūs kiekvienos šalies taikomų priemonių sąrašai⁽²³⁾.

Tarybos rekomendacija paskatino daugiau šalių savo nacionalinę politiką derinti su Europos strategija ir daugiau dėmesio skirti žalos mažinimo paslaugoms. Atrodo, kad rekomendacija turi dar didesnę įtaką tarp 2004 m. į ES įstojusioms šalims.

Socialinė reintegracija

Daugelio narkomanų gyvenimui būdinga socialinė atskirtis, apie kurią byloja neuztikrintas būstas, nereguliarus užimtumas ir įkalinimo patirtis. Kadangi šiuo metu daugelyje Europos šalių pavyksta pasiekti daugiau narkomanų negu anksčiau, priversti juos tęsti gydymą, įskaitant pakaitinį gydymą, paklausa jų būstui, švietimui, užimtumui ir teisei pagalbai labai išaugo. Todėl priežiūros sistemoms iškyla uždavinys rasti naujų būdų, kaip elgtis su naujo tipo pacientais, kurie dažnai turi ne vieną, o daug poreikių. Socialinė reintegracija dabar pripažįstama kaip svarbus veiksnys, kuris lemia ilgalaikę gydymo sėkmę.

Kai kuriose šalyse reintegracijos sektoriui skiriamas vis didesnis politikų dėmesys ir gausesnės investicijos, o keliuose šalyse palaikomojo narkomanų gydymo normos numato, kad pacientams turi būti teikiamos socialinės priežiūros ir reintegracijos paslaugos. Pavyzdžiui, Airijos kovos su narkotikais strategijos įgyvendinimo laikotarpio viduryje atliktoje apžvalgoje rekomenduojama įtraukti reabilitaciją kaip penktąjį strategijos ramstį; Danijoje Užimtumo ir Socialinių reikalų ministerijos pradėjo vykdyti naujas pažeidžiamoms grupėms skirtas („bendros atsakomybės“) programas. Kitas pavyzdys – Norvegijos vyriausybės strategija, skirta benamystės problemos prevencijai ir sprendimui, joje nustatyti kiekybiškai išmatuojami tikslai, kaip antai išskeldinimo iš būsto skaičiaus mažinimas ir galimybių įsigyti nuolatinį būstą didinimas, kad laikinas būstas taptų išimtimi. Norvegijos kovos su skurdu veiksmy plane numatyta dotacijų schema, pagal kurią 2006 m. paskirstyta

⁽²⁰⁾ Žr. „Teisinės pakaitinio gydymo sistemos“ (p. 32) ir <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Žr. taip pat p. 67.

⁽²²⁾ 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacija dėl priklausomybės nuo narkotikų daromos žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo, O L L 165, 2003 7 3, p. 31.

⁽²³⁾ Abu dokumentus galima rasti adresu: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

6,5 mln. EUR būsto paslaugoms benamiams, alkoholikams ir narkomanams. Be to, Graikija, Prancūzija, Italija, Lietuva, Austrija, Portugalija ir Slovakija dalyvauja Komisijos EQUAL iniciatyvoje, kuri skirta užimtumui ir socialinei įtraukčiai⁽²⁴⁾.

ES taip pat skatino sukurti sistemą, vadinamą „Atviru koordinavimo metodu“ (angl. *Open Method of Coordination, OMC*), kurioje valstybės narės koordinuotų savo kovos su skurdu ir socialine atskirtimi politiką, keisdamosi politikos informacija ir mokydamosi vienos iš kitų.

Reintegracijos priemonės atspindi skirtingos Europos šalių socialinės, kultūrinės ir ekonominės realybės ypatybes, taip pat įvairius tikslus, skirtingas tikslines grupes ir sąlygas. Pavyzdžiui, Bulgarija ir Rumunija – vienintelės šalys, kurios numato specialius socialinės reintegracijos projektus gatvės vaikams.

Daugelyje šalių programos ir veiksmai yra skirti ne specialiai narkomanams, bet pažeidžiamoms socialinėms grupėms apskritai ir paprastai įgyvendinami vietos ar regionų lygmeniu. Valonijos vyriausybės 2003 m. *plans de prévention de proximité* (PPP) planai sprendžia skurdo ir priklausomybės problemas vietos lygmeniu, o Danijoje Socialinių paslaugų įstatymas įpareigoja savivaldybes sudaryti socialinių veiksmų

planą visiems narkotikų vartotojams. Panašiai Lenkijos savivaldybės yra įpareigosos socialiai reintegruoti narkotikų vartotojus; Nyderlanduose daugumą naujų socialinės reintegracijos paslaugų privalo teikti savivaldybės. Vokietijoje prieglobsčio, mokyklos ir būsto paslaugomis rūpinamasi *Länder* (žemių) arba savivaldybių lygmeniu, o federacinės programos, skirtos žmonėms su negalia, taip pat remia narkomanų profesinę integraciją.

Pagalba būsto klausimu – labai įvairi: nuo skubiai suteikiamo dienos prieglobsčio, bendrabučio ir trumpalaikio būsto iki tarpinių butų, finansinės pagalbos būstui ir nuomos subsidijų. Pagalbos būstui ir finansų valdymo srityse ieškoma naujų būdų, kurie padėtų klientams nelikti ilgą laiką priklausomiems nuo tokios pagalbos. Pavyzdžiui, Danijos reintegracijos butuose klientai mokomi, kaip gyventi bute, kad ateityje išvengtų problemų patys pradėję tvarkytis savo pačių butuose, o Jungtinėje Karalystėje klientams teikiami patarimai, kaip apsipirkti, gaminti valgį ir tvarkyti šeimos biudžetą.

Nors daugelis šalių nurodo, kad atsiranda naujų mokymosi galimybių ir švietimas tampa prieinamesnis, šioms asmenų grupėms gauti apmokamą darbą yra sunkiau. Tačiau tai ypač

Nacionaliniai gydymo rezultatų tyrimai

Nacionalinius gydymo rezultatų tyrimus yra atlikusios trys valstybės narės (Airija, Italija ir Jungtinė Karalystė): tokiais tyrimais stengiamasi įvertinti gydymo rezultatus, stebint tam tikro tipo narkotikų vartotojų grupę ilgesnį laiką ir taikant įvairius gydymo būdus įvairiomis aplinkybėmis. Svarbus tokių tyrimų bruožas yra tai, kad gydymo rezultatai yra tiriama veikiančiose tarnybose kasdieninėmis klinikinėmis sąlygomis. Paprastai stebimi tokie gydymo būdai kaip palaikymas metadonu, metadono mažinimas, detoksikacija ir intervencijos be vaistų, pavyzdžiui, terapinio poveikio bendruomenės ir konsultavimas. Vertinant rezultatus, pagrindinis dėmesys kreipiamas į narkotikų vartojimą, fizinę ir psichologinę sveikatą, gydymo tęsimą ir nusikalstamą elgesį.

Italijoje atliekant *Vedette* tyrimą (1998–2001 m.) buvo siekiama įvertinti visos šalies gydymo centruose teikiamo gydymo veiksmingumą. Buvo vertinamas heroino vartotojų mirštamumas ir gydymo tęsimas. Iki šiol Jungtinėje Karalystėje atlikti trys gydymo rezultatų tyrimai. Pirmąjį – Nacionalinį gydymo rezultatų tyrimą (angl. *National Treatment Outcome Research Study, NTORS*) – atliko Nacionalinis priklausomybių centras Anglijoje ir Velse 1995–2000 m. Jame buvo tiriama gydymo rezultatai pagal stacionarinio ir bendruomeninio gydymo programas. Nustatyta teigiamų rezultatų, kaip antai didesnis susilaikymas nuo neteisėtų narkotikų vartojimo, retesnis jų vartojimas, mažesnis nusikalstamumas, geresnė sveikata. Tačiau po ilgesnio penkerių

metų laikotarpio gydymo rezultatai nebebuvo tokie patenkinami, pavyzdžiui, iš pradžių sumažėjęs kreko vartojimas po ketverių ar penkerių metų vėl padidėjo, daugelis narkotikų vartotojų vartojo labai daug alkoholio (*Gossop et al., 2001*).

NTORS tyrimą atnaujins Gydymo nuo narkotikų vartojimo rezultatų tyrimas (angl. *Drug Treatment Outcomes Research Study, DTORS*), kurį atlieka Mančesterio universitetas. Tyrimas prasidėjo 2006 m., jo metu narkotikų vartotojai bus stebimi įvairiose Anglijos vietose iš pradžių 12 mėnesių. Tyrimo tikslas – įvertinti gydymo poveikį įvairiais požiūriais ir išanalizuoti, kokios gydymo rūšys duoda geriausių rezultatų tam tikriems narkotikų vartotojų pogrupiams. Škotijoje Glazgo universiteto vykdomas Narkotikų gydymo rezultatų tyrimas (angl. *Drug Outcome Research Study, DORIS*) prasidėjo 2001 m. Jame buvo tiriama narkotikų priklausomybės gydymo paslaugų poveikis ir veiksmingumas, įskaitant kalėjimuose teikiamas paslaugas. Narkotikų vartotojai buvo stebimi 33 mėnesius.

Airijoje rezultatų tyrimas (angl. *Research Outcome Study, ROSIE*), kurį 2003 m. pradėjo vykdyti Nacionalinis Airijos universitetas, *Maynooth*, buvo skirtas įvertinti gydymo nuo narkotikų vartojimo veiksmingumą, stebint besigydančius opioidų vartotojus iki trejų metų ir protokoluojuant pastebėtus pokyčius (*Cox et al., 2006*). Po vienerių metų tyrėjai nustatė ženklų narkotikų vartojimo ir nusikalstamo elgesio atvejų sumažėjimą, nedidelį mirštamumą ir kai kuriuos teigiamus pokyčius dalyvių nusiskundimuose fizine ir psichine sveikata.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

svarbu šiai tikslinei grupei, nes tokiu būdu didinamas ne tik jos ekonominis stabilumas, bet ir savigarba, statusas ir reguliarus gyvenimo ritmas. Atsiranda naujų būdų, kaip padėti klientams gauti apmokamą darbą: sudaromos partnerystės su privačiomis įmonėmis, globėjų schemos ir teikiamos paskatos, kaip antai mokinių darbo užmokesčio subsidijavimas arba paskolos pradėti verslą. Keliose šalyse gydymo nuo narkomanijos įstaigos įsteigė savo socialines ir ekonomines įmones, kuriose įdarbina savo klientus ir moka jiems darbo užmokesį. Kitose iniciatyvose daugiausia dėmesio skiriama geresniam klientų profesinių charakteristikų, lūkesčių ir įgūdžių derinimui su darbo gyvenimo realybe. Pavyzdžiui, Vienos darbo birža veikia kaip klientų, kovos su narkotikais agentūrų ir viešųjų įdarbinimo tarnybų tarpininkė ir teikia konkrečias konsultacijas, kaip padėti klientams išsilaikyti darbe. Ji taip pat padeda rasti sprendimą klientams, kurie jau praradę galimybę reintegrotis į darbinį gyvenimą.

Su ypatingais sunkumais susiduriama reintegruojant į visuomenės paribį patekusius senstančius heroino vartotojus, kurie serga somatinėmis ir psichinėmis ligomis. Belgijoje psichinių problemų turinčiais narkomanais gali būti rūpinamasi specializuotuose narkomanams skirtuose

skyriuose psichiatrinėse ar bendro pobūdžio ligoninėse arba kitose psichiatrinės priežiūros įstaigose. Danija nurodo, kad psichinių problemų turinčiais narkomanais rūpinamasi psichiatrinės priežiūros įstaigose, o senyvo amžiaus narkomanai, kurie dėl narkotikų piktnaudžiavimo, silpnaprotystės ar problemiško elgesio nebegali pasirūpinti savimi, siunčiami į alternatyvios globos namus. Nyderlanduose 2007 m. priimtas naujas Socialinės paramos įstatymas, kurio tos pačios nuostatos skirtos narkomanijai ir kitoms lėtinėms psichinėms problemoms. Tačiau vietinė bendruomenė pasipriešino didelei centralizuotai valdomai įstaigai, kurioje būtų galima slaugyti 120 psichinių problemų turinčių benamių narkomanų. Svarbiu socialinės reintegracijos komponentu laikoma profesionali pagalba asmenims, turintiems psichinės sveikatos problemų, atkurti kontaktus ir grįžti į paramos tinklą.

Kai kuriose šalyse (pvz., Bulgarijoje, Čekijoje, Graikijoje, Slovėnijoje) struktūruotos reintegracijos programos taikomos tik sėkmingai baigus visišką abstinenciją pagrįstą gydymą nuo priklausomybės nuo narkotikų, o klientams, kuriems taikomas palaikomasis gydymas narkotikais, šiuo metu tokių reintegracijos programų nėra.



3 skyrius

Kanapės

Ivadas. Kintantis kanapių vartojimo vaizdas Europoje

Kanapės – populiariausias pasaulyje neteisėtas narkotikas ir medžiaga, kuriam Europos diskusijose apie narkotikus skiriama daugiausia dėmesio nuo septintojo dešimtmečio, kai kanapių vartojimas faktiškai tapo augančios jaunimo kontrakultūros sinonimu. Nepaisant šio narkotiko populiarumo, jo vartojimo būdus Europoje suprasti sudėtinga. Vienas svarbus bruožas – Europos rinkoje dabar siūloma kanapių produktų įvairovė. Anksčiau kanapės Europoje buvo paplitusios trimis pagrindiniais pavidalais: kanapių derva, džiovintos kanapės ir rečiau kanapių aliejus. Daugeliui vartotojų su tabaku maišytos kanapių dervos rūkymas išlieka pagrindinis kanapių vartojimo būdas, nors kitur pasaulyje jis nėra įprastas. Nors Europa ir toliau lieka aktyviausia pasaulyje kanapių dervos rinka, džiovintų kanapių produktai kai kuriose jos rinkose populiarėja ir tampa vyraujančiu narkotiku. Pastaraisiais metais šis vaizdas darosi vis sudėtingesnis, nes atsiranda daugiau Europoje išaugintų kanapių, kurios kartais auginamos kontroliuojamomis sąlygomis ir gali turėti labai stiprų poveikį. Šios rūšies kanapės daugelyje šalių yra tapusios atskiru savarankišku produktu, ir todėl dar sunkiau vertinti kintančių kanapių vartojimo būdų poveikį visuomenės sveikatai.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Kadangi kanapes galima auginti labai skirtingoje aplinkoje, be to, daugelyje pasaulio šalių jos auga savaime, nepaprastai sunku patikimai įvertinti pasaulinės gamybos mastą. Po kelerius metus stebėtos augimo tendencijos, atsižvelgęs į informaciją apie kanapių auginimo įvairovę, 2005 m. UNODC džiovintų kanapių gamybą pasaulyje įvertino 42 000 tonų, palyginti su 45 000 tonų 2004 m., daugiausia dėl to, kad Šiaurės Amerikoje mažėjo jų gamyba dėl intensyvių kanapių laukų naikinimo pastangų. Dabar manoma, kad apie pusė visų kanapių išauginama Amerikos

Konfiskavimo atvejų ir kitų rinkos duomenų aiškinimas

Narkotikų konfiskavimo atvejai paprastai laikomi netiesioginiu narkotikų pasiūlos ir prieinamumo rodikliu, nors jie taip pat liudija teisėsaugos išteklius, prioritetus ir strategijas, taip pat apie nacionalinės ir tarptautinės pasiūlos mažinimo veiklos poveikį neteisėtiems prekeiviams ir pranešimų praktiką. Įvairiais metais konfiskuoti kiekiai gali būti labai skirtingi, jei, pavyzdžiui, vienais metais konfiskuojamos kelios labai didelės siuntos. Todėl konfiskavimo atvejų skaičius kartais yra geresnis tendencijų rodiklis. Visose šalyse į konfiskavimo atvejų skaičių įeina didelė dalis atvejų, kai konfiskuojami maži kiekiai mažmeninės prekybos (gatvės) lygmeniu. Konfiskuotų narkotikų kilmė ir paskirties vieta, jei žinoma, gali suteikti informacijos apie neteisėtos prekybos kelius ir gamybos vietas. Dauguma valstybių narių nurodo narkotikų kainą ir grynumą (stiprumą) mažmeninės prekybos lygmeniu. Tačiau kadangi duomenys ateina iš labai įvairių šaltinių, juos ne visuomet galima palyginti, todėl tiksliai lyginti šalis sunku.

Kad Europos narkotikų konfiskavimo atvejus būtų galima apžvelgti platesniame kontekste, šioje ataskaitos santraukoje informacija pateikiama pasauliniu mastu. Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras rengia metines ataskaitas apie tarptautinę padėtį narkotikų srityje, ir tai yra pagrindinis šioje ataskaitoje pateikiamų duomenų apie pasaulinės padėties vertinimą šaltinis. Skaitytas turėtų atkreipti dėmesį į tai, kad tokią informaciją parengti sunku, nes daugelyje pasaulio vietų informacijos sistemos yra menkai išvystytos. Todėl šiuos skaičius reikėtų vertinti kaip geriausius įmanomus apytikslius vertinimus, remiantis šiuo metu turimais informacijos šaltiniais.

žemynuose (46 %), po to Afrikoje (26 %) ir Azijoje (22 %) (UNODC, 2007).

Marokas lieka pagrindinis tarptautinis kanapių dervos gamintojas, nors naujausios apžvalgos rodo, jog 2004–2005 m. kanapių laukų čia sumažėjo apytikriai 40 %; vis dėlto manoma, kad ši šalis išauginama apie 70 % visos Europoje suvartojamos kanapių dervos. Remiantis viso kanapių auginimo ploto vertinimu, 2005 m. Marokas galėjo išauginti 1 066 tonas kanapių. Dauguma Maroko kanapių keliauja į Europos ir Šiaurės Afrikos rinkas (CND, 2007;

UNODC and Government of Morocco, 2007). Kanapių derva į Europą vežama kontrabanda per Iberijos pusiasalį. Nors pats pagrindinis kanapių dervos augintojas Europos rinkai yra Marokas, nurodoma, jog galima gauti dervos ir iš kitų šalių (Moldovos ir Indijos), ypač vidurio Europos šalyse.

Kanapių derva Europoje yra gana panaši, tačiau to negalima pasakyti apie džiovintas kanapes. Nurodoma, kad 2005 m. konfiskuotų džiovintų kanapių kilmės šalys – Albanija, Nyderlandai, buvusios Jugoslavijos šalys, Angola ir Pietų Afrika. Nors Europoje išaugintų džiovintų kanapių kiekius sistemškai stebėti sunku, 2005 m. apie jų buvimą pranešė pusė ataskaitas pateikusių šalių. Europoje tam tikri kanapių kiekiai yra auginami laukuose, todėl jų praktiškai negalima atskirti nuo įvežtinių džiovintų kanapių. Tačiau svarbią ir galbūt vis didesnę daugelio šalių rinkos dalį užima gana stipraus poveikio kanapės, išaugintos intensyviomis sąlygomis. Internete, o kai kuriose šalyse ir iš specialių tiekėjų, galima lengvai įsigyti įrangą, kuri vartotojams leidžia kanapes auginti namie. Tai, kad šios rūšies narkotikas auginamas patalpoje ir dažnai labai arti rinkos, kuriai yra skirtas, reiškia, kad jį sunkiau aptikti, ir todėl jis mažiau atsispindi pateikiamuose duomenyse.

Kanapės asmeniam vartojimui: teisinis statusas

Nepaisant skirtingo teisinio kanapių reglamentavimo valstybėse narėse (1), Europoje galima pastebėti atsirandant alternatyvių bausmės priemonių baudžiamosiose bylose už nedidelio kanapių kiekio vartojimą ir laikymą asmeniam vartojimui be jokių sunkinančių aplinkybių. Dabar įstatymuose, prokurorų nurodymuose arba teismų praktikoje kanapės dažnai atskiriamos nuo kitų neteisėtų medžiagų. Dauguma Europos šalių atsisako laisvės atėmimo bausmių ir taiko pinigines baudas, įspėjimus, bandomąjį laikotarpį, atleidimą nuo bausmės ir konsultacijas. Šios tendencijos pavyzdžiai yra neseniai pradėtos taikyti priemonės, kaip antai laisvės atėmimo bausmių panaikinimas Liuksemburge 2001 m. ir Belgijoje 2003 m., laisvės atėmimo bausmių sumažinimas Graikijoje 2003 m. ir Jungtinėje Karalystėje 2004 m. Nurodymai policijai arba prokurorams buvo išleisti Belgijoje 2003 ir 2005 m., Prancūzijoje 2005 m. ir Jungtinėje Karalystėje 2004 ir 2006 metais. 2006 m. Čekija ketino nustatyti atskiras ne vaistinių narkotikų klases, bet šis baudžiamojo kodekso projektas buvo atmetas dėl kitų priežasčių. Nepaisant viso to, pranešimų Europoje apie nusikaltimus, susijusius su kanapėmis, daugėja (žr. 1 skyrių).

Diskusijos apie kanapes yra priešaringos, nesutariama dėl įvairių visuomenės sveikatos ir baudžiamosios teisės atsakomųjų

Konfiskavimas

2005 m. pasaulyje konfiskuota 1 302 tonos kanapių dervos, palyginti su 4 644 tonomis džiovintų kanapių; abu šie skaičiai mažesni nei 2004 m. Didžiausią dalį sudaro derva, konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje (70 %), o džiovintų kanapių didžiausi kiekiai konfiskuoti Šiaurės Amerikoje (64 %) (UNODC, 2007).

Apskaičiuota, kad 2005 m. Europoje buvo 303 000 kanapių dervos konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos 909 tonos (25), apie pusė visų konfiskavimo atvejų įvyko Ispanijoje, kur konfiskuota apie trys ketvirtadaliai viso kiekio (26). 2005 m. praneštų dervos konfiskavimo atvejų šiek tiek padaugėjo, taigi, toliau kilo nuo 2000 m. pastebima jų augimo tendencija. Tačiau sulaikytos dervos kiekiai, kurie 2000–2004 m. laikotarpiu didėjo, 2005 m. sumažėjo.

Kanapių dervos ir džiovintų kanapių santykį rodo šie skaičiai: 2005 m. džiovintų kanapių konfiskavimo atvejai sudarė tik pusę visų kanapių konfiskavimo atvejų (1 52 000), o jų konfiskuoti kiekiai sudarė tik dešimtadalį (66 tonas). Džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų Europoje per pastaruosius

priemonių sąnaudų ir teikiamos naudos santykio. Todėl ne visomis priemonėmis mažinamos bausmės, o kai kuriose šalyse bausmės tapo dar griežtesnės arba padėtis iš naujo kritiškai pervertinama. 2004 m. prokurorams Danijoje nurodyta taikyti pinigines baudas, o ne įspėjimus, 2006 m. Italijos teisinėje sistemoje panaikinta ne vaistinių narkotikų klasė, todėl nebeliko skirtumo tarp „švelnių“ ir „stiprių“ narkotikų. Kitos šalys iš naujo svarsto dabartinį atsaką į kanapes; pavyzdžiui, Nyderlanduose 2005 m. paskelbta speciali strategija kanapių klausimu, o Vokietija dar kartą įvertino taikomas bausmes už paprastų kanapių laikymą.

Politika kanapių klausimu lieka vis dar neišspręsta problema, kuri gana intensyviai svarstoma ir dėl kurios nesutariama. Tai matyti iš neseniai atliktoje Eurobarometro apklausoje (2006 m.) nustatytų faktų; Europos piliečiams buvo pateiktas klausimas, ar jie pritaria teiginiui, kad asmeninis kanapių vartojimas būtų legalizuotas visoje Europoje. Šiek tiek daugiau nei du trečdaliai (68 %) respondentų nepritarė, o apie ketvirtadalis (26 %) pritarė tokiam siūlymui. Nors nepritariančių tokiame siūlymuisi apklaustųjų dalis įvairiose šalyse buvo skirtinga, visur ji sudarė daugumą.

(1) Daugiau informacijos žr. ELDD temos apžvalgą <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(25) Duomenis apie narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje, kuriais remiamasi šiame skirsnyje, galima rasti 2007 m. statistikos biuletenio SZR-1, SZR-2, SZR-3 ir SZR-4 lentelėse.

(26) Šiuos duomenis reikėtų patikrinti, gavus trūkstantus 2005 m. duomenis. Apskaičiuojant vertinimo duomenis, vietoj 2005 m. trūkstantų duomenų buvo panaudoti 2004 m. duomenys.

penkerius metus nuolat daugėjo, nors padėtis konfiskuotų kiekių atžvilgiu nėra tokia aiški; gali būti, kad 2001–2004 m. tokie kiekiai mažėjo, o 2005 m. jų vėl padaugėjo. Tačiau šios išvados yra tik preliminarios, nes Jungtinė Karalystė, kurioje pasitaiko daugiausia konfiskavimo atvejų ir konfiskuojami didžiausi kiekiai, 2005 m. duomenų dar nepateikė.

Vertinama, kad 2005 m. Europoje buvo 13 500 konfiskavimo atvejų, kurių metu buvo konfiskuota 24 milijonai kanapių žolės vienetų (daugiausia Turkijoje) ir 13,6 tonos džiovintų kanapių (daugiausia Ispanijoje). Apskritai nuo 2000 m. kanapių žolės konfiskavimo atvejų Europoje nuolat daugėjo. Kalbant apie ES valstybes nares, daugiausia kanapių žolės konfiskuota 2001 m., paskui vėl nuo 2003 m. konfiskavimo atvejų daugėjo, tuo tarpu Turkijoje 2001–2003 m. laikotarpiu konfiskuotų kanapių žolės vienetų padaugėjo, 2004 m. – sumažėjo, o 2005 m. vėl padaugėjo.

Kaina ir stiprumas

2005 m. vidutinė arba būdinga mažmeninė kanapių dervos ir džiovintų kanapių kaina įvairiose šalyse ir netgi toje pačioje šalyje buvo nevienoda: dauguma šalių, nurodžiusių kanapių produktų kainas, pažymi, kad jos svyravo nuo 4 iki 10 EUR už gramą⁽²⁷⁾. Tačiau ataskaitose nurodytos vidutinės arba būdingos abiejų rūšių kanapių kainos svyravo nuo 2 EUR iki daugiau kaip 15 EUR už gramą. 2000–2005 m. kanapių dervos kainų vidurkis, koreguotas pagal infliaciją, sumažėjo visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Lenkiją, kur kainos išliko stabilios. Per tą patį laikotarpį džiovintų kanapių kainos, koreguotos pagal infliaciją, taip pat sumažėjo arba išliko stabilios visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Slovėniją⁽²⁸⁾.

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal jose esamo delta-9-tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, kiekį (EMCDDA, 2004). Nurodoma, kad 2005 m. vidutinis THC kiekis mažmeninėje prekyboje parduodamoje kanapių dervoje svyravo nuo mažiau kaip 1 % iki 17 %; atsižvelgiant į bendrą daugumos Europoje parduodamos dervos šaltinį, tokį svyravimo diapazoną sunku paaiškinti. Džiovintų kanapių stiprumas svyravo nuo mažiau kaip 1 % iki 15 %. Pagal turimus duomenis išskirti šalies viduje išaugintas ir įvežtas džiovintas kanapes neįmanoma, tačiau Nyderlandams pavyko įvertinti, kad šalyje išaugintų džiovintų kanapių stiprumas siekė 17,7 %⁽²⁹⁾.

Apklausa – svarbi priemonė, padedanti suprasti narkotikų vartojimo būdus ir tendencijas Europoje

Narkotikų vartojimas tarp visų gyventojų arba mokinių vertinamas atliekant apklausas, iš kurių galima įvertinti per tam tikrą laiką, t. y. gyvenime, pastaraisiais metais arba pastarąjį mėnesį, narkotikus vartojusių asmenų procentą.

ENNSC kartu su nacionaliniais ekspertais sukūrė bendrus pagrindinius klausimus („Europos pavyzdinį klausimyną“ (angl. *European Model Questionnaire*, EMQ)) suaugusiųjų apklausoms; jie taikomi daugumoje ES valstybių narių. Smulkesnė informacija apie EMQ pateikta „Apklausų apie narkotikų vartojimą tarp gyventojų vadove“ (angl. *Handbook for surveys about drug use among the general population*) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Tačiau vis dar yra skirtumų įvairių šalių taikomoje metodikoje, duomenys renkami ne tais pačiais metais, todėl pastebėtus nedidelius skirtumus tarp įvairiose šalyse nustatytų faktų reikėtų vertinti atsargiai⁽¹⁾.

Kadangi atlikti apklausą brangu, nėra daug šalių, kurios rinktų duomenis kasmet. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys yra paimti iš pačių naujausių apklausų, daugeliu atvejų tai 2003–2006 m. atliktos apklauso.

Pateikiant apklausų duomenis, narkotikų vartojimas laikui bėgant paprastai vertinimas pagal tris rodiklius. Plačiausias rodiklis – vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas. Paprastai šis rodiklis taikomas labai jaunoms grupėms, pavyzdžiui, mokiniams, bet esamai padėčiai tarp suaugusiųjų nustatyti jo vertė nedidelė, nors gali duoti tam tikros informacijos apie vartojimo būdus ir paplitimą. Šioje ataskaitoje daugiausia dėmesio skiriama vartojimui per pastaruosius metus ir per pastarąjį mėnesį, nes abu šie rodikliai geriau atspindi esamą padėtį, o vartojimo per pastarąjį mėnesį skaičiai dažnai yra pakaitinis nuolatinio vartojimo rodiklis. Aiškiai nustatyti asmenis, kurie vartoja narkotikus nuolatos ir turi dėl to problemų, yra svarbu; šiuo atžvilgiu, sukūrus skales intensyvioms vartojimo formoms vertinti, pasiekta tam tikros pažangos. Šioje ataskaitoje tokios skalės nurodomos, jei jos yra sukurtos (žr. langelį „Psichometrinių skalių kūrimas“, p. 42).

(1) ENNSC standartinis amžiaus skirstymas: visi suaugusieji (15–64 metų) ir jauni suaugusieji (15–34 metų). Kai kurių šalių duomenys pateikti pagal kitokį amžiaus skirstymą (pvz., 16–64, 18–64, 16–59 metų). Daugiau informacijos apie gyventojų apklausų metodiką ir kiekvienoje nacionalinėje apklausoje taikytą metodiką žr. 2007 m. statistikos biuletinį.

(27) Žr. PPP-1 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

(28) Kanapių dervos ir džiovintų kanapių kainos buvo analizuojamos remiantis 19 šalių (iš kurių gauta duomenų bent apie trejus metus iš eilės) duomenimis.

(29) Duomenis apie kanapių stiprumą galima rasti 2007 m. statistikos biuletinio PPP-2 ir PPP-5 lentelėse.

Kanapių vartojimo būdai ir paplitimas

Tarp visų gyventojų

Naujesnės apžvalgos duomenys patvirtina, jog kanapės – dažniausiai Europoje vartojama neteisėta medžiaga. Dešimtajame dešimtmetyje šio narkotiko vartojimas, ypač tarp jaunimo, faktiškai išaugo visose šalyse. Tačiau kai kurie naujesni duomenys rodo, kad augimo kreivė išsilygina, nors ir pasiekusi gana aukštą lygį, palyginti su ankstesniais laikotarpiais. Antras svarbus klausimas – ištirti, kaip keičiasi tų asmenų, kurie šį narkotiką vartoja intensyviai ir ilgą laikotarpį, vartojimo įpročiai. Čia duomenys nėra tokie geri, bet kyla susirūpinimas, kad vis daugiau jaunimo kanapes vartoja būtent taip, ir dėlto iš dalies didėja gydymo nuo priklausomybės nuo kanapių poreikis, kurį galima pastebėti kai kuriose šalyse.

Konservatyviu vertinimu kanapes bent kartą (bent kartą gyvenime) yra vartoję daugiau kaip 70 mln. suaugusių europiečių, t. y. vidutiniškai beveik ketvirtadalis (22 %) visų asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus⁽³⁰⁾. Atskirose valstybėse skaičius svyruoja nuo 2 % iki 37 %, mažiausias – Bulgarijoje, Maltoje ir Rumunijoje, aukščiausias Danijoje (36,5 %), Prancūzijoje (30,6 %), Jungtinėje Karalystėje (29,8 %) ir Italijoje (29,3 %)⁽³¹⁾. Nepaisant tokio plataus diapazono, 12 iš 26 duomenis pateikusių Europos šalių nurodo, kad kanapių vartojimo tik kartą gyvenime paplitimas svyruoja tarp 10 ir 25 %⁽³²⁾.

Kanapių vartojimo paplitimas per pastaruosius metus yra mažesnis, bet vis dėlto gana nemažas. Apytiksliai vertinimu per pastaruosius metus kanapes vartojo daugiau kaip 23 mln. europiečių, tai sudaro apie 7 % visų gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus. Nacionaliniai procentai svyruoja nuo 1 % iki 11,2 %: mažiausią nurodo Bulgarija, Graikija ir Malta, didžiausią – Italija (11,2 %), Ispanija (11,2 %), Čekija (9,3 %) ir Jungtinė Karalystė (8,7 %). Ir vėl nepaisant didelės svyravimo amplitudės, 13 iš 25 duomenis pateikusių šalių nurodo, kad kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimas svyruoja tarp 4 % ir 9 % (3 pav.).

Tarp žmonių, vartojusių kanapes per pastarąjį mėnesį, patenka žmonės, kurie kanapes vartoja reguliariau, nors

nebūtinai intensyviai. Apskaičiuota, kad šį narkotiką per ankstesnį mėnesį vartojo 13,4 mln. europiečių, vidutiniškai apie 4 % visų asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus. Atskirose šalyse procentas svyruoja nuo 0,5 % iki 8,7 %. Mažiausią procentą nurodo Bulgarija, Malta, Lietuva ir Švedija, didžiausią – Ispanija (8,7 %), Italija (5,8 %), Jungtinė Karalystė (5,2 %) ir Prancūzija (4,8 %). Iš 26 informaciją pateikusių šalių 13 šalių skaičiai svyruoja nuo 2 % iki 6 %⁽³³⁾.

Kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kanapių vartojimo paplitimas tarp jaunimo yra neproporcingai didelis: priklausomai nuo šalies, kurioje buvo atliekama apklausa, nuo 3 % iki 49,5 % jaunų europiečių (nuo 15 iki 34 metų amžiaus) nurodo kada nors bandę kanapių, 3–20 % nurodo vartoję kanapes praeitais metais, o 1,5–15,5 % nurodo jas vartoję praeitą mėnesį. Didžiausias procentas asmenų, kada nors gyvenime bandžusių kanapių, yra Danijoje, Prancūzijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Ispanijoje, didžiausias procentas asmenų, vartojusių kanapes praeitais metais, nurodomas Ispanijoje, Čekijoje, Prancūzijoje ir Italijoje. Vidutiniškai 30 % jaunimo nurodo kada nors gyvenime bandę kanapių, 13 % nurodo jas vartoję praeitais metais, daugiau kaip 7 % – praeitą mėnesį. Palyginimui: tarp suaugusiųjų nuo 35 iki 64 metų amžiaus kanapių vartojimas praeitais metais ir praeitą mėnesį yra atitinkamai 3 % ir 1,6 %⁽³⁴⁾.

Jaunų žmonių grupėje nuo 15 iki 24 metų amžiaus kanapių bent kartą gyvenime bandė nuo 3 % iki 44 % (daugumoje šalių nuo 20–40 %). Kanapių vartojimo praeitais metais paplitimas svyruoja nuo 4 % iki 28 % (daugumoje šalių 10–25 %), o vartojimo praeitą mėnesį paplitimas svyruoja nuo 1 % iki 19 % (daugumoje šalių 5–12 %). Tarp šios amžiaus grupės vyrų paplitimo procentai yra dar didesni. Nors kartą gyvenime bandę kanapių nurodo 11–51 % jaunų vyrų (daugumoje šalių 25–45 %), praeitais metais vartoję kanapes nurodo 5–35 % (daugumoje šalių 15–30 %), o praeitą mėnesį – 1,7–23,7 % (daugumoje šalių 6–20 %)⁽³⁵⁾.

Kanapių vartojimo būdai

Kaip nurodyta pirmiau, kanapių, kaip ir daugumos kitų neteisėtų narkotikų, vartojimas yra daug didesnis tarp

⁽³⁰⁾ Šis vidutinis nacionalinio paplitimo procentas buvo apskaičiuotas indeksavus jį pagal atitinkamo amžiaus grupių gyventojų skaičių kiekvienoje šalyje. Absoliutūs skaičiai buvo apskaičiuoti sudauginus paplitimą tarp kiekvienos šalies atitinkamos grupės gyventojų ir išvedus vidutinį paplitimą šalyse, apie kurias nėra informacijos. Čia pateikti skaičiai tikriausiai yra minimalūs, nes gali būti, kad ne apie visus atvejus pranešama.

⁽³¹⁾ Dėl praktinių priežasčių šiame tekste Jungtinės Karalystės skaičiai remiasi 2006 m. Britanijos (Anglijos ir Velso) nusikalstamumo apžvalga. Yra papildomų padėties Škotijoje ir Šiaurės Airijoje vertinimų bei bendras padėties visoje Jungtinėje Karalystėje vertinimas (2007 m. statistikos biuletenyje).

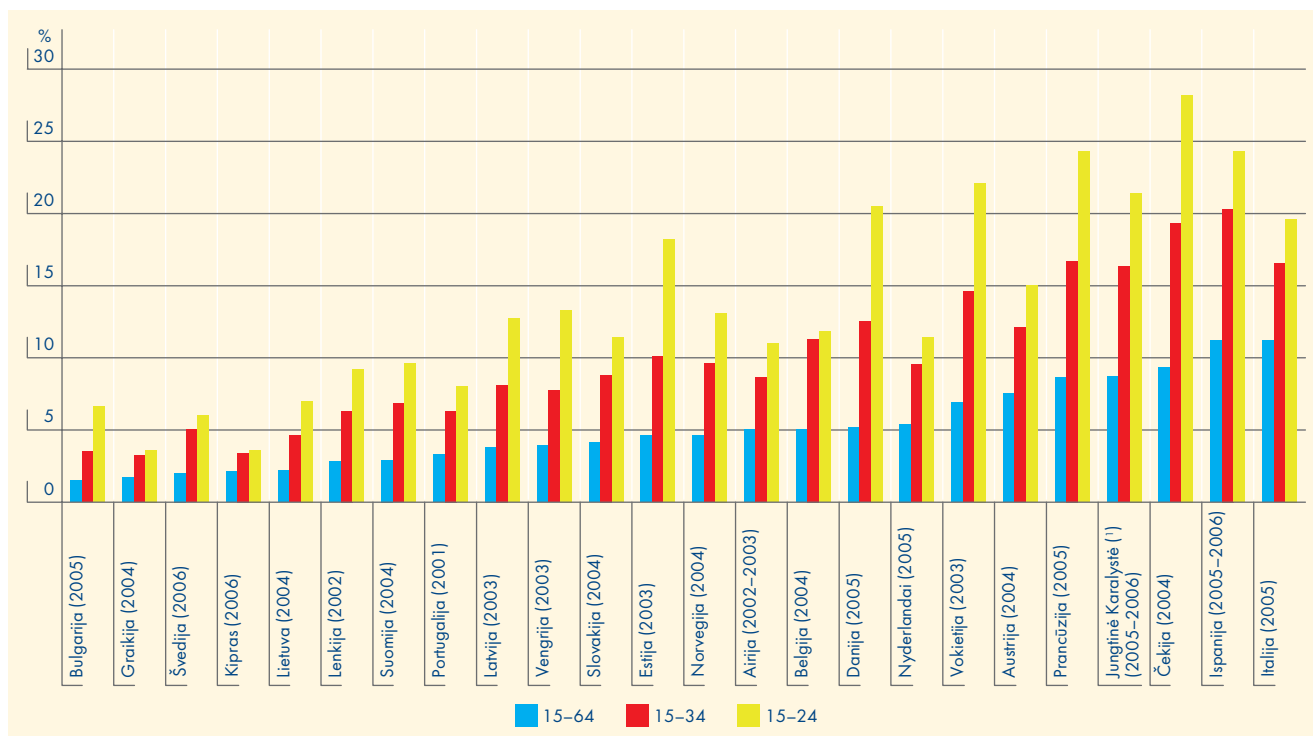
⁽³²⁾ Žr. GPS-8 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽³³⁾ Žr. GPS-12 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽³⁴⁾ Žr. GPS-9, GPS-11 ir GPS-13 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽³⁵⁾ Žr. GPS-17, GPS-18 ir GPS-19 lenteles ir GPS-1, GPS-3, GPS-7 ir GPS-12 paveikslėlius 2007 m. statistikos biuletenyje.

3 paveikslėlis. Kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų) ir jaunų suaugusiųjų (15–34 ir 15–24 metų)



(1) Anglija ir Velsas.

NB: Ataskaitos duomenys paimti iš naujausių kiekvienoje šalyje atliktų nacionalinių apklausų. Šalys išdėstytos pagal bendrą paplitimą tarp visų suaugusiųjų. Daugiau informacijos žr. GPS-10, GPS-11 ir GPS-18 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Reitox national reports (2006), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų arba mokslinių straipsnių.

jaunimo, nors ir čia tarp šalių galima pastebėti gana didelius skirtumus. Kanapes taip pat daug dažniau vartoja vyrai negu moterys, nors tarp jaunimo ši tendencija yra ne tokia ryški. Apskritai kuo trumpesnis praeitas laikotarpis, tuo vyrų ir moterų santykis didesnis, nors ir vėl tarp šalių yra gana didelių skirtumų: pavyzdžiui, per pastarąjį mėnesį vartojusių kanapes vyrų ir moterų santykis svyruoja nuo 1,5 Italijoje iki 1,14 Lietuvoje (žr. 2006 m. pasirinktą temą apie skirtingas lytis ir jų narkotikų vartojimą).

Po trumpo eksperimentinio laikotarpio daugelis asmenų kanapes nustoja vartoję, o jas vartojančių procentas paprastai mažėja su amžiumi. Tačiau sekti kanapių vartotojų patirtį pagal turimus duomenis ir nustatyti vartojimo pokyčius laikui bėgant yra sunku. Kai kurias įžvalgas galima susidaryti palyginus duomenis apie kanapių vartojimą bent kartą gyvenime ir duomenis apie jų vartojimą per tam tikrą praeitą laikotarpį. Apskritai tokia analizė rodo, kad 32 % visų suaugusiųjų (15–64 metų), kurie kada nors yra bandę

kanapių, jas vartojo per praeitus metus, o 18 % per praeitą mėnesį. Šie procentai, kartais vadinami „tęstinio vartojimo procentais“, skirtingose šalyse labai skirtingi, jiems turi įtakos keletas veiksnių, kaip antai kanapių vartojimo šalyje plitimas ankstesniais laikotarpiais ir naujų vartojimo atvejų skaičius. Vis dėlto suprasti, koks kanapių vartotojų procentas pradeda jas vartoti reguliariai ir tai daro ilgą laiką, gali būti svarbu, norint suprasti, kokį poveikį šios medžiagos vartojimas gali padaryti visuomenės sveikatai. Nors yra susirūpinimo, kad asmenų, vartojančių šį narkotiką reguliariai arba intensyviai, skaičius auga ⁽³⁶⁾, šiuo metu turima labai mažai informacijos, kuri padėtų iširti šį klausimą. Šiuo metu ENNSC glaudžiai bendradarbiauja su keletu valstybių narių, kurdamas geresnę šio klausimo tyrimo metodiką. 2004 m. labai apytikris ENNSC atliktas vertinimas remiantis ribotais duomenimis parodė, kad galbūt apie 1 % suaugusių europiečių arba apie 3 mln. žmonių vartoja kanapes „kasdien arba beveik kasdien“. Manoma, kad artimoje ateityje šį vertinimą bus

⁽³⁶⁾ Šiuo metu vis dar nėra visuotinai priimtos apibrėžties, kas yra „intensyvus kanapių vartojimas“. Tačiau tai yra platus terminas, reiškiantis kanapių vartojimą, kuris yra didesnis už tam tikrą dažnumą, ribą. Jis nebūtinai reiškia „priklausomybę ar piktnaudžiavimą“ ar kitus aspektus, bet manoma, kad didina neigiamų pasekmių pavojų, įskaitant priklausomybę. Šiame skyriuje skaičiai rodo „vartojimą kasdien arba beveik kasdien“ (vartojimą 20 ar daugiau dienų per pastarųjų 30 dienų laikotarpį). Šis atskaitos taškas dažnai naudojamas tyrimuose ir tikriausiai atėjo iš standartinių Europoje naudojamų anketų. Vykdomi metodiniai tyrimai (valstybių ir ENNSC) padės geriau suprasti intensyvaus (dažno) vartojimo ryšį su problemomis (žr. langelį apie psichometrinių skalių sudarymą, p. 42).

Psichometrinių skalių kūrimas intensyviai, priklausomam ir problemiškam kanapių vartojimui pagal apklausų duomenis nustatyti

Narkotikų vartojimo apibūdinimas apklausose paremtas pačių vartotojų pateikta informacija įvairiais laikotarpiais. Praeityje kasdieninis vartojimas nebuvo sistemingai stebimas iš dalies todėl, kad daugumoje šalių kanapių vartojimo paplitimas buvo nedidelis. Be to, kreipiant dėmesį tik į vartojimą per pastarąjį mėnesį negalima tiksliai įvertinti intensyvių vartotojų skaičiaus. Tačiau kanapių vartojimas visoje Europoje didėja, kartu auga susirūpinimas kanapių keliamomis problemomis, todėl reikėjo šį metodą persvarstyti. Faktiškai beveik visos ES šalys dabar renka informaciją apie tai, kiek dienų narkotikas buvo vartojamas prieš apklausą. Remiantis šia informacija, manoma, kad kasdien arba beveik kasdien kanapas vartoja apie 3 mln. žmonių.

ENNSC kartu su nacionaliniais ekspertais stengiasi tobulinti tokio gyventojų intensyvaus vartojimo apklausos duomenų rinkimą. Tačiau apklausose sunku nustatyti asmenis, kurie turi problemų arba priklausomybę nuo kanapių vartojimo. Tuo tarpu informacija yra labai svarbi, kad būtų galima suprasti, kokį poveikį kanapių vartojimas turi visuomenės sveikatai, todėl ir šiuo metu ENNSC apklausų ekspertų grupė tai laiko pagrindiniu klausimu.

Šiuo metu vyksta darbas, kuriant metodinius ir koncepcinius pagrindus „intensyvioms narkotikų vartojimo formoms“ stebėti, kuriuos būtų galima taikyti gyventojų apklausose ir geriau nustatyti asmenis, turinčius problemų. Kai kurios šalys pradeda taikyti tikslius matavimus „priklausomybei“ nuo kanapių arba jų „probleminiam vartojimui“ tarp gyventojų matuoti. Pirmieji tokie projektai vykdomi Prancūzijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje ir visai neseniai Ispanijoje.

Suprasti, kodėl toks darbas yra svarbus, padeda 2005 m. Prancūzijoje atlikta apklausa taikant eksperimentinę CAST (angl. *cannabis abuse screening test*) skalę; apklausos duomenų preliminariniame analizė rodo, kad 16 % kanapas per pastaruosius metus vartojusių asmenų ir 58 % vartojančių jį kasdien rizikuoja tapti problemineis vartotojais.

galima patikslinti. Keletas šalių praneša, kad reguliarus arba intensyvus kanapių vartojimas auga, bet tik Ispanija nurodė lyginamuosius duomenis apie „vartojimą kasdien“⁽³⁷⁾, kuris išaugo nuo 0,7 % 1997 m. iki 2 % 2006 m.

Kitas svarbus informacijos poreikis šioje srityje – geriau suprasti veiksniai, susijusius su vartojimo nutraukimu. Kaip

nurodyta pirmiau, dauguma pradėjusių vartoti kanapas asmenų po tam tikro laiko jų atsisako. Akivaizdu, kad planuojant intervencijas šioje srityje svarbu suprasti veiksniai, dėl kurių nustojama vartoti šį narkotiką. Šiek tiek informacijos apie tai jau turima; pavyzdžiui, 2005 m. Prancūzijos gyventojų apklausoje nurodyta, kad daugumai (80 %) asmenų, kurie kada nors vartojo kanapas, bet per pastaruosius metus jų nebevartojo, pagrindinė priežastis mesti vartoti šį narkotiką – susidomėjimo juo praradimas, nors dauguma suaugusiųjų (60 %) mano, kad panorėję jie galėtų lengvai jo įsigyti.

Kanapių vartojimo tendencijos tarp suaugusiųjų

Atsekti narkotikų vartojimo tendencijas Europoje sunku, nes daugelis šalių neturi patikimų duomenų per ilgesnį laiką. Tačiau daugėja šalių, kurios apklausas vykdo nuo dešimtojo dešimtmečio, ir dabar jos pradeda teikti vertingų žinių apie ilgalaikes tendencijas.

Apklausose surinktos duomenų serijos per ilgesnį laiką rodo, kaip kito kanapių vartojimas Europoje. Nustatyta, pavyzdžiui, kad nuo septintojo dešimtmečio, kai šis narkotikas pradėjo plisti, jo populiarumas skirtingose šalyse išaugo skirtingu metu⁽³⁸⁾. Tai rodo Švedijos duomenys (2005 m. „Reitox“ nacionalinė ataskaita), kur nurodyta, kad aštuntajame dešimtmetyje su kanapėmis gana intensyviai eksperimentavo kariuomenės šauktiniai ir mokiniai, po to devintajame dešimtmetyje jų vartojimas sumažėjo, o vėliau dešimtajame dešimtmetyje kilo nauja panašaus intensyvumo banga kaip ir aštuntajame dešimtmetyje, kuri pastaraisiais metais vėl atslūgo. Panašų reiškinį rodo Suomijos duomenys, kur pastebimos dvi didelės kanapių vartojimo bangos: pirmoji septintajame dešimtmetyje, antroji – dešimtajame.

Iš apklausų galima daryti išvadą, kad kanapių vartojimas labai didėjo dešimtajame dešimtmetyje beveik visose ES šalyse. Šis padidėjimas daugelyje šalių tęsėsi iki pastarojo meto, nors dabar kai kuriose šalyse yra ženklų, kad vartojimas stabilizuojasi, ypač tokiose valstybių grupėse, kuriose kanapių vartojimas yra labai paplitęs. Viena tokių valstybių – Jungtinė Karalystė, kuri apskritai atrodo esanti narkotikų vartojimo tendencijų lyderė. Dešimtojo dešimtmečio pradžioje Jungtinė Karalystė išsiskyrė kaip šalis, kurioje narkotikų vartojimas buvo labai paplitęs; ji nurodydavo didžiausius skaičius Europoje beveik visose narkotikų vartojimo srityse. Tačiau narkotikų vartojimas per pastaruosius

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005–2006 m. (2 %). Šiuo atveju taikomas matas (vartojimas 30 dienų per pastarąsias 30 dienų) skiriasi nuo anksčiau „vartojimui kasdien arba beveik kasdien“ taikyto mato (vartojimas 20 ar daugiau dienų per pastarąjį 30 dienų laikotarpį), kuris duotų didesnius skaičius. Prancūzijoje „reguliarus vartotojas“ apibrėžiamas kaip asmuo, kuris narkotiką pavartoja „10 kartų ar daugiau per pastarąsias 30 dienų“ (4,3 % suaugusių vyrų ir 1,3 % suaugusių moterų). Jungtinėje Karalystėje „dažnu vartojimu“ laikomas vartojimas daugiau kaip kartą per mėnesį per pastaruosius metus; šio mato neįmanoma palyginti su šioje skirsnyje taikomu matu.

⁽³⁸⁾ Žr. taip pat 4 paveikslėlį 2004 m. metinėje ataskaitoje.

metus tarp jaunų suaugusiųjų (16–34 metų) nuo 1998 m. pradėjo stabilizuotis, o 2003–2006 m. sumažėjo (nuo 20,0 % iki 16,3 %). Įdomu, kad tarp jauniausios grupės (16–24 metų) vartojimas nuosekliai mažėja nuo 1998 m.; tai rodo, kad kanapės tarp jaunų asmenų tampa nebe tokios populiarios ⁽³⁹⁾.

Pastaraisiais metais (2002, 2003 ir 2005 m.) kanapių vartojimas Prancūzijoje, Ispanijoje ir Italijoje nuosekliai didėjo ir ėmė artėti prie Jungtinės Karalystės lygio. Tačiau ir čia yra kai kurių aiškių įrodymų, kad padėtis stabilizuojasi. Prancūzija nurodė, kad 2005 m. kanapių vartojimas sumažėjo; nors Ispanija užregistravo nedidelį vartojimo augimą iki 2006 m., iš naujesnių duomenų galima spręsti, kad galbūt ši tendencijos linija jau nustojo kilti į viršų. Čekijoje, kur kanapės yra labai paplitusios, tendencijas iš turimų duomenų įvertinti sunku, tačiau informacija apie jaunus suaugusiuosius lyg ir rodo, kad kanapių vartojimas šioje gyventojų grupėje šiek tiek sumažėjo.

Danijoje ir Nyderlanduose – šalyse, kur kanapių vartojimo paplitimas per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) vertinamas kaip vidutinis ar netgi mažesnis nei kitose šalyse, pastebimas šioks toks šio narkotiko vartojimo sumažėjimas, tuo tarpu jo vartojimas ir toliau auga Estijoje, Vokietijoje, Vengrijoje, Slovakijoje ir Norvegijoje ⁽⁴⁰⁾. Tačiau tai maži padidėjimai, ir ne tokie ryškūs, jei spręstume iš pačių naujausių duomenų.

Suomija ir Švedija priklauso šalims, kuriose kanapių paplitimas mažiausias, ir, nors jis šiek tiek padidėjo, jos toli atsilieka nuo šalių, kuriose kanapės yra labai paplitusios. 2000–2004 m. užregistruotą didelį (nuo 1,3 % iki 5,3 %) kanapių vartojimo per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų padidėjimą Švedijoje aiškinti sunku, nes pakito apklausos metodika, o 2004, 2005 ir 2006 m. apklausų duomenys rodo stabilų padėtį.

Tarp mokinių

Dar vienas naudingas kanapių vartojimo būdus ir tendencijas atskleidžiantis šaltinis – mokyklų apklausos duomenys, kurie rodo, kad daugelyje ES šalių dešimtojo dešimtmečio pabaigoje ir trečiojo tūkstantmečio pradžioje kanapių vartojimas augo.

Apskritai bendras mokyklų apklausose išryškėjęs vaizdas panašus į nustatytą suaugusiųjų apklausose. Didžiausią

kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimą tarp 15–16 metų mokinių Europoje nurodo Belgija, Čekija, Airija, Ispanija, Prancūzija ir Jungtinė Karalystė, nurodančios procentus nuo 30 % iki 44 %, o Vokietijos, Italijos, Nyderlandų, Slovėnijos ir Slovakijos – šiek tiek didesnius nei 25 %. Visiškai priešingą vaizdą matome Graikijoje, Kipre, Rumunijoje, Švedijoje, Turkijoje ir Norvegijoje, kur vartojimas bent kartą gyvenime nesiekia 10 %.

Duomenų iš pirmųjų trijų ESPAD (Europos mokyklų alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo projektas, angl. *European schools project on alcohol and other drugs*, ESPAD) apklausos ciklų (1996–2003 m.) analizė parodė, jog kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų mokinių geografiškai labai skiriasi. Šalis galima suskirstyti į tris geografines grupes. Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kurios turi ilgą kanapių vartojimo istoriją, kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas didelis, tačiau per pastarąjį dešimtmetį išliko stabilus. Rytų ir Vidurio Europos valstybėse narėse, taip pat Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Portugalijoje kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas ryškiai išaugo 1995–2003 m. laikotarpiu. Trečioje valstybių narių grupėje (Suomijoje ir Švedijoje šiaurėje ir Graikijoje, Kipre ir Maltoje pietuose), taip pat Norvegijoje kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp mokinių išliko nedidelis (apie 10 % ar dar mažiau). Duomenų iš kito ESPAD apklausos ciklo laukiama kitais metais.

Tik keturios šalys (Italija, Lenkija, Švedija, Jungtinė Karalystė) pateikė naujų duomenų iš 2005 m. atliktos nacionalinės mokyklų apklausos, o Belgija pateikė apklausos Flandrijos regione duomenis. Švedijoje padėtis, atrodo, nesikeičia: keturiose kitose apklausose pastebėtas nedidelis sumažėjimas.

Kanapės: duomenys apie gydymo paklausą ⁽⁴¹⁾

Bendras gydymo paklausos vaizdas

Tarp 326 000 pacientų, kurie kreipėsi gydymo 2005 m. (duomenis pateikė 21 šalis), 20 % sudarė pacientai, kuriems kanapės buvo pagrindinis narkotikas, nuo kurio jiems reikėjo gydymo; taigi, šiuo atžvilgiu kanapės užėmė antrą vietą po heroino. Nuo kanapių vartojimo pacientai paprastai gydomi ambulatoriškai ⁽⁴²⁾.

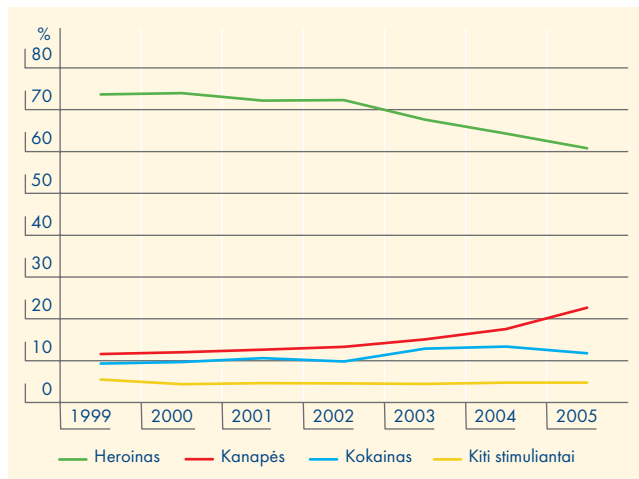
⁽³⁹⁾ Žr. GPS-10 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁰⁾ Žr. GPS-4 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴¹⁾ Bendro pasiskirstymo ir tendencijų analizė pagrįsta duomenimis apie pacientus, kurie kreipiasi į visus gydymo centrus; pacientų charakteristikų ir narkotikų vartojimo būdų analizė pagrįsta duomenimis, daugiausia gautais iš ambulatorinių gydymo centrų.

⁽⁴²⁾ Žr. TDI-2 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

4 paveikslėlis. Gydomo paslaugų taikymo tendencijos (1999–2005 m.). Pagrindinis narkotikas, dėl kurio pacientai kreipiasi gydymo (procentais nuo visų prašymų)



NB: Remiantis 21 ES valstybės narės duomenimis: Bulgarijos, Čekijos, Danijos, Vokietijos, Airijos, Graikijos, Ispanijos, Prancūzijos, Italijos, Kipro, Lietuvos, Liuksemburgo, Vengrijos, Maltos, Nyderlandų, Rumunijos, Slovėnijos, Slovakijos, Suomijos, Švedijos ir Jungtinės Karalystės. Trūkstanti duomenys interpoluoti kiekvienai šaliai, išlaikant kiekvienų metų duomenų ES vidutinę tendenciją. Daugiau informacijos ir išsamų paaiškinimą žr. TDI-3 pav. 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Narkotikų klinikų pacientai kartu su pagrindiniu narkotiku, nuo kurio vartojimo jie gydomi, dažnai vartoja ir kitus narkotikus. Kanapių vartotojams tai nebūdinga, nes jie dažniausiai vartoja tik vieną medžiagą (kanapes). Nors yra ir tokių, kurie vartoja kanapes kartu su kitais narkotikais, dažniausiai alkoholiu (37 %) ir amfetaminais arba ekstaziu (28 %). Po alkoholio (38 %) kanapes kaip dažniausią antrinę medžiagą nurodo besigydančios pacientai ⁽⁴³⁾.

Didėjanti gydymo paklausa

Tarp apytiksliai 130 000 naujų nuo narkotikų vartojimo pirmą kartą besigydančių pacientų kanapių pacientai sudaro 29 % ir nedaug atsilieka nuo pirmą kartą gydymo nuo heroino vartojimo besikreipiančių pacientų dalies (35 %, duomenis pateikė 22 šalys) ⁽⁴⁴⁾. Nors dėl nepakankamų duomenų tiksliai komentuoti tendencijas sunku, vis dėlto galima nurodyti pagrindines gydymo nuo kanapių vartojimo paklausos tendencijas. Nuo 1999 m. iki 2005 m. bendras naujų pacientų ir visų užregistruotų besikreipiančiųjų gydymo nuo kanapių skaičius patrigubėjo. Tačiau atrodo, kad iš pačių naujausių duomenų galima spręsti, kad ši augimo linija stabilizuojasi. Visose šalyse (išskyrus Lietuvą) tarp naujų

pacientų asmenys, besikreipiantys gydymo nuo kanapių kaip pagrindinio narkotiko, sudaro didesnę dalį nei atitinkama dalis tarp visų pacientų ⁽⁴⁵⁾.

1999–2005 m. pacientų, besigydančių nuo kanapių kaip pagrindinio narkotiko vartojimo, dalis padidėjo visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse (4 pav.). Tačiau tarp šalių yra įdomių skirtumų: kanapes nurodo mažiau kaip 5 % besigydančių pacientų Bulgarijoje, Lietuvoje, Lenkijoje ir Rumunijoje, o Vengrijoje ir Prancūzijoje – daugiau kaip 30 %. Likusiose šalyse: dvylikoje šalių kanapių pacientai sudaro nuo 5 % iki 20 %, o septyniose – nuo 21 % iki 29 %. Panašių didelių skirtumų šalyse galima pastebėti ir tarp pirmą kartą gydymo besikreipiančių pacientų: kanapes nurodo mažiau kaip 10 % naujų pacientų Bulgarijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Lenkijoje ir Rumunijoje ir daugiau kaip 50 % Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje ir Vengrijoje ⁽⁴⁶⁾.

Nėra paprasto paaiškinimo, kodėl padidėjo gydymo nuo kanapių vartojimo paklausa. Vis dar neaišku, koku mastu gydymo paklausos padidėjimas priklauso nuo intensyvaus kanapių vartojimo paplitimo augimo tarp gyventojų ir su tuo susijusių problemų, o koku mastu nuo geresnio supratimo apie riziką. Prie to galėjo prisidėti ir kiti veiksniai, kaip antai didesnė kanapių klientus gydančių ambulatorijų duomenų aprėptis ir galbūt tai, kad daugiau diagnozuojama ir pranešama apie kanapes vartojančius narkomanus. Reikėtų atkreipti dėmesį ir į dvi kitas galimas priežastis: didesnę siūlomo gydymo įvairovę, pavyzdžiui, 2004 m. Prancūzijoje atidaryti kanapes vartojančių narkomanų gydymo centrai, ir į didesnį siuntimų gydytis skaičių, kurį išduoda teisingumo sistema, nagrinėdama baudžiamąsias bylas. Kalbant apie pirmąją priežastį, galima nurodyti, kad reaguodamos į didesnį gydymo poreikį nuo kanapių vartojimo, keletas šalių įgyvendino specialias paaugliams ir jaunimui skirtas programas, kurios daugiau specializuotos gydymui nuo kanapių vartojimo. Ši situacija rodo, kaip didesnė paklausa paskatino didesnę pasiūlą, kuri savo ruožtu galbūt suaktyvino paklausą. Kalbant apie antrąją priežastį, reikia nurodyti, kad siuntimai, kuriuos išduoda baudžiamojo teisingumo institucijos, yra dažnai susiję su nusikaltimais, siejamais su kanapių vartojimu; tyrimai rodo, kad dauguma teisingumo institucijų gydytis siųstų asmenų vartoja kanapes kaip pagrindinį narkotiką. Šiuo atveju didesnis baudžiamojo teisingumo įstaigų siuntimų skaičius prisideda prie didesnės gydymo nuo kanapių vartojimo paklausos.

⁽⁴³⁾ Žr. TDI-22 lentelę ir TDI-23 lentelę ((i dalį) ir (iv dalį)) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁴⁾ Žr. TDI-2 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁵⁾ Žr. TDI-3 lentelę (iii dalį) ir TDI-5 lentelę (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁶⁾ Žr. TDI-5 lentelę (ii dalį) ir TDI-4 lentelę (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

Pacientų charakteristikos

Kad ir kokie būtų aiškinimai, kodėl padidėjo gydymo nuo kanapių vartojimo paklausa, pažvelgti į gydymo besikreipiančių asmenų charakteristikas taip pat įdomu, nors negalima teigti, kad šios nedidelės kanapės vartojančios asmenų grupės bruožai yra būdingi visiems kanapės vartojantiems asmenims. Pažvelgus į ambulatoriškai besigydančius nuo pagrindinio narkotiko kanapių vartojimo asmenis, matyti, kad tai dažniausiai jauni vyrai, dar besimokantys, t. y. ne darbuotojai ir ne bedarbiai, gyvenantys kartu su tėvais, o ne atskirai⁽⁴⁷⁾. Palyginti su kitus narkotikus vartojančiais pacientais, tarp asmenų, besigydančių nuo kanapių kaip pagrindinio narkotiko vartojimo, vyrų ir labai jauno amžiaus asmenų yra didžiausia dalis (vidutinis amžius 24,5 metai). Pirmą kartą besigydantys asmenys yra dar jaunesni nei visi kiti kanapės vartojantys pacientai (vidutinis amžius 23,8 metai); tarp 15–19 metų besigydančių kanapės vartojančių asmenų nauji pacientai sudaro 67 %, o tarp jaunesnių nei 15 metų pacientų – 80 %. Tačiau per pastaruosius trejus metus nurodoma, kad naujų kanapės vartojančių pacientų amžius didėja⁽⁴⁸⁾. Apskritai kanapės vartojančius pacientus galima suskirstyti į tris grupes: pacientus, kurie jas vartoja tik kartais (34 %); pacientus, kurie kanapės vartoja kartą ar keletą kartų per savaitę (27 %), ir pacientus, kurie jas vartoja kasdien (39 %).

Tikėtina, kad šie vartojimo skirtumai tarp kanapės vartojančių pacientų priklauso nuo to, kokiais keliais jie ateina gydytis; galima manyti, kad kai kurie nedaug šio narkotiko vartojantys asmenys pradeda gydytis dėl to, kad jiems siuntimą gydytis yra išdavusios teisėsaugos institucijos. Skirtingos šalys nurodo skirtingą kanapių vartojimo dažnumą: pusė šalių nurodo, kad kanapės vartoja kasdien daugiau nei 30 % pacientų, o kita pusė šalių nurodo, kad tokių pacientų yra mažiau nei 30 %. Tarp besigydančių pacientų didžiausią reguliariai kanapės vartojančių pacientų dalį nurodo Nyderlandai, Danija ir Ispanija, tuo tarpu Vengrijoje, Vokietijoje ir Italijoje didžiausią kanapės vartojančių pacientų dalį sudaro atsitiktiniai vartotojai⁽⁴⁹⁾. Be to, kaip aptarta pirmiau, reaguojant į intensyvų kanapių vartojimą, akcentas gali būti skirtas prevencijai, o ne gydymui; tokie skirtumai valstybių praktikoje gali turėti įtakos ataskaitose pateikiamiems skaičiams ir iš dalies paaiškinti, kodėl kai kurios didelio paplitimo šalys nurodo gana nedidelius gydymo nuo kanapių vartojimo skaičius.

Atsakas į kanapių vartojimo problemas

Į duomenis apie gydymą nuo kanapių vartojimo reikia žiūrėti atsižvelgiant į tai, ką reiškia gydymas nuo kanapių vartojimo

Europoje, nes šiuo metu toks gydymas apima labai plačias priemones, pradedant trumpomis intervencijomis ir baigiant gydymu stacionare. Kai kuriose programose vienodas dėmesys skiriamas prevencijai bei žalos mažinimui ir dėl narkotiko vartojimo atsiradusių sutrikimų gydymui.

Visose programose pripažįstama su rizika susiduriančių asmenų nustatymo ir ankstyvos intervencijos svarba. Kanapių vartojimą tarp mokinių pirmiausiai gali pastebėti mokyimo personalas. Vokietija, Italija ir Lenkija turi sukūrusios mokytojams programas, kurios jiems padeda reaguoti į kanapių vartojimą ir atitinkamais atvejais ieškoti specialistų pagalbos.

Apie gydymo nuo kanapių vartojimo praktiką nėra daug informacijos, tyrimų šioje srityje nedaug ir jie daugiausia pagrįsti Amerikos ir Australijos patirtimi. Europoje dažniausiai taikomi gydymo nuo kanapių vartojimo būdai yra šie: trumpalaikės ambulatorinės paslaugos, konsultacijos, mokyklų programos ir kontaktinė prevencijos veikla. Dažniausiai intervencijos yra trumpalaikės, jų metu motyvaciniai pokalbiai derinami su pažintiniais ir elgsenos elementais. Nors nėra visuotinai sutariama, kokie metodai yra veiksmingi, kai kurie tyrimai rodo, kad būtent tokie metodai gali būti naudingi. Viena šios srities Europos iniciatyvų – INCANT projektas, kuriame bendradarbiauja Belgija, Prancūzija, Vokietija, Nyderlandai ir Šveicarija, tirdamos daugiadimensinės šeimos terapijos (angl. *multidimensional family therapy*, MDFT) veiksmingumą kanapių vartotojams. Gavus teigiamus bandomojo etapo vertinimo rezultatus (Rigter, 2005), šis projektas plečiamas ir vykdomas daugelyje vietų kaip atsitiktinė atranka pagrįstas kontroliuojamas tyrimas, kurio metu MDFT taikymas susirgimams dėl kanapių vartojimo prilyginamas standartiniam gydymui.

Apie kanapės vartojančių narkomanų gydymui skirtą specializuotą įstaigų buvimą praneša tik 13 valstybių narių, tai rodo, kad kanapių vartotojams taikomos bendrosios kovos su narkotikais programos arba jais rūpinasi bendrosios sveikatos priežiūros ir jaunimui skirtos tarnybos. Buvo pareikšta nuomonių, kad jaunos kanapių vartotojus netiktų gydyti bendro pobūdžio narkomanams skirtose tarnybose, nes tokiu atveju pacientai susiduria su senesniais ir kitus narkotikus vartojančiais narkomanais. Nors neaišku, kokio masto problemų tai kelia, į šį klausimą svarbu atsižvelgti planuojant šios srities paslaugas.

Prancūzija yra viena tų šalių, kurios teikia specializuotas paslaugas kanapių vartotojams: 2005 m. joje buvo įsteigta 250 tokių specialių konsultacinių centrų. Šiuose centruose dabar apsilanko apie 2 900 klientų per mėnesį, trečdalis jų

⁽⁴⁷⁾ Žr. TDI-13 ir TDI-14 lenteles ir TDI-21 lentelę ((i dalį) ir (ii dalį)) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁸⁾ Žr. TDI-10 lentelę ((i dalį), (ii dalį) ir (ix dalį)) 2007, 2006 ir 2005 m. statistikos biuleteniuse.

⁽⁴⁹⁾ Žr. TDI-18 lentelę ((iii dalį) ir (iv dalį)) 2007 m. statistikos biuletenyje.

(31 %) ateina patys arba siūsti trečiojo asmens (31 %) ir tik truputį daugiau nei trečdalis atsiunčiamas teismo sprendimu (38 %). Tarp kitų specialių kanapių vartotojams skirtų gydymo programų galima nurodyti Marijos jaunimo centrą Švedijoje, kuris jauniems narkomanams turi konsultavimo programą, po kurios taiko palaikomąją programą. Vokietijoje Drezdeno ambulatorinio gydymo tyrimų departamentas yra sukūręs ir nuo 2006 m. sausio mėn. taiko moduliais pagrįstą terapiją, skirtą gydyti paauglių susirgimus dėl kanapių vartojimo (*Candis*).

Pusiau priverstinės intervencijos

Nepaisant to, kad su baudžiamaisiais įstatymais susidūrę kanapes vartojantys asmenys vis dažniau siunčiami ne į bausmės atlikimo vietas, o į gydymo ir konsultavimo įstaigas, tokių mechanizmų buvimas ir struktūra Europoje yra labai skirtinga, ir tik nedaugelis šalių (Vokietija, Prancūzija, Liuksemburgas, Austrija, Švedija) nurodo turinčios struktūrinės programos arba paslaugos.

Teismo atsiųstiems kanapių vartotojams gydymas nėra vienintelė taikoma priemonė. Kai kuriose šalyse atsitiktiniams kanapių vartotojams rengiami intensyvūs kursai, pavyzdžiui, Vokietija, Austrija ir Liuksemburgas nurodo siūlančios kursus, kuriais siekiama pakeisti vartotojų požiūrį į kanapes ir vartojimo būdus⁽⁵⁰⁾.

Narkotikų vartojimas tarp nepilnamečių, ENNSC 2007 m. pasirinkti klausimai

Pasirinktame klausime apie nepilnamečių europiečių (jaunesnių nei 15 metų) narkotikų vartojimą nustatyta, kad narkotikų vartojimo paplitimas šioje amžiaus grupėje nedidelis ir daugiausia tai tik eksperimentavimas. Reguliarus narkotikų vartojimas tarp labai jaunų asmenų – retas ir pasitaiko tik tarp labai problemiškos gyventojų dalies.

Į narkotikų vartojimą tarp jaunesnių kaip 15 metų asmenų pirmiausia reaguojama taikant prevencijos ir ankstyvos

Naujos ryšių strategijos kontaktams su kanapių vartotojais palaikyti

Europoje yra novatoriškų programų, kuriomis bandoma panaudoti naujas ryšių priemones kontaktams su kanapių vartotojais palaikyti. Kai kuriose šalyse (Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje) sukurtos trumpos internetinės intervencijos, kurios padeda kanapių vartotojams įvertinti, kaip jie vartoja kanapes, ir patiems nustatyti problemas. Vienas tokių metodų pavyzdys – Vokietijos programa „Mesk tą mėšlą“⁽⁵¹⁾, kuri siūlo paramą vartotojams, norintiems mesti vartoti kanapes. Programos vertinime nustatyta, kad šia paslauga pasinaudoję asmenys sumažino ir kanapių vartojimo kiekius, ir dažnumą.

Danijoje vykdomas jauniems kanapių vartotojams skirtas anoniminės paramos ir konsultavimo projektas SMASH, kuriuo siekiama mažinti kanapių žalingą poveikį ir teikti informaciją bei paramą, kuri padėtų jiems nustoti rūkyti kanapes⁽⁵²⁾. Projektas pagrįstas dviejų SMS paketų prenumerata. Pirmasis iš jų (angl. *hashfacts*) teikia faktinę informaciją apie kanapių vartojimą, o antrasis teikia paramą ir motyvaciją tiems, kurie bando nustoti vartoti šį narkotiką. Jaunimas taip pat gali gauti asmeninę pagalbą tekstinėmis žinutėmis, kuriomis siekiama jiems padėti nustoti vartoti kanapes ar jų vartoti mažiau. Panaši paslauga yra Airijoje, nors ji akcentuoja informacijos platinimą.

intervencijos strategijas. Pagal pasirinkto klausimo duomenis Europoje nuo narkotikų vartojimo gydosi apie 4 000 labai jaunų žmonių. Specialiai tokių jaunų žmonių poreikiams pritaikytas gydymas – išimtis, bet dauguma Europos šalių pripažįsta tokių programų reikalingumą.

Pasirinktame klausime taip pat nagrinėjama, kaip Europos visuomenės sveikatos politikoje atsispindi teisėtų ir neteisėtų psichoaktyvių medžiagų vartojimo jauname amžiuje ryšys su priklausomybe nuo medžiagų vyresniame amžiuje.

Su šiuo pasirinktu klausimu galima susipažinti spaudiniuose ir internete (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) tik anglų kalba.

⁽⁵⁰⁾ <http://www.projekt-fred.de>

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



4 skyrius

Amfetaminai, ekstazis ir LSD

Daugelyje Europos šalių antroji dažniausiai vartojama neteisėta medžiaga – tam tikro pavidalo sintetiniu būdu pagamintas narkotikas, nors Europos mastu šiuo metu yra daugiau kokaino vartotojų. Šių medžiagų vartojimas tarp visų gyventojų paprastai nedidelis, bet paplitimo procentas tarp jaunesnio amžiaus grupių yra daug didesnis, o kai kuriose socialinėse aplinkose arba kai kurių kultūrų grupėse šių narkotikų vartojimas gali būti ypač didelis. Pasaulio mastu amfetaminai (amfetaminas ir metamfetaminas) bei ekstazis yra labiausiai paplitę neteisėti sintetiniai narkotikai.

Amfetaminas ir metamfetaminas yra centrinės nervų sistemos stimulantai. Iš jų amfetaminas yra daug įprastesnis Europoje, tačiau atrodo, kad dideli metamfetamino kiekiai vartojami tik Čekijoje ir Slovakijoje.

Amfetaminas ir metamfetaminas: panašumai ir skirtumai

Neteisėtų narkotikų rinkoje pagrindiniai amfetaminų grupės atstovai – amfetaminas ir metamfetaminas (ir jų druskos); tai dvi labai giminingos sintetinės medžiagos, priklausančios fenetilaminų šeimai. Abi medžiagos yra centrinės nervų sistemos stimulantai; jos turi tą patį veikimo mechanizmą, poveikį elgesiui, toleranciją, ilgo (lėtinio) vartojimo arba nutraukimo pasekmes. Amfetaminas yra ne toks stiprus kaip metamfetaminas, bet nekontroliuojamais atvejais jų poveikį atskirti sunku.

Amfetamino ir metamfetamino produktai daugiausia gaunami miltelių pavidalu, bet vartojamas taip pat „ledas“, t. y. metamfetamino hidrochlorido druskos kristalai. Ant tablečių, turinčių sudėtyje amfetamino arba metamfetamino, gali būti panašus logotipas kaip ir ant MDMA ar kitų ekstazio tablečių.

Priklausomai nuo fizinio pavidalo amfetaminas ir metamfetaminas gali būti vartojamas per burną, šniaukščiamas, įkvepiamas ar retesniais atvejais švirškščiamas. Skirtingai nuo amfetamino sulfato druskos, metamfetamino hidrochloridas, ypač kristaliniu pavidalu (ledas), yra pakankamai lakus rūkymui.

Šaltinis: ENNSC narkotikų charakteristikos (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ekstaziu vadinamos sintetinės medžiagos, kurios chemiškai yra giminingos amfetaminams, bet jų poveikis yra šiek tiek skirtingas. Geriausiai žinomas ekstazio grupės narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randami ir kiti analogai (MDA, MDEA). Ekstazio vartojimo paplitimas ES didėja nuo XX a. dešimtojo dešimtmečio.

Praeityje lizergo rūgšties dietilamidas (LSD) buvo geriausiai žinomas haliucinogeninis narkotikas, bet bendras jo vartojimo lygis buvo neaukštas ir ilgai išliko be didesnių pakitimų. Pastaruoju metu atsirado faktų, rodančių, kad rinkoje gausėja ir vis daugiau vartojama gamtinių haliucinogeninių medžiagų, ypač haliucinogeninių grybų.

Pasiūla ir prieinamumas ⁽⁵³⁾

Amfetaminas

2005 m. pagaminto amfetamino kiekis pasaulyje buvo vertinamas 88 tonomis (UNODC, 2007). Nors neteisėta jo gamyba išplito į kitas pasaulio šalis, ji vis dar sutelkta Vakarų ir Vidurio Europoje. 2005 m. neteisėtą amfetaminą gaminančios laboratorijos buvo sunaikintos Belgijoje, Bulgarijoje, Vokietijoje, Estijoje, Lietuvoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje. Nurodoma, kad daugiausia Europoje konfiskuoto amfetamino yra pagaminta Belgijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje, mažiau – Estijoje ir Lietuvoje.

2005 m. pasaulyje konfiskuota 12,9 tonos amfetamino, daugiausia dviejuose regionuose: Vakarų ir Vidurio Europoje ir Rytų bei Pietryčių Azijoje.

Europoje 2005 m. buvo 40 300 amfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota 6,6 tonos. Iki 2004 m. Jungtinėje Karalystėje nuolat įvykdavo daugiausia amfetamino konfiskavimo atvejų ir buvo konfiskuojami didžiausi kiekiai Europoje. Nepaisant kai kurių svyravimų Europos lygmeniu, bendras amfetamino konfiskavimo atvejų skaičius ir konfiskuoti kiekiai didėja nuo 2000 m. ⁽⁵⁴⁾. Tačiau 2005 m.

⁽⁵³⁾ Informaciją apie konfiskavimo atvejų ir kitų rinkos duomenų interpretavimą žr. p. 37. 2005 m. duomenų apie amfetamino, ekstazio ir LSD konfiskavimo atvejus ir konfiskuotus kiekius yra gauta ne iš visų šalių; daugiau informacijos žr. 2007 m. statistikos biuletenyje pateiktose lentelėse.

⁽⁵⁴⁾ Žr. SZR-11 ir SZR-12 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Tarptautiniai kovos su narkotikų prekursorių gamyba ir neteisėtu naudojimu veiksmai

Vykdomos kelios tarptautinės iniciatyvos, kuriomis siekiama užkirsti kelią teisėtam prekursorių cheminių medžiagų naudojimui neteisėtų narkotikų gamybai: Projekto „Sanglauda“ (angl. „Cohesion“) objektas – kalio permanganatas (vartojamas kokaino gamyboje) ir acetanhidridas (vartojamas heroino gamyboje). Projekto „Prizmė“ („Prism“) objektas – sintetinių narkotikų prekursoriai ⁽¹⁾. Visi toliau pateikti duomenys paimti iš INCB ataskaitos apie prekursorius (INCB, 2007b).

2005 m. pasaulyje buvo konfiskuoti didžiausi kalio permanganato kiekiai, kurie tik yra kada nors buvę pranešti INCB: 16 šalių konfiskavo 183 tonas, ir beveik visos jos buvo konfiskuotos ne Europoje.

Iš 22 400 litrų visame pasaulyje konfiskuoto acetanhidrido 2005 m. Europoje buvo konfiskuota tik maža dalis.

2005 m. INCB gavo informaciją apie 41 toną konfiskuoto efedrino ir pseudoefedrino, kurie yra pagrindiniai metamfetamino prekursoriai, daugumą jų konfiskavo Kinija, o ES valstybės narės (daugiausia Graikija, Bulgarija, Rumunija ir Čekija) kartu su Rusijos Federacija konfiskavo 1,7 tonos.

2005 m. pasaulyje konfiskuoti kiekiai 1-fenil-2-propanono (P-2-P), kuris naudojamas neteisėtoje metamfetamino ir amfetamino gamyboje, siekė 2 900 litrų, Europoje buvo konfiskuota 1 700 litrų (daugiausia Vokietijoje ir Nyderlanduose).

2005 m. Europai priklausanti viso konfiskuoto 3,4-metilenedioksifenil-2-propanono (3,4-MDP-2-P), naudojamo MDMA gamyboje, dalis sumažėjo iki 38 % (iš viso 5 100 litrų, daugiausia Prancūzijoje ir Nyderlanduose). Dažnėjantys 3,4-MDP-2-P konfiskavimo atvejai kituose regionuose rodo, kad MDMA neteisėta gamyba plinta už Europos ribų.

⁽¹⁾ Visi įrašyti į 1988 m. Jungtinių Tautų konvencijos I lentelę.

dauguma ataskaitas pateikusių šalių užregistravo amfetamino konfiskavimo atvejų mažėjimo tendenciją. Šią mažėjimo tendenciją dar reikia patvirtinti, kai bus gauti 2005 m. Jungtinės Karalystės duomenys.

2005 m. vidutinė arba būdinga mažmeninė amfetamino kaina svyravo nuo 7 EUR iki 37,5 EUR už gramą; dauguma Europos šalių nurodė, kad amfetamino kaina už gramą laikėsi

nuo 10 iki 20 EUR ⁽⁵⁵⁾. 2000–2005 m. vidutinės amfetamino kainos, koregavus jas pagal infliaciją, sumažėjo daugumoje tų 17 šalių, kurios pateikė pakankamus duomenis.

2005 m. vidutinis arba būdingas amfetamino mažmeninėje prekyboje grynumas buvo labai įvairus, bet dauguma Europos šalių jį svyravo nuo 15 % iki 50 % ⁽⁵⁶⁾.

Metamfetaminas

2005 m. pasaulyje pagaminto metamfetamino kiekis vertinamas 278 tonomis. Jis daugiausia gaminamas Rytų ir Pietryčių Azijoje bei Šiaurės Amerikoje. Europoje neteisėta metamfetamino gamyba daugiausia apsiriboja Čekija (vietiniu „pervitino“ pavadinimu), nors jo gamybos atvejų taip pat pasitaiko Lietuvoje, Moldovoje ir Slovakijoje (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

2005 m. apytikriai skaičiavimu konfiskuoto metamfetamino kiekiai visame pasaulyje išaugo iki 17,1 tonos, pusė to kiekio konfiskuota Rytų ir Pietryčių Azijoje (Kinijoje, Tailande), o trečdalis Šiaurės Amerikoje (Jungtinėse Amerikos Valstijose). Tais pačiais metais 15 Europos šalių įvyko 2 200 konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuota apie 104 kg metamfetamino ⁽⁵⁷⁾. Norvegijoje ir Švedijoje metamfetamino konfiskavimo atvejų įvyko daugiausia ir konfiskuoti didžiausi jo kiekiai.

2005 m. vidutinė arba būdinga mažmeninė metamfetamino kaina (apie kurią pranešė tik keletas šalių) buvo įvairi: nuo 5 EUR iki 35 EUR už gramą. Dauguma šalių nurodė, kad vidutinis arba būdingas metamfetamino grynumas mažmeninėje prekyboje svyravo nuo 30 % iki 65 % ⁽⁵⁸⁾.

Ekstazis

2005 m. pasaulyje pagaminto ekstazio kiekis buvo vertinamas 113 tonų (UNODC, 2007). Europa ir toliau lieka ekstazio gamybos centras, nors jos svarba, atrodo, mažėja, nes ekstazio gamyba išsiplėtė į kitas pasaulio dalis, visų pirma į Šiaurės Ameriką, Rytų ir Pietryčių Aziją ir Okeaniją (CND, 2006; UNODC, 2006). Europoje ekstazis gaminamas daugiausia Nyderlanduose (nors yra požymių, kad čia jo gamyba mažėja), antrą vietą užima Belgija. 2005 m. Europoje konfiskuotas ekstazis buvo pagamintas dažniausiai būtent šiose dviejose šalyse, mažiau konfiskuoto ekstazio buvo pagaminta Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

⁽⁵⁵⁾ Žr. PPP-4 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁶⁾ Žr. PPP-8 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje. Reikia pastebėti, kad ataskaitose nurodytas vidutinis amfetamino grynumas gali labai skirtis nuo analizuotų mėginių grynumo.

⁽⁵⁷⁾ Kadangi 2005 m. Jungtinės Karalystės duomenų nebuvo, apskaičiuojant naudotasi 2004 m. duomenimis. Žr. SZR-17 ir SZR-18 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁸⁾ Žr. PPP-4 ir PPP-8 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

2005 m. didžioji dalis apytikriai 5,3 tonos viso konfiskuoto ekstazio pasaulyje buvo konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje (38 %), po to Okeanijoje (27 %) ir Šiaurės Amerikoje (20 %).

2005 m. Europoje per visus 26 500 konfiskavimo atvejų buvo konfiskuota 16,3 mln. ekstazio tablečių⁽⁵⁹⁾. Didžiausi konfiskuoti ekstazio kiekiai išliko Jungtinėje Karalystėje, Belgijoje, Nyderlanduose ir Vokietijoje. Po 2001 m. buvusio didžiausio konfiskavimo atvejų skaičiaus, jų vėl Europoje ėmė gausėti nuo 2003 m. Nuo 2000 m. iki 2004 m. kasmet būdavo konfiskuojama apie 20 mln. tablečių per metus. Tačiau 2005 m. turimi duomenys rodo, kad daugumoje šalių ekstazio konfiskuojama mažiau. Šią mažėjimo tendenciją dar reikia patvirtinti, kai bus gauti 2005 m. Jungtinės Karalystės duomenys.

2005 m. vidutinė arba būdinga mažmeninė ekstazio tablečių kaina svyravo nuo mažiau 3 EUR už tabletę iki 15 EUR⁽⁶⁰⁾. 2000–2005 m. vidutinės mažmeninės ekstazio kainos, koregavus jas pagal infliaciją, sumažėjo beveik visose šalyse, t. y. 21 šalyje, iš kurių gauta pakankamai duomenų.

2005 m. Europoje daugumos ekstazio tablečių sudėtyje buvo MDMA arba kitos į ekstazį panašios medžiagos (MDEA, MDA), ir paprastai tai būdavo vienintelė psichoaktyvioji medžiaga. Dešimtyje valstybių narių tokios tabletės sudarė daugiau kaip 80 % visų tirtų tablečių. Yra ir kai kurių išimčių: Slovėnijoje kartu su amfetaminu ir (arba) metamfetaminu dažniau aptinkama MDMA/MDEA/MDA; tuo tarpu Lenkijoje tirtose tabletėse dažniau nustatoma viena psichoaktyvioji medžiaga – amfetaminas ir (arba) metamfetaminas. Iš skirtingų partijų (net su tuo pačiu logotipu) paimtų ekstazio tablečių sudėtyje aptinkamas MDMA kiekis yra labai skirtingas įvairiose šalyse ir net toje pačioje šalyje. 2005 m. ataskaitas pateikusiose šalyse vidutinis arba būdingas MDMA kiekis vienoje ekstazio tabletėje svyravo nuo 2 iki 130 mg, nors daugumoje šalių vidutiniškai vienoje tabletėje buvo nuo 30 iki 80 mg MDMA.

LSD

Po kelerių metų mažėjimo LSD konfiskavimo atvejų skaičius ir konfiskuojami kiekiai vėl ėmė augti nuo 2003 m.⁽⁶¹⁾ Nors LSD gaminama ir neteisėtai parduodama mažiau

nei kitų sintetinių narkotikų, 2005 m. Europoje buvo 800 jo konfiskavimo atvejų, kurių metu buvo konfiskuoti 850 000 LSD vienetai; Nyderlanduose konfiskuoti kiekiai sudarė apie 75 % viso bendro konfiskuoto kiekio. Vartotojams LSD vienetas vidutiniškai kainavo nuo 4 EUR iki 30 EUR⁽⁶²⁾.

Paplitimas ir vartojimo būdai tarp visų gyventojų ir jaunimo

Pastaruoju metu ekstazis yra dažniausiai vartojamas sintetinis narkotikas 17 Europos šalių, o amfetaminas – devyniose šalyse⁽⁶³⁾. Amfetamino vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas yra didesnis, nes ekstazis neteisėtoje Europos narkotikų rinkoje atsirado vėliau. Mokyklų apklausų duomenys rodo, kad ekstazio, amfetamino ir psichotropinių narkotikų, išskyrus kanapes, vartojimas būdingas tik nedidelėms grupelėms. Pavyzdžiui, mokiniai, kurie yra bandę ekstazį, 20 kartų dažniau nurodo vartoję kokainą ir haliucinogeninius narkotikus negu visi kiti mokiniai⁽⁶⁴⁾ ir apie penkis kartus dažniau už mokinius, kurie kada nors yra bandę kanapių.

Tik labai nedaugelis ES valstybių narių pasižymi dideliu amfetaminų ir ekstazio vartojimu – tai Čekija, Estija ir Jungtinė Karalystė, mažesniu mastu Latvija ir Nyderlandai.

Amfetaminai

Naujausiose suaugusiųjų gyventojų apklausose nurodoma, kad amfetaminų vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas Europoje sudaro nuo 0,1 % iki 3,6 % visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus), išskyrus Daniją (6,9 %) ir Jungtinę Karalystę (Angliją ir Velsą), kur šis paplitimas siekia 11,5 % (šis didesnis procentas atspindi didesnį vartojimo paplitimą praeityje, o vartojimo dabartiniu metu paplitimas yra panašus kaip ir kitose šalyse). Didelis amfetaminų vartojimo paplitimas taip pat yra Norvegijoje (3,6 %), Vokietijoje ir Ispanijoje (3,4 %). Vidutiniškai beveik 3,5 % visų suaugusių europiečių yra bent kartą bandę amfetaminų⁽⁶⁵⁾. Bandžusių amfetaminų per pastaruosius metus yra daug mažiau: vidutiniškai 0,7 % (svyruoja nuo 0 iki 1,3 %). Bendrosios populiacijos apklausų duomenys rodo, kad amfetaminų yra bandę apytiksliai 11 mln. žmonių, o apie 2 mln. europiečių yra vartoję šį narkotiką per pastaruosius metus.

⁽⁵⁹⁾ Žr. SZR-13 ir SZR-14 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁰⁾ Žr. PPP-4 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶¹⁾ Žr. SZR-15 ir SZR-16 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

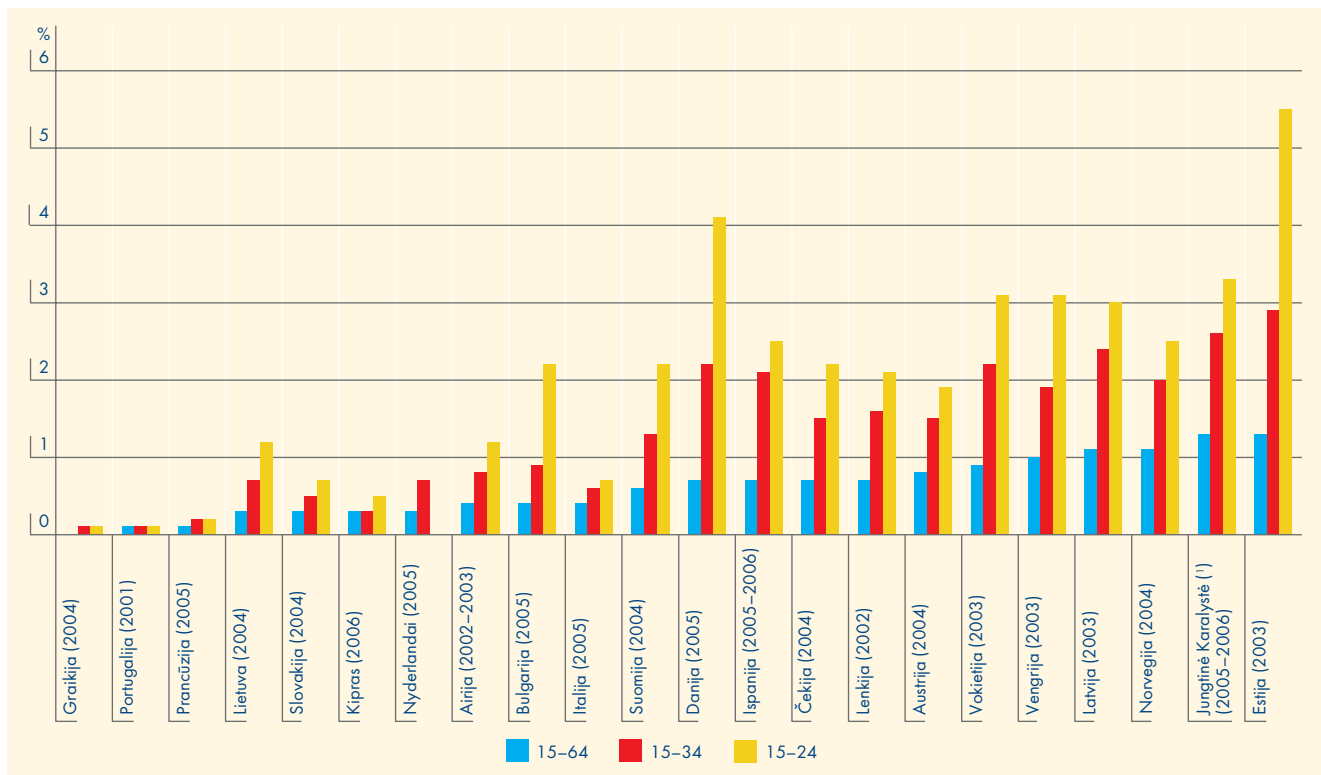
⁽⁶²⁾ Žr. PPP-4 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶³⁾ Apklausų duomenyse apie „amfetamino vartojimą“ amfetaminas ir metamfetaminas dažnai neskiriami, nors paprastai tokie duomenys yra susiję su amfetamino (sulfato arba deksamfetamino) vartojimu, nes metamfetamino vartojimas nėra populiarus.

⁽⁶⁴⁾ Žr. EYE-1 paveikslėlį (iv dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁵⁾ Skaičių išvedimo metodiką žr. ⁽²⁰⁾ išnašoje.

5 paveikslėlis. Amfetaminų vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų) ir jaunų suaugusiųjų (15–34 ir 15–24 metų)



(*) Anglija ir Velsas.

NB: Ataskaitos duomenys paimti iš naujausių kiekvienoje šalyje atliktų nacionalinių apklausų. Šalys išdėstomos pagal bendrą paplitimą tarp visų suaugusiųjų. Daugiau informacijos žr. GPS-10, GPS-11 ir GPS-18 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Reitox national reports (2006), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) amfetaminų bent kartą gyvenime yra vartoję 0,2–16,8 %, nors atskyrus Jungtinės Karalystės (Anglijos ir Velso) (16,8 %) ir Danijos (12,7 %) duomenis, amfetaminus vartojusių procentas svyruoja nuo 0,2 % iki 5,9 %⁽⁶⁶⁾. Pusėje duomenis pateikusių šalių paplitimo procentas nesiekia 4 %, po Jungtinės Karalystės ir Danijos didžiausius paplitimo procentus nurodo Norvegija (5,9 %), Vokietija (5,4 %) ir Latvija (5,3 %). Vidutiniškai 5,1 % jaunų suaugusių europiečių yra bandę amfetaminų⁽⁶⁷⁾. Vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje amžiaus grupėje svyruoja nuo 0,1 % iki 2,9 %, didžiausius paplitimo procentus nurodo Estija (2,9 %), Jungtinė Karalystė (2,6 %) ir Latvija (2,4 %) (5 pav.). Pažymėtina, kad, apsiribojant tik vartojimo per pastaruosius metus paplitimu, Jungtinės Karalystės ir Danijos skaičiai yra labiau panašūs į kitų šalių skaičius. Apskaičiuota, kad vidutiniškai 1,5 % jaunų suaugusių europiečių yra vartoję amfetaminus per pastaruosius metus.

Apie probleminį amfetamino vartojimą (kuris apibūdinamas kaip švirkštiamasis arba ilgalaikis ir

(arba) reguliarus vartojimas) naujausius duomenis gali pateikti tik Suomija: 2002 m. duomenimis joje buvo nuo 10 900 iki 18 500 amfetaminą vartojančių narkomanų (3,1–5,3 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), t. y. tris kartus daugiau nei opioidus vartojančių narkomanų.

Metamfetaminas

Atrodo, kad metamfetamino vartojimas Europoje yra ribotas, priešingai jo populiarumui tarptautiniu mastu, kur metamfetamino vartojimas pastaraisiais metais auga. Tačiau Europos šalys yra susirūpinusios galimu šio narkotiko vartojimo augimu valstybėse narėse, ir tai skatina imtis kai kurių atsargos priemonių, pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje nutarta metamfetaminą priskirti pavojingiausiems narkotikams (A klasei).

Praeityje Europoje metamfetaminas intensyviausiai buvo vartojamas Čekijoje ir tam tikru mastu Slovakijoje. Remdamosi naujausiais vertinimais, metamfetaminą

⁽⁶⁶⁾ Žr. GPS-9 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁷⁾ Žr. GPS-18 paveikslėlį (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

vartojančių narkomanų buvimą nurodo dvi šalys (Čekija ir Slovakija). Manoma, kad 2005 m. Čekijoje buvo 18 400–24 000 metamfetamino vartotojų (2,5–3,2 metamfetamino vartotojo 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), beveik dvigubai daugiau nei opioidų vartotojų, o Slovakija nurodė 6 000–14 000 metamfetamino vartotojų (1,5–3,7 atvejo iš 1 000 15–64 metų amžiaus asmenų), t. y. šiek tiek mažiau nei opioidų vartotojų. Metamfetaminas dabar yra dažniausias pagrindinis narkotikas, dėl kurio pirmą kartą kreipiamasi gydymo Slovakijoje; aukštas metamfetamino vartojimo lygis nurodomas tarp kai kurių Vengrijos gyventojų pogrupių.

Kitose Europos dalyse didesnio metamfetamino vartojimo nepastebėta. Čia reikia įspėti apie du svarbius dalykus: daugumoje apklausų negalima atskirti metamfetamino ir amfetamino vartojimo, ir, antra, pasitaiko atvejų, kai metamfetamino randama paroduodamose ekstazijos tabletėse, todėl jis gali būti vartojamas to nežinant⁽⁶⁸⁾.

Ekstazis

Ekstazijos yra bandę 0,3–7,2 % visų suaugusių europiečių. Pusė šalių nurodo, jog vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas siekia 2,5 % ar dar mažiau, didžiausius procentus pateikia Jungtinė Karalystė (7,2 %), Čekija (7,1 %), Ispanija (4,4 %) ir Nyderlandai (4,3 %). Ekstazijos vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp suaugusiųjų svyruoja nuo 0,2 % iki 3,5 %, didžiausius procentus nurodo Čekija (3,5 %), Estija (1,7 %) ir Jungtinė Karalystė (1,6 %), nors pusėje šalių paplitimo procentas siekia tik 0,5 % ar dar mažiau. Manoma, kad ekstazijos yra bandę vartoti beveik 9,5 mln. europiečių (vidutiniškai 3 %), o beveik 3 mln. jų vartojo per pastaruosius metus.

Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) ekstazijos vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,5 % iki 14,6 %, didžiausią procentą nurodo Čekija (14,6 %), Jungtinė Karalystė (13,3 %) ir Nyderlandai (8,1 %)⁽⁶⁹⁾. Vidutiniškai virš 5 % jaunų suaugusių europiečių yra bandę ekstazijos.

15–24 metų asmenų ekstazijos vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,4 % iki 18,7 %, didžiausią procentą nurodo Čekija (18,7 %), Jungtinė Karalystė (10,4 %) ir Vengrija (7,9 %)⁽⁷⁰⁾. Vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje amžiaus grupėje svyruoja nuo 0,3 % iki

12 %, didžiausią paplitimo procentą nurodo Čekija (12,0 %) ir Estija (6,1 %) (6 pav.).

15–24 metų amžiaus grupėje ekstazijos vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas yra didesnis tarp vyrų (0,3–23,2 %) nei tarp moterų (0,3–13,9 %). Naujausiose mokyklų apklausose nurodoma, kad ekstazijos vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas padidėjo tiek tarp berniukų, tiek tarp mergaičių, nors su amžiumi skirtumas tarp šių dviejų grupių didėja. Jaunimo grupėse, tarp kurių yra tik nedidelis amžiaus skirtumas, gali labai skirtis ekstazijos vartojimo paplitimas, pavyzdžiui, 16 šalių duomenys rodo, kad, palyginti su jaunesnių mokinių grupėmis, ekstazijos vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp septyniolikmečių ir aštuoniolikmečių daugeliu atvejų yra daug didesnis⁽⁷¹⁾.

LSD

LSD vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp suaugusiųjų svyruoja nuo 0,2 % iki 5,5 %; du trečdaliai šalių nurodo, kad tokio vartojimo paplitimas svyruoja nuo 0,4 % iki 1,7 %. Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) LSD vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,3 % iki 7,6 %, o 15–24 metų grupėje nuo 0 iki 4,2 %. Šio narkotiko vartojimo per pastaruosius metus paplitimas nedidelis, o 15–24 metų grupėje jis siekia daugiau kaip 1 % tik septyniose šalyse (Bulgarijoje, Čekijoje, Estijoje, Italijoje, Latvijoje, Vengrijoje, Lenkijoje).

Tendencijos

Apskritai Europoje amfetamino ir ekstazijos vartojimas stabilizuojasi ir pastebimos netgi mažėjimo tendencijos. Amfetamino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) nuo 1996 m. labai sumažėjo Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse), mažiau – Daniijoje ir Čekijoje, o kitose šalyse paplitimo lygiai gana stabilūs, nors kartais nurodomas nedidelis padidėjimas⁽⁷²⁾.

Įvairesnis ekstazijos vartojimo vaizdas pastebimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)⁽⁷³⁾. Po visuotinio vartojimo augimo dešimtajame dešimtmetyje, pastaraisiais metais daugelis šalių, įskaitant dvi didelio paplitimo šalis – Ispaniją ir Jungtinę Karalystę – nurodo tam tikrą stabilizavimąsi ar net nedidelį sumažėjimą. Kai kuriose šalyse pastebimas paplitimo sumažėjimas 15–24 metų grupėje, bet jokio sumažėjimo

⁽⁶⁸⁾ Žr. skyrių „Amfetaminas ir metamfetaminas: panašumai ir skirtumai, p. 48.

⁽⁶⁹⁾ Žr. GPS-9 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

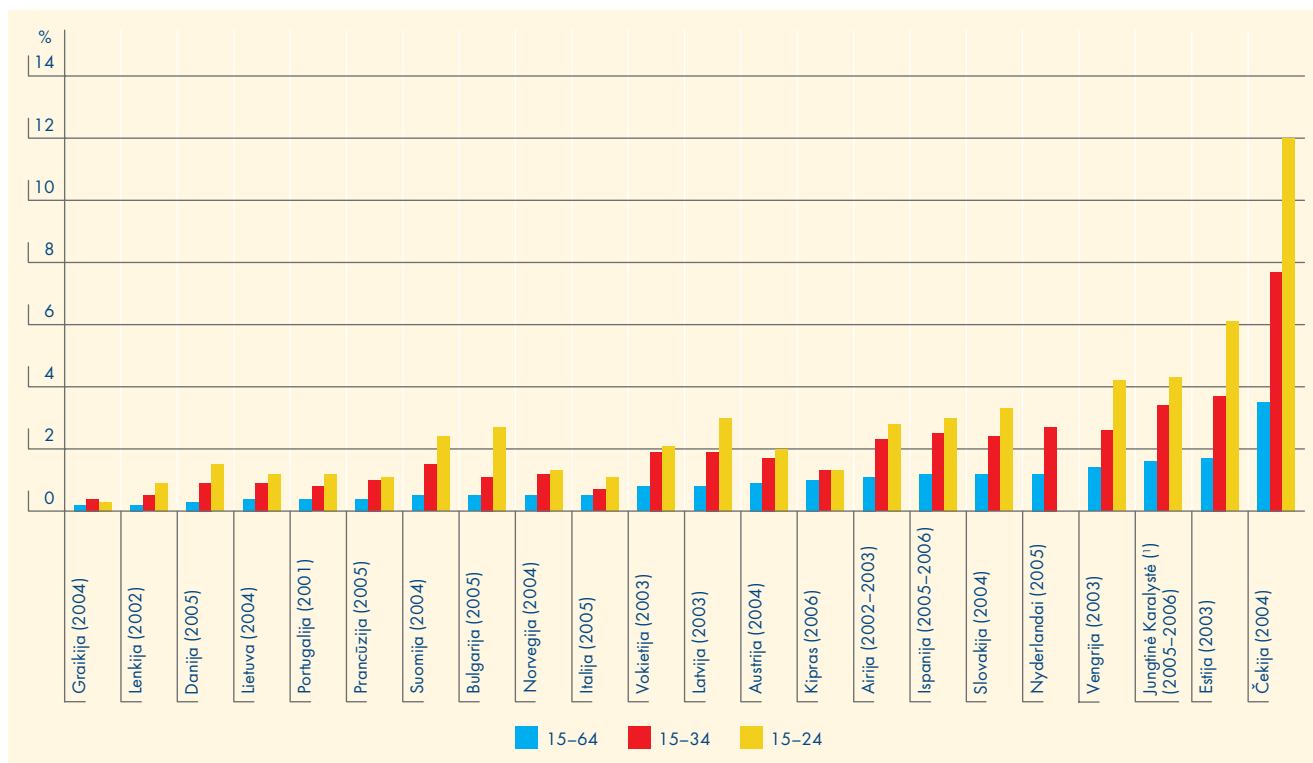
⁽⁷⁰⁾ Žr. GPS-22 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷¹⁾ Žr. EYE-1 paveikslėlį (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷²⁾ Žr. GPS-8 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷³⁾ Žr. GPS-21 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

6 paveikslėlis. Ekstazio vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų) ir jaunų suaugusiųjų (15–34 ir 15–24 metų)



(¹) Anglija ir Velsas.

NB: Ataskaitos duomenys paimti iš naujausių kiekvienoje šalyje atliktų nacionalinių apklausų. Šalys išdėstomos pagal bendrą paplitimą tarp visų suaugusiųjų. Daugiau informacijos žr. GPS-10, GPS-11 ir GPS-18 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: *Reitox national reports* (2006), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

nepastebima 15–34 metų grupėje (⁷⁴), tai rodo, kad šio narkotiko populiarumas jaunesnio amžiaus grupėse mažėja. Atsižvelgiant į kai kurių šalių (Ispanijos, Danijos, Jungtinės Karalystės) duomenis, kyla klausimas, ar amfetamino ir ekstazio nekeičia kitas pasirinkamas stimuliuojamasis narkotikas – kokainas (⁷⁵).

Naujausiose 2006 m. (Italijos, Lenkijos, Švedijos, Flandrijos Belgijoje) nacionalinėse ir regioninėse mokyklų apklausose nepastebėta jokio amfetaminų ir ekstazio vartojimo bent kartą gyvenime pokyčio ar sumažėjimo (⁷⁶).

Pasilinksminimo vietos

Narkotikų vartojimo pasilinksminimo vietose, kaip antai šokių renginiuose, tyrimai gali atskleisti naudingų duomenų apie nuolatos ir intensyviai stimuliuojamuosius narkotikus vartojančių asmenų elgesį. Tokiose vietose narkotikų paprastai vartojama daug, bet tokie kiekiai nebūdingi platesniam gyventojų ratui. Pavyzdžiui, apklausti asmenys tam tikrose pasirinktose šokių muzikos vietose nurodo

vartojantys didelius kiekius ekstazio, o amfetamino truputį mažiau, bet vis dėlto daug (⁷⁷).

Jungtinės Karalystės muzikos žurnalo „Mixmag“, kurį skaito nuolatiniai šokių klubų lankytojai, kasmetinėje skaitytųjų apklausoje nurodyta, kad laikotarpiu nuo 1999 m. iki 2003 m. daug ekstazio vartojančių asmenų (suvarojančių per vakarą daugiau kaip keturias tabletes) dalis padidėjo daugiau nei du kartus, nuo 16 % iki 36 % (*McCabrige et al.*, 2005). Nors apklaustųjų imties tipišku galima abejoti, duomenys patvirtina nuomonę, kad ekstazio tablečių kiekis, kurį suvartoja kai kurios asmenų grupės, padidėjo. Tai, kad patyrusios ekstazio vartotojų grupės didina suvartojamo ekstazio kiekį ir dažniau vartoja kelis narkotikus iš karto, nurodoma ir viename Jungtinės Karalystės interneto tyrime (*Scholey et al.*, 2004). Tačiau reikia pažymėti, kad pranešimai iš Amsterdamo rodo, jog 1998–2003 m. ekstazio vartojimas per pastaruosius metus ir per pastarąjį mėnesį sumažėjo 20 %, taip pat šiuo laikotarpiu sumažėjo vidutiniškai vienu metu suvartojamo ekstazio kiekiai (2005 m.

(⁷⁴) Žr. GPS-4 ir GPS-15 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

(⁷⁵) Žr. GPS-20 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(⁷⁶) Žr. EYE-4 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(⁷⁷) Žr. 2006 m. pasirinktą klausimą apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose.

„Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005 *Reitox national reports*). 2005 m. barų lankytojų Amsterdame apklausoje nurodyta, kad ekstazį baruose vartoja tik 3 % lankytojų.

Nors duomenų apie narkotikų ir alkoholio vartojimą kartu nėra daug, šokių muzikos vietose suvartojami alkoholio kiekiai kartu su stimuliuojamaisiais narkotikais yra pavojingi sveikatai ir kelia vis didesnį susirūpinimą.

Duomenys apie gydymo paklausą

Gydymo nuo amfetaminų ir ekstazio vartojimo paklausa yra gana nedidelė. Apskritai ši narkotikų vartojimo forma retai yra pagrindinė gydymosi priežastis daugumoje iš 21 šalies, kurios yra pateikusios duomenis ⁽⁷⁸⁾. Dažniausiai gydymo kreipiamasi dėl amfetaminų vartojimo, o dėl ekstazio vartojimo gydymo kreipiasi tik labai nedidelė pacientų dalis ⁽⁷⁹⁾.

Yra tik nedaug šalių, kuriose amfetaminų ir ekstazio vartotojai sudaro kiek reikšmingesnę pacientų dalį; šias šalis galima suskirstyti į tris grupes. Čekija ir Slovakija nurodo gana didelę dalį besigydančių pacientų nuo pagrindinio narkotiko – amfetamino (atitinkamai 58 % ir 24 % visų pacientų), dauguma jų vartoja metamfetaminą; Švedija, Suomija ir Latvija nurodo, kad nuo pagrindinio narkotiko – amfetaminų – gydytis pradeda apie trečdalis visų nuo narkotikų vartojimo besigydančių pacientų; Airija, Nyderlandai, Jungtinė Karalystė ir Prancūzija nurodo, kad nuo pagrindinio narkotiko – ekstazio – gydosi nuo 1 % iki 5 % pacientų ⁽⁸⁰⁾.

Visose šalyse, išskyrus Graikiją ir Švediją, naujų pacientų dalis, besikreipianti gydymo nuo pagrindinių narkotikų – amfetaminų ir ekstazio, yra didesnė nei visų klientų dalis, kuri gydosi nuo šių narkotikų vartojimo ⁽⁸¹⁾. Nors tai galima aiškinti įvairiai, duomenys atitinka tendencijas: nuo 1999 m. iki 2005 m. pirmą kartą besigydančių nuo pagrindinių narkotikų – amfetaminų ir ekstazio – pacientų pagausėjo daugiau nei 3 000, nuo 6 500 iki 10 000 ⁽⁸²⁾.

Klientų, besigydančių nuo stimulantų, išskyrus kokainą, vartojimo vidutinis amžius – apie 27 metai (26 metai pirmą kartą besikreipiančių gydymo), pirmą kartą narkotiką jie pavartoja būdami vidutiniškai 19 metų ⁽⁸³⁾. Ekstazio

pacientai, kaip ir kanapių vartotojai, sudaro jauniausią besigydančių asmenų grupę. Nyderlanduose tarp besigydančių nuo narkotikų vartojimo moterų didžiausią grupę sudaro moterys, vartojančios ekstazį. Moterų dalis tarp pacientų, besigydančių nuo amfetaminų vartojimo, yra didesnė nei tarp pacientų, besigydančių nuo kitų narkotikų vartojimo; didžiausia moterų dalis tarp ambulatorinių pacientų yra jauniausioje grupėje ⁽⁸⁴⁾.

Dėl amfetaminų vartojimo besigydančios pacientai šį narkotiką paprastai vartoja kartu su kitomis medžiagomis, dažniausiai kanapėmis ir alkoholiu, kai kuriose šalyse dažnai nurodoma, kad vartotojai juos švirkščiasi ⁽⁸⁵⁾. Čekija nurodo įdomų geografinį pasiskirstymą: ten daugiau vartotojų yra ne sostinėje, o kitose vietose; panaši padėtis nurodoma pranešimuose iš JAV, kur daugiau asmenų gydosi nuo metamfetamino ir amfetamino vartojimo ne dideliuose, bet mažuose miestuose (*Dasis*, 2006).

Reagavimas į narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose

Narkotikų prevencijos veikla

Apskritai prevencijos metoduose yra tam tikrų pasikeitimų: vis dažniau pripažįstama, kad požiūris į narkotikų vartojimą daugiausia formuoja gyvenimo būdas, ir labai svarbu keisti nuomonę, kad narkotikų vartojimas yra normalus ir priimtinas elgesys. Ši prevencijos metodą ypač svarbu taikyti tokiose vietose, kurios paprastai siejamos su narkotikų vartojimo kultūra. Didelis narkotikų vartojimo paplitimas pasilinksminimo vietose, kaip antai klubuose, baruose ir šokių renginiuose, reiškia, kad tai tinkamos vietos narkotikų paklausos mažinimo iniciatyvoms. Būtinybė toliau plėtoti prevencijos veiklą pasilinksminimo vietose nurodoma taip pat ES kovos su narkotikais plane (2005–2008 m.).

Vienas būdas – skleisti pasilinksminimo vietose informacinę medžiagą, skirtą prevencijai, o kartais ir žalos mažinimui. Tokia medžiaga paprastai parengiama prieinamu ir jaunimo kultūros tikslinei grupei artimu stiliumi, ją kartais platina mobiliosios kovos su narkotikais grupės. Užmezgdamos kontaktus su jaunimu, tokios grupės paprastai susilaiko nuo bet kokio smerkimo, tik nurodo, kad saugiausia – išvis

⁽⁷⁸⁾ Žr. TDI-2 paveikslėlį (ii dalį) ir TDI-5 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁹⁾ Žr. TDI-1 13 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁰⁾ Žr. TDI-5 paveikslėlį (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸¹⁾ Žr. TDI-4 lentelę (ii dalį) ir TDI-5 lentelę (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸²⁾ Žr. TDI-1 paveikslėlį (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸³⁾ Žr. TDI-10, TDI-11 ir TDI-102–TDI-109 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁴⁾ Žr. TDI-21 ir TDI-25 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁵⁾ Žr. TDI-4 lentelę, TDI-5 lentelę (ii dalį), TDI-24, TDI-1 16 ir TDI-1 17 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

nevertoti narkotikų, jos taip pat gali duoti patarimų, kaip sumažinti žalą (Belgija, Čekija, Portugalija, Austrija).

Vis daugiau valstybių narių ne tik teikia informaciją ir įtikinėja žmones nevertoti narkotikų, bet ir stengiasi kurti geresnes pasilinksminimo vietų reguliavimo priemones. Kai kuriomis tokiomis priemonėmis, pavyzdžiui, aiškiai skelbiamais renginiais be narkotikų, bandoma pakeisti kai kurių asmenų nuomonę, kad narkotikai padeda linksmintis. Daugelyje šalių (Belgijoje, Danijoje, Airijoje, Italijoje, Lietuvoje, Nyderlanduose, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Norvegijoje) savivaldybės siekia glaudesnių ryšių su pramogų pramone ir stengiasi mažinti galimybę gauti narkotikų šokių ir kitokiuose pasilinksminimuose ir taip mažinti riziką sveikatai. Pavyzdžiui, daugelyje šalių leidžiamos saugios klubų veiklos gairės, tokios kaip Jungtinėje Karalystėje ⁽⁸⁶⁾.

Dažniausiai į ekstazio, amfetamino ir psichotropinių narkotikų vartojimą reaguojama viešomis informacijos kampanijomis ir vis dažniau tam skiriami specialūs interneto puslapiai.

Prevencijos strategijos naudojasi internetu, nes taip lengva užmegzti kontaktus su jaunais žmonėmis, kurie vartoja ekstazį, amfetaminus ar kitus psichotropinius narkotikus arba kurie ketina tai daryti. Daugelyje valstybių narių per interneto puslapius yra teikiama informacija ir vykdoma prevencija, kuri skatina jaunimą kritiškai pamąstyti apie savo elgesį narkotikų atžvilgiu. Tokiuose puslapiuose teikiami patarimai, pavyzdžiui, apie tai, kaip linksintis „protingai“, apie saugų seksą, riziką kelyje, sveiką mitybą, grupinį turizmą ir teisinius klausimus (Belgija) ⁽⁸⁷⁾.

Gydymas nuo narkotikų vartojimo

Ekstazio, amfetaminų ir kitų psichotropinių narkotikų vartotojams gydymo paslaugos paprastai teikiamos gydymo nuo narkotikų vartojimo tarnybų, kurios aptarnauja narkomanus, arba specializuotų įstaigų, skirtų kokaino ir kitų stimuliuojamųjų narkotikų vartotojams. Daugiau informacijos apie gydymo paslaugas ES pateikiama 2 skyriuje ir 5 skyriuje.

⁽⁸⁶⁾ Žr. 2006 m. pasirinktą klausimą apie pasilinksminimo vietas.

⁽⁸⁷⁾ Nuorodas į kai kurias tinklavietes galima rasti adresu: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



5 skyrius

Kokainas ir krekas

Kadangi kokaino vartojimas padidėjo, šis narkotikas tampa viena svarbiausių problemų Europos kovos su narkotikais politikoje. Pripažįstant didėjančią šio klausimo svarbą, kokaino vartojimo būdai išsamiai aptariami 2007 m. pasirinktame klausime apie kokainą.

Pasiūla ir prieinamumas ⁽⁸⁸⁾

Gamyba ir neteisėta prekyba

Kokainas yra antrasis po kanapių narkotikas, kuriuo pasaulyje neteisėtai prekiaujama dažniausiai. 2005 m. kokaino konfiskuoti kiekiai pasaulyje ir toliau didėjo ir dabar siekia iš viso 756 tonas, didžiausi šio narkotiko kiekiai konfiskuojami Pietų Amerikoje, antrą vietą užima Šiaurės Amerika.

Didžiausiu neteisėtos kokos šaltiniu ir toliau lieka Kolumbija, toliau eina Peru ir Bolivija (UNODC, 2007). Dauguma Europoje konfiskuojamo kokaino atkeliauja iš Pietų Amerikos arba tiesiai, arba per Centrinę Ameriką, Karibų jūros šalių ir Vakarų Afrikos.

Pagrindiniai įvežimo į Europą vartai – Iberijos pusiasalis. Vis dažniau įvežama per Portugaliją. Į kai kurias šalis kokainas įvežamas ir tiesiai, vienas pagrindinių įvežimo punktų – Nyderlandai. Ispanija ir Nyderlandai laikomi pagrindiniais šio narkotiko platinimo centrais. Kitos šalys, pavyzdžiui, Belgija, Vokietija, Prancūzija ir Jungtinė Karalystė, taip pat praneša apie įvežimą iš kitų žemynų. Platinimo būdai taip pat įvairėja, vis daugiau pranešimų gaunama apie aktyvėjančią platinimo veiklą per Rytų ir Vidurio Europos ES valstybes nares ir kaimynines valstybes, kurios kartais tampa antriniais tranzito punktais.

Konfiskavimas

Europoje 2005 m. buvo 70 000 amfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota 107 tonos. Dauguma pranešimų

apie kokaino konfiskavimo atvejus ateina iš Vakarų Europos šalių, visų pirma iš Ispanijos: čia įvykę konfiskavimo atvejai ir konfiskuoti kokaino kiekiai sudaro apie pusę konfiskavimo atvejų ir konfiskuotų kiekių Europoje ⁽⁸⁹⁾. 2000–2005 m. kokaino konfiskavimo atvejų skaičius ir konfiskuoti kiekiai išaugo visos Europos mastu ⁽⁹⁰⁾. Šis padidėjimas paaiškinamas tuo, kad konfiskavimo atvejai ir konfiskuoti kiekiai labai išaugo Ispanijoje ir Portugalijoje. Portugalija 2005 m. pasivijo Nyderlandus ir po Ispanijos tampa antrąja šalimi, kurioje konfiskuojama daugiausia kokaino.

Kaina ir grynumas

2005 m. vidutinė arba būdinga mažmeninė kokaino kaina Europoje buvo labai skirtinga, nuo 45 EUR iki 120 EUR už gramą, dauguma šalių nurodė, kad jose mokama 50–80 EUR už gramą ⁽⁹¹⁾. 2000–2005 m. vidutinės kokaino kainos, pakoregavus jas pagal infliaciją, mažėjo beveik visose 19 šalių, kurios atsiuntė pakankamai duomenų.

Vidutinis arba būdingas kokaino grynumas vartotojo lygmeniu 2005 m. svyravo nuo 20 % iki 78 %, dauguma šalių nurodė, jog kokaino grynumas jose svyravo 30–60 % ribose ⁽⁹²⁾. 2000–2005 m. duomenys rodo, kad vidutinis kokaino grynumas beveik visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse (21) mažėjo.

Kokaino vartojimo būdai ir paplitimas

Dabar kokainas kaip dažniausiai vartojamas neteisėtas narkotikas užima antrą vietą po kanapių ir atskirose ES valstybėse narėse, ir visoje ES. Remiantis naujausiomis nacionalinėmis gyventojų apklausomis Europos Sąjungoje ir Norvegijoje, manoma, kad kokainą bent kartą gyvenime (vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas) vartojo daugiau kaip 12 mln. europiečių, t. y. 4 % visų suaugusiųjų ⁽⁹³⁾. Valstybių pateikti skaičiai apie kokaino vartojimą bent kartą

⁽⁸⁸⁾ Žr. „Konfiskavimo atvejų ir kitų rinkos duomenų aiškinimą“, p. 37.

⁽⁸⁹⁾ Šiuos duomenis reikėtų patikrinti, gavus trūkstamus 2005 m. duomenis. Apskaičiuojant vertinimo duomenis, vietoj 2005 m. trūkstamų duomenų buvo panaudoti 2004 m. duomenys.

⁽⁹⁰⁾ Žr. SZR-9 ir SZR-10 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹¹⁾ Žr. PPP-3 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹²⁾ Žr. PPP-7 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹³⁾ Skaičių išvedimo metodiką žr. ⁽³⁰⁾ išnašoje.

gyvenime svyruoja nuo 0,2 iki 7,3 %, trys šalys (Ispanija, Italija ir Jungtinė Karalystė) nurodo daugiau kaip 5 % ⁽⁹⁴⁾.

Kokainą vartoję per pastaruosius metus prisipažįsta mažiausiai 4,5 mln. europiečių (vidutiniškai 1,3 %). Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas svyruoja nuo 0,1 % Graikijoje iki 3,0 % Ispanijoje; Italija ir Jungtinė Karalystė taip pat nurodo daugiau nei 2 % ⁽⁹⁵⁾. Apklausose nurodoma, kad per pastarąjį mėnesį kokainą vartojo 2 mln. europiečių (vidutiniškai 0,6 %) ⁽⁹⁶⁾.

Kaip ir kitus neteisėtus narkotikus, kokainą daugiausia vartoja jauni suaugusieji (15–34 metų). Bent kartą gyvenime kokainą vartojo apie 7,5 mln. jaunų suaugusių europiečių (vidutiniškai 5,3 %), penkios šalys nurodo 5 % ar net daugiau (Vokietija, Italija, Danija, Ispanija, Jungtinė Karalystė) ⁽⁹⁷⁾. Vertinant kokaino vartojimą per trumpesnį laikotarpį ⁽⁹⁸⁾, nustatyta, kad iš 3,5 mln. (2,4 %) jaunų suaugusiųjų, kurie vartojo kokainą per pastaruosius metus, 1,5 mln. (1 %) vartojo jį ir per pastarąjį mėnesį.

Tarp mokinių kokaino vartojimo paplitimas daug mažesnis nei kanapių. Daugumoje šalių kokaino vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp penkiolikmečių ir šešiolikmečių mokinių yra 2 % ar dar mažiau, tik Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje jis siekia 6 % ⁽⁹⁹⁾. Duomenis apie septyniolikmečius ir aštuoniolikmečius mokinius pateikė 16 šalių; jie rodo, kad Ispanijoje vyresnio amžiaus grupėje kokaino vartojimas bent kartą gyvenime yra daug didesnis, nors išankstiniai šios šalies duomenys rodo pastarojo meto skaičiaus sumažėjimą ⁽¹⁰⁰⁾. Daugumoje iš kitų 15 šalių kokaino vartojimas yra labiau paplitęs tarp vyresnių mokinių, bet skirtumai tarp šalių yra ne tokie dideli. Tačiau būtina pažymėti, kad kokaino vartojimo per pastaruosius metus ir per pastarąjį mėnesį paplitimas yra daug mažesnis.

Kokaino vartojimas neapsiriboja kokiomis nors socialinėmis grupėmis, tačiau socialiai integruotos grupės pasilinksminimo vietose šio narkotiko gali suvartoti daug daugiau nei nurodoma bendrose gyventojų apklausose. Keliose Europos šalyse atlikti tyrimai šokių muzikos renginiuose parodė, kad kokaino vartojimo paplitimas čia siekia nuo 10 % iki 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Kokaino vartojimo būdai įvairiose vartotojų grupėse labai skiriasi. Socialiai integruoti vartotojai šį narkotiką šniurkščia, daugelis kartu vartoja kitas medžiagas, pavyzdžiui, alkoholį, tabaką, kanapes ir kitus stimuliantus ⁽¹⁰²⁾, toks kelių narkotikų vartojimas kelia didesnę pavojų sveikatai.

Apskritai kreko vartojimas Europoje nėra įprastas dalykas, jis apsiriboja visuomenės paribyje esančiomis grupėmis ir kai kurių miestų socialinės atskirties grupėmis. Tačiau kokaino rūkytojai sudaro reikšmingą gydymo paklausos dalį, nors ir išlieka mažuma. Tarp kitų narkotikų nesišvirkščiančių narkomanų kokaino švirkštėjimas taip pat nėra paplitęs, netgi tarp pacientų, besigydančių nuo narkotikų vartojimo (žr. toliau). Tačiau vis dažniau pranešama apie tai, kad narkomanai, kurie švirkščiasi heroiną, taip pat švirkščiasi kokainą arba kokaino ir heroino mišinį.

Kokaino narkomanijos masto vertinimus ⁽¹⁰³⁾ pateikia tik trys šalys (Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė). Pagal šių šalių pateiktus duomenis galima sakyti, kad 1 000 (15–64 metų) suaugusiųjų tenka nuo 3 iki 6 kokaino narkomanų ⁽¹⁰⁴⁾.

Kokaino vartojimo tendencijos

Naujausi duomenys nepatvirtina kokaino vartojimo stabilizavimosi tarp jaunų suaugusiųjų, kuris buvo pastebėtas 2006 m. metinėje ataskaitoje. Visose naujausių apklausų duomenis atsiuntusiose šalyse 15–34 metų amžiaus grupėje buvo užregistruotas kokaino vartojimo per pastaruosius metus padidėjimas, nors Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse), kuriose kokaino vartojimo paplitimas didžiausias, galima matyti kai kurias augančios linijos išsilyginimo ženklus. Nemažą kokaino vartojimo padidėjimą nurodo Italija ir Danija (7 pav.).

Šalyse, apie kurias yra duomenų per ilgesnį laiką ir kuriose vartojimo paplitimas didesnis, galima nustatyti tendencijas gyventojų pogrupiuose. Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje kokaino vartojimo paplitimas daugiau išaugo tarp vyrų nei tarp moterų. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus didėjimą nuo 2001 m. Ispanijoje galima paaiškinti tuo, kad kokaino daugiau vartoja 15–24 metų amžiaus grupė, o ne visa 15–34 metų grupė.

⁽⁹⁴⁾ Žr. GPS-8 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹⁵⁾ Žr. GPS-10 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹⁶⁾ Žr. GPS-12 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹⁷⁾ Žr. GPS-9 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹⁸⁾ Žr. GPS-11 ir GPS-13 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹⁹⁾ Žr. EYE-3 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁰⁾ Žr. EYE-2 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

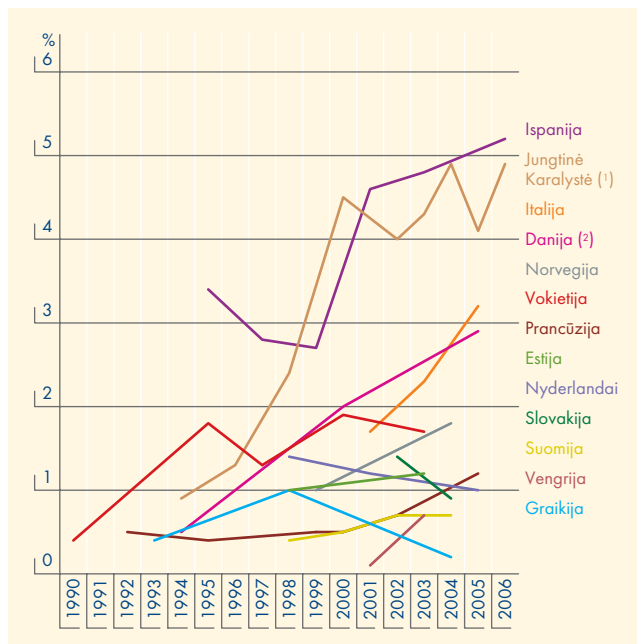
⁽¹⁰¹⁾ Žr. 2006 m. pasirinktą klausimą apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose.

⁽¹⁰²⁾ Žr. 15 paveikslėlį 2006 m. metinėje ataskaitoje.

⁽¹⁰³⁾ Apibrėžiama kaip ilgalaikis ir (arba) reguliarus, ir (arba) švirkščiamasis kokaino vartojimas.

⁽¹⁰⁴⁾ Žr. PDU-2 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje ir 2007 m. pasirinktą klausimą apie kokainą.

7 paveikslėlis. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos



(1) Anglija ir Velsas.

(2) Danijoje 1994 m. skaičius rodo „sunkius“ narkotikus.

NB: Ataskaitos duomenys paimti iš naujausių kiekvienoje šalyje atliktų nacionalinių apklausų. Daugiau informacijos žr. GPS-4 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Reitox national reports (2006), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

Taip pat manoma, kad kai kuriose Europos šalyse kiti stimulantai gali būti „keičiami“ kokainu (105). Į jaunimo apklausų šokių muzikos klubuose duomenis reikia žiūrėti atsargiai dėl labai selektyvaus šios imties pobūdžio. Vis dėlto jos gali suteikti žinių apie reguliarių narkotikų vartotojų elgesį; Nyderlanduose atlikti tyrimai rodo, kad kai kuriose savivaldybėse kokainas kaip dažniausias stimulantas tarp klubų lankytojų pralenkė ekstazį ir vis labiau patinka kai kurioms grupėms.

Gydymo nuo kokaino vartojimo paklausos duomenys

Europoje kokainas kaip priežastis kreiptis gydymo užima trečią vietą po opioidų ir kanapių. 2005 m. užregistruota apie 48 000 asmenų, kurie kreipėsi gydymo nuo kokaino kaip pagrindinio narkotiko; tai sudaro apie 13 % visų užregistruotų besigydančiųjų Europos Sąjungoje (106). Kokainą kaip antrinį

narkotiką nurodo apie 15 % ambulatorinių pacientų (107).

Už bendrų skaičių slepiasi dideli skirtumai tarp šalių: dauguma šalių nurodo nedidelius kokaino vartotojų procentus tarp besigydančių pacientų, tačiau tokių pacientų dalis yra didelė Nyderlanduose (35 %) ir Ispanijoje (42 % 2004 m.). Tarp pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų kokaino pacientų dalis yra didesnė: nurodoma, kad ji siekia apie 22 % (33 000 asmenų, remiantis 22 šalių duomenimis).

Pacientų, besigydančių nuo kokaino vartojimo, gausėjimo tendencija, kuri buvo pastebėta ankstesniais metais, tebesitęsia. Nuo 1999 m. iki 2005 m. naujų kokaino pacientų dalis išaugo nuo 11 % iki 24 % visų pirmą kartą gydymo nuo narkotikų vartojimo besikreipiančių asmenų, bendras skaičius išaugo nuo 13 000 iki 33 000 (108). Išsamesnė gydymo nuo kokaino vartojimo paklausos tendencijų analizė pateikta 2007 m. pasirinktame klausime apie kokainą.

Europos duomenys apie pirmą kartą dėl kokaino kaip pagrindinio narkotiko vartojimo besikreipiančius vartotojus rodo, kad jie dažniausiai vartoja kokaino miltelius (85 %) ir tik 15 % kreką. Beveik visas gydymas nuo kokaino priklausomybės vyksta ambulatoriškai (94 %) (109). Tačiau būtina pastebėti, kad duomenys apie gydymą nuo kokaino vartojimo stacionare ir bendrosios medicinos paslaugų įstaigose yra neišsamūs.

Nurodoma, kad ambulatoriškai besigydančius kokaino pacientai po opioidų vartotojų priklauso seniausiai pacientų grupei, jų vidutinis amžius – 31 metai (110). Dažniausiai tai vyrai; vyrų ir moterų santykis čia yra didesnis nei kitose pacientų grupėse (tarp visų pacientų vienai moteriai tenka penki vyrai, o tarp naujų pacientų vienai moteriai tenka šeši vyrai) (111). Dauguma ambulatoriškai besigydančių kokaino vartotojų pradėjo šį narkotiką vartoti būdami 15–24 metų amžiaus (112).

Gydymas nuo kokaino vartojimo

Specializuoto gydymo paslaugos kokaino ir krekos narkomanams Europoje yra nepakankamos. Kaip nurodyta pirmiau, šiuo metu daugiausia tokių pacientų gydoma Ispanijoje ir Nyderlanduose. Tačiau, atrodo, kad šalyse, kur yra nemažai kokaino vartotojų, dėmesys specializuotoms paslaugoms didėja. Nenuostabu, kad šalyse, kur kokaino

(105) Žr. šios ataskaitos 4 skyrių.

(106) Žr. TDI-2 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(107) Žr. TDI-22 lentelę (i dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

(108) Žr. TDI-1 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(109) Žr. TDI-24 ir TDI-1 15 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

(110) Žr. TDI-10 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

(111) Žr. TDI-21 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

(112) Žr. TDI-11 lentelę nuo (i dalies) iki (iv dalies) 2007 m. statistikos biuletenyje.

vartojimas nėra labai paplitęs, specialios gydymo nuo kokaino vartojimo paslaugos nėra laikomos kovos su narkomanija politikos prioritetu. Priešingai opioidų atveju, kur tikslinė populiacija yra gana vienalytė, gydant nuo kokaino vartojimo Europoje tenka susidurti su platesnio spektro vartotojais. Kokainą kaip pagrindinį narkotiką vartojantys ambulatoriniai pacientai dažniausiai jį uosto, rečiau rūko arba įkvepia ir tik nedaugelis (mažiau kaip 10 %) pacientų jį švirkščiasi. Tarp naujų pacientų šį narkotiką švirkščiančių asmenų yra dar mažiau (5 %) ⁽¹¹³⁾. Apie 16 % kokaino pacientų prisipažįsta vartojantys jį kartu su opioidais, o kai kuriose šalyse daugelis nuo opioidų vartojimo gydymu pacientų bent retkarčiais vartoja kokainą.

Todėl gydymo tarnyboms tenka teikti paslaugas trijų rūšių populiacijoms, kurias paprastai apibūdinti galima taip: pirmoji – socialiai labiau integruoti kokaino vartotojai, kurie pasilinksminimo vietose gali reguliariai vartoti kelis narkotikus, įskaitant alkoholį; antroji – kokaino vartotojai, kurie gali turėti problemų ir dėl opioidų; ir trečioji – visiškai iš visuomenės „iškritę“ krekto vartotojai.

Tikėtina, kad šių trijų grupių poreikiai yra skirtingi ir paslaugų teikėjai jiems turi taikyti skirtingus metodus. Didžioji dalis kokaino vartotojų Europoje gydomi ambulatorinėmis sąlygomis, kurios daugeliu atveju yra orientuotos į opioidų vartotojų poreikius. Gali kilti abejonių, ar tokios paslaugos yra patrauklios santykinai gerai integruotiems kokaino vartotojams, kurie įsigijo problemų, vartodami šį narkotiką pasilinksminimo vietose. Taip pat tikėtina, kad dalis šios grupės ieškos pagalbos pas bendrosios medicinos paslaugų teikėjus, kaip antai bendrosios praktikos gydytojus ar konsultantus, arba, jei galės, per privačias specializuotas klinikas.

Skirtingai nuo gydymo nuo opioidų vartojimo, gydymui nuo kokaino vartojimo farmakologinių galimybių nedaug, nors palaikomųjų narkotikų skyrimas gali padėti palengvinti kai kuriuos susijusius simptomus. Šiuo metu nėra farmakologinės priemonės, kuri padėtų kokaino vartotojams nustoti ir nebepradėti jo vartoti, nors ateityje gali atsirasti tokių priemonių. Europoje daugiausia dėmesio skiriama psichosocialinėms intervencijoms, kurios daugiausia pagrįstos pažintiniais elgsenos metodais. Gilią ir išsamią kokaino vartotojų gydymo galimybių analizę galima rasti 2007 m. pasirinktame klausime apie kokainą ir ENNSC techninėje apžvalgoje (EMCDDA, 2007b).

Dėl nedidelio krekto problemų paplitimo ir didelės koncentracijos tik tam tikrose Europos geografinėse vietose galimybės reaguoti į šios grupės narkotikų vartotojus yra dar labiau ribotos. Yra daug literatūros apie JAV patirtį kovojant su krekto vartojimu, bet neaišku, koku mastu ši patirtis gali būti tiesiogiai pritaikyta Europos kontekstui. Jungtinė Karalystė, kurioje, palyginti su kitomis Europos šalimis, yra gana aukštas krekto narkomanijos lygis, išleido gaires profesionalams, kuriose pataria gydymui nuo krekto vartojimo taikyti struktūrinę programą, kurioje būtų numatytos abstinencijos ir žalos mažinimo priemonės (NTA, 2002). Neseniai atliktame Jungtinėje Karalystėje teikiamų paslaugų vertinime taip pat nurodomi kai kurie teigiami krekto pacientų gydymo rezultatai stacionarinėmis sąlygomis (Weaver, 2007).

Rizikos ir žalos mažinimas

Asmenys, vartojantys kokainą pasilinksminimo vietose, rizikuoja ne tik įsigyti priklausomybę nuo šio narkotiko, bet ir nukentėti dėl kokaino reakcijos su kitais narkotikais arba jo poveikio turimoms širdies kraujagyslių problemoms. Dauguma Europos šalių nurodo, kad kokaino vartotojai gali rasti informacijos apie kokainą ir su kokainu susijusią riziką įvairiuose informacijos šaltiniuose, kaip antai interneto puslapiuose, per pagalbos linijas ir kitose žiniasklaidos priemonėse. Įdomu pastebėti, kad Europos pagalbos linijų narkotikų vartotojams fondas (angl. *European Foundation of Drug Helplines*) nurodo, jog 2005 m. ir 2006 m. padaugėjo skambučių, susijusių su kokainu ⁽¹¹⁴⁾.

Kokaino vartojimas taip pat gali būti susijęs su labai rizikinga seksualine veikla arba dalyvavimu sekso pramonėje. Tyrimuose nurodyta, kad kreką vartojančios moterys gali būti ypač pažeidžiamos ir už pinigų arba narkotikus gali sutikti turėti labai pavojingų lytinių santykių, o kai kurios šalys turi specialiai sekso darbuotojoms skirtas žalos mažinimo ir pagalbos programas, kuriose pagrindinis dėmesys skiriamas pavojingam seksualiniam ir narkotikų vartojimo elgesiui.

Nors krekto vartotojų nedaug, jiems yra didelė rizika susidurti su problemomis ir juos gali būti sunku priversti gydytis ar pasinaudoti kitomis paslaugomis. Kai kuriose miestuose, kur yra didelių su krekto vartojimu susijusių problemų, žalos mažinimo programomis bandoma įsikišti ir teikti pagalbą, ypač krizių atvejais, taip pat padėti esant ūmioms sveikatos problemoms ir duoti siuntimus į struktūruotas tarnybas. Pavyzdžiui, Vienoje per ambulatorines tarnybas galima

⁽¹¹³⁾ Žr. TDI-17 lentelę ((ii dalį) ir (iv dalį)) bei TDI-110 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

gauti kambarius, kuriuose kokaino ir kreko vartotojai, kuriuos dažnai ištinka nerimo priepuoliai, gali jaustis saugūs, teikiama pagrindinė sveikatos apsauga ir nukreipiama į kitas tarnybas. Tose šalyse, kuriose yra specialūs narkotikų švirkštimuisi skirti kambariai, panaši paslauga kartais suteikiama ir kreko vartotojams, pavyzdžiui, Vokietijoje, Frankfurte ir Hamburge, yra specialios kreko rūkytojams skirtos patalpos.

Žalos mažinimo priemonės kokainą švirkščiantiems narkomanams paprastai nesiskiria nuo priemonių, kurios yra skirtos kitus narkotikus švirkščiantiems asmenims (žr. 8 skyrių), nors kai kuriuose tyrimuose yra nurodyta, kad stimulantų vartotojai švirkščiasi didesnius narkotiko kiekius, todėl susiduria su didesne rizika. Be to, švirkščiantis kreką, yra papildomos rizikos, jei krekas yra neteisingai paruoštas.

Kokainas ir krekas: didėjanti visuomenės sveikatos problema, ENNSC 2007 m. pasirinkti klausimai

Pastaraisiais metais atsirado požymių, kad kokaino vartojimas tampa vis didesne problema Europoje. Šis pasirinktas klausimas rodo, kad kai kuriose Europos šalyse gana ryškiai padidėjo kokaino vartojimas, gydymo nuo kokaino vartojimo paklausa ir šio narkotiko konfiskavimo atvejai. Vyksta kokaino vartojimo poveikio visuomenės sveikatai tyrimai. Ypatingas

dėmesys skiriamas kokaino vartojimo pasekmėms sveikatai, kurioms dažnai skiriama nepakankamai dėmesio teikiamuose pranešimuose. Šiame pasirinktame klausime išsamiai nagrinėjami sunkumai, su kuriais susiduriama teikiant veiksmingas gydymo nuo kokaino ir kreko priklausomybės paslaugas, nes jie pasirodė esantys ypač dideli daugiausia dėl to, kad kokaino vartotojai yra labai įvairūs ir jiems reikalingos skirtingos paslaugos.

Šį pasirinktą klausimą galima gauti atspausdintą ir rasti internete (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) tik anglų kalba.



6 skyrius

Opioidų vartojimas ir narkotikų švirškėjimas

Heroino pasiūla ir prieinamumas ⁽¹¹⁵⁾

Istoriškai į Europą importuojamas heroinas yra dviejų rūšių: plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas), įvežamas daugiausia iš Afganistano, ir mažiau paplitęs bei brangesnis baltasis heroinas (druskos pavidalo), kurio kilmės šalys paprastai yra Pietryčių Azijoje, nors tokiu pavidalu šis narkotikas pasitaiko vis rečiau. Nedideli opioidų kiekiai taip pat gaminami Europoje, bet 2005 m. jų gamyba buvo nedidelio masto ir daugiausia apsiribojo naminių aguonų produktais (pvz., aguonų šiaudeliais, aguonų koncentratu iš sutrintų aguonų stiebelių arba galvučių) kai kuriose rytų Europos šalyse (Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje).

Gamyba ir neteisėta prekyba

Europoje vartojamas heroinas daugiausia yra gaminamas Afganistane, kuris ir toliau lieka neteisėto opijaus tiekimo lyderis pasaulyje; antrą vietą užima Mianmaras. Manoma, kad 2006 m. buvo pagaminta apie 6 610 tonų opijaus, iš jų 92 % – Afganistane. Vadinsi, palyginti su 2005 m., opijaus gamyba padidėjo 43 %, nes labai padidėjo opijaus auginimo plotai. 2006 m. heroino gamybos galimybės pasaulyje buvo vertinamos 606 tonomis, 2005 m. – 472 tonomis (UNODC, 2007). Opioidų konfiskavimo atvejai ir sunaikintos laboratorijos liudija tai, kad Afganistane išaugintas opijus, prieš jį eksportuojant, vis dažniau perdirbamas į morfijų arba heroiną (CND, 2007).

Heroinas į Europą įvežamas dviem kontrabandos keliais. Per visą istoriją buvęs svarbus ir trumpiausias Balkanų kelias heroino kontrabandoje ir toliau vaidina pagrindinį vaidmenį. Tranzitu kirtęs Pakistaną, Iraną ir Turkiją, kelias toliau šakojasi į pietinę atšaką per Graikiją, Buvusiąją Jugoslavijos Respubliką Makedoniją (BJRM), Albaniją, Italiją, Serbiją, Juodkalniją bei Bosniją ir Hercegoviną ir į šiaurinę atšaką per Bulgariją, Rumuniją, Vengriją, Austriją, Vokietiją ir Nyderlandus; pastaroji šalis yra antrinio paskirstymo

punktas į kitas Vakarų Europos šalis. Nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio vis daugiau (bet mažiau negu Balkanų keliu) heroino į Europą patenka kontrabanda „šilko keliu“ per Vidurinės Azijos respublikas, Kaspijos jūrą, Rusijos Federaciją, Baltarusiją arba Ukrainą į Estiją, Latviją, kai kurias Šiaurės šalis, Vokietiją ir Bulgariją. Nors šie keliai yra patys svarbiausi, Arabų pusiasalio šalys (Omanas, Jungtiniai Arabų Emyratai) taip pat tapo heroino siuntų iš Pietvakarių ir Pietryčių Azijos į Europą tranzito šalimis (INCB, 2006), tam tikri jo kiekiai kontrabanda įvežami per Rytų Afriką (Etiopiją, Keniją, Mauricijų), o kartais ir per Vakarų Afriką (Nigeriją), iš ten siunčiami į neteisėtas Europos ir rečiau į Šiaurės Amerikos rinkas (INCB, 2007a). Yra pranešimų apie tai, kad heroinas iš Pietvakarių Azijos kontrabanda vežamas į Europą per Pietų ir Rytų Azijos šalis (Indiją, Bangladešą, Šri Lanką, Kiniją).

Konfiskavimas

2005 m. visame pasaulyje konfiskuota 342 tonos opijaus, 32 tonos morfijaus ir 58 tonos heroino. Didžiausi heroino kiekiai pasaulyje (54 %) konfiskuojami Azijoje (Kinijoje, Afganistane, Irane, Pakistane), antrą vietą užima Europa (38 %) (UNODC, 2007).

2005 m. ES valstybėse narėse, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje pasitaikė 52 000 heroino konfiskavimo atvejų, konfiskuota 16,8 tonos. Iš visų Europos šalių Jungtinėje Karalystėje (remiantis 2004 m. duomenimis) pasitaikė daugiausia konfiskavimo atvejų, toliau ėjo Ispanija, Vokietija ir Graikija, tuo tarpu Turkijoje buvo konfiskuota daugiausia heroino (po to ėjo Jungtinė Karalystė, Italija ir Nyderlandai), beveik pusė viso konfiskuoto kiekio 2005 m. ⁽¹¹⁶⁾. Heroino konfiskavimo atvejų mažėjo 2000–2003 m. laikotarpiu, o nuo to laiko, remiantis turimais duomenimis, atrodo, jog jų vėl daugėja. 2000–2005 m. bendras ES valstybėse narėse konfiskuoto heroino kiekis svyravo, nors šiek tiek mažėjo, o tuo pačiu laikotarpiu Turkija nurodė didelį padidėjimą ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Žr. „Konfiskavimo atvejų ir kitų rinkos duomenų aiškinimą“, p. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Šiuos duomenis reikėtų patikrinti, gavus trūkstantus 2005 m. duomenis. Apskaičiuojant vertinimo duomenis, vietoj 2005 m. trūkstantų duomenų buvo panaudoti 2004 m. duomenys.

⁽¹¹⁷⁾ Žr. SZR-7 ir SZR-18 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Kaina ir grynumas

Nustatyti kainos ir grynumo tendencijas kliudo išsamių duomenų trūkumas, todėl pateikiamas vertinimas remiasi tik nedaugelio šalių duomenimis⁽¹¹⁸⁾. Dauguma šalių nurodė, kad vidutinė arba būdinga rudojo heroino gatvės kaina – 35–80 EUR už gramą. 2000–2005 m. vidutinės heroino kainos, koregavus jas pagal infliaciją, sumažėjo beveik visose 18 šalių, kurios pateikė lyginamuosius duomenis. Vidutinis arba būdingas vartotojams teikiamo rudojo heroino grynumas buvo gana nevienodas; daugumoje šalių jis svyravo nuo 15 % iki 50 %; baltojo heroino grynumas ten, kur jo buvo galima gauti, buvo didesnis (30–70 %). Vidutinis heroino produktų grynumas svyruoja beveik visose 18 ataskaitas pateikusių šalių nuo 2000 metų.

Opioidų narkomanijos paplitimo vertinimas

Šiame skirsnyje pateikiami duomenys gauti iš ENNSC probleminio narkotikų vartojimo (PNV) (angl. *problem drug use*, PDU) indekso, kuris atspindi narkotikų švirkštimąsi ir opioidų vartojimą, nors kai kuriose šalyse svarbią jo dalį sudaro duomenys apie amfetamino vartojimą⁽¹¹⁹⁾. Įvertinti opioidus vartojančių narkomanų skaičių sunku; norint iš esamų duomenų šaltinių įvertinti šio narkomanijos tipo paplitimą, reikalinga gana sudėtinga analizė. Be to, kadangi dauguma tyrimų atliekama vietinėse geografinėse srityse, pavyzdžiui, kokiam nors mieste arba rajone, ekstrapoliuoti kiekybinį vertinimą valstybės mastu yra sunku.

Vertinti sudėtinga taip pat dėl to, kad probleminio narkotikų vartojimo būdai Europoje darosi vis įvairesni. Pavyzdžiui, daugumoje šalių vis svarbesnės tampa kelių narkotikų vartojimo kartu problemos, o kai kurios šalys, kuriose visuomet vyravo su opioidais (beveik išimtinai su heroinu) susijusios problemos, dabar nurodo, jog narkomanai pereina prie kitų narkotikų, kaip antai kokaino.

Naujausiais opioidų narkomanijos paplitimo vertinimo duomenimis nacionaliniu lygmeniu, 1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus) tenka nuo vieno iki šešių atvejų. Didžiausias nustatytas probleminio narkotikų vartojimo paplitimas – 1 000 gyventojų tenka nuo vieno iki aštuonių atvejų. Mažiausias ir gerai dokumentuotas narkomanijos paplitimas yra naujosiose ES valstybėse narėse, nors to

negalima pasakyti apie Malta, kur paplitimas gana didelis (5,8–6,7 atvejai 1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus) (8 pav.).

Iš nedaugelio turimų duomenų galima išvesti, kad vidutinis opioidų narkomanijos paplitimas yra nuo keturių iki penkių atvejų 1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus). Vadinasi, ES ir Norvegijoje yra apie 1,5 mln. (1,3–1,7 mln.) opioidus vartojančių narkomanų. Tačiau šie skaičiai nėra labai patikimi, todėl reikia išsamesnių duomenų.

Opioidų narkomanijos tendencijos laikui bėgant

Kadangi nėra patikimų istorinių duomenų, įvertinti opioidų narkomanijos tendencijas laikui bėgant yra sudėtinga, todėl nurodytas tendencijas reikia vertinti atsargiai. Kai kurių šalių pranešimai rodo, kad pastaraisiais metais opioidų narkomanija galbūt šiek tiek stabilizavosi. Duomenų apie 2001–2005 m. opioidų narkomanijos paplitimą gauta tik iš aštuonių šalių; iš jų matyti gana stabilus vaizdas, išskyrus vieną šalį (Austriją), kurioje yra aiškus problemos padidėjimas⁽¹²⁰⁾.

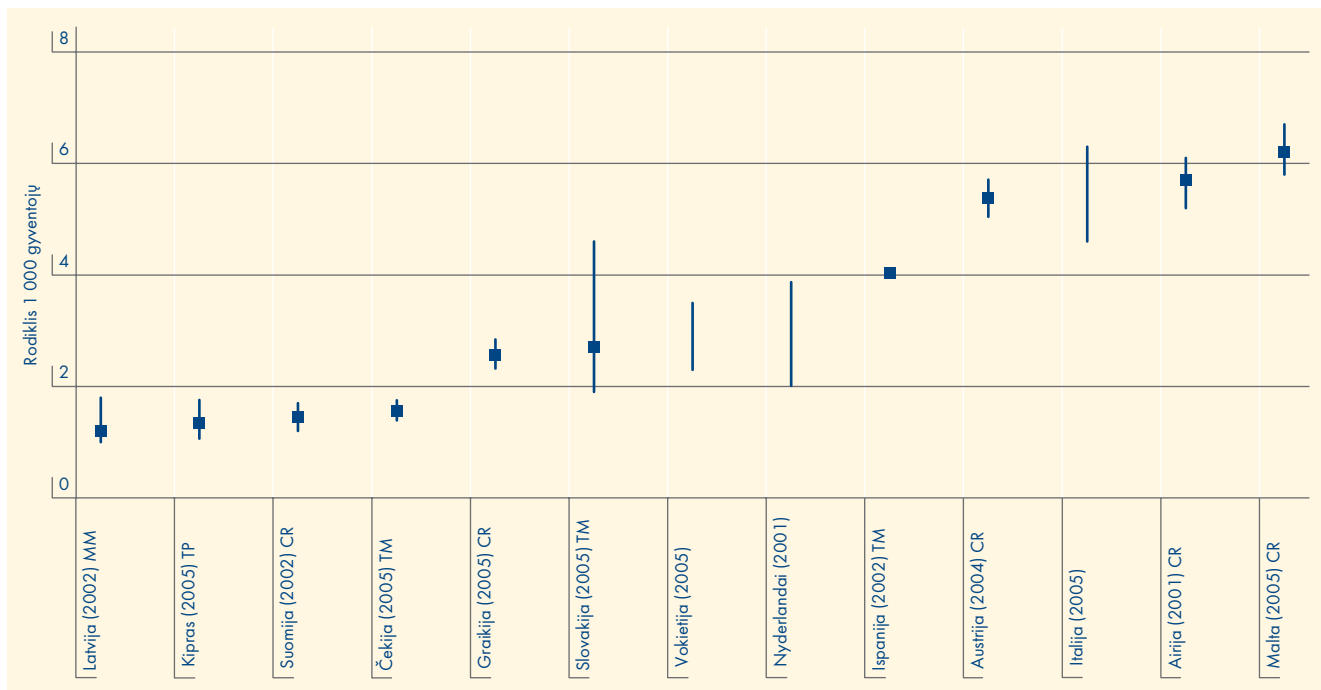
Nepaisant to, kad bendri duomenys rodo bendrą opioidų vartojimo stabilumą, yra ženklų, kad heroino konfiskavimo atvejų padaugėjo (žr. pirmiau) (galbūt dėl to, kad Europos rinkoje atsiranda daugiau heroino) ir vis daugiau ateina pranešimų apie opioidų iš teisėtų šaltinių neteisėtą panaudojimą. Italijoje, sprendžiant iš gydymo paklausos duomenų pagal heroino vartojimo paplitimą vertinimų, matyti, kad nuo 1998 m. po tam tikro problemos mažėjimo opioidų vartojimas vėl išaugo, o 2005 m. jau atsirado apie 30 000 naujų heroino vartotojų. Austrijoje taip pat padaugėjo jaunesnių nei 25 metų pacientų dalis, kuriems taikomas pakaitinis gydymas; tai rodo, kad daugiau jaunimo susiduria su problemomis dėl to, kad neteisėtai ir nekontroliuojamai naudojami gydytojų išrašomi opioidai. Panašiai ir Čekija po tam tikro problemos mažėjimo laikotarpio nurodo iš teisėtų šaltinių gaunamos medžiagos (šiuo atveju buprenorfino) švirkštimosi atvejų pagausėjimą, o informacija iš Belgijos rodo, kad išaugo neteisėtas metadono vartojimas. Naujaisi „žemo slenksčio“ Prancūzijos tarnybų stebėjimo duomenys kelia susirūpinimo dėl neteisėto buprenorfino vartojimo, įskaitant jo švirkštimąsi, dėl to, kad jaunimas narkotikus pradeda vartoti nuo buprenorfino, o ne nuo heroino, taip pat dėl to, kad atsiranda naujų jaunų iš

⁽¹¹⁸⁾ Žr. PPP-2 ir PPP-6 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁹⁾ Nors techninė ENNSC narkomanijos (probleminio narkotikų vartojimo (PNV)) apibrėžtis – „narkotikų švirkštimasis arba ilgalaikis ir (arba) reguliarus opioidų, kokaino ir (arba) amfetaminų vartojimas“, vertinant probleminį narkotikų vartojimą, daugiausia buvo atsižvelgiama į heroino vartojimą. Kelios šalys, kurios nurodo amfetaminų narkomanijos buvimą, turi gerai dokumentuotus vertinimus. Kokaino narkomanijos masto vertinimų yra nedaug, o PNV indeksas, išskyrus kelias didelio paplitimo šalis, nėra labai patikimas vertinant šį narkotiką.

⁽¹²⁰⁾ Žr. PDU-4 paveikslėlį (ii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

8 paveikslėlis. Probleminio opioidų vartojimo paplitimo vertinimai (rodiklis 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų), 2001–2005 m.



NB: Simbolis rodo apskaičiavimo tašką; brūkšnelis rodo vertinimo neapibrėžties intervalą, kuris gali būti arba 95 % pasiklovimo intervalas, arba intervalas, pagrįstas jautrumo analize (daugiau informacijos žr. PDU-3 lentelę). Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Jei metodas nenurodytas, pateikta eilutė rodo intervalą tarp mažiausios ir didžiausios nustatytos visų turimų vertinimų ribos. Vertinimo metodai: CR = įskaitymas–pakartotinis įskaitymas (angl. *capture–recapture*); TM = gydymo multiplikatorius (angl. *treatment multiplier*); TP = trumpasis Poisson (angl. *truncated Poisson*); MM = mirštamumo multiplikatorius (angl. *mortality multiplier*). Daugiau informacijos žr. PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.

visuomenės išstumtų asmenų, kurie švirkščiasi narkotikus, pogrupių. Suomijoje taip pat atrodo, kad tarp naujų opioidus vartojančių pacientų, kurie kreipėsi gydymo, heroiną dideliu mastu keičia buprenorfinas, kuris vis dažniau nurodomas perdozavimo mirčių ataskaitose.

Narkotikų švirkštėjimas

Narkomanai, kurie švirkščiasi narkotikus, rizikuoja įsigyti sveikatos problemų, tokių kaip per kraują perduodamos infekcijos (pvz., ŽIV/AIDS, hepatitas) arba perdozavimas. Nepaisant narkotikų švirkštėjimo svarbos visuomenės sveikatai, tik nedaugelis šalių šiuo metu gali įvertinti jo mastą (9 pav.), todėl gerinti šios specialios gyventojų dalies stebėseną – svarbi sveikatos stebėsenos sistemų kūrimo Europoje dalis.

Netiesioginis narkotikų švirkštėjimo paplitimo vertinimas

Apie švirkščiamųjų narkotikų vartojimo mastą sprendžiama arba iš mirtinų perdozavimo atvejų skaičiaus, arba iš infekcinių ligų (kaip antai ŽIV) duomenų. Duomenys apie švirkščiamųjų narkotikų vartojimą įvairiose šalyse labai skirtingi: 2001–2005 m. laikotarpiu nuo 0,5 iki šešių atvejų 1 000 gyventojų (15–64 metų). Išimtis – Estija, kur

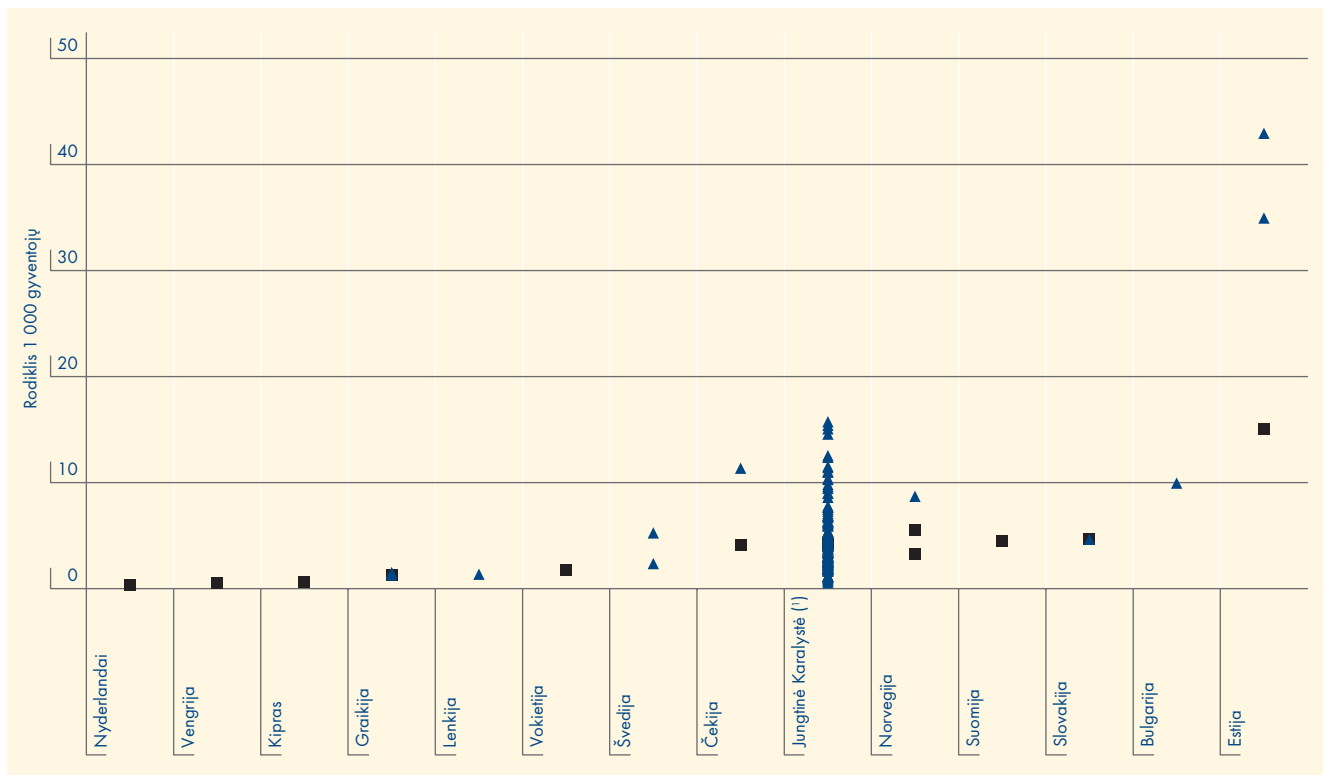
1 000 gyventojų tenka 15 atvejų. Tarp šalių, kurios galėjo pranešti duomenis, didžiausius skaičius, t. y. nuo keturių iki penkių atvejų 1 000 gyventojų (15–64 metų), nurodo Čekija, Slovakija, Suomija ir Jungtinė Karalystė, mažiausius – mažiau kaip vieną atvejį 1 000 gyventojų – nurodo Kipras, Vengrija ir Nyderlandai.

Ekstrapoliuoti iš šių negausių duomenų reikia atsargiai, bet vis dėlto galima manyti, kad narkotikus švirkščiasi (šiuo metu) vidutiniškai nuo trijų iki keturių asmenų 1 000 suaugusių gyventojų. Vadinas, šiuo metu gali būti apie 1,1 mln. (0,9–1,3 mln.) švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų ES ir Norvegijoje. Dažniausiai švirkščiamas narkotikas – opioidai, nors opioidus vartojantys narkomanai gali švirkštis ir kitus narkotikus; kai kurios šalys (Čekija, Slovakija, Suomija, Švedija) nurodo didelę amfetamino arba metamfetamino švirkštėjimo problemą.

Švirkščiamųjų narkotikų vartojimo tendencijos pagal gydymo paklausos duomenis

Dėl duomenų trūkumo daryti išvadas apie švirkštėjimo tendencijas sunku, nors vienas duomenų šaltinis gali būti duomenys apie besigydančius narkotikų vartotojus. Pavyzdžiui, iš gydymo paklausos tarp opioidų vartotojų galima spręsti apie vartojimo būdus tarp platesnių gyventojų

9 paveikslėlis. Nacionalinio ir subnacionalinio lygmens tyrimuose nustatytas švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimas (rodiklis 1000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų) 2001–2005 m.



(*) Anglijos regioniniai skaičiai 2004–2005 m.

NB: Juodas langelis = nacionalinės apimties imtis; mėlynas trikampis = subnacionalinio lygmens imtis.

Subnacionalinio lygmens tyrimuose įvertintas paplitimo dydis priklauso nuo vietos, kurioje tyrimas atliktas. Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų tyrimo taikytų metodų ir duomenų šaltinių; todėl lyginti reikia atsargiai. Daugiau informacijos žr. PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.

populiacijų. Įvairiose šalyse heroino, kaip pagrindinio narkotiko, vartotojų dalis tarp pradedančių gydytis (2001–2005 m.) švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų yra labai skirtinga. Apskritai tokie duomenys rodo, kad švirkštiamuosius tampa nebe toks populiarus, jo paplitimo mažėjimą pastebi Danija, Airija, Graikija, Vengrija, Jungtinė Karalystė ir Turkija. Keliose šalyse (Ispanijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje) šiuo metu tik nedidelė besigydančių heroino vartotojų dalis jį švirkščiasi. Tačiau tokį vaizdą galima matyti ne visur; kai kuriose naujosiose valstybėse narės švirkštiamos vis dar lieka vyraujantis heroino vartojimo būdas. Būtina pastebėti, kad švirkštiamosios tendencijos tarp kitų, ne heroiną vartojančių, asmenų gali būti skirtingos.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas

Palaikomasis gydymas

Dabar jau yra gana patikimų įrodymų, paremtų gydymo rezultatų ir kontroliuojamųjų bandymų duomenimis, apie pakaitinio gydymo nuo heroino ir opioidų narkotikų

priklausomybės veiksmingumą (apžvalgą žr. Gossop, 2006). Toks gydymas tikrai mažina neteisėtų narkotikų vartojimą, sveikatai pavojingą elgesį ir nusikalstamumą ir gerina visuomenės funkcionavimą. Pakaitinio gydymo programose paprastai yra numatomas ne tik narkotikų skyrimo elementas, bet ir kitos priemonės, kurios padeda keisti elgseną. Apskritai prieinama prie bendros nuomonės, kad į platesnį medicinos priežiūros ir socialinės pagalbos tinklą naudinga integruoti kelias programas.

Narkotikų skyrimo praktika taikant pakaitinį gydymą Europoje

Per pastaruosius penkiolika metų gydymo nuo heroino priklausomybės mastai ES labai išaugo. Pagal turimus duomenis tai yra dėl to, kad nuo 1993 m. pakaitinis gydymas ES-15 valstybių narių išaugo daugiau nei septyneriopa.

Išskyrus penkias šalis (Čekiją, Prancūziją, Latviją, Suomiją, Švediją), pakaitinio gydymo tikslams dažniausiai naudojamas metadonas – apie 72 % visų pakaitinio gydymo atvejų⁽¹²¹⁾. Apskritai gydymas metadonu vyksta specializuotose

(121) Žr. HSR-7, HSR-9 ir HSR-11 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

Kokybės užtikrinimas ir pakaitinis gydymas

Bet kokios paslaugos veiksmingumas priklauso nuo jos kokybės. Yra susirūpinimo, kad kai kurių pakaitinio gydymo programų kokybė prasta, per daug dėmesio teikiama vaistų skyrimui ir per mažai kompleksiskai socialinei ir medicinos paramai. Taip pat kritikuojama, kad nėra tinkamos klinikinės stebėsenos; vaistų išrašymo praktika nesaugi, ir narkotikai patenka į neteisėtą rinką; mažų dozių gydymo programos neatitinka klinikinį duomenų apie jų veiksmingumą (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Daugelis šalių rimtai atsižvelgė į šiuos susirūpinimą keliančius klausimus: Danija, Vokietija ir Jungtinė Karalystė praneša persvarstančios savo veiksmus, kad teikiamos priežiūros kokybė būtų geresnė. Danija neseniai baigė vykdyti trejų metų projektą, kurio metu buvo tiriama platesnės psichosocialinės paramos poveikis taikant pakaitinį gydymą ir tikrinami kokybės užtikrinimo procesai.

Vokietijoje neseniai atlikti du tyrimai, kurių metu buvo iširta pakaitinės terapijos praktika ir galimybės gerinti priežiūrą (COBRA), taip pat buvo išnagrinėti kokybės užtikrinimo klausimai ir parengtas naujas vadovas medicinos praktikams (ASTO). Jungtinėje Karalystėje neseniai atliktas auditas, kurio metu buvo išanalizuotas vaistų skyrimas ir klinikinio valdymo praktika ir vertinta, ar jie atitinka galiojančias klinikos gaires.

Norint užtikrinti pakaitinio gydymo kokybę, svarbu turėti nacionalines klinikos gaires, standartus ir gydymo protokolus. Pranešama, kad klinikos gairės ir gydymo protokolai rengiami arba persvarstomi Danijoje, Airijoje, Vengrijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje; Slovakija 2004 m. paskelbė gydymo metadonu gaires. Nyderlanduose pakaitinis gydymas vis dažniau vykdomas pagal medicinos standartus, o metadono skyrimas prižiūrimas pradiniam gydymo etape. Austrijoje 2005 m. parengti dviejų įsakų projektai, kuriuose nustatoma gydymo vaistais sistema, siekiant pagerinti pakaitinį gydymą, numatomos narkotiko vartojimo priežiūros priemonės ir reglamentuojama šioje srityje dirbančių gydytojų veikla.

Naudingos informacijos paslaugų kokybei ir prieinamumui įvertinti teikia nacionalinė stebėsenos sistema, skirta pranešimams apie pacientus, kurie dalyvauja pakaitinio gydymo programose. Šiuo metu tokios sistemos veikia 17 valstybių narių; Belgijoje ir Liuksemburge rengiami nacionaliniai pakaitinio gydymo registrai; Čekijoje esamas registras bus išplėstas ir taikomas visuose sveikatos priežiūros centruose.

ambulatorijose, bet kai kuriose šalyse jis gali būti taikomas ir bendrosios medicinos praktikos įstaigose arba, kai pacientai jau stabilios būklės, bendruomenės priežiūros centruose. Metadono skyrimo praktika yra įvairi; kartais jo galima gauti tik specializuotuose centruose ir jo vartojimas yra stebimas,

bet kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje, jis dažniausiai perkamas vaistinėse ir jį vartoti leidžiama namie.

Pastaraisiais metais ES vis daugiau domimasi kitais farmakologiniais preparatais priklausomybei nuo narkotikų gydyti, ir vis plačiau naudojamas buprenorfinas. 2005 m. Slovėnija, o 2006 m. gegužės mėn. Malta papildė Europos šalių grupę, kuriose leidžiama specializuotose įstaigose taikyti pakaitinį gydymą buprenorfinu ⁽¹²²⁾, ir šiuo metu Bulgarija, Vengrija, Lenkija ir Rumunija yra vienintelės šio gydymo galimybės netaikančios šalys.

Viena priežastis, kodėl daugiau domimasi buprenorfino naudojimu, yra ta, kad tai yra neva tinkamesnė gydymo vaistais bendruomenės centruose priemonė nei metadonas. Tai sudėtingas klausimas, jis išsamiai aptariamas 2005 m. pasirinktame klausime apie buprenorfiną. Daugumoje šalių buprenorfiną gali skirti tik kvalifikuoti ir akredituoti gydytojai; jis reguliuojamas atitinkamai jo kontroliuojamam statusui pagal tarptautines konvencijas (1988 m. JT psichotropinių medžiagų konvencijos III sąrašas).

Buprenorfinas parduodamas po liežuviu čiulpiamų tablečių pavidalu, ir nors tai nėra labai patraukli švirkštimuisi medžiaga, yra pranešimų, kad tabletes narkomanai tirpina ir švirkščiasi. Galimybes piktnaudžiauti buprenorfinu liudija pranešimai iš kai kurių šalių apie tai, kad šis narkotikas patenka į neteisėtą rinką. Siekiant užkirsti kelią neteisėtam buprenorfino vartojimui, sukurta nauja su naloksonu maišyta šio narkotiko forma. Šios sudėties narkotiku, Suboksonu (*Suboxone*), Europoje leista prekiauti 2006 m.

2007 m. sausio mėn. Nyderlandai pradėjo palaikomąjį gydymą heroinu kaip vieną iš galimybių gydyti nuo opioidų priklausomybės ir tokio gydymo vietų skaičių padidino iki apytikriai 1 000; taigi Jungtinė Karalystė ir Nyderlandai yra dvi vienintelės Europos šalys, kur taikoma ši galimybė. Apskritai pacientų, kuriems skiriamas heroinas, Europoje yra labai nedaug, ir toks gydymas taikomas paprastai tik ypač sunkiems chroniškiems atvejams, kur kiti terapijos būdai pasirodė esantys nesėkmingi. Heroino kaip pakaitinės gydymo priemonės veiksmingumą taip pat liudija tyrimai, atlikti Ispanijoje (March et al., 2006) ir Vokietijoje (Naber and Haasen, 2006). Abiejuose tyrimuose nurodomi teigiami tokio gydymo rezultatai, todėl šis metodas gali pasirodyti tinkamas socialiai atskirtų opioidų vartotojų grupėms, turinčioms rimtų problemų, kurioms kitos gydymo galimybės davė menkų rezultatų. Ankstesni darbai ir šie heroino skyrimo tyrimai paskatino diskusijas apie tai, ar reikėtų šią gydymo galimybę plačiau taikyti.

(122) Žr. HSR-1 paveikslėlį ir HSR-8 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

Europos vaistinių preparatų rinkodaros teisės suteikimo tvarka

Europos vaistų agentūra (EMA) yra atsakinga už paraiškų Europos vaistinių preparatų rinkodaros teisei gauti mokslinį įvertinimą. Vaistams, patvirtintiems pagal centralizuotą procedūrą, išduodamas bendra rinkodaros teisė, kuri galioja visose Europos Sąjungos valstybėse narėse.

Visų patvirtintų vaistinių preparatų sauga taip pat stebima. Šią stebėseną vykdo ES nacionalinių medicinos agentūrų tinklas, glaudžiai bendradarbiaudamas su sveikatos priežiūros specialistais ir pačiomis vaistų kompanijomis.

Kiekvienam centralizuotai patvirtintam vaistiniam preparatui, kuriam yra suteikta rinkodaros teisė, EMA skelbia Europos viešą įvertinimo protokolą (EPAR); EPAR skelbiami EMA tinklalapyje (<http://www.emea.europa.eu/>), o jų santraukos visuomenei yra prieinamos visomis oficialiosiomis ES kalbomis. Vadovaudamasi Tarybos sprendimu (žr. 7 skyrių), EMA taip pat dirba kartu su ENNSC ir Europolu, padėdama nustatyti naujas narkotikų grėsmes Europoje.

Duomenys apie gydymą

ENNSC renka dviejų rūšių informaciją gydymui Europoje apibūdinti. Gydymo paklausos indeksas grindžiamas Europoje besigydančių pacientų charakteristikų stebėjimu. Be to, valstybių narių prašoma pateikti duomenis apie bendrą tokių paslaugų struktūrą ir prieinamumą.

Duomenys, pagrįsti gydymo paklausos indeksu

Duomenys, paremti besigydančių pacientų Europoje stebėseną, teikia platesnę informaciją ne tik apie epidemiologinę padėtį ir vartojimo būdus bei tendencijas, bet ir apie įvairių gydymo būdų paklausą ir prieinamumą. Tačiau aiškinant turimą informaciją galima susidurti su sunkumais, nes padidėjęs pacientų, besigydančių nuo tam tikro narkotiko priklausomybės, gali reikšti, kad išaugo gydymo paslaugų paklausa arba kad išaugo galimybės pasinaudoti tam tikra paslauga. Šios rūšies duomenų analizei naudinga skirti naujų pacientų ir visų pacientų skaičių ir daryti prielaidą, kad naujų pacientų skaičius geriau atspindi platesnių narkotikų vartojimo tendencijų pokyčius, o visų pacientų skaičius geriau atspindi bendrą gydymo paklausą visame sektoriuje.

Informacija, kurią teikia gydymo paklausos indeksas (GPI) (angl. *treatment demand indicator (TDI)*), neapima visų

nuo narkotikų vartojimo besigydančių žmonių (jų skaičius daug didesnis), nes registruoja tik pacientus, kurie gydomi ataskaitiniais metais, bet šiuo metu, 2007 m., vykdomas bandomasis projektas, kurio tikslas – išplėsti Europos duomenų rinkimą, kad jie apimtų ir ilgą laiką nepertraukiamai besigydančius pacientus ⁽¹²³⁾, ir įvertinti nacionalinių ataskaitinių sistemų aprėptį.

Daugelyje šalių opioidai, daugiausia heroinas, ir toliau lieka pagrindiniai narkotikai, dėl kurių pacientai kreipiasi gydymo. Gydymo paklausos indekso duomenimis, tarp visų 326 000 besigydančiųjų 2005 m. opioidai kaip pagrindinis narkotikas sudarė apie 40 %, o apie 46 % tokių pacientų prisipažino, jog šį narkotiką švirkščiasi ⁽¹²⁴⁾.

Kai kurios šalys nurodo, jog gana didelę gydymo paklausos dalį sudaro gydymo paklausa nuo kitų opioidų, ne heroino, vartojimo. Suomijoje kitus opioidus, ypač buprenorfiną, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo 41 % nuo narkotikų priklausomybės besigydančių pacientų, o Prancūzijoje buprenorfiną vartoja 7,5 % visų pacientų. Jungtinėje Karalystėje ir Nyderlanduose nurodoma, kad apie 4 % pacientų sudaro metadoną kaip pagrindinį narkotiką vartojantys asmenys. Ispanijoje, Latvijoje ir Švedijoje nuo 5 % iki 7 % gydymo besikreipiančių narkomanų nurodo vartojantys ne heroiną ir ne metadoną, o nenustatytos rūšies opioidus ⁽¹²⁵⁾. O Vengrijoje, kur namų gamybos opijaus aguonų produktai turi ilgą istoriją, apie 4 % gydymo paklausos yra susiję su opijumi.

Dauguma opioidų vartotojų gydomi ambulatoriniuose centruose. Tačiau Švedija nurodo, kad stacionare gydomi 71 % opioidus vartojančių pacientų; tai rodo, kad šioje šalyje paslaugos yra organizuotos skirtingai. Nedidelį stacionare gydomų opioidus vartojančių pacientų procentą (3 %) taip pat nurodo Jungtinė Karalystė ⁽¹²⁶⁾. Nedaugelyje šalių, kurios pateikia duomenis apie gydymo paklausą „žemo slenksčio“ agentūrose, gana didelė narkomanų pacientų dalis čia kreipiasi gydymo nuo opioidų kaip pagrindinių narkotikų vartojimo ⁽¹²⁷⁾.

Santykinė ne opioidus vartojančių pacientų dalis GPI duomenų rinkinyje didėja, o absoliutūs naujų nuo opioidų vartojimo gydymo besikreipiančių pacientų skaičiai daugelyje šalių taip pat mažėja, pavyzdžiui, naujų pacientų, vartojančių heroiną kaip pagrindinį narkotiką, skaičius sumažėjo nuo 80 000 1999 m. iki 51 000 2005 m. ⁽¹²⁸⁾.

⁽¹²³⁾ Žr. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (2006 m. posėdžio ataskaita).

⁽¹²⁴⁾ Žr. TDI-5 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁵⁾ Žr. TDI-1 14 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁶⁾ Žr. TDI-24 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁷⁾ Žr. TDI-1 19 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁸⁾ Žr. TDI-1 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

Pakaitinio gydymo mastai

Manoma, kad 2005 m. ES valstybėse narėse ir Norvegijoje pakaitinis gydymas buvo taikomas mažiausiai 585 000 pacientų. Šis vertinimas remiasi daugumoje šalių vykdoma gydymo stebėseną, ir pagal ją galima spręsti apie bendrą šios paslaugos prieinamumą. Šie skaičiai tikriausiai yra minimalūs, nes ne apie visus gydymo būdus pranešama, pavyzdžiui, apie pacientus, gydomus bendrosios praktikos gydytojų arba kalėjimuose.

Didelę daugumą gydymų pacientų (97 %) sudaro pacientai ES-15 valstybėse narėse; jie taip pat sudaro daugumą (80 %) visos gydymo paklausos GPI duomenų rinkinyje. Nuo 1993 m., kai pakaitinis gydymas buvo taikomas 73 000 pacientų, pakaitinio gydymo atvejų padaugėjo daugiau kaip septynis kartus (Farrell, 1995). Duomenys rodo, kad nuo 2003 m. iki 2005 m. ES ir Norvegijoje pacientų padaugėjo apie 15 %, daugiausia dėl jų pagausėjimo Vokietijoje (manoma, kad dabar yra 8 300 pacientų daugiau), Prancūzijoje (5 706 daugiau), Italijoje (6 234), Portugalijoje (4 168) ir Jungtinėje Karalystėje (41 500) ⁽¹²⁹⁾. 2005 m. Nyderlandai ir Liuksemburgas nurodė, kad pakaitinio gydymo pacientų skaičius stabilizavosi (atitinkamai 122 atvejai ir 355 atvejai 100 000 gyventojų).

Didžiausias santykinis augimas 2003–2005 m. buvo kai kuriose naujosiose valstybėse narėse (bet ne vien tik jose); labai didelį pakaitinio gydymo atvejų pagausėjimą (daugiau kaip 40 %) nurodė Bulgarija, Estija, Graikija, Lietuva, Rumunija ir Norvegija. Daugelyje šių šalių augimas sutapo su pakaitinio gydymo prieinamumo geografine plėtra. Tačiau pakaitinio gydymo taikymas išaugo ne visose naujosiose valstybėse narėse: Vengrija, Lenkija ir Slovakija nurodo gana stabilų padėtį, o Latvijoje pagal „aukšto slenksčio“ metadono programą besigydančių pacientų skaičius faktiškai sumažėjo nuo 67 iki 50. Dviejose šalyse, Ispanijoje ir Maltoje, tokio gydymo atvejų pastaruoju metu sumažėjo, nors pakaitinis gydymas čia buvo plačiai taikomas ilgą laiką; galimas dalykas, pakaitinio gydymo atvejų mažėjimas šiose šalyse atspindi bendrą gydymo paklausos mažėjimą.

Pakartotinio gydymo paklausos, palaikomojo gydymo mastų ir opioidų narkomanijos paplitimo tarpusavio santykis yra sudėtingas. Pakartotinio gydymo paklausa ir pacientų, dalyvaujančių palaikomosiose programose, skaičius priklauso nuo opioidų vartojimo istorinių tendencijų ir paplitimo, taip pat nuo gydymo paslaugų organizavimo ir jų pobūdžio. Kai kuriose šalyse galima pasinaudoti opioidų

vartojimo paplitimo vertinimais ir apskaičiuoti pacientų, dalyvaujančių palaikomojo gydymo programose, ir opioidus vartojančių narkomanų santykį.

Tose ES šalyse, kurios 2005 m. turėjo opioidų narkomanijos vertinimo skaičius, buvo apskaičiuota, kokia dalis opioidus vartojančių narkomanų dalyvauja palaikomojo gydymo programose (10 pav.). Rezultatai įvairiose šalyse labai skirtingi, nuo mažiau kaip 10 % (Slovakijoje) iki apytikriai 50 % (Italijoje) opiatų vartotojų. Tačiau duomenys rodo, jog reikia iš naujo apsvarstyti gydymo galimybių prieinamumą visose šalyse, kad būtų galima patenkinti jų poreikį.

Nepaisant to, kad pakaitinis gydymas pastaruoju metu plačiau taikomas Baltijos valstybėse ir Vidurio Europos šalyse, tokio gydymo lygis, palyginti su numanomu opioidų vartotojų skaičiumi šiose valstybėse narėse, išskyrus Slovėniją, išlieka žemas. Iš Estijos gauti skaičiai rodo, kad tik 5 % heroino vartotojų keturiuose dideliuose miestuose dalyvauja pakaitinio gydymo programose, o nacionaliniu mastu ši dalis siekia tik 1 %.

Gydymo nuo opioidų vartojimo paklausa

Gydymo nuo opioidų kaip pagrindinių narkotikų vartojimo paklausos dalis tam tikru mastu atspindi neteisėtų opioidų narkomanijos, nuo kurios reikalingas (tolesnis) gydymas, paplitimą, nors tokiai paklausai įtakos turi gydymo paslaugų organizavimas ir pranešimų apie atitinkamus atvejus sistema.

Įvairiose šalyse pacientų, besikreipiančių gydymo nuo opioidų vartojimo, dalis yra nevienoda. Pagal naujausius turimus duomenis, opioidų vartotojai sudaro 40–70 % visos gydymo paklausos 12 šalių, mažiau kaip 40 % septyniuose šalyse ir daugiau kaip 70 % šešiose šalyse ⁽¹³⁰⁾.

Dėl heroino vartojimo gydymo paklausos dalis tarp gydymo nuo visų narkotikų vartojimo paklausos sumažėjo nuo 74 % 1999 m. iki 61 % 2005 m. Vienintelės šalys, kuriose ši dalis nesumažėjo – Bulgarija ir Jungtinė Karalystė ⁽¹³¹⁾.

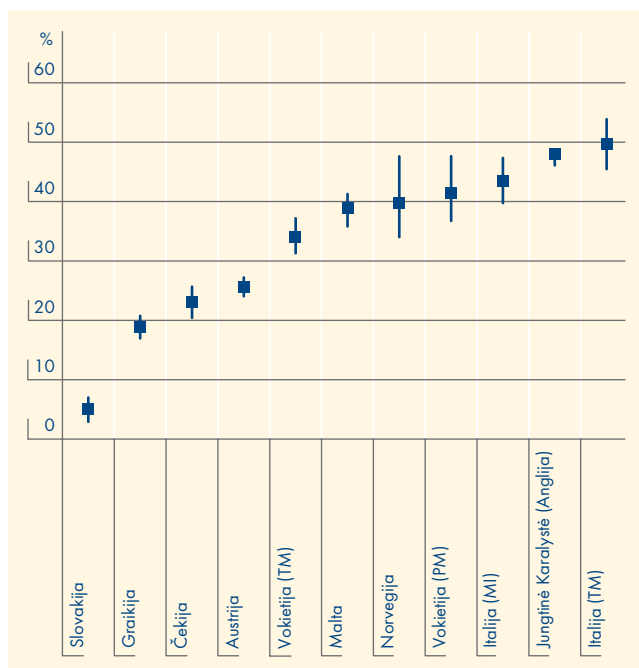
Naujų opioidų pacientų daugiausia nuo heroino vartojimo absoliučių skaičių mažėjimą patvirtina naujų heroino pacientų skaičiaus tendencija: visos šalys, išskyrus Bulgariją ir Graikiją, praneša, kad per pastaruosius septynerius metus naujų pacientų, kurie kreipiasi gydymo nuo heroino kaip pagrindinio narkotiko vartojimo, dalis tarp visų kitų naujų narkotikus vartojančių pacientų sumažėjo. Nuo 1999 m. iki 2005 m. naujų heroino pacientų procentas tarp visų naujų narkotikus vartojančių pacientų sumažėjo nuo 70 % iki 37 %.

⁽¹²⁹⁾ Žr. HSR-7 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁰⁾ Žr. TDI-5 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³¹⁾ Žr. TDI-3 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

10 paveikslėlis. Pakaitinio gydymo opioidais pacientų skaičiaus procentas nuo visų probleminių opioidų vartotojų skaičiaus, 2005 m.



NB: Šią informaciją pateikė tik devynios ES šalys. Simbolis rodo apskaičiavimo tašką; brūkšnelis rodo vertinimo neapibrėžties intervalą, kuris atsiranda dėl vertinimo procedūrų; opioidų vartotojų skaičiaus įvertintas įvairiais metodais: TM = gydymo multiplikatorius; PM = policijos multiplikatorius; MI = mišrusis indikatorius. Jei metodas nenurodytas, pateikta eilutė rodo intervalą tarp mažiausios ir didžiausios nustatytos vertinimų ribos. Daugiau informacijos žr. HSR-3 pav. 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.

Gydymo besikreipiantys pacientai

Gydymo nuo opioidų vartojimo besikreipiantys asmenys yra vyresnio amžiaus nei gydymo besikreipiantys kitų narkotikų vartotojai⁽¹³²⁾, jų socialinės sąlygos taip pat yra blogesnės. Nedarbo lygis tarp opioidų pacientų yra paprastai gana aukštas, išsilavinimas menkas, nuo 10 % iki 18 % teigia esą benamiai.

Dauguma pacientų (60 %) nurodo pradėję vartoti opioidus neturėdami nė 20 metų, tokių, kurie opioidus pirmą kartą pavartojo būdami vyresni nei 25, yra labai reta⁽¹³³⁾. Nuo pirmojo opioidų pavartojimo iki pirmojo kontakto dėl gydymo nuo narkotiko vartojimo paprastai praeina 7–8 metai: vidutinis amžius, kada pradama vartoti opioidus – 22 metai, o vidutinis amžius, kai pirmą kartą kreipiamasi gydymo – 29–30 metai. Gydymo stacionare reikalingi pacientai paprastai yra šiek tiek vyresni už ambulatoriškai besigydančius pacientus; duomenys rodo, kad pirmąjį gydymą nuo kitų gydymo etapų skiria tik gana trumpas laiko tarpas.

Tarp ambulatoriškai gydomų opioidų pacientų vienai moteriai tenka trys vyrai, o tarp stacionare gydomų pacientų – keturi vyrai. Tačiau tarp šalių yra skirtumų: paprastai didesnė vyrų dalis tarp gydomų pacientų yra pietų Europos šalyse.

Europos mastu tarp opioidų pacientų, kurių narkotikų vartojimo būdas yra žinomas, 58 % šiuos narkotikus švirkščiasi (53 % tokių narkomanų tarp naujų pacientų). Narkotikus švirkščiančių narkomanų dalis didžiausia Rumunijoje, Čekijoje ir Suomijoje, mažiausia – Nyderlanduose, Danijoje ir Ispanijoje⁽¹³⁴⁾.

Dauguma opioidų pacientų vartoja kelis narkotikus, t. y. opioidus vartoja su kita antrine medžiaga, paprastai kitais opioidais (35 %), kokainu (23 %) ir kanapėmis (17 %)⁽¹³⁵⁾.

Kai kurios šalys nurodo, kad tarp opioidų vartotojų yra daug tokių, kurie turi ne tik priklausomybę nuo opioidų, bet ir psichinių sutrikimų; tas pat nustatoma ir daugelyje klinikinių tyrimų, kuriuose pažymima, kad sunki depresija, nerimas, antisocialiniai ir ant ribos esančios asmenybės sutrikimai – gana dažni negalavimai tarp opioidų vartotojų (Mateu *et al.*, 2005).

⁽¹³²⁾ Žr. TDI-10 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³³⁾ Žr. TDI-11, TDI-107 ir TDI-109 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁴⁾ Žr. TDI-4 ir TDI-5 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁵⁾ Žr. TDI-23 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.



7 skyrius

Nauji ir atsirandantys narkotikai bei veiksmai, nukreipti prieš naujus narkotikus

Atsirandančių narkotikų tendencijos atkartoja, išplečia arba pakeičia anksčiau populiarias narkotikų tendencijas ir kelia klausimų, kodėl psichoaktyviosios medžiagos yra vartojamos. Todėl atsirandančias narkotikų ir alkoholio vartojimo tendencijas privalu suprasti ne tik dėl to, kad atitinkamai keistųsi vyriausybės politika, bet ir dėl to, kad svarbu suprasti šių medžiagų tarpusavio santykį, o platesniame kontekste – šiuolaikines madas ir laisvalaikio užsiėmimų socialinius bei kultūrinius pokyčius.

Informacinių technologijų ir ryšių priemonių pokyčiai, ypač internetas, užtikrina naujus kanalus, kuriais lengviau plinta naujos tendencijos ir reiškiamos įvairios nuomonės apie narkotikų vartojimą bei su juo susijusius pavojus.

Nauji ir kintantys narkotikų vartojimo būdai paprastai atsiranda vietos arba miesto lygmeniu, bet tik labai nedaug valstybių narių turi, pavyzdžiui, stebėsenos sistemas, kurios padeda nustatyti mirtinų ir nemirtinų apsinuodijimų mastą dėl naujų ar atsirandančių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Turint tokį neišsamų vaizdą, surinkta informacija apie narkomanijos tendencijas Europoje vertinama trianguliuojant informaciją iš labai įvairių šaltinių.

Šiame skyriuje aptariami psichoaktyviųjų medžiagų neteisėto vartojimo pastarojo meto pokyčiai, kurie paprastai neatspindi pagrindiniuose narkotikų vartojimo rodikliuose, nes tik neseniai politikos kūrėjai ir žiniasklaida atkreipė į juos dėmesį kaip į susirūpinimą galinčius kelti veiksnius.

Piperazinais: naujos psichoaktyviosios medžiagos

Pastaraisiais metais reikšmingiausias su naujomis psichoaktyviosiomis medžiagomis susijęs pokytis – įvairių naujoviškų piperazino darinių, kurie Europoje pasirodė 2004–2006 m., paplitimas.

Ši sintetinių medžiagų grupė yra gauta iš pirminio piperazino junginio ir jos sudėtyje yra BZP (1-benzilpiperazino) ir mCPP (1-(3-chlorfenil)piperazino). Šias dvi medžiagas dažniausiai galima įsigyti iš cheminių medžiagų tiekėjų ir

internete; neteisėta gamyba daugiausia apsiriboja tabletėmis ir kapsulėmis.

BZP

Tyrimuose lyginta BZP ir amfetamino fiziologinis bei subjektyvus poveikis, nustatyta, kad BZP stiprumas siekia apytikriai vieną dešimtadalį deksamfetamino stiprumo.

Pastaraisiais metais per spaudą, internete, specialiose parduotuvėse ir klubų kioskuose bei festivaliuose įvairūs mažmenine prekyba užsiimantys prekeiviai pradėjo labai agresyviai prekiauti produktais, kurių sudėtyje yra BZP, kaip teisėta alternatyva ekstaziui; šie produktai gali būti parduodami ir kaip „ekstazis“. BZP siūlomas įvairiuose mišiniuose su kitais piperazinais; manoma, kad kai kurie mišiniai, ypač BZP su TFMPP⁽¹³⁶⁾, skirti ekstazio poveikiui imituoti. Šių produktų etiketėse paprastai nurodoma, kad jų sudėtyje yra piperazino, bet dažnai neteisingai teigiama, kad tai yra „natūralūs“ arba „augaliniai“ produktai.

Europos Sąjungoje sukaupti įrodymai apie atsirandančias naujas narkotikų vartojimo tendencijas rodo, kad jos seka teisėtų rinkų tendencijas, pavyzdžiui, ištiesai sintetinės medžiagos, kaip antai BZP, parduodamos kaip „natūralios“ arba „augalinės“, nes tai atitinka vartotojų norą vartoti natūralius produktus. Be to, įspūdjį apie tariamą BZP saugumą stiprina tai, kad šie produktai dažnai parduodami ne gatvėje, o specializuotose parduotuvėse arba jais prekiauja specialūs mažmenininkai.

BZP aptikta 14 ES valstybių narių (Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Airijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Maltoje, Nyderlanduose, Austrijoje, Portugalijoje, Ispanijoje, Švedijoje, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje) ir Norvegijoje.

Yra įrodymų, kad BZP kelia pavojų sveikatai ir yra labai nesaugus, kai jis vartojamas pasilinksminimui aplinkoje. Jungtinėje Karalystėje yra pranešimų apie atvejus, kai apsinuodijimas BZP buvo stebimas kliniškai ir toksikologiškai patvirtinta, kad asmenys vartoję vien tik BZP patyrė rimtą pašalinį poveikį, o kai kuriems reikėjo skubios medicinos pagalbos. Tačiau nėra mirtinų atvejų, kuriuos būtų galima

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-Trifluorometilfenil)piperazinas.

tiesiogiai priskirti BZP. 2007 m. kovo mėn. ES reagavo į didėjantį susirūpinimą BZP vartojimu ir oficialiai pareikalavo įvertinti šios medžiagos keliamus pavojus sveikatai ir visuomenei ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP apibūdinamas kaip turintis panašų stimuliuojamąjį ir haliucinogeninį poveikį kaip ir ekstazis (MDMA). Tabletės, kurių sudėtyje yra mCPP, dažnai gaminamos taip, kad būtų panašios į ekstazį, ir dažniausiai parduodamos kaip ekstazis, kartais abu narkotikai randami kartu. Galima manyti, kad mCPP pridėjama MDMA poveikiui sustiprinti arba sumažinti.

Nuo 2004 m. mCPP aptinkama 26 valstybėse narėse (visose išskyrus Kiprą) ir Norvegijoje; tai plačiausiai ES sutinkama nauja psichotropinė medžiaga nuo tada, kai 1997 m. pradėjo veikti Europos ankstyvo įspėjimo sistema.

Europos Sąjungoje nėra pranešta apie jokių rimtus apsinuodijimus ar mirtinus atvejus, susijusius su mCPP. Nedaug įrodymų, kad tai būtų ypač pavojinga medžiaga, sukelianti rimtą apsinuodijimą, nors nėra nustatyta ir lėtinio apsinuodijimo (dėl ilgalaikio vartojimo).

GHB

Atvira GHB prekyba internete nutraukta ⁽¹³⁸⁾, nes ši medžiaga 2001 m. kovo mėn. įrašyta į JT psichotropinių medžiagų konvencijos IV sąrašą; todėl visos ES šalys privalo ją

Seksualinis smurtas apsvaigus nuo narkotikų

Nuo devintojo dešimtmečio žiniasklaidoje ir medicinos literatūroje vis dažniau pranešama apie seksualinio smurto atvejus, kai į gėrimą slapta įberama narkotiko, norint apsvaiginti auką. Tačiau teismui tinkamų tokio nusikaltimo įrodymų labai sunku gauti. Teismo tyrimai liudija, kad seksualinio smurto bylose paprastai nustatomos didelės alkoholio ir išrašomų benzodiazepino narkotikų koncentracijos (daugiau kaip 80 % tokių bylų Prancūzijoje ir 30 % Jungtinėje Karalystėje), bet kadangi narkotikus, kaip antai GHB, sunku aptikti, įrodyti tokius nusikaltimus nepaprastai sunku, ypač jei apie juos nepranešama greitai. Teisminių tyrimų, kurie vykdomi nuo 2000 m. (Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje, Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Australijoje), sukaupiti įrodymai rodo, kad slaptas narkotikų davimas aukai seksualinio smurto tikslais nėra dažnas reiškinys, nors tokių atvejų gali būti daugiau nei jų nustatoma dėl to, kad apie juos nepranešama arba pranešama per vėlai.

kontroliuoti psichotropinėms medžiagoms skirtais įstatymais. Prancūzijoje ir Vokietijoje GHB naudojamas nuskausminimui gydymo tikslais, o Austrijoje ir Italijoje – taikant alkoholio abstinencinį gydymą. 2005 m. birželio mėn. EMEA Žmonėms skirtų vaistų komitetas (CHMP) išdavė vaistinio preparato Xyrem (GHB jame yra veiklioji medžiaga), skirto narkolepsija sergančių suaugusių pacientų katapleksijai gydyti, rinkodaros teisę (EMEA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB lengva pagaminti iš jo prekursorių gama-butirolaktono (GBL) ir 1,4-butanediolio (1,4-BD), pramonėje plačiai vartojamų tirpiklių, kuriuos lengva gauti prekyboje. Kai kurios šalys, pripažindamos, kad šiomis prekursorinėmis medžiagomis gali būti piktnaudžiaujama, nutarė vieną iš jų arba abi kontroliuoti narkotikus kontroliuojančiais arba panašiais įstatymais (Italija, Latvija, Švedija). Kadangi daugumoje valstybių narių GBL nėra kontroliuojamas ir juos lengva gauti iš cheminių medžiagų tiekėjų per internetą, kai kurie GHB vartotojai, atrodo, perėjo prie GBL vartojimo. Kokybinės internete parduodamo GHB analizės ir narkotikų forumai Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje ir Nyderlanduose nurodo, kad vartotojai įsigyja GBL iš cheminių medžiagų tiekėjų, kurie prekiauja GBL įvairiais teisėtais tikslais.

Paplitimas ir vartojimo būdai

Visi esami informacijos šaltiniai teigia, kad bendras GHB paplitimas nedidelis, jo daugiau vartoja tik kai kurie visuomenės pogrupiai. Jungtinėje Karalystėje atliktoje internetinėje apklausoje nustatyta, kad GHB daugiau vartojamas namie (67 %), o ne naktinio gyvenimo aplinkoje (26 %) (Sumnall et al., 2007). 2005 m. Amsterdame apklausus 408 barų lankytojus, nustatyta, kad vartojusių GHB bent kartą gyvenime skaičius yra daug didesnis tarp homoseksualų barų ir madingų kavinių klientų (atitinkamai 17,5 % ir 19 %) nei tarp visų gyventojų ir studentų barų bei kavinių lankytojų (atitinkamai 5,7 % ir 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

Tendencijos

Dėl informacijos trūkumo GHB vartojimo tendencijas nustatyti sunku, nors iš turimų faktų galima spręsti, kad GHB vartoja tik kai kurie maži visuomenės pogrupiai. Šokių muzikos vakarų lankytojų apklausos Belgijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje rodo, kad GHB vartojimas buvo pakilęs apie 2000–2003 m., bet paskui sumažėjo. Tačiau neaišku, kiek tokia išvada tinka kitoms grupėms. Galima pažymėti, kad narkomanų vartotojams skirta telefono pagalbos linija

⁽¹³⁷⁾ Žr. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ Į termino GHB reikšmę įeina galimas GBL arba 1,4-BD vartojimas.

⁽¹³⁹⁾ Žr. „Europos vaistinių preparatų rinkodaros teisės suteikimo įvarką“, p. 68.

Internetas – informacijos apie atsirandančių naujų narkotikų tendencijas šaltinis

2004 m. daugiau kaip trečdalis jaunimo ES teigė, kad, norėdami daugiau sužinoti apie narkotikus, jie pasinaudotų internetu (*Eurobarometer*, 2004). Jei jaunimas tikrai ieško informacijos internete, kyla klausimas, ar informacija, kurią jie ten randa, yra tikrai objektyvi ir tiksli. Narkotikų vartojimui skirta daug interneto tinklalapių, kai kuriuos remia vyriausybė, kitus tvarko lobistinės grupės, vartotojų ir palaikymo tinklai. Internetas yra ne tik informacijos apie narkotikus šaltinis, bet ir teisėtų bei neteisėtų narkotikų rinka, jo puslapiuose siūloma pirkti ir neteisėtų narkotikų, ir teisėtų pakaitalų. Pasinaudodami interneto prekybos potencialu ir taikydami internetinės prekybos strategijas, kurios labai greitai reaguoja į vartotojų paklausą ir besikeičiančių teisinę ir rinkos padėtį, internete veikiančios mažmeninės turi vis daugiau galimybių skleisti naujus narkotikų vartojimo būdus ir produktus.

E-POD Europos perspektyvos narkotikų srityje (angl. *European perspectives on drugs*) projekte ENNSC tiria būdus, kaip internetą padaryti informacijos apie atsirandančias narkotikų tendencijas šaltiniu. ES lygmeniu yra sukurta būdy, kaip teikti patikimą informaciją visuomenės sveikatos klausimais: naujasis ES visuomenės sveikatos portalas yra vartai į kitus Europos visuomenės sveikatos šaltinius, įskaitant informaciją, susijusią su narkotikais (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Suomijoje pirmą kartą užregistravo skambučius dėl GBL 2005 m. (FESAT, 2005).

Pavojus sveikatai

Didžiausias pavojus sveikatai, susijęs su GHB vartojimu – didelė tikimybė prarasti sąmonę, ypač jei šis narkotikas vartojamas su alkoholiu ar kitais raminamaisiais vaistais. GHB vartojimas gali sukelti ir kitų problemų, pavyzdžiui, komą, kūno atšalimą, hipotonią, haliucinacijas, pykinimą, vėmimą, širdies plakimo sulėtėjimą ir kvėpavimo slopinimą. Nustatyta, kad fizinė priklausomybė nuo GHB atsiranda po ilgesnio vartojimo; papildomą riziką sveikatai gali kelti vartojamo narkotiko užterštumas tirpikliais ar sunkiaisiais metalais.

Nuo 1993 m. apie mirtis, susijusias su GHB vartojimu, ENNSC yra pranešusios penkios valstybės narės ir Norvegija: Danija ir Italija (po vieną atvejį), Suomija ir Norvegija (po tris atvejus), taip pat Švedija ir Jungtinė Karalystė (iš viso apie 40 su GHB susijusių mirčių).

2005 m. Amsterdame užregistruoti 76 mirtimi nepasibaigę atvejai, kai dėl GHB vartojimo reikėjo suteikti skubią medicinos pagalbą; taigi, kaip ir ankstesniais metais, tokių

atvejų buvo daugiau nei skubios medicinos pagalbos pareikalavusių atvejų dėl haliucinogeninių grybų (70 atvejų), ekstazio (63 atvejai), amfetamino (trys atvejai) ir LSD (vienas atvejis) vartojimo. Palyginti su kitomis medžiagomis, didelę dalį GHB pacientų (84 %) teko vežti į ligoninę. 2005 m. informacijos apie GHB prašymų Nyderlandų nacionaliniam informacijos apie nuodus centrui skaičius, palyginti su 2004 m., padidėjo 27 % (iš 1 383 prašymų 241 prašymas buvo apie GHB).

Pavojaus mažinimas

Į GHB vartojimą reaguojama daugiausia nacionaliniais ir bendruomenių projektais, skirtais naktinio gyvenimo aplinkai, kurie paprastai apsiriboja klubų personalo mokymu ir informacijos apie GHB vartojimo pavojų platinimu (Vokietija, Prancūzija, Nyderlandai, Austrija, Jungtinė Karalystė). Platinant informaciją apie GHB, svarbiausia teikti patarimus apie atsargumo priemones naktinio gyvenimo aplinkoje, kad gėrimai nebūtų „užtaisyti“, ir apie priemones, kurių reikia imtis perdozavimo atveju. Vis dažniau į didelius renginius siunčiamos pirmosios pagalbos grupės, kurios galėtų reaguoti į GHB ar kitų narkotikų, taip pat alkoholio sukeltas problemas.

Ketaminas

Ketaminas stebimas ES nuo 2000 m., kai buvo susirūpinta dėl piktnaudžiavimo juo (EMCDDA, 2002). Nacionaliniu lygmeniu ketaminas yra kontroliuojamas narkotikų įstatymais (o ne medicinos nuostatais) daugiau kaip pusėje ES valstybių narių; Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje ketaminas įtrauktas į narkotinių medžiagų sąrašus atitinkamai 2005 m. ir 2006 m. Neseniai PSO atlikus naują kritišką ketamino vertinimą, prieita prie išvados, kad, įvedus tarptautinę kontrolę, atsirastų problemų gauti šios medžiagos žmonėms

Naujos psichoaktyviosios medžiagos

2005 m. gegužės 10 d. Tarybos sprendime 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės nustatytas mechanizmas, kuris padeda greitai apsisieisti informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, kurios gali kelti pavojų visuomenės sveikatai ir socialines grėsmes. ENNSC ir Europolui – bendradarbiaujant atitinkamai su „Reitox“ nacionaliniais informacijos biurais ir Europolo nacionaliniais padaliniais – skirtas pagrindinis vaidmuo įgyvendinant ankstyvo įspėjimo sistemą ir aptinkant naujas psichoaktyvias medžiagas (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

skirtiems vaistams nutolusiose pasaulio vietose, taip pat veterinarijos vaistams, nes nėra tinkamo pakaito (WHO, 2006). Po šio vertinimo 2007 m. kovo mėn. JT narkotikų medžiagų komisijos rezoliucijos projekte, kuriame buvo reaguota į piktnaudžiavimą ketaminu ir jo gavimu iš teisėtų šaltinių, valstybės narės raginamos pagalvoti apie atsargumo priemonių sistemą, kuri padėtų vyriausybinėms agentūroms laiku aptikti ketamino gavimą iš teisėtų šaltinių.

Apie ketamino vartojimą yra nedaug epidemiologinių duomenų, nors neseniai atlikta apklausa Jungtinės Karalystės mokyklose nustatė, kad vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas nesiekia 0,5 %. Yra šiek tiek duomenų ir iš apklausų šokių muzikos vakaruose bei iš įvairių didelės rizikos populiacijų tyrimų; ketamino vartojimo bent kartą gyvenime procentai svyruoja nuo 7 % Čekijos tyrime iki 21 % vienoje Vengrijos imtyje.



8 skyrius

Su narkotikais susijusios infekcinės ligos ir mirtys

Su narkotikais susijusios infekcinės ligos

ENNSC ir Europos epidemiologinės AIDS stebėsenos centrai (*EuroHIV*, 2006) pateikti duomenys rodo, kad iki 2005 m. pabaigos daugumoje Europos Sąjungos šalių ŽIV perdavimo lygis tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų (angl. *injecting drug users*, IDU) buvo nedidelis. Tai gali būti bent iš dalies dėl to, kad plačiau taikomos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo priemonės, įskaitant pakaitinį gydymą bei adatų ir švirkštų programas, nors galbūt ir dėl kitų svarbių veiksnių, kaip antai dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimo kai kuriose šalyse. Tačiau tikėtina, kad 2005 m. kitose ES šalyse ir regionuose ŽIV perdavimo lygis tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų vis dar buvo gana aukštas⁽¹⁴⁰⁾, o tai reiškia, jog reikia siekti užtikrinti vietinės prevencinės praktikos aprėptį ir veiksmingumą.

Šiuo metu Europoje iš visų su narkotikais susijusių infekcinių ligų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų daugiausia dėmesio susilaukia ŽIV/AIDS ir virusinis hepatitas (B ir C). Taikomos dvi viena kitą papildančios sistemos: informacija apie atvejus (arba „pranešimai“: naujų atvejų ir (arba) praneštų atvejų absoliutūs skaičiai) ir „serologinio paplitimo stebėseną“ (arba „sargybinių žvalgyba“: nustatoma, koks švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų testavimo procentas davė teigiamų rezultatų (11 pav.)⁽¹⁴¹⁾). Tikėtina, kad nė viena iš šių sistemų nėra tobula; duomenų kiekis šalyse taip pat nevienodas. Tačiau nors šių dviejų sistemų teikiamas duomenis reikia vertinti atsargiai, jos abi gali pateikti išsamesnį vaizdą apie pastarojo meto epidemiologines tendencijas.

ŽIV susirgimo atvejų rodikliai ir paplitimas

Pranešimai apie ŽIV atvejus

Svarbus ŽIV susirgimų atvejų rodiklis tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų – pranešimai apie naujus

diagnozuotus ŽIV infekcijos atvejus. Aiškinant tokius duomenis, reikia atsižvelgti į tokius dalykus: užsikrėtę švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys gali likti nediagnozuoti, jei jie neturės kontakto su sveikatos priežiūros tarnybomis; nauji infekcijos atvejai nebūtinai turi būti susiję su narkotikų švirkštimusi; nustatytų atvejų skaičiui įtakos gali turėti testavimo ir pranešimų metodikos skirtumai tarp šalių ir laikui bėgant.

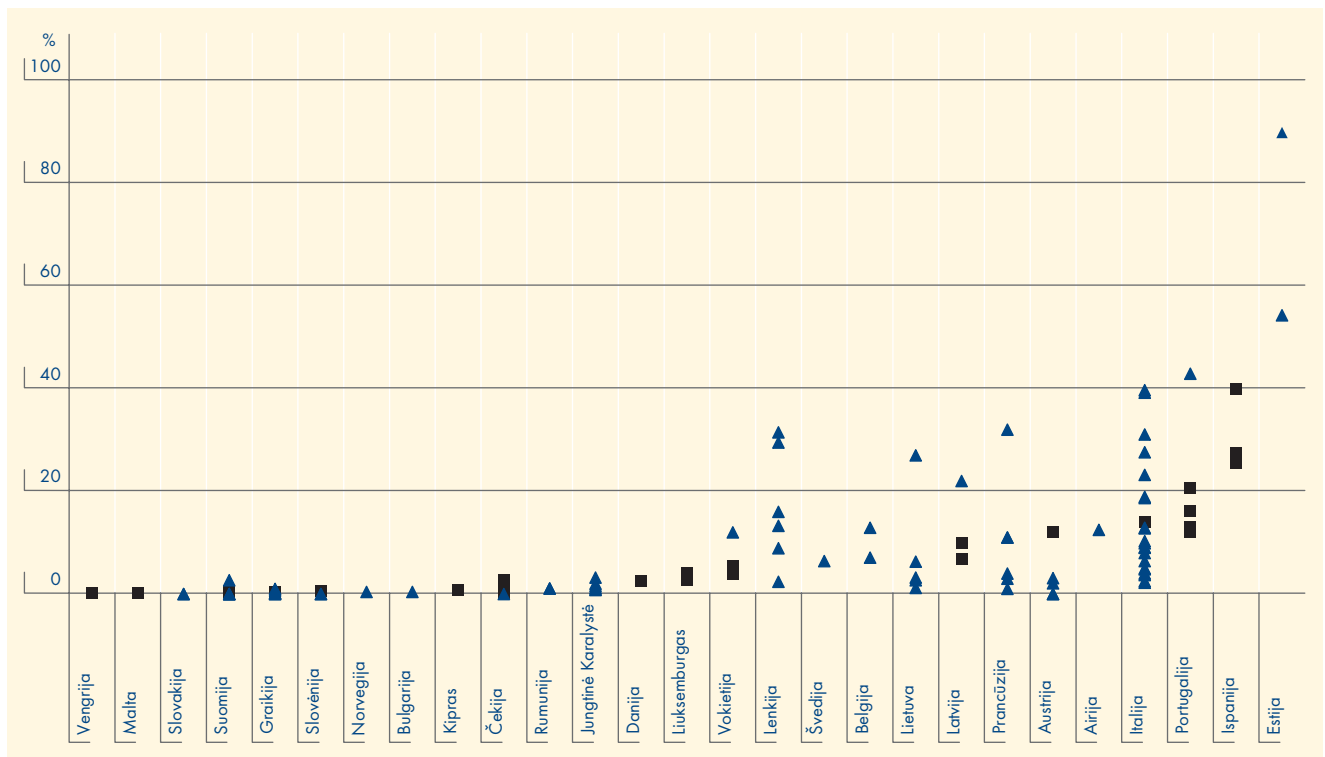
Turimi duomenys rodo, kad iki 2005 m. daugumoje šalių naujų infekcijos atvejų procentas, susijęs su švirkščiamuosius narkotikus vartojančiais asmenimis, buvo nedidelis. Tačiau reikia atkreipti dėmesį į tai, kad iš keleto didelio paplitimo šalių (Estijos, Ispanijos, Italijos, Austrijos) negauta naujausių duomenų. 2005 m. devyniolikoje valstybių narių, kurių daugumoje niekuomet nebuvo didelės ŽIV epidemijos tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, su tokiais asmenimis susijusių ŽIV atvejų procentas išlieka nepakitęs – mažiau nei penki atvejai milijonui gyventojų. Didesnius skaičius nurodo Airija ir Liuksemburgas, kur yra atitinkamai 16 ir 15 atvejų milijonui gyventojų. Portugalijoje, kuri iš visų šalių, turinčių duomenų apie švirkščiamuosius narkotikus vartojančius asmenis, 2005 m. pranešė didžiausius skaičius (85 nauji atvejai milijonui visų gyventojų), dabartinė padėtis stabilizavosi po buvusio sumažėjimo 2000 m. ir 2003 m.⁽¹⁴²⁾ Latvijoje, Lietuvoje ir galbūt Estijoje po 2001–2002 m. buvusios epidemijos naujų su švirkščiamuosius narkotikus vartojančiais asmenimis susijusių infekcijos atvejų pranešama daug mažiau, nors, palyginti su dauguma kitų šalių, tokių atvejų pasitaiko dar vis daug. Latvijoje naujų atvejų sumažėjo nuo 283 milijonui gyventojų 2001 m. iki 49 milijonui gyventojų 2005 m. Lietuvoje po protrūkio tarp kalinių ir 2002 m. ligos išplitimo (109 atvejai milijonui) naujų atvejų sumažėjo iki 25 milijonui gyventojų 2005 m. Nors Estijoje labai sumažėjo ŽIV infekcijos atvejų, šioje šalyje naujų ŽIV atvejų procentas didžiausias visoje ES. Nors Estija nepateikė duomenų apie ŽIV infekciją tarp švirkščiamuosius narkotikus

⁽¹⁴⁰⁾ Žr. INF-2 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴¹⁾ Kai kurie paplitimo tyrimai šioje srityje yra labai nedideli: šiame skirsnyje nurodomos tik didesnės nei 50 žmonių imtys ir statistikai reikšmingos ($p < 0,05$) tendencijos laikui bėgant.

⁽¹⁴²⁾ Didesni 2004 m. skaičiai (ŽIV atvejų) ir 2005 m. skaičiai (AIDS atvejų) Portugalijoje gali būti nurodomi todėl, kad po 2005 m. diskusijų apie privalomus pranešimus apie ŽIV atvejus profesionalai kreipia į tai daugiau dėmesio.

11 paveikslėlis. Nacionalinio ir subnacionalinio lygmens ŽIV paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tyrimų vertinimai, 2004–2005 m.



NB: Juodas langelis = nacionalinės aprėpties imtis; mėlynas trikampis = subnacionalinio lygmens (įskaitant vietinį ir regioninį) aprėpties imtis.
 Į Ispanijos ir Švedijos apskaičiuotus skaičius įeina 2006 m. duomenys; Airijos ir Latvijos duomenys yra 2003 m.; Slovakijos duomenys yra 2003–2004 m. Šalys pateiktos paplitimo didėjimo tvarka, remiantis nacionalinių duomenų vidurkiu arba, jei jų nėra, subnacionalinio lygmens duomenimis. Lyginti šalis reikia atsargiai, nes gali skirtis tyrimo aplinka ir tyrimo metodai bei nacionalinių tyrimų imties pasirinkimo strategijos. Daugiau informacijos žr. INF-3 pav. 2007 m. statistikos biuletenyje. Visos parneštos imtys yra didesnės nei 50.
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai. Pirminius šaltinius, tyrimų duomenis ir duomenis iki 2004 m. žr. INF-8 lentelę (i dalį) bei (ii dalį) ir INF-0 lentelę (i dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

vartojančių asmenų, tikėtina, kad narkotikų švirkštimas šioje šalyje lieka pagrindiniu ŽIV perdavimo būdu.

ŽIV paplitimas tarp jaunų ir naujų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų

Išvadas, padarytas analizuojant duomenis apie praneštus atvejus, patvirtina ŽIV infekcijos masto duomenys, gauti jaunų (jaunesnių nei 25 metų) ir naujų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų (kurie narkotikus švirkščiasi mažiau nei dvejus metus) imtyse. Kadangi tikėtina, jog infekcija šiose grupėse yra nesena, šiuos duomenis galima laikyti ŽIV atvejų pakaitiniais rodikliais. Šiose grupėse (nustatytose toliau aprašytuose paplitimo tyrimuose) aukštas ŽIV infekcijos paplitimo lygis (daugiau kaip 5 % 2004–2005 m.) rodo, kad pastaruoju metu padaugėjo infekcijos atvejų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų Portugalijoje (nacionaliniai duomenys), Lietuvoje ir Estijoje (regionų arba miestų duomenys) ir galbūt viename iš trijų duomenis pateikusių miestų Lenkijoje⁽¹⁴³⁾. Reikia atsižvelgti į tai, kad analizuotos imtys paprastai yra nedidelės ir kad iš kai kurių šalių serologinio paplitimo duomenų apie jaunus ir naujus švirkščiamuosius narkotikus vartojančius asmenis apskritai nėra.

ŽIV paplitimo tendencijos

Tai, kad ŽIV paplitimo didėjimas nustatomas, atliekant pakartotinius švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų imčių tyrimus, taip pat gali rodyti, jog infekcijos perdavimas tebevyksta – nors, antra vertus, nustatoma, kad infekuotų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų mirštamumas mažėja ir mažėja neužsikrėtusių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų skaičius. Dauguma per ilgą laiką surinkty ES duomenų rodo stabilų paplitimą ir tai, kad mirstančių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių (angl. *injecting drug users*, IDU) infekuotųjų ir naujų ŽIV užsikrėtusių IDU skaičius išlieka vienodas. Vis dėlto kai kuriuose tyrimuose laikui bėgant nuo 2001 m. išsibarsčiusiuose devynių šalių geografiniuose regionuose paplitimas padidėjo, nors dažnai tuo pat metu kituose regionuose pastebimas paplitimo stabilizavimas ar sumažėjimas, todėl spręsti apie bendras tendencijas sunku. Tarp tokių šalių vėl Latvija (padidėjimas nacionaliniu mastu) ir Lietuva (padidėjimas viename mieste), taip pat Austrija (padidėjimas nacionaliniu mastu), Jungtinė Karalystė (padidėjimas Anglijoje ir Velse, bet vis dar nedidelis) ir kai kurios šalys, kur paplitimas yra vis dar nedidelis (mažesnis

⁽¹⁴³⁾ Žr. INF-9 ir INF-10 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje. Metinėje ataskaitoje nurodomos ne mažesnės kaip 50 asmenų imtys.

nei 1 %). Apskritai šie ŽIV paplitimo padidėjimai atskirose vietovėse ir nacionaliniu mastu rodo, kad negalima nusiraminti ir džiaugtis taikomomis IDU prevencijos priemonėmis.

Graikijoje (nacionaliniu mastu ir viename regione), Ispanijoje (nacionaliniu mastu ir viename regione) ir Suomijoje (nacionaliniu mastu), priešingai, paplitimas mažėja. Be to, nuo 2001 m. nedidelį paplitimą (mažiau kaip 1 % pagal visus turimus duomenis) visą laiką nurodo keturios šalys, kurios yra naujosios valstybės narės: Bulgarija (Sofija, bet paplitimas didėja), Vengrija (nacionaliniu mastu), Slovėnija (dviejuose miestuose, bet paplitimas didėja) ir Slovakija (dviejuose miestuose).

Apskritai daugiau kaip devyniasdešimt pakartotinių 2001–2005 m. ŽIV paplitimo tyrimų IDU imtyse iš 22 ES valstybių narių ir Norvegijos rodo, kad regionų, kuriuose paplitimas mažėja, yra daugiau nei regionų, kuriuose paplitimas didėja. Duomenys rodo, kad ypač ten, kur paplitimas buvo didelis, infekuotų IDU skaičius dabar mažėja, ir galbūt prevencijos ir žalos mažinimo politika pradeda duoti vaisių ⁽¹⁴⁴⁾.

ES skaičiai

Remiantis turimais duomenimis apie praneštus atvejus ir serologinį paplitimą bei švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų ir narkomanų skaičius (žr. 6 skyrių) galima teigti, kad ES gali būti nuo 100 000 iki 200 000 ŽIV infekuotų asmenų, kurie kada nors yra švirkštęsi narkotikus. Manoma, kad šiuo metu ES kasmet diagnozuojamų naujų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų skaičius gali siekti 3 500.

AIDS atvejai ir galimybė gauti labai aktyvų antiretrovirusinį gydymą (HAART)

Kadangi labai aktyvus antiretrovirusinis gydymas (angl. *highly active antiretroviral treatment*, HAART), taikomas nuo 1996 m., sustabdo ŽIV infekcijos progresavimą į AIDS, AIDS paplitimo skaičiaus nebegalima laikyti ŽIV perdavimo rodikliu. PSO vertinimu, HAART aprėptis ES valstybėse narėse, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje didelė, visose siekia bent 75 % ⁽¹⁴⁵⁾, nors duomenų konkrečiai apie IDU nėra. Tačiau turėti duomenis apie AIDS paplitimą yra svarbu, nes jis parodo simptominių ligų lygį ir HAART taikymą bei prieinamumą.

Portugalijoje yra daugiausia AIDS atvejų, susijusių su narkotikų švirkštimusi; tai vienintelė šalis, kurioje tokių atvejų pastaruoju metu padaugėjo: nuo 30 naujų atvejų milijonui gyventojų 2004 m. iki 36 atvejų milijonui gyventojų 2005 m. Be to, 1997–2002 m. laikotarpiu mirštamumas nuo AIDS (reikia manyti, susijęs daugiausia su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu) nesumažėjo, o tai rodo, kad galimybė gauti HAART gydymą tuo laikotarpiu buvo nedidelė ⁽¹⁴⁶⁾. Tarp Baltijos valstybių Latvija užregistravo AIDS susirgimų sumažėjimą nuo 26 naujų atvejų milijonui gyventojų 2004 m. iki 23 naujų atvejų milijonui gyventojų 2005 m.; 2005 m. Estija nepateikė duomenų konkrečiai apie švirkščiamuosius narkotikus vartojančius asmenis, bet 2003–2004 m. buvo pranešusi apie padidėjimą (nuo keturių iki 13 atvejų milijonui gyventojų) ⁽¹⁴⁷⁾.

Hepatito B ir C infekcijos

ŽIV infekcija tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų ES daugiausia pasitaiko didelio šios infekcijos paplitimo šalyse, tuo tarpu virusinis hepatitas, ypač C viruso (HCV) sukelta infekcija, pasiskirsto tolygiau ir jo paplitimas yra didesnis.

2004–2005 m. 17 šalių (šešios šalys iš 28 nepateikė duomenų) 60 atliktų tyrimų nustatyta, kad švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų imtyse HCV antikūnų lygis siekia daugiau nei 60 % ⁽¹⁴⁸⁾. Tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių jaunuomenų (jaunesnių nei 25 metų) septyniose šalyse nustatytas aukštas paplitimas (daugiau kaip 40 % bent vienoje imtyje) ir tarp naujų tik pradėjusių švirkštis narkotikus asmenų Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje ⁽¹⁴⁹⁾, nors daug šalių apie tokius asmenis duomenų nepateikė. Tik penkios šalys nurodė, kad pagal tyrimus paplitimas nesiekia 25 %.

Iš turimų duomenų ir švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų bei narkomanų skaičiaus vertinimo (žr. 6 skyrių) galima manyti, kad ES gali būti apie milijonas HCV infekuotų asmenų, kurie kada nors yra švirkštęsi narkotikus.

HBV infekcijos žymenų paplitimas yra įvairesnis nei HCV žymenų galbūt dėl vakcinacijos masto skirtumų. Išsamiausių duomenų turima apie pagrindinio hepatito antigeno antikūną (*anti-HBc*), kuris rodo buvusią infekciją. 2004–2005 m. šešios šalys nurodė, kad paplitimas siekia daugiau nei 40 %.

⁽¹⁴⁴⁾ Žr. INF-8, INF-9 ir INF-10 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁵⁾ Žr. INF-14 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugalijos nacionalinis ŽIV/AIDS infekcijos koordinavimas, Sveikatos ministerija, 2006 m.

⁽¹⁴⁷⁾ Žr. INF-1 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje. Pastarųjų dvejų metų duomenys yra koreguoti, atsižvelgiant į jų pavėluotą pateikimą, todėl laikui bėgant gali keistis (šaltinis *EuroHIV*).

⁽¹⁴⁸⁾ Žr. INF-11, INF-12 ir INF-13 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje. Metinėje ataskaitoje nurodomos tik ne mažesnės kaip 50 asmenų imtys.

⁽¹⁴⁹⁾ Žr. INF-6 paveikslėlį (vii dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje.

Gera sveikata kalėjimuose – gera visuomenės sveikata

Per pastaruosius du dešimtmečius visuomenės sveikatos srityje susidurta su šiais iššūkiais: užkrečiamų ligų, kaip antai tuberkuliozės, nauja banga; ŽIV/AIDS atvejų pagausėjimu ir greitu plitimu bei, rodos, nekontroliuojamu pandeminiu psichotropinių narkotikų probleminiu vartojimu. Nuo to labiausiai nukenčia pažeidžiamiausios gyventojų grupės. Ypač tarp kalinių narkotikų problemų ir infekcinių ligų paplitimas gana didelis. Be to, kalėjimuose kaliniai nenustoja narkotikų vartoti arba pradeda juos vartoti; tokiomis aplinkybėmis rizikingo elgesio atvejai gali būti dažni. Todėl kalėjimai – potencialūs mirštamų ligų infekcijos šaltiniai, bet juose yra ir galimybė pasiekti ypač svarbią tikslinę grupę.

Išskyrus kelias išimtis (Prancūziją, Jungtinę Karalystę (Angliją ir Velsą), Norvegiją), sveikatos priežiūra kalėjimuose priklauso teismų arba saugumo sistemai, o ne sveikatos priežiūros sistemai, todėl yra pavojus, kad sveikatos priežiūra kalėjimuose gali būti atsieta nuo visų gyventojų sveikatos priežiūros metodų, ir kyla abejonių dėl kalėjimuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų nepriklausomumo, kokybės, prieinamumo ir lygmenų.

Bloga kalinių sveikata gali turėti įtakos platesnės visuomenės sveikatai, kai narkotikų vartotojai išeina iš kalėjimo ir vėl bendrauja su savo šeimomis ir kitais bendruomenės nariais. Todėl sunkių užkrečiamų ligų, kaip antai ŽIV infekcijos ir tuberkuliozės, nustatymas, tinkamas gydymas ir žalos mažinimo priemonės gali labai pagerinti bendruomenių, iš kurių kaliniai ateina ir į kurias sugrįžta, sveikatos padėtį. Narkotikų priklausomybę sergantiems kaliniams gydymo programos kalėjimuose teikia galimybę ne tik pagerinti kalinio sveikatą, bet gali sumažinti ir būsimų nusikaltimų tikimybę.

Kad turėtume geresnių žinių apie sveikatos padėtį kalėjimuose ir apie konkretų atsaką į ją, Europos Komisijos visuomenės sveikatos programa remia Pasaulio sveikatos organizacijos Regioninio Europos biuro sveikatos kalėjimuose projektą, kurio tikslas – sukurti duomenų bazę, kurioje būtų renkami atitinkami sveikatos kalėjimuose rodikliai ir kiti sveikatą lemiantys veiksniai. ENNSC dalyvauja kuriant šią duomenų bazę kartu su PSO Europos biuro ir Europos narkotikų ir infekcijų kalėjimuose kontrolės tinklu (angl. *European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison*, ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

Praneštų hepatito B ir C atvejų tendencijos laikui bėgant skirtingos. Švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų dalis tarp visų sergančiųjų hepatitu B mažėja, ir taip galbūt yra dėl didėjančio vakcinacijos programų poveikio. Jokių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų dalies pokyčių tarp visų užsikrėtusiųjų hepatito C virusu nepastebėta (150);

tačiau įvairiose šalyse ši dalis yra labai skirtinga, todėl galima manyti, kad hepatito C perdavimo keliai yra skirtingi. Suprasti veiksnius, kurie lemia skirtingus infekcijos paplitimo mastus įvairiose šalyse, gali būti svarbu, siekiant sukurti geresnes prevencijos ir žalos mažinimo strategijas šioje srityje.

Infekcinių ligų prevencija

Praeitą dešimtmetį ES lygmeniu pasiekta bendra nuomonė apie pagrindinius elementus, kurie yra būtini veiksmingam atsakui į infekcines ligas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų. Europoje jau įsitvirtino iš kelių komponentų susidedančios prevencinės priemonės – į jas gali įeiti: galimybės gauti tinkamą gydymą dėl narkotikų vartojimo, visų pirma pakaitinį gydymą; adatų ir švirkštų programos; informavimas ir prevencinės medžiagos platinimas; švietimas, įskaitant švietimą, kurį vykdo bendraamžiai, apie tai, kaip mažinti riziką; savanoriškas konsultacijų lankymas ir tikrinimasis dėl infekcinių ligų; vakcinacija ir infekcinių ligų gydymas.

Kad ir koks būtų šių elementų santykis įvairių šalių nacionalinėje politikoje, aiškiai sutariama, kad koordinuotas ir nuoseklus požiūris į visuomenės sveikatos priežiūrą – esminis veiksnys, padedantis sumažinti infekcinių ligų plitimą tarp narkotikų vartotojų.

Šiais metais paskelbtos naujos rekomendacijos, kaip spręsti nedidžiosios ŽIV infekcijos problemą (WHO/UNAIDS, 2007). Kad kuo daugiau asmenų savanoriškai tikrintųsi dėl ŽIV, sveikatos priežiūros darbuotojams patariama aktyviau rekomenduoti tikrintis dėl ŽIV ir lankyti konsultacijas, ypač įstaigose, skirtose su didžiausia rizika susiduriančioms grupėms, kaip antai švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. ENNSC darbas šia tema rodo, kad reguliarius savanoriškas sveikatos tikrinimas, įskaitant ŽIV ir kitų infekcijų testus ir konsultacijas – ypač tinkama paslauga švirkščiamųjų narkotikų vartotojams.

Svarbų vaidmenį hepatito A ir B prevencijoje vaidina vakcinacija. Kai kuriose šalyse nuo hepatito B siūloma skiepytis visiems gyventojams, o kitose – ypatingai rizikingoms grupėms. Norvegijoje po to, kai šios kepenų infekcijos protrūkis parodė, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimas jau pasiekė ir mažesnes savivaldybes, skiepijimas nuo hepatito A ir B buvo suintensyvinamas.

Didelis hepatito C paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų primygtinai rodo, jog reikia šiai ligai, kuriai nėra galimybės pritaikyti skiepijimo, sukurti veiksmingesnes atsako priemones. Kai kurios šalys turi specialias hepatito C

(150) Žr. INF-8 ir INF-11 paveikslėlius 2007 m. statistikos biuletenyje.

prevencijos programas, ir šioje srityje vyksta įdomus darbas, pavyzdžiui, nuo 2003 m. Osle vykdoma kampanija „stabdyk hepC“, kurios metu stengiamasi pasiekti narkotikų vartotojus, kol dar jie nepradėjo švirkštis, arba tik neseniai pradėjusius švirkštis narkotikų vartotojus.

Gydymo nuo narkotikų vartojimo ir žalos mažinimo paslaugoms taip pat reikia sukurti priemones, kaip reaguoti į pavojų keliantį savo pacientų seksualinį elgesį. Narkotikų vartotojai gali susidurti su didele ŽIV infekcijos rizika ne tik švirkšdamiesi narkotikus, bet ir turėdami neatsargių seksualinių santykių dėl sutrikusio gebėjimo priimti sprendimus dėl to, kad vartoja kai kuriuos su rizikinga seksualine elgsena susijusius narkotikus, kad yra sekso darbuotojai arba užsiima seksu už narkotikus. Ypač pažeidžiamos narkomanės moterys, nors susirūpinimą kelia ir narkotikų vartojimo bei labai rizikingo seksualinio elgesio ryšys kai kuriose vyrų, kurie turi seksualinių santykių su vyrais, grupėse. Narkotikų vartotojams yra didesnė rizika užsikrėsti ne tik ŽIV, bet ir kitomis lytiniu būdu plintančiomis ligomis, todėl gydymo nuo narkotikų vartojimo tarnybos galėtų suvaidinti svarbų vaidmenį nustatant tokias ligas. Pavyzdžiui, neseniai atliktame tyrime Maltoje nustatyti neaptikti žmogaus papiloma viruso infekcijos atvejai tarp moterų, kurių sveikata buvo tikrinama vienoje ambulatorinio gydymo įstaigoje.

Adatų ir švirkštų programos

ES tapo įprasta kovos su narkotikais agentūrų teikiamose paslaugose taikyti adatų ir švirkštų keitimo arba dalijimo schemas, teikti konsultacijas ir patarimus apie pavojų, išduoti narkotikų vartotojams siuntimus gydytis. Trijose iš keturių ES šalių ir Norvegijoje adatų ir švirkštų programos (AŠP) laikomos prioritetine priemone kovoje su infekcinių ligų plitimu tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų⁽¹⁵¹⁾. Apie švirkštų adatų ir švirkštų programas praneša visos šalys, išskyrus Kiprą, kur šią priemonę ekspertų grupė rekomendavo 2006 m., siekiant sustabdyti galimą infekcijų protrūkį, susijusį su narkotikų švirkštumusi. Paslaugų teikėjai vis dažniau kartu su švirkštais platina ir kitą sterilų įrangą, kaip antai alkoholio tamponus, sausas šluostes, vandenį, filtrus ir virimo aparatus. Nors sterilios švirkštumosi medžiagos platinimas per adatų ir švirkštų programas nebelaikomas prieštaravimų keliančiu klausimu, ne visos šalys šias programas laiko prioritetu, o kai kurios mano, kad pakanka galimybės įsigyti šių priemonių vaistinėse.

Sterilios švirkščiamosios medžiagos teikimo būdai ir mastas įvairiose šalyse yra skirtingi. Paprastai švirkštų dalijimo punktai

būna specializuotose kovos su narkotikais agentūrose ir visos, išskyrus tris, šalys turi ir mobiliąsias tarnybas, kurios gali pasiekti už visuomenės ribų esančias švirkščiamuosius narkotikus vartojančias grupes. Dešimtyje šalių yra AŠP paslaugas papildančių švirkštų pardavimo automatų⁽¹⁵²⁾, bet apie jų apyvartą duomenų mažai ir nėra tirta, koks šio būdo veiksmingumas. Liuksemburgas kartu su Ispanija ir Vokietija priklauso nedaugeliui šalių, kur adatos ir švirkštai keičiami kalėjimuose, nors Vokietijoje tai daroma tik viename Berlyno kalėjime.

Kadangi vaistinių yra daug, švirkštų keitimo programos per vaistines gali labai padidinti galimybes gauti švirkštų įvairiose geografinėse vietovėse ir papildyti specialių agentūrų darbą. Pavyzdžiui, Škotijoje 2004 m. per 116 dalyvavusių vaistinių buvo išdalyta 1,7 mln. švirkštų, o Portugalijoje dalyvavo 1300 vaistinių, kurios išdalyjo 1,4 mln. švirkštų⁽¹⁵³⁾. Apie oficialiai organizuotų švirkštų keitimo ir platinimo vaistinėse schemų buvimą praneša aštuonios Europos šalys (Belgija, Danija, Ispanija, Prancūzija, Nyderlandai, Portugalija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė).

Šalyse, kuriose narkotikų vartotojai švirkštumosi įrangą paprastai įsigyja vaistinėse, jos galėtų suvaidinti dar svarbesnį vaidmenį, teikdamos narkotikų vartotojams ir kitas sveikatą skatinančias priemones, įskaitant informaciją apie infekcinių ligų riziką, susijusią su seksualiniu elgesiu ir narkotikų švirkštumusi, testavimo ir konsultavimo paslaugas ir siuntimus gydytis. Šiuo metu apie vaistinių motyvavimą dalyvauti švirkštų programose ir dalyvaujantiems vaistinėms skiriamą paramą praneša tik Prancūzija, Portugalija ir Jungtinė Karalystė.

Geografinė adatų ir švirkštų programų aprėptis ir švirkštumosi medžiagų teikimo per jas apimtis įvairiose šalyse skirtinga. Tačiau vis daugiau šalių nurodo turinčios tokių programų nacionalinius tinklus. Gerą AŠP aprėptį nurodo dvi mažos šalys – Liuksemburgas ir Malta; Italija, kur adatų ir švirkštų programos yra paprastai arba dažnai įgyvendinamos 70 % visų sveikatos priežiūros apylinkių; Čekija, kur šios programos veikia visose 77 rajonuose ir sostinėje Prahoje; ir Suomija, kur savivaldybės yra įstatymu įpareigosotos teikti užkertančias kelias infekcinėms ligoms paslaugas, įskaitant AŠP. Portugalija teigia, kad per vaistines ir tiesioginių kontaktų punktus AŠP aprėpia apie 50 % teritorijos; Danijoje dešimt iš 13 apskričių turi AŠP programas. Visi Austrijos miestai, kuriuose yra daug švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, turi bent vieną adatų ir švirkštų punktą, o Bulgarijoje šios paslaugos teikiamos dešimtyje miestų, kur yra gana didelis narkomanijos

⁽¹⁵¹⁾ Žr. 11 paveikslėlį 2006 m. metinėje ataskaitoje.

⁽¹⁵²⁾ Žr. HSR-2 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵³⁾ Žr. HSR-4 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

paplitimas. 2005 m. Estijoje AŠP programa pasinaudojo 37 % švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, tuo tarpu tikslinių grupių aprėptis Slovakijoje ir Rumunijoje daug mažesnė (atitinkamai 20 % ir 10–15 %).

2003–2005 m. keletas šalių (Bulgarija, Čekija, Estija, Vengrija, Austrija, Slovakija, Suomija) pranešė, jog bendras pakeistų arba išplatintų per AŠP švirkštų skaičius išaugo ⁽¹⁵⁴⁾.

Specializuotos agentūros, vykdančios adatų ir švirkštų programas, gali atlikti ir kitus svarbius visuomenės sveikatos priežiūros vaidmenis, pavyzdžiui, įvertinti pacientų rizikingą elgesį ir didinti jų supratimą apie riziką, motyvuoti pacientus, kad jie pasitikrintų sveikatą ir skiepytųsi, suteikti pirminės sveikatos priežiūros ir gydymo nuo narkotikų vartojimo paslaugas. Nors neaišku, kokių mastu šios agentūros teikia šias paslaugas, tokių paslaugų vystymo poreikis aiškėja iš neseniai Anglijoje atlikto nacionalinio audito. Audito ataskaitoje nurodyta, kad nuo narkomanijos besigydančių pacientų supratimas apie infekcines ligas yra menkas ir kad agentūros turėtų rodyti daugiau iniciatyvos ir teikdamos konsultacijas, testavimo ir skiepijimo paslaugas.

Su narkotikais susijusios mirtys ir mirštamumas

Su narkotikais susijusios mirtys

Su narkotikais susijusiomis mirtimis ENNSC laiko mirtis, kurias tiesiogiai sukelia vieno ar daugiau narkotikų vartojimas. Apskritai su narkotikais susijusios mirtys įvyksta netrukus po medžiagos (medžiagų) suvartojimo. Kiti terminai, kuriais vadinamos tokios mirtys, yra „perdozavimas“, „apsinuodijimas“, „narkotikų sukeltos mirtys“ ir „ūmios narkotikų sukeltos mirtys“ ⁽¹⁵⁵⁾. Su narkotikais susijusių mirčių skaičius bendruomenėje priklauso nuo to, kiek žmonių vartoja dažnai perdozuojamus narkotikus (ypač opioidus). Kiti svarbūs veiksniai – švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų dalis, kelių narkotikų vartojimo paplitimas, gydymo paslaugų prieinamumas ir politika bei skubios medicinos pagalbos paslaugas.

Nors pastaraisiais metais Europos duomenis galima lyginti geriau, dėl skirtingos pateikiamų duomenų kokybės tiesioginius lyginimus reikia daryti atsargiai. Su narkotikais susijusių mirčių mastą galima nusakyti, nurodant tokių atvejų skaičių, taikant procentinį vertinimą tarp visų gyventojų arba apskaičiuojant mirštamumo procentą. Nors šalių teikiamų duomenų kokybės skirtumai ir išliks, bet jei nebus keičiami metodai, bus galima nustatyti skaičiaus augimo ar mažėjimo tendencijas per ilgesnį laiką ir perdozavimo atvejų charakteristikas.

1990–2004 m. ES valstybės narės kasmet pranešdavo nuo 6 500 iki daugiau kaip 9 000 mirčių, vadinasi, per visą tą laikotarpį įvyko daugiau kaip 122 000 mirčių. Reikia manyti, kad tai minimalūs skaičiai ⁽¹⁵⁶⁾.

Su narkotikais susijusio mirštamumo skaičiai įvairiose šalyse labai skiriasi: nuo 3–5 ⁽¹⁵⁷⁾ iki daugiau kaip 50 mirčių milijonui gyventojų (vidutiniškai 18,3). Daugiau kaip 11 Europos šalių vienam milijonui tenka virš 20 su narkotikais susijusių mirčių. 15–39 metų amžiaus vyrų miršta paprastai tris kartus daugiau (vidutiniškai 61 mirtis milijonui gyventojų). 2004–2005 m. su narkotikais susijusios mirtys sudarė 4 % visų mirčių tarp 15–39 metų amžiaus europiečių, o devyniose šalyse daugiau kaip 7 % ⁽¹⁵⁸⁾.

Su narkotikais susijusių mirčių priežastis – ne tik perdozavimas, bet ir kitos netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusios priežastys. Pavyzdžiui, 2003 m. mirtys nuo AIDS, siejamos su narkotikų švirkštimusi, siekė beveik 1 400 mirčių (*EuroHIV, 2006*) ⁽¹⁵⁹⁾, nors tai galbūt tik minimalūs skaičiai. Dėl kitų netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių priežasčių (pvz., hepatito, smurto, savižudybių ar nelaimingų atsitikimų) įvykusių mirčių skaičių sunkiau įvertinti. Manoma, kad bent kai kuriuose Europos miestuose opioidų vartojimui galima priskirti, tiesiogiai ar netiesiogiai, 10–20 % jaunų suaugusiųjų mirčių (*Bargagli et al., 2006*) (žr. toliau). Su kitų narkotikų (pvz., kokaino) vartojimu susijusios mirtys papildytų šį skaičių, bet jas sunkiau įvertinti.

⁽¹⁵⁴⁾ Žr. HSR-3 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁵⁾ Dauguma nacionalinių atvejų apibrėžčių yra tokios pačios kaip ENNSC apibrėžtis arba labai panašios, nors kai kurios šalys prie mirties atvejų priskiria mirtis dėl psichoaktyviųjų preparatų vartojimo arba mirtis ne nuo perdozavimo, paprastai tai sudaro ribotą viso skaičiaus dalį (žr. 2007 m. statistikos biuletenio metodologinę pastabą „Su narkotikais susijusių mirčių duomenų santrauka: apibrėžtis ir metodiniai klausimai“ ir „Su narkotikais susijusių mirčių standartinis protokolai, 3.1 redakcija“).

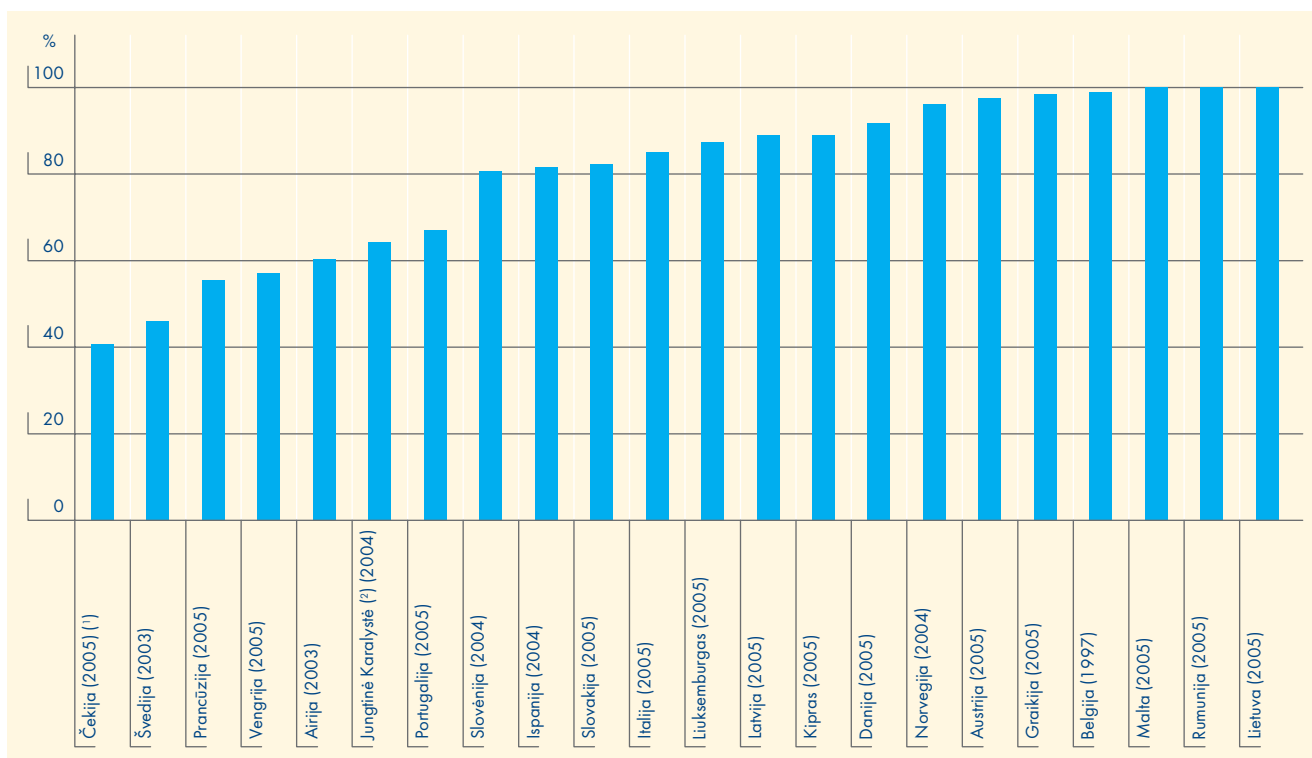
⁽¹⁵⁶⁾ Žr. DRD-2 lentelę (i dalį), DRD-3 ir DRD-4 lenteles 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁷⁾ Prancūzijoje – 0,9 milijonui gyventojų 2005 m., bet tai gali atspindėti ne visą padėtį, tačiau reikia atkreipti dėmesį, kad 1994 m. skaičius buvo 10 kartų didesnis, po to mirčių nuo perdozavimo skaičius ėmė mažėti.

⁽¹⁵⁸⁾ Žr. DRD-5 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁹⁾ Atkreipkite dėmesį, kad skaičiai priklauso Vakarų ir Vidurio PSO Europos sričiai, į kurią įeina ir ES nepriklausančios šalys, juose taip pat atsispindi visos Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje (Rytų sritis) įvykusių mirčių skaičius.

12 paveikslėlis. Ūmių su narkotikais susijusių mirčių atvejų, kuriuos ištyrus aptikta opioidų, dalis



(¹) Čekijos atveju vietoj ūmių su narkotikais susijusių mirčių nacionalinės apibrėžties taikyta ENNSC D parinkties apibrėžtis. Nacionalinė apibrėžtis apima apsinuodijimą psichoaktyviosiomis medžiagomis; tokie atvejai sudaro didžiausią dalį (156 atvejai iš 218).

(²) Nacionalinio statistikos biuro apibrėžtis.

NB: Kai kuriose šalyse į „nacionalinę su narkotikais susijusios mirties apibrėžtį“ įeina nedaug mirčių, netiesiogiai susijusių su narkotikų vartojimu. 2005 m. metų duomenys arba turimi pastarųjų metų duomenys. Daugiau informacijos žr. DRD-1 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Reitox national reports (2006), paimta iš nacionalinių mirties registrų arba specialių registrų.

Norint nustatyti bendrą mirštamumo mastą dėl probleminio narkotikų vartojimo nacionaliniu ar Europos lygmeniu, reikia tobulinti duomenų rinkimą ir analizę. Apie tokias pastangas nacionaliniu mastu nurodoma Nyderlandų nacionalinėje ataskaitoje. Ekstrapoluoiant vietinio tyrimo duomenis ir atsižvelgiant į regioninius skirtumus, buvo įvertintas mirštamumo procentas, tiesiogiai ar netiesiogiai susijęs su probleminiu narkotikų vartojimu. Nors metodiką būtina tobulinti toliau, šios rūšies tyrimas ne tik padeda apskaičiuoti netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių mirčių skaičių, bet ir gali padėti įvertinti tikrą mirčių nuo perdozavimo mastą.

Ūmios su opioidais susijusios mirtys

Mirtys nuo heroino ⁽¹⁶⁰⁾

Opioidų perdozavimas – viena pagrindinių jaunų žmonių, ypač miestuose gyvenančių jaunų vyrų, mirčių priežasčių Europoje. ES opioidai minimi daugeliu (nuo 46 % iki 100 %) atvejų, kai įvyksta ūmi mirtis, siejama su neteisėtomis medžiagomis, daugiausia heroinu ir jo metabolitais (12 pav.).

Europoje dauguma dėl opioidų vartojimo įvykusių mirčių siejama su heroinu, bet dažnai nustatomos ir kitos medžiagos, kurios galbūt prisidėjo prie mirties, ypač alkoholis, benzodiazepinai ar kiti opioidai, o kai kuriose šalyse kokainas. 2006 m. devynios šalys, savanoriškai rinkusios duomenis apie medžiagas, nustatytas įvykus su narkotikais siejamai mirčiai ⁽¹⁶¹⁾, patvirtino, kad opioidų perdozavimo atvejais paprastai randamas ne vienas, o keli narkotikai (60–90 % visų atvejų), ir tokias mirtis galima laikyti „dėl kelių narkotikų vartojimo įvykusiomis mirtimis“.

Nuo opioidų perdozavimo daugiausia miršta vyrų (59–100 % visų tokių mirčių), didžiausias procentas moterų mirčių nuo perdozavimo nustatytas Čekijoje, Lenkijoje ir Slovakijoje, o mažiausias Italijoje, Lietuvoje ir Liuksemburge. Tokia mirtis daugiausia ištinka asmenis nuo 20 iki 40 metų amžiaus, vidutinis amžius daugumoje šalių – ketvirtą dešimtį įpusėję asmenys ⁽¹⁶²⁾. Jauniausias nuo perdozavimo mirusių asmenų vidutinis amžius – Bulgarijoje, Estijoje, Latvijoje ir Rumunijoje,

⁽¹⁶⁰⁾ Kadangi dauguma ENNSC pateiktų atvejų yra susiję su opioidų perdozavimu, ūmių su narkotikais susijusių mirčių charakteristikos taikomos aprašant mirtis, susijusias su opioidais.

⁽¹⁶¹⁾ Čekija, Danija, Vokietija, Latvija, Malta, Nyderlandai, Austrija, Portugalija ir Jungtinė Karalystė.

⁽¹⁶²⁾ Žr. DRD-1 lentelę (i dalį) 2007 m. statistikos biuletenyje

vyriausias – Lenkijoje, Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Labai nedaug pranešama apie jaunesnių nei 15 metų asmenų mirtis nuo perdozavimo, nors galbūt pranešimuose atsispindi ne visos tokios mirtys. Nors pasitaiko su narkotikais susijusių mirčių tarp asmenų, vyresnių nei 65 metų amžiaus, tik septynios šalys šioje amžiaus grupėje nurodo daugiau kaip 5 % atvejų. Keliose 2004 m. į ES įstojusiose valstybėse narėse palyginti jaunas vidutinis mirštančiųjų amžius ir didelė dalis perdozavimo atvejų tarp jaunesnių nei 25 metų asmenų gali rodyti, kad šiose šalyse heroiną vartoja jaunesni asmenys ⁽¹⁶³⁾.

Daugelyje valstybių narių nuo perdozavimo mirštančių asmenų amžius didėja, ir tai rodo, kad heroino vartotojų tarp jaunų žmonių mažėja. Ši tendencija ryški ES-15 valstybėse narėse, nors Austrijoje ir Liuksemburge ši tendencija pastebima tik pastaraisiais metais. Kitose valstybėse narėse tendencija ne tokia aiški, dėl nedidelio atvejų skaičiaus duomenis interpretuoti sunku ⁽¹⁶⁴⁾.

Mirtys nuo metadono ir buprenorfinu

Nors tyrimai rodo, kad pakaitinis gydymas sumažina mirties nuo perdozavimo riziką, kiekvienais metais pranešama apie mirtis, kurios yra siejamos su pakaitinių vaistų piktnaudžiavimu. Mirčių, siejamų su metadonu ir buprenorfinu, skaičiaus ir su jomis susijusių aplinkybių stebėseną gali suteikti svarbios informacijos apie pakaitinių programų kokybės užtikrinimą ir gali būti svarbi prevencijos ir žalos mažinimo iniciatyvoms.

Apie aptiktą metadoną gana didelėje su narkotikais siejamų mirčių dalyje praneša keletas šalių, nors metadono vaidmuo lieka ne visuomet aiškus, nes su mirtimis gali būti susijusios ir kitos medžiagos. Danija nurodo, kad dėl apsinuodijimo metadonu (vienu ar kartu su kitomis medžiagomis) įvyko 43 % su narkotikais susijusių mirčių (2005 m. 89 iš 206); Vokietija nurodė, kad 2005 m. „pakaitinėms medžiagoms“ buvo priskirti 255 atvejai (iš 1 477) (75 atvejai vien tik metadonui, 180 metadonui kartu su kitais narkotikais), palyginti su 345 atvejais 2004 m.; Jungtinė Karalystė nurodė 280 atvejų (iš 1 972, kovos su narkotikais strategijos apibrėžtis), kuriuose „minimas“ metadonas (2004 m.); Norvegijoje atlikus 55 skrodimus, aptikti metadono pėdsakai. Ispanija nurodė („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005 m.), kad mirtinų vien tik metadono perdozavimo atvejų buvo mažai (2 % visų su narkotikais susijusių mirčių), bet metadono buvo dažnai aptinkama su opioidais (42 %) ir su kokainu (20 %)

siejamuose mirčių atvejuose. Kitos šalys nepranešė apie mirtis, siejamas su metadonu, arba jų skaičiai buvo labai maži.

Mirtys dėl apsinuodijimo buprenorfinu yra retos, tai priskiriama agonistinėms-antagonistinėms šio narkotiko farmakologinėms charakteristikoms. Tačiau apie kelias tokias mirtis Europos šalys yra pranešusios. Su šia medžiaga siejamas mirtis 2006 m. ir 2005 m. nacionalinėse ataskaitose nurodė tik Prancūzija ir Suomija. Suomijoje 2005 m. buprenorfino buvo aptikta 83 mirčių atvejais (73 2004 m.) dažniausiai kartu su benzodiazepiniais, raminamaisiais ar alkoholiu arba pavartojus jį švirksčiamuoju būdu. Prancūzijoje 2005 m. nustatyti tik du mirtino perdozavimo atvejai (keturi 2004 m.). Buprenorfinas šiose dviejose šalyse yra pagrindinis pakaitinis opioidas, bet Prancūzijoje ši medžiaga skiriama daug daugiau žmonių nei Suomijoje, nuo 70 000 iki 85 000. Be Prancūzijos ir Suomijos, 2004 m. apie mirtis, kuriose minimas buprenorfinas, nurodė trys kitos šalys (po du ar tris atvejus). Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime, kuriame buvo stengiamasi nustatyti visas mirtis, įvykusias 1980–2002 m., kuriose minimas buprenorfinas, rasti tik 43 tokie atvejai, dažnai kartu su benzodiazepiniais ar kitais opioidais (Schifano et al., 2005).

Ūmios ne su opioidais siejamos mirtys

Su ekstaziu ir amfetaminais siejamos mirtys

Mirtys, kurių atvejais minimas ekstazis, yra nedažnos, bet sukėlė nemaža susirūpinimo, kai prieš keletą metų pasirodė pranešime, kad jos netikėtai išstinka socialiai integruotus jaunos žmones. Riboti duomenys, pateikiami 2006 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose, rodo, kad mirčių nuo ekstazio skaičius lieka panašus į pateiktus prieš kelerius metus. Visoje Europoje ekstazis buvo minėtas 78 mirčių atvejais ⁽¹⁶⁵⁾.

Apie mirtis nuo amfetamino taip pat pranešama retai, nors Čekijoje pervitinui (metamfetaminui) 2004 m. buvo priskirta 16 mirčių, o 2005 m. – 14 mirčių, šie skaičiai susisieja su didėjančiu pervitiną vartojančių narkomanų skaičiumi ir gydymo poreikiu. Suomijoje amfetaminų buvo aptikta 65 mirčių atveju, bet analizuojant priežastis, dėl kurių įvyko šios mirtys, amfetamino vaidmuo nenurodytas.

Mirtys, susijusios su kokainu

Dėl kokaino perdozavimo įvykusias mirtis sunkiau nustatyti nei mirtis, įvykusias dėl opioidų; dažnai manoma, kad mirtis ištiko dėl keleto priežasčių, o ne vien tik dėl apsinuodijimo kokainu ⁽¹⁶⁶⁾. Tyrimais nustatyta, kad dauguma su kokainu siejamų mirčių įvyko dėl ilgalaikio šio narkotiko vartojimo,

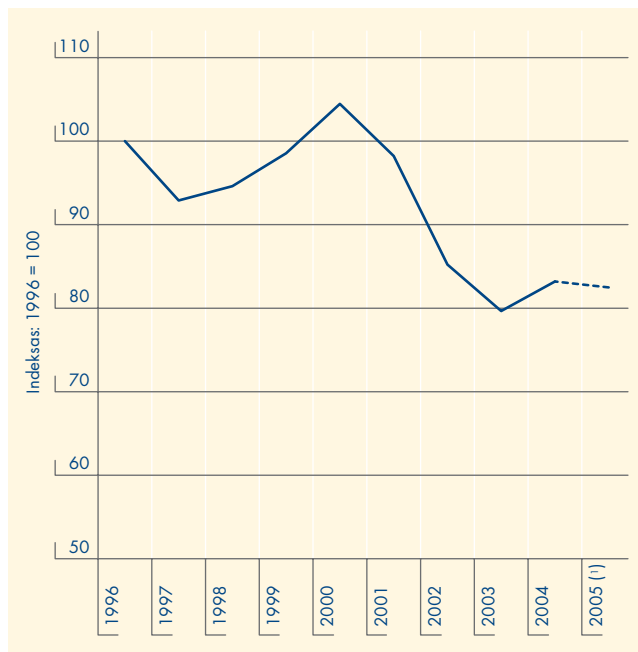
⁽¹⁶³⁾ Žr. DRD-2 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁶⁴⁾ Žr. DRD-3 ir DRD-4 paveikslėlius 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁶⁵⁾ Priklausomai nuo šalies ekstazio ir kokaino duomenys priklauso 2004 m. arba 2005 m.

⁽¹⁶⁶⁾ Išsamesnę ataskaitą apie su šiuo narkotiku susijusias mirtis žr. 2007 m. pasirinktame klausime apie kokainą.

13 paveikslėlis. Bendra ūmių su narkotikais susijusių mirčių tendencija 1996–2005 m. visose duomenis turinčiose valstybėse narėse



(*) 2005 m. skaičius yra preliminarus, paremtas tik tų šalių, kurios pateikė duomenis, 2004 m. ir 2005 m. skaičių lyginimu.

NB: Indeksuotas pokytis apskaičiuotas remiantis duomenimis tų šalių, apie kurias informacijos turima nurodytais ir ankstesniais metais. Mirčių kiekvienoje šalyje skaičių ir metodikos paaiškinimus žr. DRD-2 lentelėje 2007 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: *Reitox national reports* (2006), paimta iš bendrų mirties registrų arba specialių registrų (teismų arba policijos).

kuris sukėlė širdies kraujagyslių ir neurologinių problemų, ypač vartotojams, kurie linkę į tokias ligas arba kuriems toks rizikos veiksnys egzistuoja. Europoje pranešimuose apie mirtis, susijusias su kokainu, taip pat minimos kitos medžiagos (įskaitant alkoholį ir opioidus) ir tai rodo, kad kokainas vartojamas kartu su kitais narkotikais.

Visos duomenis pateikusios šalys 2006 m. ir 2005 m. nacionalinėse ataskaitose iš viso nurodė per 400 mirčių dėl kokaino vartojimo. Taigi aišku, kad reikia toliau tirti kokaino vartojimo įtaką sveikatai ir mirštamumui.

Ūmių su narkotikais siejamų mirčių tendencijos

Iš nacionalinių su narkotikais susijusių mirčių tendencijų galima spręsti apie probleminio narkotikų vartojimo būdų kaitą kiekvienoje šalyje ir atsaką į juos. Iš ES duomenų matyti kai kurios bendros su narkotikais susijusių mirčių tendencijos. Atsižvelgiant į ilgalaikę perspektyvą, ES-15 valstybėse narėse ir Norvegijoje devintajame dešimtmetyje ir dešimto dešimtmečio pradžioje staigiai padaugėjo su narkotikais

susijusių mirčių galbūt todėl, kad lygiagrečiai plito heroino vartojimas ir švirkštimas (167). Su narkotikais susijusių mirčių skaičius didėjo ir 1990–2000 m., nors ne taip staigiai.

Nuo 2000 m. daugelis ES šalių nurodo mažėjančius su narkotikais susijusių mirčių skaičius; tai galbūt yra susiję su didesnėmis gydymo galimybėmis ir žalos mažinimo iniciatyvomis, nors tam tikrą svarbą gali turėti ir švirkštimosi atsisakymas bei mažesnės galimybės įsigyti heroino. Europos lygmeniu su narkotikais susijusių mirčių 2001 m. sumažėjo 6 %, 2002 m. 14 %, o 2003 m. 5 % (13 pav.). Tačiau 2004 m. ataskaitos ir preliminarūs 2005 m. duomenys rodo, kad po 2003 m. su narkotikais susijusių mirčių skaičiai nustojo mažėti.

Nerimą kelianti tendencija atsirado pranešimuose apie kai kuriose šalyse įvykusias su narkotikais susijusias mirtis. Po ryškaus tokių mirčių padidėjimo 1999–2001 m., dvejus ar trejus metus jų aiškiai mažėjo, bet 2004 m. ir 2005 m. buvo pranešta apie vėl didėjantį su narkotikais susijusių mirčių skaičių (168). Tokias su narkotikais susijusių mirčių tendencijų augimo ir mažėjimo kreives buvo galima pastebėti pastaraisiais metais Airijoje, Graikijoje, Portugalijoje, Suomijoje, Norvegijoje ir ne taip staigiai kylančias ar krintančias kreives Nyderlanduose, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Italijoje po tokių mirčių skaičiaus kelerių mažėjimo metų, per pastaruosius dvejus metus vėl pastebėtas nedidelis padidėjimas (169). Šį pastarojo meto padidėjimą galima aiškinti keletu priežasčių: tuo, kad opioidų vartotojai vartoja kelis narkotikus iš karto, arba galbūt tuo, kad lengviau gauti heroino.

Su narkotikais susijusių mirčių tendencijos ES-15 valstybėse narėse ir nuo 2004 m. į ES įstojusiose šalyse ryškiai skiriasi. Tarp ES-15 valstybių narių nuo 1996 m. buvo pastebimas bendras jų skaičiaus mažėjimas, labai didelis mažėjimas vyko 2000–2002 m. galbūt dėl to, kad ilgą laiką mažėjo jaunų švirkščiamuosius opioidus vartojančių asmenų skaičius. Tačiau pastarojo meto tendencijos šiose šalyse nėra tokios aiškios. Naujosiose valstybėse narėse iki 2002 m. vyko staigus augimas, bet 2003–2004 m. tokių mirčių skaičius vėl mažėjo.

Didėja su narkotikais susijusių mirčių dalis tarp mirštančių jaunesnių nei 30 metų narkomanų Graikijoje ir tarp jaunesnių nei 25 metų Estijoje, Liuksemburge ir Austrijoje, mažesniu mastu Latvijoje ir Nyderlanduose, nors daugumoje šalių jaunų nuo perdozavimo mirštančių narkomanų dalis mažėja (170).

(167) Žr. DRD-8 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(168) Žr. DRD-2 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

(169) Žr. DRD-11 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

(170) Žr. DRD-9 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

Skirtingos su narkotikais susijusių mirčių tendencijos pastebimos tarp skirtingų lyčių⁽¹⁷¹⁾. Daugiau informacijos žr. 2006 m. pasirinktą klausimą apie lytis ir narkotikų vartojimą.

Bendras narkomanų mirštamumas

Informacija apie bendrą narkomanų mirštamumą (dėl tiesioginės ar netiesioginės narkotikų įtakos) daugiausia yra paremta duomenimis apie opioidų vartotojus, o informacijos apie mirštamumą, susijusį su kitais narkotikais, trūksta, pavyzdžiui, informacijos apie nuolatinis bet socialiai integruotus kokaino vartotojus, nors jį turėti labai svarbu visuomenės sveikatos tikslais.

Įvairiose Europos vietose atliktais moksliniais tyrimais nustatyta, kad opioidų vartotojų mirštamumas, palyginti su visais gyventojais, yra didelis. Bendras viename ENNSC projekte pradėtas tyrimas padėjo nustatyti, kad mirštamumas tarp opioidų vartotojų, kurie buvo gydomi aštuoniuose Europos vietovėse, buvo labai didelis, palyginti su jų bendraamžių mirštamumu (žr. EMCDDA, 2006). Atlikus Čekijoje atitinkamos grupės mirštamumo tyrimą nustatyta, kad stimulantų vartotojų standartinis mirštamumo santykis buvo 4–6 kartus didesnis už visų gyventojų standartinį mirštamumo santykį, o opioidų vartotojų – 9–12 kartų didesnis (*Reitox national reports*, 2005). Prancūzijoje atliktame už heroino, kokaino ir kreko vartojimą areštuotų asmenų grupės tyrime nustatyta, kad vyrų mirštamumas penkis kartus, o moterų 9,5 karto didesnis už visų gyventojų mirštamumą, nors ir pastebima jo mažėjimo tendencija (*Reitox national reports*, 2005). Daugiau informacijos apie narkomanų mirštamumą tikimasi iš vykdomų atitinkamų grupių tyrimų keliose Europos šalyse (Bulgarijoje, Ispanijoje, Maltoje, Austrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Norvegijoje).

Neseniai atliktuose tyrimuose Nyderlanduose ir Norvegijoje nenustatyta jokio ryšio tarp amžiaus ir rizikos mirti nuo perdozavimo (*Cruts et al., in press; Ødegård et al., 2006 m. cituota Norvegijos nacionalinėje ataskaitoje*), tačiau, opioidų vartotojams senstant, mirštamumas nuo lėtinių ligų gali didinti mirštamumą dėl išorinių priežasčių, kaip antai dėl savižudybės ir smurto. Vargingos narkotikų vartotojų gyvenimo sąlygos, taip pat jų psichinės sveikatos problemos gali nemažai prisidėti prie didelio šios grupės mirštamumo.

Kai kuriais tyrimais nustatyta, kad narkotikų vartotojų mirčių nuo perdozavimo priežastis gali būti savižudybė. 2005 m. Škotijoje nustatyta, kad savižudybės kartu su nenustatytų priežasčių mirtimis sudarė 30 % visų su narkotikais susijusių mirčių. 2003 m. 13 % visų su narkotikais susijusių mirčių

Narkotikų vartotojų sergamumas kitomis ligomis ir ISADORA projektas

Psichiniai sutrikimai dažnai yra susiję su probleminiu narkotikų vartojimu. Nors Europos lygmeniu informacija apie narkotikų vartotojų sergamumą kitomis ligomis sistemingai nerenkama, keliose Europos šalyse atliktuose vietiniuose tyrimuose nustatyta, kad nuo 30 % iki 90 % nuo narkotikų vartojimo besigydančių pacientų gali sirgti ir psichinėmis ligomis. Nuo narkotikų priklausomiems asmenims dažniausiai diagnozuojami asmenybės sutrikimai, depresija, antisocialinė asmenybė, nerimas ir nuotaikos bei valgyimo sutrikimai. Minimi taip pat šizofrenijos atvejai ir polinkis į savižudybę. Sergamumas kitomis ligomis dažniau pasitaiko tarp heroino vartotojų, ypač jei jie heroiną vartoja jau seniai, yra ne kartą gydęsi metadonu ir jei jų socialinės bei gyvenimo sąlygos yra pablogėjusios. Priklausomybė nuo narkotikų dažnai pasitaiko tarp sunkių psichinių ligonių.

Europos projektas ISADORA („integruotos paslaugos esant dvigubai diagnozei ir siekiant optimalaus pasveikimo nuo priklausomybės“, angl. „integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction“) buvo įvykdytas 2005 m.; jo tyrimai tęsėsi trejus metus⁽¹⁾. Projekto tikslas – nustatyti didžiausius institucinius ir asmeninius sergamumo keliomis ligomis rizikos veiksnius. Jis buvo vykdomas septyniuose skirtingose Europos vietose, tirti 352 sunkūs psichiniai pacientai. Projekte nustatyta, kad prasta prognozė ir chaotiški dvigubos diagnozės nustatymo būdai priklauso ne vien tik nuo paciento ypatybių, bet ir nuo fragmentiškų paslaugų ir dažnai neveiksmingos priežiūros skyrimo. Vienas iš ISADORA projekto rezultatų – išsamus dvigubos diagnozės nustatymo mokymo vadovas.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

buvo savižudybės (*Scottish Executive, 2005*). Manoma, kad piktnaudžiavimas medžiagomis prisideda prie savižudybių keliais būdais: tai gali būti bendri rizikos veiksniai ir žmonių, linkusių elgtis labai rizikingai, piktnaudžiavimas medžiagomis.

Su narkotikais susijusių mirčių skaičiaus mažinimas

Dėmesys perdozavimo prevencijos priemonėms padidėjo, pripažįstant, kad narkotikų perdozavimas yra visuomenės sveikatos problema. Gydymasis ir naudojimas kitomis paslaugomis gali sumažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių, tačiau gana didelės galimybės specialiai perdozavimo rizikai mažinti skirtoms priemonėms kurti lieka neišnaudotos ir apskritai Europai trūksta kompleksiškos perdozavimo prevencijos metodikos.

(171) Žr. DRD-6 paveikslėlį 2007 m. statistikos biuletenyje.

Valstybės narės, ypač turinčios ilgesnę heroino epidemijos istoriją, pastaraisiais metais vis labiau didina gydymo nuo narkotikų vartojimo galimybes ir pasiekia vis daugiau sunkiai pasiekiamų narkomanų (žr. taip pat 2 skyrių ir 6 skyrių). Didesnis gydymo prieinamumas ir metodų įvairumas, įskaitant pakaitinį gydymą, padeda išlaikyti daugiau besigydančių narkomanų, o tai prisideda prie mirčių, susijusių su narkotikais, skaičiaus ir mirštamumo mažinimo. Keletas šalių palengvino galimybes gauti palaikomąjį gydymą narkotikais ir akivaizdu, kad stengiasi, jog palaikomasis gydymas metadonu būtų pradedamas taikyti kuo greičiau ir nebūtų kliudoma gydymą nutraukusiems asmenims vėl grįžti į palaikomąjį gydymą metadonu (įrodytos priemonės, kurios didina išgyvenimą). Be to, aukšto slenkščio programų tyrimais nustatyta, kad griežti gydymo taikymo kriterijai ir gydymo taisyklės didina asmenų skaičių, kuriems kaip nuobauda nutraukiamas gydymas, ir tokiu būdu didinamas jų mirštamumas, palyginti su mirštamumu tų asmenų, kuriems leidžiama tęsti gydymą (Fugelstad et al., 2007). Ilgalaikiai gydymo nuo priklausomybės nuo heroino veiksmingumo tyrimai, kuriais bus bandoma nustatyti ryšį tarp gydymo tęsimo ir mirštamumo, šiuo metu vykdomi Italijoje (Bargagli et al., 2006).

Per pirmąsias savaites po išėjimo iš kalėjimo arba nutraukę gydymą asmenys, kurie kurį laiką nevartojo opioidų, susiduria su didesne perdozavimo rizika, jei jie vėl ima vartoti narkotikus, nes jų ankstesnis pakantumas yra sumažėjęs. Todėl labai svarbi žalos mažinimo priemonė – informuoti išėinančius iš tokios aplinkos asmenis, kad grįžę prie narkotikų vartojimo jie gali susidurti su didele rizika, ir aptarti su jais rizikos mažinimo strategijas. Labai svarbu, kad ypač išėinantiesiems iš kalėjimo asmenims nebūtų nutraukta priežiūra, socialinė parama ir gydymo paslaugos.

Kitos perdozavimo prevencijos priemonės – mokyti narkotikų vartotojus, kaip susilaikyti, kaip lengviau išverti ekstremalias situacijas, tai pat dirbti su policija, greitosios pagalbos tarnyba ir pačiais narkotikų vartotojais, skatinant juos perdozavimo atveju kuo anksčiau kviešti greitosios pagalbos tarnybas. Moksliniai tyrimai rodo, kad kartu vartojant kelis narkotikus, ypač alkoholį ir raminamuosius vaistus, didėja mirtino opioidų perdozavimo pavojus ir todėl į kelių narkotikų vartojimą tarnybos turėtų kreipti ypatingą dėmesį. Išbandoma galimybė narkotikų vartotojus aprūpinti opioidų antagonistais, pavyzdžiui, Škotijoje vykdomas bandomasis projektas

dalijant Naloksoną (angl. *Naloxone*) narkotikų vartotojams, jų šeimoms ir draugams. Kol kas Europoje ši metodika nėra plačiai taikoma, bet ji turi galimybių. Vis dažniau, nors ir ne visur, opioidų antagonistų turima greitosios pagalbos mašinos, gydymo įstaigose ir kitose institucijose, kuriose gali įvykti opioidų perdozavimas. Atsižvelgiant į šių preparatų veiksmingumą, jei jie suteikiami greitai, būtina šią atsako priemonę dar kartą persvarstyti svarstant visas perdozavimo prevencijos priemones.

Prieštarų nuomonių yra sukėlusios tokia priemonė kaip narkotikų vartojimo kambariai, kur narkomanai gali vartoti narkotikus specialioje vietoje, prižiūrimi gydytojų ir kitų tarnybų. Narkotikų vartojimo kambarius savo metinėse ataskaitose kritikavo INCB, bet kai kurios ES valstybės narės juos vertina kaip naudingą priemonę labai sunkios narkomanijos atvejais. Narkotikų vartojimo kambarių naudingumą galima paremti tokiais argumentais kaip galimybėmis taikyti juose perdozavimo prevencijos priemones, mažinti kitokią su švirkštimusi susijusią riziką, galimybę platinti informaciją ir naudoti kambarius kaip pirminės sveikatos priežiūros paslaugų taikymo, gydymo ir kitokių paslaugų vietą. Į narkotikų vartojimo kambarius taip pat kartais žiūrima kaip į galimybę mažinti narkotikų vartojimo visuomenei keliamus nepatogumus. Šiuo metu ES ir Norvegijoje yra daugiau kaip 70 narkotikų vartojimo kambarių: apie 40 Nyderlanduose, 25 Vokietijoje, šeši Ispanijoje ir po vieną Liuksemburge bei Norvegijoje.

Iniciatyvos, siekiančios mažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių visoje Europoje, taiko informacijos, švietimo ir ryšių (IŠR) metodus. Keletas šalių praneša, kad narkotikų vartotojams, jų bendraamžiams ir šeimoms bei policijai dalijama speciali informacinė medžiaga. Tačiau atrodo, kad kartu su pirmosios pagalbos kursais narkotikų agentūrų darbuotojams ar patiems narkotikų vartotojams Europoje populiarėja perdozavimo rizikos vertinimas ir konsultacijos apie rizikos valdymą; tokios priemonės, pavyzdžiui, nurodomos Rumunijos, Nyderlandų ir Maltos ataskaitose. 2005 m. Škotijoje pradėtas vykdyti veiksmų planas, skirtas su narkotikais susijusioms mirtims mažinti; jame numatyta DVD, skirta supratimui apie perdozavimą didinti, nauji vėlavimo kviešti pagalbą moksliniai tyrimai ir nacionalinis forumas, skirtas tendencijoms aptarti ir reikalingų tolesnių priemonių poreikiui nustatyti.



Literatūra

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils“, *Social science and medicine* 58, p. 1767–80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population“, *Substance use misuse* 41, p. 1861–79.
- Binnie, I., Kinver, A. and Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation“, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science“, *Addictive behaviours* 25, p. 955–64.
- Bühler, A. and Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Cologne.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. and Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. and Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth“, *Journal of abnormal child psychology* 33, p. 363–74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. and Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. and Van Laar, M. (in press), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004“, *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. and Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change“, *Journal of abnormal child psychology* 33, p. 395–400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic“, Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No. 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion“, doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union“, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, European Commission, Luxembourg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005“ (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination“, *Prevention science* 6, p. 151–75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. and Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings“, *Addiction* 102, p. 406–12.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use“, Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake“, National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns“, Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy“, *Drugs: education, prevention and policy* 13, p. 389–91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lisbon (unpublished).
- Kouvonen, P., Skretting, A. and Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. and Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors“, *Drug and alcohol dependence* 84, p. 167–74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. and Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use“, *Journal of drug education* 35, p. 233–53.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues“ (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. and van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation“, *Journal of advanced nursing* 57, 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season“, report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction“, *Journal of substance abuse treatment* 31, p. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. and Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento“, in: Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, p. 111–21.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. and Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom“, *Addiction* 100, p. 1140–9.
- Nabben, T., Benschop, A. and Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners’ briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. and McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches“, *Drugs: education, prevention and policy* 7, p. 293–310.
- Reitox national reports (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction*, 101, p. 315–22.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights“, in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, p. 117–24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002“, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, p. 343–48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement“, *European addiction research* 12, p. 121–27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study“, *Addictive behaviours* 29, p. 743–52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. and Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen“, *Sucht* 52, p. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project“, *Addiction* 101, p. 813–23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales“, *British journal of general practice* 55, p. 444–51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. and Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)“, unpublished paper, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, United Kingdom.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services“, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006“, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities“, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. and Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden“, *Journal of analytical toxicology* 28, p. 67–70.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2007 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras

2007 – 91 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-295-9

Kaip įsigyti ES leidinių?

Parduodamų Leidinių biuro leidinių galima rasti *EU Bookshop* adresu:
<http://bookshop.europa.eu>. Ten galima pateikti užsakymą pasirinktam pardavimo biurui.

Norėdami gauti mūsų pardavimo biurų visame pasaulyje sąrašą,
kreipkitės faksu (352) 29 29-42758.

Apie ENNSC

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 metais, jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir apie narkomaniją šaltinis Europoje.

ENNSC renka, analizuoja ir platina objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis plačiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija pateikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateiktas bendrasis ENNSC įspūdis apie narkotikų reiškinį Europos Sąjungoje. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.