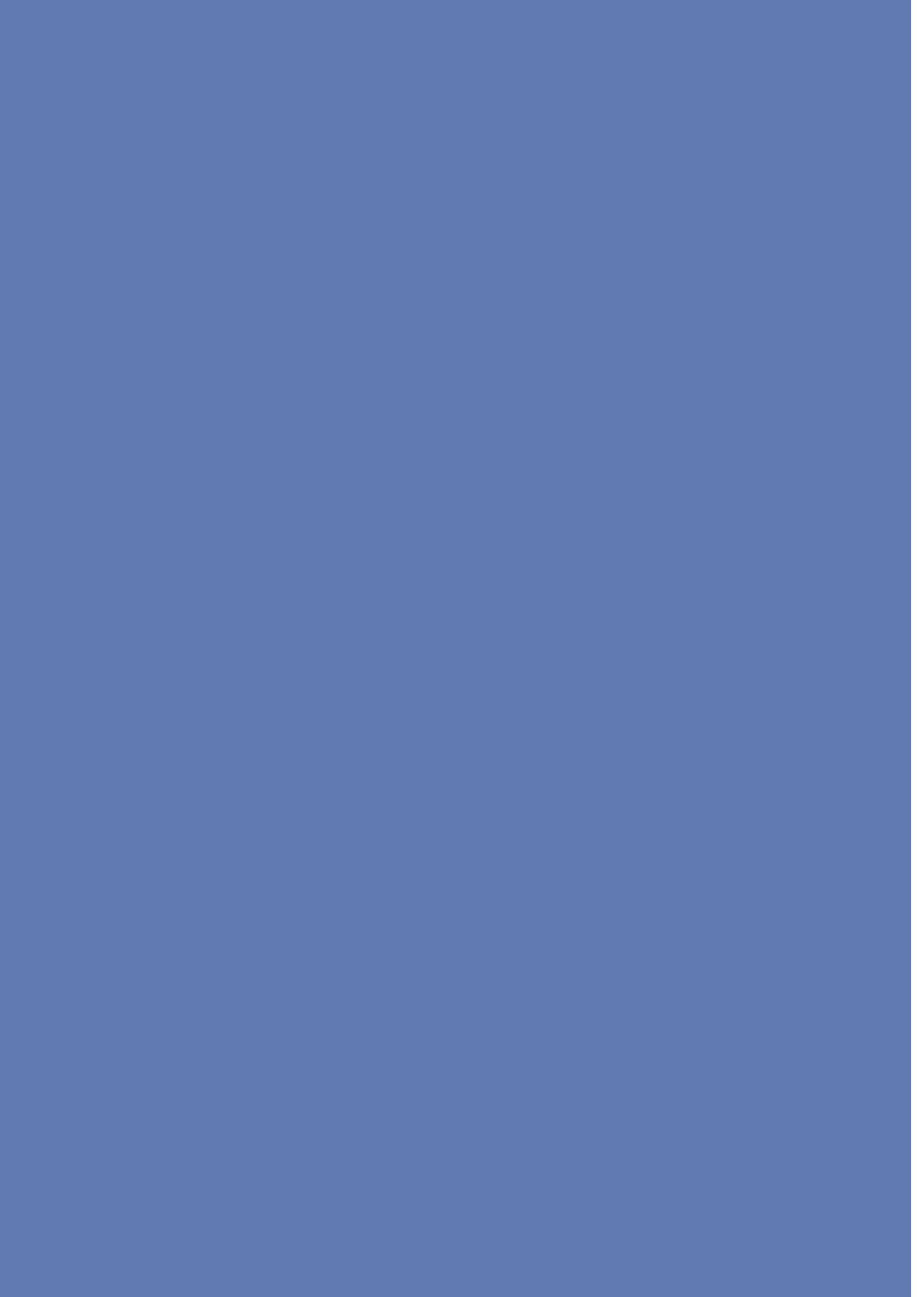




Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκοτικών και Τοξικομανίας

ISSN 1609-610X

# Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ





Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκοτικών και Τοξικομανίας

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ  
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

## Ανακοίνωση νομικού περιεχομένου

Η παρούσα έκδοση αποτελεί ιδιοκτησία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) και καλύπτεται από δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας. Το ΕΚΠΝΤ δεν φέρει καμία ευθύνη ή υπαιτιότητα για τυχόν συνέπειες από τη χρήση των στοιχείων που περιέχει το παρόν έγγραφο. Το περιεχόμενο της παρούσας έκδοσης δεν αντιπροσωπεύει υποχρεωτικά την επίσημη θέση των εταίρων του ΕΚΠΝΤ, των κρατών μελών της ΕΕ ή των θεσμικών οργάνων και οργανισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Περισσότερες πληροφορίες για την Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχονται από το διαδίκτυο. Η έκθεση είναι διαθέσιμη μέσω του διακομιστή Eurogora (<http://eurogora.eu>).

Η Άμεση Ευρώπη είναι μια υπηρεσία που σας βοηθά να βρείτε απαντήσεις στα ερωτήματά σας για την Ευρωπαϊκή Ένωση

Αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Ορισμένες εταιρείες κινητής τηλεφωνίας δεν επιτρέπουν την πρόσβαση στους αριθμούς 00 800, ή οι κλήσεις αυτές μπορεί να χρεώνονται.

Η παρούσα έκθεση διατίθεται στα βουλγαρικά, ισπανικά, τσεχικά, δανικά, γερμανικά, εσθονικά, ελληνικά, αγγλικά, γαλλικά, ιταλικά, λετονικά, λιθουανικά, ουγγρικά, ολλανδικά, πολωνικά, πορτογαλικά, ρουμανικά, σλοβακικά, σλοβενικά, φινλανδικά, σουηδικά, τουρκικά και νορβηγικά. Όλες οι μεταφράσεις έχουν γίνει από το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφικό δελτίο υπάρχει στο τέλος του τεύχους.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009

ISBN 978-92-9168-383-3

© Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2009

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή με αναφορά της πηγής.

*Printed in Luxembourg*

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Cais do Sobré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Τηλ. (351) 211 21 02 00 • Φαξ (351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Ευχαριστίες	7
Εισαγωγικό σημείωμα	9
Σχόλια: Πώς να πετύχουμε έναν κινούμενο στόχο – Η πρόκληση της ανάπτυξης μιας πραγματιστικής πολιτικής για την αντιμετώπιση του μεταβαλλόμενου προβλήματος των ναρκωτικών	11
<b>Κεφάλαιο 1: Πολιτικές και νομοθεσία</b> Εξελίξεις στη διεθνή και την ευρωπαϊκή πολιτική • Εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά • Δημόσιες δαπάνες • Εθνική νομοθεσία • Έρευνες για τα ναρκωτικά	<b>19</b>
<b>Κεφάλαιο 2: Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη – Επισκόπηση</b> Πρόληψη • Θεραπεία • Μείωση των επιβλαβών συνεπειών • Κοινωνική επανένταξη • Επιβολή της νομοθεσίας και αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών • Υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα στις φυλακές	<b>29</b>
<b>Κεφάλαιο 3: Κάνναβη</b> Προσφορά και διαθεσιμότητα • Επικράτηση και πρότυπα χρήσης • Θεραπεία	<b>43</b>
<b>Κεφάλαιο 4: Αμφεταμίνες, έκσταση και παραισθησιογόνες ουσίες</b> Προσφορά και διαθεσιμότητα • Επικράτηση και πρότυπα χρήσης • Αμφεταμίνες και έκσταση σε χώρους διασκέδασης: χρήση και παρεμβάσεις • Θεραπεία	<b>56</b>
<b>Κεφάλαιο 5: Κοκαΐνη και κρακ</b> Προσφορά και διαθεσιμότητα • Επικράτηση και πρότυπα χρήσης • Οι συνέπειες της χρήσης κοκαΐνης στην υγεία • Προβληματική χρήση κοκαΐνης και αιτήσεις θεραπείας • Θεραπεία και μείωση των επιβλαβών συνεπειών	<b>68</b>
<b>Κεφάλαιο 6: Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών</b> Προσφορά και διαθεσιμότητα • Εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών • Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών • Θεραπεία προβληματικής χρήσης οπιοειδών	<b>80</b>
<b>Κεφάλαιο 7: Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά</b> Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά • Πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων • Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα • Μείωση των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων	<b>91</b>
<b>Κεφάλαιο 8: Νέα ναρκωτικά και αναδυόμενες τάσεις</b> Δράση της ΕΕ για τα νέα ναρκωτικά • Προϊόντα Spice και συναφή συνθετικά κανναβινοειδή • Διαδίκτυο: μια αγορά ψυχοτρόπων ουσιών • Παρακολούθηση ουσιών	<b>104</b>
<b>Παραπομπές</b>	<b>110</b>



## Πρόλογος

Η παρούσα έκθεση αποτελεί μια έγκαιρη και λεπτομερή εκτίμηση της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ευρώπη και επιθυμούμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στο προσωπικό μας, το οποίο εργάστηκε σκληρά για τη σύνταξή της. Ωστόσο, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι ουσιαστικά η εγκυρότητα αυτού του εγγράφου δεν οφείλεται στις προσπάθειες που καταβάλλουμε εμείς στη Λισαβόνα, αλλά στις προσπάθειες που καταβάλλονται στα κράτη μέλη για την ανάπτυξη ενός άρπυ και ολοκληρωμένου συστήματος πληροφόρησης. Θεωρούμε ότι το σύστημα αυτό, πέραν της σημαντικής συμβολής του προς έναν ώριμο και τεκμηριωμένο δημόσιο διάλογο για το πρόβλημα των ναρκωτικών, συμβάλλει και στην ανάπτυξη καλύτερων και αποτελεσματικότερων πολιτικών.

Πολιτικές του είδους αυτού καθίστανται όλο και πιο αναγκαίες, δεδομένου ότι αυξάνεται ακατάπαυστα η πολυπλοκότητα των προκλήσεων στο πεδίο των ναρκωτικών. Ένα κοινό θέμα που διατρέχει την παρούσα έκθεση στο σύνολό της είναι ο δυναμικός χαρακτήρας του προβλήματος των ναρκωτικών και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να διασφαλίσουμε ότι το όραμά μας θα συμβαδίζει με τις μεταβαλλόμενες συνθήκες με τις οποίες ερχόμαστε αντιμέτωποι.

Φέτος, το ΕΚΠΝΤ γιορτάζει 15 χρόνια συλλογής πληροφοριών και υποβολής εκθέσεων για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Με την ευκαιρία του εορτασμού, διοργανώθηκε συνέδριο με τίτλο «Ο εντοπισμός των αναγκών πληροφόρησης στην Ευρώπη για μια αποτελεσματική πολιτική στον τομέα των ναρκωτικών», το οποίο έδωσε την ευκαιρία σε επιστήμονες, επαγγελματίες και αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής από ολόκληρη την Ευρώπη και πέραν αυτής να συγκεντρωθούν στη Λισαβόνα και να συμβάλουν στην αποτύπωση και την αξιολόγηση της υπάρχουσας βάσης γνώσεων στο πεδίο των ναρκωτικών, καθώς και στον εντοπισμό των σημερινών και μελλοντικών αναγκών πληροφόρησης.

Το συνέδριο κατέδειξε ότι η Ευρώπη έχει εξελιχθεί σε ένα εντυπωσιακό εργαστήριο μελέτης και κατανόησης της χρήσης ουσιών και των τρόπων αντιμετώπισής της, γεγονός που προσφέρει πλέον σημαντικές ευκαιρίες συλλογικής μάθησης και ανταλλαγής γνώσεων. Σε κανένα άλλο σημείο του κόσμου δεν υπάρχει τόσο μεγάλη ομάδα πολιτισμικά διαφορετικών κρατών τα οποία επιδεικνύουν την κοινή αποφασιστικότητα τους να βελτιώσουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν αυτό το σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα. Τούτο αποδεικνύεται και από την ανάπτυξη ενός εγκάρσιου συστήματος παρακολούθησης της κατάστασης των ναρκωτικών που καλύπτει 30 χώρες με συνολικό πληθυσμό άνω του μισού δισεκατομμυρίου. Αποδεικνύεται επίσης από τη στρατηγική και το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά, δηλαδή εργαλεία που έχουν σχεδιαστεί κατά τρόπον ώστε να αξιοποιούν τις διαθέσιμες πληροφορίες και να τις μετατρέπουν σε πρακτική συλλογική δράση. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις μέρες μας, καθώς τα κράτη μέλη καλούνται να λάβουν δύσκολες αποφάσεις σε θέματα χρηματοδοτικών προτεραιοτήτων και ενδιαφέρονται ακόμη περισσότερο να αποκομίσουν τα μέγιστα δυνατά οφέλη από τις επενδύσεις που γίνονται. Είμαστε πεπεισμένοι ότι η παρούσα έκθεση συμβάλλει στη διαδικασία

αυτή. Περαιτέρω, δεσμευόμαστε ο εντοπισμός των αποτελεσματικών πρακτικών στο πεδίο των ναρκωτικών στην Ευρώπη να αντιπροσωπεύει ολόένα και σημαντικότερο τμήμα των μελλοντικών εργασιών του ΕΚΠΝΤ.

Το συνέδριο ανέδειξε επίσης μια σειρά σημαντικών θεμάτων τα οποία απηχεί η ανάλυση που περιλαμβάνεται στην παρούσα έκθεση. Είναι ανάγκη να βελτιωθούν οι επιδόσεις των συστημάτων πληροφόρησής μας όσον αφορά τον εντοπισμό, την παρακολούθηση και την αναφορά νέων τάσεων. Παράλληλα, όμως, έχει τεράστια σημασία οι αναφορές μας να εξακολουθήσουν να είναι ακριβείς και τεκμηριωμένες, αποφεύγοντας την κινδυνολογία. Επισημάνθηκε, επίσης, η ανάγκη οι αναλύσεις μας να συνδυάζουν τις εξελίξεις τόσο στον τομέα της προσφοράς όσο και στον τομέα της ζήτησης. Στη φετινή έκθεση αναδεικνύεται περισσότερο η ανάλυση της αγοράς ναρκωτικών και των δεικτών που σχετίζονται με την προσφορά, πλην όμως με μεγάλη προσοχή, διότι οι προσπάθειες που έχουν καταβληθεί μέχρι σήμερα για τη βελτίωση της ποιότητας, της αξιοπιστίας και της συγκρισιμότητας των ευρωπαϊκών δεδομένων στο πεδίο αυτό είναι ανεπαρκείς. Το γεγονός αυτό αναγνωρίζεται πλέον ευρέως, και το ΕΚΠΝΤ δεσμεύεται να συνεργαστεί με τους εθνικούς και ευρωπαϊκούς εταίρους του για τη διευθέτηση αυτού του ζητήματος.

Ένα από τα πορίσματα της φετινής έκθεσης είναι ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτίμηση της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι η κατανόηση των εθνικών χαρακτηριστικών, των υποπεριφερειακών ιδιαιτεροτήτων και, ολόένα και περισσότερο, των κοινών ευρωπαϊκών ή και παγκοσμίων τάσεων. Μελλοντικά, θα πρέπει να κατορθώσουμε να περιγράψουμε καλύτερα τη σύνθετη αυτή σχέση, η οποία όχι απλώς θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τους παράγοντες που συντελούν στην όξυνση του προβλήματος των ναρκωτικών ή την αναστέλλουν, αλλά θα μας κατευθύνει και προς την ανάπτυξη των ενδεδειγμένων παρεμβάσεων.

Τέλος, επισημαίνεται ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα Ηνωμένα Έθνη ανανέωσαν τα έγγραφα πολιτικής τους για τα ναρκωτικά σχεδόν ταυτόχρονα, στα τέλη του 2008 και στις αρχές του 2009. Τόσο το νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά όσο και η νέα πολιτική διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών και το σχέδιο δράσης τους αντικατοπτρίζουν τη διεθνή δέσμευση για μείωση της χρήσης ναρκωτικών και των επιβλαβών συνεπειών της. Η επίτευξη των εν λόγω στόχων συνιστά μείζονα πρόκληση και δεν είναι εφικτή παρά μόνο με ευρεία εφαρμογή των προβλεπόμενων δράσεων. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία στην εν λόγω διαδικασία, καθώς μέσω αυτών η πολιτική μας διατηρείται στην ορθή κατεύθυνση και αποτυπώνεται η πρόοδος που έχει σημειωθεί.

**Marcel Reimen**

Πρόεδρος, διοικητικό συμβούλιο ΕΚΠΝΤ

**Wolfgang Götz**

Διευθυντής, ΕΚΠΝΤ



## Ευχαριστίες

Το ΕΚΠΝΤ εκφράζει τις ευχαριστίες του προς τους ακόλουθους φορείς για τη βοήθειά τους στη συγγραφή της παρούσας έκθεσης:

- τους επικεφαλής των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Reitox και το προσωπικό τους,
- τις υπηρεσίες των κρατών μελών που συνέλεξαν ανεπεξέργαστα δεδομένα για την παρούσα,
- τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και την επιστημονική επιτροπή του ΕΚΠΝΤ,
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης –ιδίως την οριζόντια ομάδα εργασίας για τα ναρκωτικά– και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή,
- το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) και την Ευρώπη,
- την Ομάδα Ρομπρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ, την Ιντερπόλ, την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων, το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD) και το Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN),
- το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox

Το Reitox είναι το ευρωπαϊκό δίκτυο πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Το δίκτυο αποτελείται από εθνικά εστιακά σημεία στα κράτη μέλη της ΕΕ, στη Νορβηγία, στις υποψήφιες για ένταξη χώρες και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τελώντας υπό την ευθύνη των κυβερνήσεών τους, τα εστιακά σημεία είναι οι εθνικές αρχές που παρέχουν πληροφόρηση στο ΕΚΠΝΤ σχετικά με τα ναρκωτικά.

Τα στοιχεία επικοινωνίας των εθνικών εστιακών σημείων είναι διαθέσιμα στη διεύθυνση:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Εισαγωγικό σημείωμα

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ, η Κροατία και η Τουρκία, ως υποψήφιες χώρες, και η Νορβηγία, μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτήν αφορούν το έτος 2007 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Τα διαγράμματα και οι πίνακες που περιέχονται στην έκθεση ενδέχεται να αφορούν ένα υποσύνολο χωρών της ΕΕ –η επιλογή γίνεται με βάση τις χώρες εκείνες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την υπό εξέταση περίοδο.

Οι τιμές λιανικής πώλησης των ναρκωτικών που αναφέρθηκαν στο ΕΚΠΝΤ αντανακλούν την τιμή για τον χρήστη. Τα στοιχεία που υποβάλλουν οι περισσότερες χώρες σχετικά με την καθαρότητα ή τη δραστικότητα βασίζονται σε δείγμα που λαμβάνεται από όλα τα κατασχεθέντα ναρκωτικά, και, σε γενικές γραμμές, η συσχέτιση των στοιχείων αυτών με ένα συγκεκριμένο επίπεδο της αγοράς ναρκωτικών δεν είναι εύκολη. Οι αναλύσεις σχετικά με την καθαρότητα ή τη δραστικότητα και τις τιμές λιανικής πώλησης βασίζονται στις αναφερθείσες μέσες ή επικρατούσες τιμές ή, ελλείψει αυτών, σε διάμεσες τιμές.

Τα στοιχεία που υποβάλλονται σχετικά με την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό αναφέρονται κυρίως στον εθνικό πληθυσμό ηλικίας από 15 έως 64 ετών. Στις χώρες που χρησιμοποιούν διαφορετικά ανώτατα ή κατώτατα όρια ηλικίας περιλαμβάνονται η Βουλγαρία (18–60), η Τσεχική Δημοκρατία (18), η Δανία (16), η Γερμανία (18), η Ουγγαρία (18–59), η Μάλτα (18), η Σουηδία (16) και το Ηνωμένο Βασίλειο (16–59). Τα στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της χρήσης στο Ηνωμένο Βασίλειο αφορούν την Αγγλία και την Ουαλία.

Στα στοιχεία που υποβάλλονται σχετικά με τις αιτήσεις θεραπείας, ο όρος «νέες αιτήσεις» αναφέρεται σε όσους ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά στη ζωή τους και ο όρος «σύνολο παλαιών και νέων αιτήσεων» αναφέρεται σε όλους εκείνους που ξεκινούν θεραπεία. Στα στοιχεία δεν περιλαμβάνονται τα άτομα που στις αρχές του έτους βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία. Όπου δίνεται η αναλογία αιτήσεων θεραπείας ανά κύρια ουσία κατάχρησης, ο παρονομαστής αντιστοιχεί στον αριθμό των περιπτώσεων για τις οποίες είναι γνωστή η κύρια ουσία κατάχρησης.

Η ανάλυση των τάσεων βασίζεται μόνο στις χώρες που παρείχαν επαρκή στοιχεία για την περιγραφή των μεταβολών που συντελέστηκαν κατά την υπό εξέταση περίοδο. Στην ανάλυση τάσεων των δεδομένων της αγοράς ναρκωτικών, στοιχεία του 2006 μπορεί να υποκαθιστούν ελλιπή στοιχεία του 2007. Για την ανάλυση άλλων τάσεων, τα στοιχεία που λείπουν μπορεί να προσδιορίζονται με τη μέθοδο της παρέκτασης. Οι τάσεις στις τιμές προσαρμόζονται βάσει του πληθωρισμού σε εθνικό επίπεδο.

Οι πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα ή την ύπαρξη διαφόρων παρεμβάσεων στην Ευρώπη βασίζονται σε γενικές γραμμές στην τεκμηριωμένη άποψη εθνικών εμπειρογνομόνων και συλλέγονται με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων.

Ο όρος «αναφορές» για τα αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μπορεί να περιγράψει διαφορετικές έννοιες σε διαφορετικές χώρες.

Η ετήσια έκθεση διατίθεται για μεταφόρτωση σε 23 γλώσσες στη διεύθυνση <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

Το Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) περιέχει τον πλήρη κατάλογο των πινάκων αρχικών δεδομένων στους οποίους βασίζονται οι στατιστικές αναλύσεις που παρουσιάζονται στην ετήσια έκθεση. Παρέχει επίσης περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και περίπου 100 πρόσθετα διαγράμματα με στατιστικά στοιχεία.

Η επισκόπηση χώρας (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) περιλαμβάνει σύντομη και υψηλού επιπέδου γραφική παρουσίαση των βασικών πτυχών της κατάστασης κάθε χώρας όσον αφορά τα ναρκωτικά.

Οι εθνικές εκθέσεις των εστιακών σημείων του δικτύου Reitox παρέχουν λεπτομερή περιγραφή και ανάλυση του προβλήματος των ναρκωτικών σε κάθε χώρα και διατίθενται στον δικτυακό τόπο του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



## Σχόλια

# Πώς να πετύχουμε έναν κινούμενο στόχο – Η πρόκληση της ανάπτυξης μιας πραγματιστικής πολιτικής για την αντιμετώπιση του μεταβαλλόμενου προβλήματος των ναρκωτικών

### Η πολιτική συναίνεση επιτρέπει την εκπόνηση ενός καλύτερα στοχευμένου σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά

Η παρούσα έκθεση καλύπτει μια σημαντική περίοδο όσον αφορά την πολιτική για τα ναρκωτικά, τόσο εντός Ευρώπης όσο και πέραν αυτής. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ολοκληρώθηκε η αξιολόγηση του σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά 2005–2008 (του πέμπτου κατά σειρά από το 1990), καθώς και η σύνταξη και η έναρξη εφαρμογής του επόμενου σχεδίου δράσης που καλύπτει την περίοδο 2009–2012. Αν και συνήθως προβάλλονται οι υπάρχουσες διαφορές στις πολιτικές των κρατών μελών για τα ναρκωτικά, σε σύγκριση με το παρελθόν παρατηρείται πλέον εντυπωσιακός βαθμός σύγκλισης απόψεων στις συνομιλίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ναι μεν τα κράτη μέλη εξακολουθούν να έχουν διαφορετικές πολιτικές θέσεις, οι οποίες έως έναν βαθμό αντικατοπτρίζουν και τις διαφορετικές εθνικές πραγματικότητες, ωστόσο για πολλά θέματα ο διάλογος διεξάγεται με περισσότερη ωριμότητα και με γνώμονα τη συναίνεση. Το πνεύμα αυτό επέτρεψε την εκπόνηση ενός νέου σχεδίου δράσης της ΕΕ το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί πραγματιστικό, επικεντρωμένο και στοχευμένο. Από παράδειγμα της προσέγγισης αυτής είναι η σημασία που αποδίδεται σε συγκεκριμένα πρακτικά θέματα όπως η πρόληψη των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, οι παρεμβάσεις στις φυλακές και η αναβάθμιση της ποιότητας των θεραπευτικών και λοιπών παρεμβάσεων.

Σε διεθνές επίπεδο, η προσοχή του κοινού και των ειδικών στράφηκε σε μεγάλο βαθμό στις συζητήσεις που κατέληξαν στην υιοθέτηση της νέας πολιτικής διακήρυξης και του νέου προγράμματος δράσης των Ηνωμένων Εθνών για την αντιμετώπιση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών, κατόπιν ανασκόπησης της προόδου ως προς την επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί κατά την ειδική σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (Ungass) το 1998. Στις συζητήσεις αυτές, η Ευρώπη υπογράμμισε την ανάγκη οι πολιτικές για τα ναρκωτικά να είναι ισόρροπες, επιστημονικά τεκμηριωμένες και να έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο. Με τον τρόπο αυτό συνέβαλε στη μη απαλοιφή από το τελικό κείμενο των σημαντικότερων προοδευτικών στοιχείων του αρχικού εγγράφου της Ungass

του 1998. Παρότι οι συζητήσεις στο πλαίσιο του ΟΗΕ ενίοτε γίνονταν σε υψηλούς τόνους ή απηχούσαν άκαμπτες πολιτικές και ιδεολογικές θέσεις, διαφάνηκε ότι ενδέχεται να κερδίζει έδαφος μια πιο πραγματιστική και έλλογη προσέγγιση ως προς το τι συνιστά αποτελεσματική δράση. Οι ΗΠΑ, λόγω χάρη, τήρησαν μια πιο ήπια στάση όσον αφορά τη διανομή αποστειρωμένων υλικών ενέσιμης χρήσης για τη μείωση του κινδύνου προσβολής από λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με το αίμα, η οποία αντικατοπτρίζει το πλήθος των υφιστάμενων επιστημονικών τεκμηρίων σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης. Γενικότερα δε, κρίνοντας από πρόσφατες πολιτικές δηλώσεις, οι ΗΠΑ φαίνεται να προσεγγίζουν ολοένα και περισσότερο το ευρωπαϊκό μοντέλο. Ευρεία συναίνεση προέκυψε στο πλαίσιο της Ungass και ως προς την ανάγκη για αποτελεσματική παγκόσμια παρακολούθηση του φαινομένου των ναρκωτικών, ιδίως με δεδομένη τη συνεχιζόμενη όξυνση των προβλημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες και στις χώρες υπό μετάβαση. Επικρίσεις δέχθηκε ο μηχανισμός υποβολής αναφορών που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της εφαρμογής των σχεδίων δράσης της Ungass, ωστόσο, με την απόρριψή του, σημαντικά πεδία δραστηριοτήτων, ιδίως όσα σχετίζονται με τα μέτρα που λαμβάνονται για τη μείωση της ζήτησης, μένουν εκτός του υπάρχοντος παγκοσμίου πλαισίου υποβολής αναφορών. Κατά πάσα πιθανότητα, το θέμα αυτό θα απασχολήσει ιδιαίτερα την Επιτροπή Ναρκωτικών στην επικείμενη συνεδρίασή της.

### Οι πρακτικές των δικτικών αρχών αντιμετώπιες με ανταγωνιστικούς πολιτικούς στόχους

Η επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά καταλαμβάνει σημαντική θέση στη φετινή ετήσια έκθεση, ενώ ένα επιλεγμένο θέμα πραγματεύεται τις καταδικαστικές αποφάσεις και τις ποινές που επιβάλλονται για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία για τα ναρκωτικά. Ο αριθμός των παραβάσεων της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη εξακολουθεί να αυξάνεται. Παρότι είναι δύσκολο να ερμηνευθούν τα στοιχεία που έχουν υποβληθεί, η παρατήρηση αυτή εγείρει το ζήτημα του βαθμού στον οποίο οι πρακτικές των δικτικών αρχών συνάδουν με τους πολιτικούς στόχους στο συγκεκριμένο πεδίο.

Σε γενικές γραμμές, ο διάλογος για την ευρωπαϊκή πολιτική κλίνει προς την άποψη ότι προτεραιότητα θα πρέπει να δίνεται σε δράσεις αποτροπής που θέτουν στο στόχαστρο την προμήθεια και όχι τη χρήση ναρκωτικών. Στο πλαίσιο αυτό, σε κάποιες χώρες οι νομικές κυρώσεις για αδικήματα που σχετίζονται με την προμήθεια ναρκωτικών έγιναν αυστηρότερες ή θεσπίστηκαν ελάχιστες ποινές. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί κατά πόσον αυτή η μετατόπιση της προσοχής από τον χρήστη στον προμηθευτή ναρκωτικών μεταφράζεται σε ανάλογες αστυνομικές πρακτικές. Λίγες είναι οι χώρες που αναφέρουν περισσότερα αδικήματα που σχετίζονται με την προμήθεια παρά με την κατοχή ναρκωτικών. Συνολικά, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των αδικημάτων που σχετίζονται με την προμήθεια ναρκωτικών, παρατηρείται όμως αύξηση και του αριθμού των αδικημάτων που σχετίζονται με την κατοχή ή τη χρήση ναρκωτικών, και μάλιστα μεγαλύτερης έκτασης. Επιπλέον, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η εικόνα όσον αφορά τα αδικήματα που σχετίζονται με την προμήθεια ναρκωτικών είναι πιο ασαφής, δεδομένου ότι στις μισές από τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία καταγράφεται μείωση του αριθμού μεσοπρόθεσμα.

Η εκτενής ανασκόπηση των καταδικαστικών αποφάσεων για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη, η οποία συνοδεύει την παρούσα έκθεση, διερευνά την τύχη που επιφυλάσσεται στους παραβάτες. Ποινές φυλάκισης επιβάλλονται συχνά σε υποθέσεις προμήθειας, αλλά συνήθως επιβάλλονται οι ελάχιστες που προβλέπει ο νόμος, κατά μέσο όρο τρία έτη ή και λιγότερο. Τούτο ενδέχεται απλώς να αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι και οι κατηγορούμενοι είναι ο τελευταίος τροχός της αμάξης στο κύκλωμα προμήθειας ναρκωτικών, είναι δηλαδή διακινητές στους δρόμους ή εξαρτημένοι χρήστες που πουλάνε ναρκωτικά για να συντηρήσουν την έξη τους. Η διαπίστωση αυτή έχει συνέπειες για τις κατευθυντήριες γραμμές περί ελάχιστων ποινών, εάν στόχος τους είναι να αποτρέψουν την εμπλοκή επικίνδυνων κακοποιών στην προμήθεια ναρκωτικών.

Στις περισσότερες χώρες σπάνια απαγγέλλονται ποινές φυλάκισης για χρήση ή κατοχή ναρκωτικών. Παρά ταύτα, ένα μικρό ποσοστό των κατηγορουμένων καταδικάζεται σε ποινή φυλάκισης χωρίς αναστολή, πιθανόν λόγω επιβαρυντικών περιστάσεων. Αυτό σημαίνει ότι ένας αυξανόμενος αριθμός χρηστών ναρκωτικών έρχεται σε επαφή με την ποινική δικαιοσύνη απλώς για να υποστεί διοικητικές ή ελαφρές κυρώσεις. Ανεξάρτητα από την πιθανή αποτρεπτική δράση αυτού του είδους ενεργειών, τίθεται το ερώτημα σε ποιο βαθμό αυτή η επαφή ορισμένων ομάδων χρηστών ναρκωτικών με την ποινική δικαιοσύνη αξιοποιείται για άλλες παρεμβάσεις μείωσης της ζήτησης. Ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει καινοτόμες μεθόδους

στο εν λόγω πεδίο, γενικά όμως ο αριθμός τους εξακολουθεί να είναι μικρός.

Οι παραβάτες της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά συνήθως συνιστούν ένα ετερογενές σύνολο, κατά συνέπεια η εκτίμηση των αναγκών τους αναδεικνύεται σε ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για την ανάπτυξη υπηρεσιών στο συγκεκριμένο πεδίο. Οι υγειονομικές παρεμβάσεις καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, από την πρόληψη, την εκπαίδευση και τις μεθόδους μείωσης των επιβλαβών συνεπειών έως σύντομης διάρκειας παρεμβάσεις και, εφόσον απαιτείται, παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας απεξάρτησης και κοινωνικής αρωγής. Η ανάπτυξη ενός λειτουργικού μοντέλου το οποίο θα διασφαλίζει τις ενδεδειγμένες διαδικασίες παραπομπής αποτελεί πιθανότατα μια οργανωτική πρόκληση. Η Πορτογαλία έχει αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα με ελαφρώς διαφορετικό τρόπο. Η χρήση ναρκωτικών δεν επισύρει πλέον ποινικές κυρώσεις και όσοι συλλαμβάνονται για κατοχή ναρκωτικών παραπέμπονται άμεσα για εκτίμηση αναγκών σε ένα ειδικό δικαστήριο, το οποίο είναι γνωστό ως «Επιτροπή για την αποτροπή της κατάχρησης ναρκωτικών». Το εν λόγω δικαστήριο έχει το δικαίωμα να επιβάλει πρόστιμα, αλλά βασικός στόχος του δεν είναι η επιβολή κυρώσεων. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται τα τελευταία οκτώ χρόνια. Οι αρχικοί φόβοι ότι η προσέγγιση αυτή θα οδηγούσε σε αύξηση του ναρκοτουρισμού ή της χρήσης ναρκωτικών δεν φαίνεται να επιβεβαιώνονται από τα διαθέσιμα στοιχεία.

#### **Θεραπευτικές και υγειονομικές παρεμβάσεις: από την «πανάκεια» σε ένα φάσμα στοχευμένων μέτρων**

Οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών στην Ευρώπη διαφοροποιούνται ολοένα και περισσότερο και παρέχονται στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης δέσμης μέτρων περίθαλψης. Αυτό είναι εμφανές τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, π.χ. οι παρεμβάσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδέονται μεταξύ τους ολοένα και περισσότερο και υλοποιούνται από τους ίδιους φορείς. Το πεδίο της κοινωνικής επανένταξης εξακολουθεί να μην είναι επαρκώς ανεπτυγμένο, παρότι η σημασία του αναγνωρίζεται ευρέως, και οι πρώην χρήστες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην εύρεση εργασίας, στην εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και την ανάπτυξη ενδιαφερόντων που δεν σχετίζονται με τα ναρκωτικά.

Έχει αδιαμφισβήτητα σημειωθεί πρόοδος στη θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη, παρότι η πρόοδος αυτή είναι άνιση όσον αφορά τόσο τις επιμέρους ουσίες όσο και τη γεωγραφική κάλυψη. Η μεγαλύτερη πρόοδος καταγράφεται στο πεδίο της θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών, με τον

αριθμό των χρηστών υπό θεραπεία πλέον να ξεπερνά τις 650 000 με αυξητικές τάσεις. Παρά ταύτα, η ανατολική Ευρώπη αντιπροσωπεύει γενικά μικρό ποσοστό του εν λόγω συνόλου, γεγονός που υποδηλώνει ανάγκη επέκτασης των υπηρεσιών σε ορισμένες χώρες. Ένα δίδαγμα που αντλείται από την εμπειρία αρκετών χωρών είναι ότι η συμμετοχή των γενικών ιατρών μπορεί να συμβάλει στην επέκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ρυθμίσεις από κοινού περίθαλψης με εξειδικευμένα κέντρα δεν παρέχουν απλώς υποστήριξη στους γενικούς ιατρούς, αλλά διασφαλίζουν και την ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας.

Παρότι στις περισσότερες χώρες θεωρητικά παρέχεται η δυνατότητα στους χρήστες να συνεχίσουν ή να ξεκινήσουν θεραπεία υποκατάστασης στη φυλακή, στην πράξη συχνά προκύπτουν δυσκολίες. Λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των κρατούμενων χρηστών στην Ευρώπη, είναι επιτακτική ανάγκη να διευρυνθούν οι θεραπευτικές δυνατότητες που παρέχονται στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Το γεγονός αυτό αναγνωρίζεται στο σχέδιο δράσης της ΕΕ, μέχρι στιγμής όμως δεν έχει τύχει της αναγκαίας προσοχής στις περισσότερες χώρες.

Όσον αφορά τα ναρκωτικά πλην οπιοειδών, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών και η αντίληψή μας περί αποτελεσματικής περίθαλψης είναι λιγότερο αναπτυγμένες στην Ευρώπη. Το πρόβλημα αυτό, ωστόσο, έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται και ένας αυξανόμενος αριθμός ευρωπαϊκών ερευνητικών και πιλοτικών προγραμμάτων ασχολείται πλέον με τις θεραπευτικές ανάγκες των χρηστών διεγερτικών ουσιών και κάνναβης. Επιπλέον, η εξέλιξη των νευροεπιστημών δεν έχει απλώς αυξήσει τις γνώσεις μας σχετικά με τους βιολογικούς μηχανισμούς της εξάρτησης, αλλά αρχίζει πλέον και να ευνοεί καινοτόμες προσεγγίσεις. Θα μπορούσε να αναφερθεί για παράδειγμα το εμβόλιο κοκαΐνης, το οποίο επί του παρόντος δοκιμάζεται σε μεγάλη κλίμακα στην Ευρώπη. Η εξέλιξη της πληροφορικής επίσης ευνοεί καινοτομίες όπως θεραπευτικά προγράμματα μέσω διαδικτύου ή χρήση μηνυμάτων κειμένου.

### Νέα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η Ευρώπη κινείται προς μια περίοδο φθίνουσας χρήσης κάνναβης

Η χρήση της κάνναβης γνώρισε ραγδαία διάδοση τη δεκαετία του 1990, σε βαθμό που σήμερα ένας στους τέσσερις σχεδόν ευρωπαίους ενήλικες να δηλώνει ότι έχει

### Με μια ματιά – Εκτιμήσεις της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη

Οι εκτιμήσεις που παρουσιάζονται εδώ αφορούν τον ενήλικο πληθυσμό (15–64 ετών) και βασίζονται στα πλέον πρόσφατα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας. Για πλήρη στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία, βλέπε το συνοδευτικό Δελτίο στατιστικών στοιχείων.

#### Κάνναβη

Επικράτηση της χρήσης σε όλη τη διάρκεια της ζωής: τουλάχιστον 74 εκατομμύρια (22% των ευρωπαίων ενηλίκων)

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: περίπου 22,5 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες ή ένα τρίτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση κατά τον τελευταίο μήνα: περίπου 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα ως προς τη χρήση κατά το τελευταίο έτος:

Συνολική διακύμανση από 0,4 έως 14,6%

#### Κοκαΐνη

Επικράτηση της χρήσης σε όλη τη διάρκεια της ζωής: περίπου 13 εκατομμύρια (3,9% των ευρωπαίων ενηλίκων)

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 4 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες ή ένα τρίτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση κατά τον τελευταίο μήνα: περίπου 1,5 εκατομμύριο

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα ως προς τη χρήση κατά το τελευταίο έτος:

Συνολική διακύμανση από 0,0 έως 3,1%

#### Έκσταση

Επικράτηση της χρήσης σε όλη τη διάρκεια της ζωής: περίπου 10 εκατομμύρια (3,1% των ευρωπαίων ενηλίκων)

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: περίπου 2,5 εκατομμύρια ή ένα τέταρτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση κατά τον τελευταίο μήνα: κάτω του 1 εκατομμυρίου

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα ως προς τη χρήση κατά το τελευταίο έτος:

Συνολική διακύμανση από 0,1 έως 3,5%

#### Αμφεταμίνες

Επικράτηση της χρήσης σε όλη τη διάρκεια της ζωής: περίπου 12 εκατομμύρια (3,5% των ευρωπαίων ενηλίκων)

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: περίπου 2 εκατομμύρια ή ένα έκτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση κατά τον τελευταίο μήνα: κάτω του 1 εκατομμυρίου

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα ως προς τη χρήση κατά το τελευταίο έτος:

Συνολική διακύμανση από 0,0 έως 1,3%

#### Οπιοειδή

Προβληματικοί χρήστες οπιοειδών: 1,2 έως 1,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι

Οι θάνατοι που οφείλονται στα ναρκωτικά αντιπροσωπεύουν το 4% του συνόλου των θανάτων των Ευρωπαίων ηλικίας 15–39 ετών, με τα οπιοειδή να ευθύνονται για τα τρία τέταρτα περίπου των περιπτώσεων

Αναφέρονται ως κύρια ουσία κατάχρησης σε άνω του 50% του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης. Περισσότεροι από 650 000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης το 2007.

κάνει χρήση της ουσίας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Στη συνέχεια παρατηρήθηκε σταθεροποίηση της κατάστασης και τα πιο πρόσφατα στοιχεία επιβεβαιώνουν την ανάλυση που παρουσιάστηκε στην περυσινή έκθεση περί συνολικής μείωσης της χρήσης της εν λόγω ουσίας. Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα της τελευταίας ευρωπαϊκής έρευνας στον μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση οινοπνευματωδών και άλλων ουσιών (ESPAD), τα οποία μας δίνουν μια εικόνα για τις χρονικές τάσεις όσον αφορά τη χρήση ουσιών από μαθητές. Τα προφίλ που παρατηρούνται στον μαθητικό πληθυσμό θα τροφοδοτήσουν κατά πάσα πιθανότητα αργότερα ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας. Το ενδιαφέρον είναι ότι, όπως ακριβώς παρατηρούνταν διαφορετικά χρονικά προφίλ στην αυξητική τάση χρήσης κάνναβης στο παρελθόν, τα ίδια προφίλ φαίνεται πλέον να επαναλαμβάνονται αντιστρόφως. Για παράδειγμα, το Ηνωμένο Βασίλειο, μια από τις πρώτες χώρες στις οποίες καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα εξάπλωσης, ήταν επίσης μία από τις πρώτες χώρες που ανέφεραν μείωση της χρήσης. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται πλέον στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Στην ανατολική Ευρώπη τα επίπεδα χρήσης εξακολουθούσαν μέχρι πρόσφατα να αυξάνονται στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, ακόμη και στις χώρες αυτές παρατηρούνται ενδείξεις σταθεροποίησης της χρήσης στον πληθυσμό των νέων και, επομένως, εάν επαναληφθεί το φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε άλλες περιπτώσεις, είναι αναμενόμενο να επέλθει μείωση.

Είναι σαφώς σημαντικό να κατανοήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη δημοτικότητα μιας ουσίας όπως η κάνναβη. Ωστόσο, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί όταν αποδίδουμε απλουστευτικές αιτιολογίες. Οι εθνικές πολιτικές και η πολιτική της ΕΕ ενδεχομένως επηρέασαν έως έναν βαθμό τις τάσεις αυτές, αλλά τα επίπεδα χρήσης της κάνναβης μειώνονται και στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία, γεγονός που υποδηλώνει ότι πιθανώς παίζουν σημαντικό ρόλο ευρύτεροι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες. Από την ευρωπαϊκή εικόνα ξεχωρίζει μια μικρή ομάδα χωρών, κυρίως στη βόρεια και νότια Ευρώπη, όπου τα επίπεδα χρήσης της κάνναβης παρέμειναν επί σειρά ετών σταθερά χαμηλά. Η κατανόηση των προστατευτικών παραγόντων που λειτουργούν στις χώρες αυτές θα ήταν επίσης πολύ ενδιαφέρουσα, και πάλι όμως οποιαδήποτε ανάλυση θα πρέπει να λάβει υπόψη το σύνολο των πολιτιστικών, κοινωνικών και ιστορικών παραγόντων, καθώς και την επίδραση της κοινωνικής και πολιτικής και της πολιτικής για τα ναρκωτικά.

Σε αντίθεση με τα στοιχεία για τα συνολικά επίπεδα χρήσης, η πιο πρόσφατη ανάλυση των προτύπων προβληματικής χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη καταλήγει

σε μάλλον ανάμεικτα και λιγότερο ενθαρρυντικά συμπεράσματα. Επισημαίνεται εν προκειμένω ότι επί του παρόντος δεν διαθέτουμε άρτιους δείκτες μέτρησης της εξάρτησης ή της προβληματικής χρήσης και, παρά τη μικρή πρόοδο που γίνεται προς αυτή την κατεύθυνση, αναγκαστικά στηριζόμαστε σε πιο έμμεσους δείκτες. Ο αριθμός των νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη ίσως πλέον σταθεροποιείται, έπειτα από μια σταθερά ανοδική πορεία επί σειρά ετών, παρότι δεν είναι σαφές κατά πόσον το γεγονός αυτό αποτυπώνει τα πρότυπα χρήσης ή τη δυναμικότητα των υπηρεσιών απεξάρτησης. Επί του παρόντος, ο καλύτερος συμπεριφορικός δείκτης προβληματικής χρήσης κάνναβης προκύπτει με κατά προσέγγιση υπολογισμό του εκτιμώμενου αριθμού των ατόμων που κάνουν καθημερινά χρήση της ουσίας. Οι τάσεις όσον αφορά την καθημερινή χρήση είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, αν και τα διαθέσιμα στοιχεία δεν φανερώνουν συνολική μείωση. Το ΕΚΠΝΤ εκτιμά ότι ποσοστό από 2 έως 2,5 % των νεαρών ενηλίκων κάνουν χρήση κάνναβης σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση, ενώ τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα στους νεαρούς άνδρες. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε μεγάλο πληθυσμό υψηλού κινδύνου και αναδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη κατανόηση των θεραπευτικών αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας.

### **Ηρωίνη και κοκαΐνη: καμία ισχυρή ένδειξη ύφεσης του προβλήματος**

Δεν υπάρχουν ενδείξεις βελτίωσης της κατάστασης όσον αφορά τη χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης, των δύο ουσιών που εξακολουθούν να παραμένουν στο επίκεντρο του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Παρά ταύτα, είναι δύσκολο να αποτυπωθεί μια σαφής εικόνα στο συγκεκριμένο πεδίο λόγω των απαιτούμενων σύνθετων συνδυασμών στοιχείων που προέρχονται από διαφορετικούς δείκτες. Το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στην περίπτωση της κοκαΐνης, όπου δεν έχει μειωθεί μόνο η εκτιμώμενη παραγωγή αλλά και ο όγκος των ποσοτήτων κοκαΐνης που κατασχέθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, και η καθαρότητα της ουσίας στον δρόμο στις περισσότερες χώρες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, που είναι χώρα με μεγάλη αγορά κοκαΐνης, οι πρόσφατες μειώσεις της καθαρότητας ήταν σημαντικές. Τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να δείχνουν μειωμένη διαθεσιμότητα κοκαΐνης, ωστόσο το συμπέρασμα αυτό ανατρέπεται από άλλα στοιχεία. Ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης εξακολουθεί να αυξάνεται, οι τιμές της μειώνονται και υπάρχουν ενδείξεις χρήσης νέων οδών διακίνησης μέσω της ανατολικής Ευρώπης, που μπορεί να παρακλύσουν τις προσπάθειες απαγόρευσης. Η χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη

εξακολουθεί να είναι φαινόμενο που συναντάται κυρίως στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, όπου η τάση παραμένει σε γενικές γραμμές σταθερή ή συνεχίζει την ανοδική της πορεία. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις περαιτέρω διάδοσης της χρήσης κοκαΐνης και σε άλλες χώρες. Εξάλλου, αυξάνεται και ο αριθμός των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη. Από τα διαθέσιμα στοιχεία θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι τα τρέχοντα επίπεδα κατανάλωσης κοκαΐνης παραμένουν υψηλά χωρίς πτωτική τάση στις παραδοσιακές αγορές, ενώ συνεχίζουν να αυξάνονται σε άλλες. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι προμηθευτές ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κάλυψη της ζήτησης σε κάποιες μεγάλες αγορές. Θα έχει ενδιαφέρον να δούμε κατά πόσον στο μέλλον θα προκύψουν συγκεκριμένα στοιχεία για τη μείωση της διαθεσιμότητας της ουσίας μετά την πρόσφατα αναφερθείσα μείωση της παγκόσμιας παραγωγής κοκαΐνης.

Η ηρωίνη εξακολουθεί να ευθύνεται για τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη. Η χρήση ηρωίνης ακολουθούσε γενικά φθίνουσα πορεία από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990, σήμερα όμως η εικόνα είναι πιο ασαφής και δημιουργεί ανησυχίες σε ορισμένες περιοχές. Έπειτα από μια αξιοσημείωτη μείωση, ο αριθμός των νέων αιτήσεων θεραπείας αυξάνεται από το 2002, με σημαντικό αριθμό χωρών να αναφέρουν πλέον αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από οπιοειδή τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ποσοστιαία. Τα στοιχεία σχετικά με τους θανάτους από ναρκωτικά, οι οποίοι σχετίζονται κυρίως με τη χρήση ηρωίνης, επίσης δεν παρέχουν καμία ένδειξη επιστροφής στην πτωτική τάση που παρατηρήθηκε πριν από το 2004. Τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία για τα ναρκωτικά και τον αριθμό των κατασχέσεων υποδηλώνουν επίσης αύξηση. Ανησυχητικό είναι ότι μικρός αριθμός χωρών επισημαίνουν πως προβληματική χρήση ηρωίνης παρατηρείται και σε νεαρά άτομα, το οποίο σημαίνει ότι η χρήση της ουσίας ενδέχεται να διαδίδεται σε νέους πληθυσμούς. Συμπερασματικά, προς μεγάλη μας απογοήτευση, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι δεν ισχύει πλέον η θετική ανάλυση περί φθίνουσας τάσης των προβλημάτων που σχετίζονται με την ηρωίνη. Παρότι επί του παρόντος δεν υπάρχουν ενδείξεις επιστροφής στην επιδημική διάδοση της χρήσης ηρωίνης που είδαμε στο παρελθόν, τόσο τα προβλήματα υγείας όσο και τα κοινωνικά προβλήματα που προκαλεί η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας είναι σημαντικά. Τυχόν ενδείξεις πιθανής επιδείνωσης της κατάστασης, ιδίως σε μια χρονική στιγμή κατά την οποία η Ευρώπη εισέρχεται σε περίοδο οικονομικών δυσχερειών, θα αποτελέσουν λόγο σημαντικής ανησυχίας.

### **Η πολλαπλή χρήση ουσιών και η συνακόλουθη προβληματική κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν πλέον καθοριστικά στοιχεία του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη**

Στον τομέα της πρόληψης της χρήσης ουσιών έχει γίνει προ πολλού κατανοητό ότι τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών αντιμετωπίζονται καλύτερα με μια ολιστική προσέγγιση και στο πλαίσιο υγιεινών τρόπων ζωής και συνειδητών επιλογών. Αντιθέτως, ο λόγος περί χρήσης ουσιών συχνά επικεντρώνεται σε μια μεμονωμένη ουσία. Αναπόφευκτα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι αυτή η μονοδιάστατη οπτική δυσχεραίνει, μάλλον, παρά διευκολύνει την κατανόηση του εξελισσόμενου χαρακτήρα των προτύπων χρήσης ουσιών στην Ευρώπη. Όσοι κάνουν χρήση ναρκωτικών δεν περιορίζονται σχεδόν ποτέ στην κατανάλωση μιας και μόνης ουσίας. Στην Ευρώπη σήμερα, η πολλαπλή χρήση ουσιών αποτελεί τον κανόνα και όχι την εξαίρεση, ενώ η συνδυασμένη χρήση διαφόρων ουσιών προκαλεί ή περιπλέκει τα περισσότερα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε. Προκύπτει, επομένως, η ανάγκη να αναπτύξουμε μια πληρέστερη και πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση στη χρήση περισσότερων της μιας ουσιών προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα την κατάσταση και να σχεδιάσουμε και να αξιολογήσουμε τους καταλληλότερους τρόπους αντιμετώπισης. Το ίδιο ισχύει και για την αγορά ναρκωτικών. Οι ενέργειες που περιορίζουν την προσφορά μιας ουσίας σαφώς απαξιώνονται, εάν απλώς ανοίγουν τον δρόμο για τη χρήση ενός υποκατάστατου που ενδέχεται να είναι ακόμη πιο επιβλαβές.

Η φετινή ετήσια έκθεση συνοδεύεται από επιλεγμένο θέμα σχετικά με την πολλαπλή χρήση ουσιών, στο οποίο διερευνάται ο αντίκτυπος της χρήσης περισσότερων της μιας ουσιών σε διάφορες ομάδες χρηστών. Τα συμπεράσματα είναι ανησυχητικά. Στους νέους, η χρήση περισσότερων της μιας ουσιών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο οξέων προβλημάτων και αποτελεί προγνωστικό παράγοντα μεταγενέστερης ανάπτυξης χρόνιας εξάρτησης. Στους μεγαλύτερους σε ηλικία χρήστες που κάνουν συστηματική χρήση ουσιών, η χρήση περισσότερων της μιας ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης, αυξάνει την πολυπλοκότητα της θεραπείας απεξάρτησης και σχετίζεται με βίαιη και παραβατική συμπεριφορά. Εξάλλου, διευρύνεται και το φάσμα των ουσιών τις οποίες μπορούν να επιλέξουν οι χρήστες στην Ευρώπη. Στην παρούσα έκθεση επισημαίνονται η αύξηση του αριθμού των γενικά μη ελεγχόμενων ουσιών οι οποίες απευθύνονται στην αγορά των χρηστών κάνναβης, οι καινοτομίες στην παραγωγή συνθετικών ναρκωτικών και η αυξανόμενη ανησυχία

σχετικά με την κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επιπλέον, έχει γίνει αποδεκτό ότι καθοριστικός παράγοντας του προβλήματος της χρήσης ουσιών στην Ευρώπη είναι η συνακόλουθη κατανάλωση αλκοόλ. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Στον μαθητικό πληθυσμό, τα πλέον πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ υψηλής περιστασιακής κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών. Στους νεαρούς ενήλικες η υψηλή περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ συνοδεύεται επίσης συχνά και από ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αρνητικών συνεπειών. Στον πληθυσμό των χρόνιων χρηστών ναρκωτικών, η κατάχρηση αλκοόλ είναι τόσο συχνό φαινόμενο που σπανίως αναφέρεται, ενώ η ανάγκη αντιμετώπισης του συνακόλουθου αλκοολισμού είναι θέμα που απασχολεί ολοένα και περισσότερο τα κέντρα απεξάρτησης. Η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες για χρήστες εξαρτημένους από οπιοειδή, καθώς η ηπατική τους λειτουργία ενδέχεται να είναι ήδη επιβαρυνόμενη λόγω ηπατίτιδας, ενώ διατρέχουν και αυξημένο κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης.

#### **Καινοτομία και διαθεσιμότητα πρόδρομων ουσιών: αλληλεπιδρώντες παράγοντες με αυξανόμενο αντίκτυπο στην αγορά συνθετικών ναρκωτικών**

Το ΕΚΠΝΤ διαπιστώνει ότι όσον αφορά τη διαθεσιμότητα και τη χρήση συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρώπη επικρατεί μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη πολυπλοκότητα και ρευστότητα. Η αγορά παράνομων ουσιών και οι προμηθευτές της αποδεικνύονται εξαιρετικά εφευρετικοί όσον αφορά τη διαδικασία παραγωγής, τα νέα προϊόντα και τις ευκαιρίες προώθησής τους στην αγορά, και παράλληλα αποδεικνύονται ιδιαίτερα ευπροσάρμοστοι στα μέτρα ελέγχου. Μια ακόμη ανησυχητική εξέλιξη αφορά τους ολοένα και πιο εξελιγμένους τρόπους προώθησης στην αγορά «νόμιμων ψυχοτρόπων» ως υποκατάστατων των παράνομων ουσιών.

Παράδειγμα της ρευστότητας της αγοράς είναι οι πρόσφατες εξελίξεις ως προς τη διαθεσιμότητα της έκστασης. Μέχρι το 2007 τα περισσότερα δισκία έκστασης που αναλύονταν στην Ευρώπη περιείχαν 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA) ή άλλη ουσία παρεμφερή με την έκσταση. Ωστόσο, τα πρώτα στοιχεία του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης από τις αρχές του 2009 υποδηλώνουν ότι η κατάσταση αυτή ενδέχεται να αλλάζει σε κράτη μέλη όπως η Δανία και οι Κάτω Χώρες. Στις χώρες αυτές, έως και στο ήμισυ του συνόλου των δισκίων που αναλύθηκαν δεν βρέθηκαν MDMA ή χημικά ανάλογά της. Αντίθετα, τα δισκία περιείχαν

1-(3-χλωροφαινυλο)πιπεραζίνη (mCPP), είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλη ψυχοδραστική ουσία. Παρότι η mCPP δεν είναι καταχωρισμένη στους καταλόγους των Συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών, υπόκειται σε μέτρα ελέγχου σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι λόγοι που υπαγόρευαν αυτές τις αλλαγές στην αγορά δεν είναι απολύτως σαφείς, μια πιθανή εξήγηση όμως μπορεί να είναι η έλλειψη 3,4-μεθυλενοδιοξυφαινυλο-2-προπανόνης (PMK), μιας κύριας πρόδρομης ουσίας για τη σύνθεση της MDMA. Δεν είναι δυνατόν να αποφανθούμε προς το παρόν για τον βαθμό στον οποίο η εξέλιξη αυτή αποτελεί παροδική παρέκκλιση ή σηματοδοτεί μια σημαντικότερη μεταβολή στην αγορά της έκστασης. Το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της ΕΕ παρακολουθεί την mCPP από το 2005, ενώ το ΕΚΠΝΤ και η Ευρωπαϊκή παρακολουθούν εκ του σύνεγγυς τις εξελίξεις στο εν λόγω πεδίο και θα δημοσιεύσουν κοινή έκθεση με θέμα την αγορά της έκστασης το 2010.

Οι αλλαγές στην αγορά της έκστασης μπορεί να οφείλονται στις ολοένα και πιο επιτυχείς προσπάθειες για την αποτροπή της εκτροπής πρόδρομων χημικών ουσιών, προσπάθειες οι οποίες ενδέχεται να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα και τη χρήση και άλλων ουσιών. Για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η μεθαμφεταμίνη εκτοπίζει την αμφεταμίνη σε ορισμένες περιοχές της βόρειας Ευρώπης. Για άλλη μια φορά διαπιστώνεται ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν οι παράγοντες της αγοράς και οι πρόδρομες χημικές ουσίες, καθώς τα εργαστήρια παρασκευής μεθαμφεταμίνης φαίνεται πλέον να βρίσκονται στη Λιθουανία, η γεωγραφική θέση της οποίας διευκολύνει την εισαγωγή πρόδρομων ουσιών, εν προκειμένω 1-φαινυλο-2-προπανόνης (BMK), από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατάσταση στις σκανδιναβικές χώρες αυξάνει τις ανησυχίες σχετικά με την πιθανή διάδοση της χρήσης μεθαμφεταμίνης και σε άλλες χώρες εκτός της Τσεχικής Δημοκρατίας, στην οποία το πρόβλημα της μεθαμφεταμίνης είναι εδραιωμένο από καιρό, ωστόσο η παρασκευή της γίνεται συνήθως σε μικρή κλίμακα για προσωπική χρήση ή τοπική κατανάλωση. Χρήση μεθαμφεταμίνης αναφέρεται πλέον και από χώρες της κεντρικής Ευρώπης, ενώ σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή κάποια μεγαλύτερα εργαστήρια παρασκευής μεθαμφεταμίνης εντοπίστηκαν και εξαρθρώθηκαν σε άλλες περιοχές της Ευρώπης. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ταχείας αύξησης της χρήσης μεθαμφεταμίνης σε κάποιες χώρες που συνορεύουν με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μέχρι στιγμής η μεθαμφεταμίνη δεν έχει κατορθώσει να εισβάλει στη μεγάλη αγορά διεγερτικών ουσιών της δυτικής Ευρώπης, όπου εξακολουθεί να κυριαρχεί η χρήση κοκαΐνης ή αμφεταμίνης. Παρά ταύτα, λόγω του σχετικά εύκολου

τρόπου παρασκευής της μεθαμφεταμίνης και των σημαντικών αρνητικών συνεπειών που δύναται να έχει η συγκεκριμένη ουσία για τη δημόσια υγεία, δεν υπάρχουν περιθώρια εφησυχασμού. Η ταχύτητα με την οποία μπορεί να διογκωθεί το πρόβλημα φάνηκε στη Σλοβακία, χώρα στην οποία πρόσφατα σημειώθηκε σημαντική αύξηση της χρήσης μεθαμφεταμίνης.

### **Διαδίκτυο και μάρκετινγκ: μήπως τα προϊόντα Spice αποτελούν απλώς πρόγευση των όσων επιφυλάσσει το μέλλον;**

Πολύ λίγες είναι οι πτυχές της σύγχρονης ζωής που δεν έχουν επηρεαστεί βαθιά από την πρόοδο της πληροφορικής. Το διαδίκτυο δεν αποτελεί πλέον απλώς μια αστείρευτη πηγή πληροφόρησης, αλλά και μια μεγάλη εικονική αγορά για την ανταλλαγή προϊόντων και υπηρεσιών. Φυσικό ήταν, επομένως, το εν λόγω μέσο να επηρεάσει και τον χώρο των ναρκωτικών ουσιών. Φέτος το ΕΚΠΝΤ πραγματοποίησε μια πρώτη ανασκόπηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων μέσω διαδικτύου, από την οποία φάνηκε ότι οι διαδικτυακές προσεγγίσεις προσφέρουν σημαντικές δυνατότητες σε κάποιες μορφές παρεμβάσεων πρόληψης, θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών. Από την άλλη πλευρά, οι δυσκολίες που διαφαίνονται ως προς τη ρύθμιση αυτού του εικονικού και παγκόσμιου φαινομένου έχουν και αρνητικές συνέπειες, καθώς το διαδίκτυο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάδοση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Στις ανησυχίες που έχουν ήδη εκφραστεί για τη διαδικτυακή προώθηση αλκοόλ και φαρμάκων προστίθενται και οι ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση μιας σειράς δήθεν «νόμιμων» εναλλακτικών ουσιών αντί των ελεγχόμενων ψυχοδραστικών ουσιών.

Το ΕΚΠΝΤ παρακολουθεί πλέον τακτικά τις ψυχοδραστικές ουσίες που διακινούνται από ηλεκτρονικά καταστήματα. Η εν λόγω αγορά έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια και περιλαμβάνει πλέον ένα ευρύ φάσμα φυτικών προϊόντων, ιδίως μείγματα βοτάνων, αλλά και προϊόντα που περιέχουν συνθετικές ενώσεις. Οι νέες ουσίες που εμφανίζονται στη διαδικτυακή αγορά καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, από ουσίες που χρησιμοποιούνται επί αιώνες σε κάποια μέρη του κόσμου μέχρι πειραματικές χημικές ουσίες που συντίθενται σε εργαστήρια και δεν έχουν δοκιμαστεί σε ανθρώπους. Στις

λοιπές καινοτομίες περιλαμβάνονται η ανάπτυξη διαφόρων εμπορικών ονομασιών και η χρήση ελκυστικής συσκευασίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα μείγματα βοτάνων που πωλούνται με την εμπορική ονομασία Spice.

Βρέθηκαν προϊόντα τύπου Spice με διάφορες εμπορικές ονομασίες, με διαφορετική συσκευασία και διαφορετικά συστατικά. Στις τοξικολογικές αναλύσεις σπάνια ανιχνεύονται οι φυτικές ουσίες που δηλώνονται στις ετικέτες. Αντίθετα, σε κάποια δείγματα ανιχνεύθηκαν συνθετικά κανναβινοειδή που είχαν προστεθεί στα μείγματα. Οι εν λόγω ουσίες δεν αναγράφονται στα συστατικά και, επομένως, οι χρήστες ίσως τις καταναλώνουν εν αγνοία τους. Τα συνθετικά κανναβινοειδή που ανιχνεύθηκαν είναι σχετικά περίπλοκες ενώσεις, κάποια από αυτά έχουν μεγάλη δραστηριότητα, και τα στοιχεία που διαθέτουμε για την επίδρασή τους στον άνθρωπο είναι ελάχιστα.

Δεν είναι η πρώτη φορά που γίνονται προσπάθειες παράκαμψης του συστήματος ελέγχου ψυχοδραστικών ουσιών με τη διάθεση υποκατάστατων που δεν υπόκεινται σε μέτρα ελέγχου. Αυτό που γίνεται για πρώτη φορά είναι ότι πλέον διερευνάται ένα ευρύ φάσμα ουσιών, γίνεται επιθετικό μάρκετινγκ προϊόντων των οποίων σκόπιμα δεν αναγράφεται η ακριβής σύνθεση, αυξάνεται η χρήση του διαδικτύου και αυξάνεται η ταχύτητα απόκρισης της αγοράς στα μέτρα ελέγχου. Τα προϊόντα Spice ενδέχεται να προσιωνίζονται τα προβλήματα με τα οποία θα βρεθούμε αντιμετώπιζοντας στο μέλλον. Η ικανότητα καταρτισμένων χημικών, που συνήθως εδρεύουν εκτός της δικαιοδοσίας των ευρωπαϊκών χωρών, να παράγουν συνθετικές οργανικές ενώσεις με μικρό κόστος εγκυμονεί τον κίνδυνο δημιουργίας και διάθεσης στην αγορά πολλών νέων ψυχοδραστικών ουσιών. Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί να αλλάξει ριζικά το τοπίο, με την εμφάνιση παντελώς νέων χημικών ομάδων, καθώς και μεγάλου αριθμού αναλόγων, που ανιχνεύονται δύσκολα και δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες για τις πολιτικές ελέγχου οι οποίες εστιάζονται σε μεμονωμένες χημικές ενώσεις. Επιπλέον, κάποιες από τις ουσίες αυτές ενδέχεται να είναι νόμιμες ή να πωλούνται για δήθεν νόμιμους σκοπούς και, ως εκ τούτου, να βρίσκονται στο μεταίχμιο της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά και της εμπορικής νομοθεσίας.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

# Κεφάλαιο 1

## Πολιτικές και νομοθεσία

### Εισαγωγή

Το τελευταίο έτος καταρτίστηκαν δύο νέα έγγραφα πολιτικής, ένα ευρωπαϊκό και ένα διεθνές. Τον Δεκέμβριο 2008, η Ευρωπαϊκή Ένωση ανακοίνωσε το νέο σχέδιο δράσης της για τα ναρκωτικά (2009-2012) και ακολούθησε, λίγους μήνες αργότερα, η νέα πολιτική διακήρυξη και το νέο σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών για την αντιμετώπιση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών. Το περιεχόμενο των νέων εγγράφων πολιτικής για τα ναρκωτικά και ο ρόλος των οργανώσεων που εκπροσωπούν την κοινωνία των πολιτών αποτελούν το αντικείμενο του παρόντος κεφαλαίου.

Στο πλαίσιο του διεθνούς πολιτικού διαλόγου έγιναν συζητήσεις για το θέμα της διακίνησης ναρκωτικών. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια ανασκόπηση των πρόσφατων εξελίξεων όσον αφορά τις ελάχιστες ποινές για διακίνηση ναρκωτικών που προβλέπονται από τη νομοθεσία των ευρωπαϊκών χωρών. Ένα άλλο κεντρικό θέμα του πολιτικού διαλόγου ήταν η μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται και το νομικό καθεστώς δύο σημαντικών παρεμβάσεων στο συγκεκριμένο πεδίο, της ανταλλαγής βελονών και συρίγγων καθώς και της θεραπείας υποκατάστασης.

Εξετάζεται επίσης το θέμα της πρόσφατης έγκρισης και αξιολόγησης των εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά, τα νέα δεδομένα και οι νέες τάσεις όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, καθώς και οι εξελίξεις σε θέματα έρευνας για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.

### Εξελίξεις στη διεθνή και την ευρωπαϊκή πολιτική

#### Νέα πολιτική διακήρυξη και νέο σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών

Η νέα πολιτική διακήρυξη και το νέο σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών<sup>(1)</sup> εγκρίθηκαν σε πολιτική διάσκεψη υψηλού επιπέδου στη διάρκεια της φετινής συνόδου της Επιτροπής για τα Ναρκωτικά (CND) των Ηνωμένων Εθνών,

ως απόρροια της μονοετούς περιόδου προβληματισμού στο πλαίσιο της δεκαετούς ανασκόπησης της προόδου που σημειώθηκε ως προς την επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί το 1998 κατά την 20ή έκτακτη σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (Ungass) για το παγκόσμιο πρόβλημα των ναρκωτικών.

### Η παγκόσμια αγορά παράνομων ουσιών

Τα πορίσματα μιας νέας μελέτης για την παγκόσμια αγορά παράνομων ουσιών, που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, παρουσιάστηκαν στη σύνοδο της Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά το 2009 στη Βιέννη<sup>(1)</sup>. Σύμφωνα με τη μελέτη, δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το παγκόσμιο πρόβλημα των ναρκωτικών περιορίστηκε μεταξύ 1998 και 2007. Σε ορισμένες χώρες η κατάσταση βελτιώθηκε, σε άλλες όμως επιδεινώθηκε και μάλιστα σημαντικά.

Στη μελέτη υποστηρίζεται ότι οι αγορές παράνομων ουσιών δεν είναι καθετοποιημένες ούτε κυριαρχούνται από μεγαλοδιακινητές ή καρτέλ. Εκτιμάται ότι τα έσοδα από τις πωλήσεις παράνομων ουσιών υπερβαίνουν τα 100 δις ευρώ, ωστόσο οι εμπλεκόμενοι στο εμπόριο ναρκωτικών στη συντριπτική πλειονότητά τους έχουν σχετικά μικρά εισοδήματα. Ελάχιστα είναι τα άτομα που κάνουν αμύθητες περιουσίες, και πάλι όμως τα εισοδήματά τους δεν αντιπροσωπεύουν παρά μικρό ποσοστό των συνολικών εσόδων.

Στη μελέτη αναφέρεται ότι παρατηρείται σύγκλιση των εθνικών πολιτικών για τα ναρκωτικά, δίνεται ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στη μείωση της ζήτησης και γίνεται ευρύτερα αποδεκτή η μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Παράλληλα, σκληραίνει η πολιτική απέναντι στους εμπόρους και τους διακινητές.

Η εφαρμογή της απαγόρευσης των ναρκωτικών κρίνεται από τη μελέτη ότι είχε σημαντικές ανεπιθύμητες συνέπειες, πολλές εκ των οποίων θα μπορούσαν να έχουν προβλεφθεί (π.χ. γεωγραφική μετατόπιση της παραγωγής και της διακίνησης).

<sup>(1)</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Έκθεση σχετικά με τις παγκόσμιες αγορές παράνομων ουσιών, 2009» (διατίθεται στη διεύθυνση [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/studies/doc\\_drugs\\_studies\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm)).

<sup>(1)</sup> Πολιτική διακήρυξη και σχέδιο δράσης σχετικά με τη διεθνή συνεργασία με στόχο μια ολοκληρωμένη και ισόρροπη στρατηγική για την αντιμετώπιση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη της διαδραμάτισαν πρωταγωνιστικό ρόλο στην αναθεώρηση της Ungass. Η κοινή ευρωπαϊκή θέση ότι η πολιτική των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά θα έπρεπε να προκύψει από τη διαδικασία ανασκόπησης εκφράστηκε σε έγγραφο κοινής θέσης που συντάχθηκε από το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το έγγραφο έδινε έμφαση στη δημόσια υγεία ως πρώτη αρχή του διεθνούς συστήματος ελέγχου των ναρκωτικών, καθώς και στην ανάγκη εσωτερικής συνέπειας του συστήματος οργάνων του ΟΗΕ στον τομέα των ναρκωτικών (συμπεριλαμβανομένων του INCB, της UNODC, του UNAIDS, της ΠΟΥ). Επίσης, έκανε έκκληση να συμπεριληφθούν ορισμένα βασικά σημεία και προτεραιότητες στη νέα πολιτική διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών, όπως η ανάγκη για μια περιεκτική, ολοκληρωμένη και ισόρροπη πολιτική για τα ναρκωτικά, η οποία θα δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη μείωση της ζήτησης και θα υιοθετεί τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Η ΕΕ καλούσε κεντρικό στοιχείο της νέας πολιτικής για τα ναρκωτικά να αποτελέσει ο σεβασμός των διεθνών συμβάσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην υγεία, η δε ανάπτυξη πολιτικών για τα ναρκωτικά να βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία. Πέραν τούτων, σύμφωνα με την ΕΕ, για να περιοριστεί η παραγωγή ναρκωτικών, η παροχή ενισχύσεων για εναλλακτική ανάπτυξη δεν πρέπει να εξαρτάται από τη μείωση των παράνομων καλλιεργειών.

Το περιεχόμενο του νέου εγγράφου των Ηνωμένων Εθνών δεν διαφέρει σημαντικά από αυτό της αρχικής διακήρυξης της Ungass και των σχεδίων δράσης που συμφωνήθηκαν το 1998. Περιλαμβάνει πολλές από τις προτάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως φαίνεται από το σχέδιο δράσης, στο οποίο γίνεται επισκόπηση των υφιστάμενων προβλημάτων της πολιτικής για τα ναρκωτικά και απαριθμούνται οι δράσεις τις οποίες δεσμεύονται να υλοποιήσουν κατά την επόμενη δεκαετία τα κράτη μέλη του ΟΗΕ. Στις σημαντικότερες δράσεις και στόχους στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών συγκαταλέγονται ο μεγαλύτερος σεβασμός προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, η ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και η καλύτερη στόχευση των ευάλωτων ομάδων. Γίνεται επίσης έκκληση για πιο ισόρροπες πολιτικές για τα ναρκωτικά υπέρ της μείωσης της ζήτησης, για υλοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, καθώς και για μηχανισμούς παρακολούθησης και διασφάλισης ποιότητας. Παρά ταύτα, στο έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών δεν αναγνωρίζεται ρητά η συμβολή της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, μιας προσέγγισης η οποία εφαρμόζεται στην Ευρώπη υπό επιστημονικό έλεγχο.

### Το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά

Τον Σεπτέμβριο 2008 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε την τελική αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005-2008 <sup>(2)</sup>. Στην αξιολόγηση γίνεται επισκόπηση της υλοποίησης των δράσεων και της επίτευξης των στόχων που καθορίζονται στο σχέδιο δράσης. Εξετάζονται επίσης ο αντίκτυπος του σχεδίου δράσης στις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών της ΕΕ για τα ναρκωτικά, καθώς και οι πρόσφατες τάσεις όσον αφορά την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Στην αξιολόγηση διαπιστώνεται ότι δεν υλοποιήθηκαν πλήρως όλες οι δράσεις ούτε επιτεύχθηκαν όλοι οι στόχοι, πλην όμως σημειώθηκε πρόοδος σε όλα σχεδόν τα πεδία του σχεδίου δράσης. Επιπλέον, το γεγονός ότι τα περισσότερα εθνικά έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά περιλαμβάνουν στόχους που απηχούν τους στόχους του σχεδίου δράσης της ΕΕ θεωρείται απόδειξη της αυξανόμενης σύγκλισης των πολιτικών των ευρωπαϊκών χωρών για τα ναρκωτικά. Παρατηρείται, επίσης, μια σχετική σταθεροποίηση της κατάστασης των ναρκωτικών τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη, ωστόσο δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η συμβολή του σχεδίου δράσης της ΕΕ στην τάση αυτή.

Σε γενικές γραμμές, παρά τις όποιες επιχειρησιακές αδυναμίες, το σχέδιο δράσης της ΕΕ κρίνεται ότι έχει δημιουργήσει προστιθέμενη αξία σε τρία διακριτά πεδία: τα κράτη μέλη και τα όργανα της ΕΕ δεσμεύονται να επιτύχουν κοινούς στόχους, παρέχεται ένα πλαίσιο συντονισμού και ανάπτυξης μιας συνεπούς προσέγγισης στο θέμα των ναρκωτικών και προτείνεται ένα πρότυπο πολιτικής σε διεθνές επίπεδο.

Τα πορίσματα της τελικής αξιολόγησης του σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά ελήφθησαν υπόψη κατά τη σύνταξη του επόμενου σχεδίου, του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009-2012), το οποίο εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο τον Δεκέμβριο 2008 <sup>(3)</sup>. Το εν λόγω σχέδιο δράσης είναι το πέμπτο κατά σειρά που εκπονείται από το 1990 και το δεύτερο στο πλαίσιο της ισχύουσας στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012). Γενικός στόχος του είναι να μειώσει σημαντικά τη διάδοση των ναρκωτικών στον πληθυσμό και να περιορίσει την κοινωνική ζημία και τις βλάβες στην υγεία που προκαλούν η χρήση και το εμπόριο παράνομων ναρκωτικών.

Το νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ προσδιορίζει πέντε βασικές προτεραιότητες, που αντιστοιχούν σε ισάριθμα πεδία δράσης: βελτίωση του συντονισμού, συνεργασία και ευαισθητοποίηση του κοινού, μείωση της ζήτησης

<sup>(2)</sup> 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

<sup>(3)</sup> ΕΕ C 326 της 20.12.2008, σ. 7.

## Σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009–2012) – Νέα στοιχεία

Στο νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά αποδίδεται ακόμη μεγαλύτερη προσοχή στη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στη χάραξη και την εφαρμογή της πολιτικής για τα ναρκωτικά. Με την έναρξη της «Ευρωπαϊκής δράσης για τα ναρκωτικά», το σχέδιο δράσης αποσκοπεί στην κινητοποίηση της κοινωνίας των ευρωπαίων πολιτών, προκειμένου να δεσμευτεί να αναλάβει δράση για την αντιμετώπιση προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Το σχέδιο δράσης κάνει επίσης έκκληση στα κράτη μέλη να εξασφαλίσουν τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών σε όλα τα επίπεδα της πολιτικής για τα ναρκωτικά στα οποία κρίνεται σκόπιμη.

Δίνεται ακόμη μεγαλύτερο βάρος στην ποιότητα των παρεμβάσεων στους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας, της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και της αποκατάστασης μέσα από δράσεις εκπόνησης και ανταλλαγής κατευθυντήριων γραμμών, ορθών πρακτικών και ποιοτικών προτύπων, καθώς και ανάπτυξης ευρωπαϊκών ελάχιστων ποιοτικών προτύπων ή κριτηρίων στους παραπάνω τομείς. Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται και στον χώρο των σωφρονιστικών ιδρυμάτων στο πλαίσιο του στόχου για μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, μέσα από δράσεις που καλούν τα κράτη μέλη να αναπτύξουν υπηρεσίες για φυλακισμένους χρήστες αντίστοιχες προς αυτές που είναι διαθέσιμες εκτός φυλακής, να παράσχουν μεταθεραπευτική φροντίδα μετά την αποφυλάκιση και, εν γένει, να βελτιώσουν την παρακολούθηση του προβλήματος των ναρκωτικών και τις υπηρεσίες προς τους χρήστες στις φυλακές.

Οι περισσότερες δράσεις που αφορούν τη μείωση της προσφοράς αποσκοπούν στη βελτίωση της επιβολής του νόμου και της δικαστικής συνεργασίας μεταξύ κρατών μελών, συχνά μέσω καλύτερης αξιοποίησης των οργανισμών, των προγραμμάτων και των εργαλείων της ΕΕ. Η μείωση της εκτροπής και της παράνομης διακίνησης των πρόδρομων ουσιών που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή ναρκωτικών εντός και μέσω Ευρώπης αποτελεί το θέμα επτά διαφορετικών δράσεων με επιχειρησιακή κυρίως εστίαση.

Στο πεδίο της διεθνούς συνεργασίας, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην εναλλακτική ανάπτυξη, με τρεις δράσεις που καλούν σε εντατικοποίηση της οικονομικής και πολιτικής στήριξης προγραμμάτων του είδους αυτού. Επιδιώκεται, επίσης, οι συμφωνίες και τα προγράμματα με τρίτες χώρες να αντικατοπτρίζουν καλύτερα την ισόρροπη προσέγγιση στη μείωση της προσφοράς και της ζήτησης.

Στο πεδίο «ενημέρωση, έρευνα και αξιολόγηση», μια νέα δράση καλεί σε ανάπτυξη βασικών δεικτών και στρατηγικών για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την εγκληματικότητα, τις παράνομες καλλιέργειες, τις αγορές ναρκωτικών και τις παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη μείωση της προσφοράς. Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται και στην ενίσχυση της έρευνας για τα ναρκωτικά και στην ανάπτυξη της αξιολόγησης των πολιτικών για τα ναρκωτικά τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο ΕΕ.

ναρκωτικών, μείωση της προσφοράς ναρκωτικών, βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας και καλύτερη κατανόηση του προβλήματος. Το νέο σχέδιο έχει καλύτερη εστίαση από το προηγούμενο, καθώς προβλέπει μόλις τους μισούς στόχους (24) και λιγότερες δράσεις (72). Εξάλλου, περιέχει στόχους και δράσεις που δεν υπήρχαν στο προηγούμενο σχέδιο δράσης (4). Η τελική αξιολόγηση του νέου σχεδίου δράσης και της στρατηγικής για τα ναρκωτικά θα διεξαχθούν από εξωτερικό ανεξάρτητο αξιολογητή το 2012 και θα ακολουθήσει περίοδος περισυλλογής πριν από την κατάρτιση των επόμενων εγγράφων πολιτικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά.

## Κοινωνία των πολιτών και χάραξη πολιτικής για τα ναρκωτικά

Η συμμετοχή μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) στις προπαρασκευαστικές συζητήσεις για τα νέα έγγραφα πολιτικής της ΕΕ και των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά αποτελεί ένα μείζον βήμα για τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στο εν λόγω πεδίο πολιτικής. Τον Μάιο 2008 στο φόρουμ της κοινωνίας των πολιτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τα ναρκωτικά συζητήθηκαν τα πρώτα αποτελέσματα της αξιολόγησης του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005–2008) καθώς και οι ανάγκες και το πιθανό περιεχόμενο του επόμενου σχεδίου δράσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008α). Οι 26 ΜΚΟ που συμμετέχουν στο φόρουμ υποστήριξαν ότι οι αρχές της δημόσιας υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θα πρέπει να αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά και ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην αποφυγή του στιγματισμού και των διακρίσεων. Τόνισαν, επίσης, την ανάγκη να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στις ευάλωτες ομάδες, την πολλαπλή χρήση ουσιών, τα ζητήματα ψυχικής υγείας, την κατάσταση στις φυλακές και την πρόληψη των θανάτων από ναρκωτικά. Το φόρουμ επεσήμανε την ανάγκη να αναληφθεί δράση κατά προτεραιότητα σε τομείς όπως ο καλύτερος συντονισμός μεταξύ κυβερνήσεων και κοινωνίας των πολιτών, η ανάπτυξη ποιοτικών προτύπων για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, η βελτίωση των μηχανισμών συλλογής δεδομένων και η στήριξη τρίτων χωρών για την ανάπτυξη εναλλακτικών βιοποριστικών μέσων ως προς την καλλιέργεια ναρκωτικών.

Η συμβολή των ΜΚΟ στην πρόοδο που σημειώθηκε προς την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν από την Ungass το 1998 εξετάστηκε από την ΜΚΟ «Επιτροπή για τα Ναρκωτικά» με έδρα τη Βιέννη, με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και πολλών κρατών μελών. Η διαδικασία «Πέραν του 2008» βασίστηκε σε εννέα περιφερειακές διαβουλεύσεις, οι οποίες κατέληξαν σε ένα φόρουμ που διεξήχθη τον Ιούλιο 2008

(4) Βλέπε «Σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009–2012) – νέα στοιχεία».

στη Βιέννη. Στην τελική διακήρυξη και στα τρία ψηφίσματα που εγκρίθηκαν από το φόρουμ τονίζεται το πλήθος των δραστηριοτήτων των ΜΚΟ και ο ενισχυόμενος ρόλος τους στην πολιτική για τα ναρκωτικά<sup>(5)</sup>. Οι ΜΚΟ καλούν τις κυβερνήσεις και τις διεθνείς οργανώσεις να τις διαβουλεύονται σε τακτική βάση και να τους προσφέρουν μεγαλύτερη υποστήριξη. Από τις πολλές και ποικίλες εκκλήσεις που γίνονται προς τα κράτη μέλη και τις διεθνείς οργανώσεις διαφαίνονται διάφορα θέματα, όπως μια συνεκτική και ισόρροπη πολιτική για τα ναρκωτικά που θα θεμελιώνεται στα ανθρώπινα δικαιώματα, στη δημόσια υγεία και σε επιστημονικά στοιχεία, η αύξηση των δυνατοτήτων παρακολούθησης και αξιολόγησης, η ανάπτυξη και η διάδοση των βέλτιστων πρακτικών και ιδίως των κατευθυντήριων αρχών των Ηνωμένων Εθνών για την αποτελεσματική θεραπεία, η πρόσβαση σε αναλγητικές ναρκωτικές ουσίες για την ανακούφιση από τον πόνο και η επαρκής προμήθεια αυτών, οι εναλλακτικές κυρώσεις και διατάξεις για παραβάσεις της νομοθεσίας περί ναρκωτικών αντί της ποινής και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των εξαρτημένων χρηστών που εκτίουν ποινή ή είναι προφυλακισμένοι για αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά.

## Εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά

### Νέες εξελίξεις

Οι στρατηγικές και τα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά αποτελούν πλέον ουσιώδη εργαλεία των εθνικών πολιτικών για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Και οι 30 χώρες που παρακολουθούνται από το ΕΚΠΝΤ, πλην μιας, διαθέτουν πλέον στρατηγικές και σχέδια δράσης, τα οποία αναθεωρούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Το 2008 νέα έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά<sup>(6)</sup> εγκρίθηκαν από την Ελλάδα, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Η Ελλάδα ενέκρινε σχέδιο δράσης (2008-2012) συμπληρωματικά προς την ισχύουσα στρατηγική της για τα ναρκωτικά. Στους στόχους του νέου σχεδίου συγκαταλέγεται η βελτίωση της παρεχόμενης θεραπείας απεξάρτησης. Το νέο γαλλικό σχέδιο δράσης (2008-2011) καλύπτει τις παράνομες ουσίες, το αλκοόλ και το κάπνισμα. Βασική προτεραιότητα του σχεδίου είναι η αποτροπή της έναρξης της χρήσης ουσιών από νέους, δίνοντας έμφαση στην απαγόρευση της χρήσης ναρκωτικών και στην πληροφόρηση των νέων και των γονέων τους σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης. Η νέα στρατηγική (2008-2018) και το σχέδιο δράσης για τα

ναρκωτικά (2008-2011) του Ηνωμένου Βασιλείου αποσκοπούν στον περιορισμό της προσφοράς και τη μείωση της ζήτησης παράνομων ουσιών, ενώ λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για την προστασία των οικογενειών και την ενίσχυση των κοινοτήτων.

Δέκα ακόμη κράτη μέλη της ΕΕ είχαν εθνικά έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά, η ισχύς των οποίων έληγε στα τέλη του 2008. Η Ισπανία ενέκρινε νέα στρατηγική για τα ναρκωτικά τον Φεβρουάριο 2009, ενώ οκτώ ακόμη χώρες (Βουλγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Κύπρος, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία) βρίσκονταν στη διαδικασία οριστικοποίησης και έγκρισης νέων στρατηγικών και σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά κατά το πρώτο εξάμηνο του 2009. Η Λετονία παρέτεινε το πρόγραμμά της για την περίοδο 2005-2008 με ένα μονοετές σχέδιο δράσης. Οι Κάτω Χώρες σχεδιάζουν επίσης να αντικαταστήσουν εντός του 2009 τη Λευκή Βίβλο τους για την πολιτική σε θέματα ναρκωτικών, που χρονολογείται από το 1995, ενώ στη διάρκεια του έτους θα λήξει η ισχύς τουλάχιστον ενός εγγράφου πολιτικής διαφόρων χωρών (Τσεχική Δημοκρατία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Σλοβενία, Κροατία, Τουρκία).

### Αξιολόγηση

Περί τα δύο τρίτα των ευρωπαϊκών χωρών αναφέρουν ότι προβαίνουν σε συνεχή ή ετήσια επισκόπηση της υλοποίησης των δράσεων που προβλέπονται από τα εθνικά έγγραφα πολιτικής τους για τα ναρκωτικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υποβάλλεται στην κυβέρνηση ή στο κοινοβούλιο έκθεση προόδου με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες και από τα υπουργεία που εμπλέκονται στην πολιτική για τα ναρκωτικά. Οι περισσότερες χώρες, επομένως, έχουν ήδη αρχίσει να υλοποιούν τη δράση 70 του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009-2012), με την οποία καλούνται τα κράτη μέλη να αξιολογούν και να τελειοποιούν τις εθνικές πολιτικές στον τομέα των ναρκωτικών σε τακτική ή σταθερή βάση.

Παρόμοια εικόνα επικρατεί και όσον αφορά την τελική αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά, καθώς περισσότερες από 20 χώρες αναφέρουν ότι επί του παρόντος προετοιμάζουν τελική αξιολόγηση ή ότι την εκπόνησαν πρόσφατα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η τελική έκθεση είναι σύνοψη των ετήσιων εκθέσεων υλοποίησης, σε άλλες περιπτώσεις, όμως, καταβάλλεται προσπάθεια να γίνει καλύτερα κατανοητή η διαδικασία υλοποίησης, η αποτελεσματικότητα ή ο αντίκτυπος της πολιτικής. Δύο εκ των χωρών που

<sup>(5)</sup> [http://www.vngoc.org/details.php?id\\_cat=8&id\\_cnt=56](http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56).

<sup>(6)</sup> Με τον όρο «εθνικό έγγραφο πολιτικής για τα ναρκωτικά» νοείται κάθε επίσημο έγγραφο που φέρει κυβερνητική έγκριση και καθορίζει γενικές αρχές και συγκεκριμένες παρεμβάσεις ή στόχους στον τομέα των ναρκωτικών, ασχέτως αν επίσημα ονομάζεται στρατηγική για τα ναρκωτικά, σχέδιο δράσης, πρόγραμμα κ.λπ.

υιοθετούν μια πιο ουσιαστική προσέγγιση στην αξιολόγηση, το Λουξεμβούργο και η Κύπρος, αποφάσισαν να συνεργαστούν με εξωτερικούς αξιολογητές από άλλη χώρα.

Οι αξιολογήσεις των πολιτικών για τα ναρκωτικά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην προσπάθεια να συνδέσουν τα αποτελέσματα των στρατηγικών ή των σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά με μεταβολές στην κατάσταση των ναρκωτικών, μεταξύ άλλων, επειδή είναι δυσχερής η εκτίμηση των επιδράσεων μεγάλων συνόλων δράσεων και επειδή δεν έχει γίνει πλήρως αντιληπτή η επίδραση σημαντικών στοιχείων του ευρύτερου πλαισίου, π.χ. αγορές ναρκωτικών ή τάσεις στη χρήση ναρκωτικών και τρόπος ζωής των νέων. Παρά ταύτα, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες έχουν γίνει προσπάθειες να συσχετιστούν οι στρατηγικές ή τα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά με δείκτες για την κατάσταση των ναρκωτικών. Οι προσπάθειες αυτές αναμένεται να πολλαπλασιαστούν στο μέλλον, δεδομένου ότι το νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009-2012) κάνει έκκληση για την ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της αποτελεσματικότητας και του αντίκτυπου των πολιτικών για τα ναρκωτικά. Επιπλέον, το ΕΚΠΝΤ αναπτύσσει κατευθυντήριες γραμμές που θα βοηθήσουν τα κράτη μέλη να εκτιμήσουν και να ερμηνεύσουν τα αποτελέσματα των εγγράφων πολιτικής τους για τα ναρκωτικά.

## Δημόσιες δαπάνες

Αναλυτικά και αξιόπιστα στοιχεία όσον αφορά τις δαπάνες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των ναρκωτικών είναι απαραίτητα στους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής, προκειμένου να εκτιμήσουν τους πραγματικούς πόρους που διατίθενται στον συγκεκριμένο τομέα και, εντέλει, τη σχέση κόστους-οφέλους της πολιτικής για τα ναρκωτικά. Ως εκ τούτου, η οικονομική αποτίμηση των πόρων που διατίθενται από το κράτος για την αντιμετώπιση της χρήσης παράνομων ουσιών αποτελεί μείζον βήμα προς την κατανόηση του ευρύτερου αντίκτυπου της χρήσης ουσιών.

Οι εκτιμήσεις σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες βασίζονται στους κρατικούς προϋπολογισμούς και σε λογιστικά έγγραφα. Ωστόσο, είναι δύσκολο να γίνει εκτίμηση του συνόλου των δαπανών για την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, δεδομένου ότι απαιτείται να συγκεντρωθούν στοιχεία για δραστηριότητες οι οποίες υλοποιούνται σε διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης (π.χ. τοπικό, περιφερειακό, εθνικό), ενδέχεται να χρηματοδοτούνται από διαφορετικά κονδύλια του προϋπολογισμού και συχνά δεν προσδιορίζονται ως σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά.

Το σύνολο των δημοσίων δαπανών για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην Ευρώπη εκτιμάται ότι ανήλθε σε 34 δις ευρώ το 2005 (ΕΚΠΝΤ, 2008α). Λόγω των σημαντικών ελλείψεων στα υποβληθέντα στοιχεία, η εκτίμηση αυτή δεν είναι δυνατόν να επικαιροποιηθεί. Η δυσκολία συγκέντρωσης πληροφοριών στον τομέα αυτό καταδεικνύεται από το γεγονός ότι από τις 23 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για το 2007 μόνον η Τσεχική Δημοκρατία ήταν σε θέση να υποβάλει στοιχεία για την κατανομή των δαπανών σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης. Οι περισσότερες χώρες υπέβαλαν στοιχεία για τις δαπάνες της κεντρικής κυβέρνησης, ενώ επτά χώρες υπέβαλαν και στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες των περιφερειακών ή τοπικών αρχών (Βέλγιο, Δανία, Εσθονία, Αυστρία, Φινλανδία, Κροατία) ή των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (Γερμανία).

## Χαρακτηρισμένες και μη χαρακτηρισμένες δαπάνες

Χαρακτηρισμένες δαπάνες είναι οι προγραμματισμένες δημόσιες δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών που γίνονται από τη γενική κυβέρνηση του κράτους. Αντικατοπτρίζουν την εκούσια ανάληψη υποχρεώσεων εκ μέρους του κράτους στον τομέα των ναρκωτικών και εντοπίζονται αναδρομικά με ενδελεχή επισκόπηση των δημοσίων προϋπολογισμών. Από τις 23 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για το 2007, 16 ανέφεραν μόνον τις χαρακτηρισμένες δαπάνες. Σε πολλές περιπτώσεις (π.χ. Εσθονία, Γαλλία, Πολωνία, Ρουμανία), το μεγαλύτερο τμήμα των χαρακτηρισμένων δαπανών διοχετεύθηκε σε δράσεις που συνδέονταν με την εφαρμογή των εθνικών εγγράφων πολιτικής για τα ναρκωτικά.

Όλες οι δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών δεν χαρακτηρίζονται ως τέτοιες στους εθνικούς προϋπολογισμούς. Στις περισσότερες χώρες, τα κονδύλια που δαπανώνται για ορισμένες δραστηριότητες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά ενσωματώνονται σε άλλα προγράμματα ή παρεμβάσεις (π.χ. συνολικός προϋπολογισμός για αστυνομικές επιχειρήσεις ή παρεμβάσεις που αφορούν και νόμιμες και παράνομες ουσίες). Στις περιπτώσεις αυτές, οι «μη χαρακτηρισμένες δαπάνες» εκτιμώνται με τη βοήθεια τεχνικών μοντελοποίησης κόστους. Τα πορίσματα παλαιότερων μελετών καταδεικνύουν ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μη χαρακτηρισμένες δαπάνες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο τμήμα των εθνικών δαπανών για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.

Οι δημόσιες δαπάνες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μπορούν να ταξινομηθούν με βάση τη διεθνή ταξινόμηση των κρατικών λειτουργιών (COFOG) (ΕΚΠΝΤ, 2008ε). Τρεις χώρες υπέβαλαν στοιχεία για τις χαρακτηρισμένες

**Πίνακας 1: Χαρακτηρισμένες και μη χαρακτηρισμένες δημόσιες δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών το 2007 στα κράτη μέλη της ΕΕ που υποβάλλουν στοιχεία βάσει της ταξινόμησης COFOG (διεθνής ταξινόμηση των κρατικών λειτουργιών)**

Κατηγορία COFOG	Λουξεμβούργο Εκατ. ευρώ (%)		Φινλανδία <sup>(1)</sup> Εκατ. ευρώ (%)		Ηνωμένο Βασίλειο Εκατ. ευρώ (%)
	Χαρακτηρισμένες	Μη χαρακτηρισμένες <sup>(2)</sup>	Χαρακτηρισμένες	Μη χαρακτηρισμένες	Χαρακτηρισμένες
Γενικές δημόσιες υπηρεσίες	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Δημόσια τάξη και ασφάλεια	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Υγεία	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Παιδεία	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Κοινωνική προστασία	–	–	–	–	10,5 (0,8)

<sup>(1)</sup> Στοιχεία του 2006.<sup>(2)</sup> Το Λουξεμβούργο παρέθεσε αναλυτικά τις διαδικασίες μοντελοποίησης από τις οποίες προέκυψαν οι εκτιμήσεις για τις μη χαρακτηρισμένες δαπάνες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2008).

δαπάνες που ταξινομούνται στο πρώτο επίπεδο του COFOG (Λουξεμβούργο, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο μόνο για την Αγγλία) και μόνον το Ηνωμένο Βασίλειο περιέλαβε στοιχεία για τις «γενικές δημόσιες υπηρεσίες», την «παιδεία» και την «κοινωνική προστασία» <sup>(7)</sup>. Στις τρεις αυτές χώρες, το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών εκταμιεύσεων διατέθηκε στην «υγεία», ακολουθούμενη από τη «δημόσια τάξη και ασφάλεια» (πίνακας 1). Αντίθετα, στις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για τις μη χαρακτηρισμένες δαπάνες με βάση την ταξινόμηση COFOG, το μεγαλύτερο ποσοστό διατέθηκε στη «δημόσια τάξη και ασφάλεια», ακολουθούμενη από την «υγεία». Αυτό συνάδει με τα πορίσματα παλαιότερων εκθέσεων (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2008ε), τα οποία υποδηλώνουν ότι, αν και το μεγαλύτερο μέρος των χαρακτηρισμένων δαπανών διοχετεύεται σε παρεμβάσεις για την «υγεία», η μερίδα του λέοντος των δημοσίων δαπανών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά πηγαίνει στη «δημόσια τάξη και ασφάλεια».

### Τάσεις

Στις περισσότερες χώρες για τις οποίες υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία, οι χαρακτηρισμένες δαπάνες σε σταθερές τιμές αυξήθηκαν το 2007 σε σύγκριση με το 2005. Οι αυξήσεις κυμαίνονται από 14 έως 23 % (Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Κροατία), φθάνουν όμως και στο 72 % (Κύπρος, Φινλανδία). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι χαρακτηρισμένες δαπάνες παρέμειναν αμετάβλητες κατά το διάστημα αυτό.

### Εθνική νομοθεσία

Στο πλαίσιο της ισόρροπης προσέγγισης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην πολιτική για τα ναρκωτικά, δίνεται εξίσου έμφαση στη μείωση της ζήτησης και στη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών. Αν εξετάσουμε την εθνική νομοθεσία που θεσπίστηκε την τελευταία δεκαετία, διαπιστώνουμε ότι το πλούσιο νομοθετικό έργο των κρατών μελών της ΕΕ συνάδει με την εν λόγω πολιτική δέσμευση. Οι χώρες θεσπίζουν κανονιστικά πλαίσια για ορισμένες δραστηριότητες μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, ενώ, παράλληλα, επιβάλλουν αυστηρότερες ποινές για τη διακίνηση ναρκωτικών. Στο μέσον αυτής της περιόδου, δύο νομικά μέσα της ΕΕ έδωσαν περαιτέρω ώθηση στην εν λόγω διαδικασία. Το 2003 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εξέδωσε σύσταση σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία, στην οποία γινόταν έκκληση για δράση, συμπεριλαμβανομένης της παροχής της δέουσας θεραπείας υποκατάστασης και της πρόσβασης στη διανομή και ανταλλαγή συρίγγων <sup>(8)</sup>. Παράλληλα, η απόφαση πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου της 25ης Οκτωβρίου 2004 καλούσε για επιβολή αυστηρότερων ποινών για τη διακίνηση παράνομων ουσιών. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι τάσεις της τελευταίας δεκαετίας ως προς το κανονιστικό πλαίσιο το οποίο διέπει τις δραστηριότητες που αποσκοπούν στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και τις ποινές που επιβάλλονται στους διακινητές. Διαπιστώνεται ότι η κανονιστική δράση σε εθνικό επίπεδο αντικατοπτρίζεται σε συμφωνίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο, παρότι ορισμένες χώρες άσκησαν το δικαίωμά τους να προχωρήσουν πέραν των

<sup>(7)</sup> Η ταξινόμηση του COFOG έχει τρία ιεραρχικά επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο, οι κρατικές δαπάνες αναλύονται σε δέκα λειτουργίες.<sup>(8)</sup> Σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 [ΕΕ L 165 της 3.7.2003, σ. 31].

ελαχίστων προτύπων που καθορίζονται στις εν λόγω συμφωνίες.

### Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών

Από το 1998 αναφέρθηκαν περίπου 45 νομικά κείμενα από 18 χώρες σχετικά με τη θέσπιση ή την τροποποίηση του νομικού πλαισίου των προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης, πολλά εκ των οποίων περιέχουν λεπτομερείς διατάξεις. Ενδεικτικά αναφέρεται το νομικό πλαίσιο της θεραπείας υποκατάστασης σε Ιρλανδία (1998), Πολωνία (1999), Γερμανία (2000), Τσεχική Δημοκρατία και Πορτογαλία (2001), Ελλάδα και Λουξεμβούργο (2002), Βέλγιο και Γαλλία (2004), Λετονία (2005) και, τέλος, Αυστρία και Λιθουανία (2007).

Οι νόμοι και οι κανονισμοί που θεσπίστηκαν από τις ευρωπαϊκές χώρες καλύπτουν πολλές και διάφορες πτυχές της θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών. Ωστόσο, μέχρι το 2004 επικρατούσε μια εμφανής τάση να ορίζονται οι επιτρεπόμενες ουσίες. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, ένα στα τέσσερα περίπου νομικά κείμενα ενέκρινε ή ρύθμιζε τη χρήση ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Αντίθετα, ένα στα τρία νομικά κείμενα εξ όσων αναφέρθηκαν μετά το 2002 θεσπίζει όρους πρόσβασης ή διευκολύνει την πρόσβαση στα προγράμματα υποκατάστασης. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο νόμος περιορίζει το δικαίωμα συνταγογράφησης υποκατάστατων οπιοειδών στους γιατρούς των κέντρων απεξάρτησης, συχνά όμως επιτρέπεται και η συνταγογράφηση από άλλους γιατρούς<sup>(9)</sup>. Ο νόμος συχνά καθορίζει και τα εξουσιοδοτημένα σημεία διάθεσης, κυρίως φαρμακεία και κέντρα απεξάρτησης, αν και σε κάποιες χώρες δικαίωμα διάθεσης υποκατάστατων έχουν και οι γιατροί.

### Προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων εφαρμόζονται σε τοπικό, περιφερειακό ή και εθνικό επίπεδο. Σε ορισμένες περιπτώσεις διέπονται από συγκεκριμένο εθνικό νομικό πλαίσιο, συνήθως όμως όχι. Οι νόμοι που θεσπίστηκαν στην Ευρώπη στις αρχές της υπό εξέταση δεκαετίας είχαν κυρίως στόχο να δημιουργήσουν τη νομική βάση για παρεμβάσεις του είδους αυτού (Σλοβενία το 1999, Πολωνία το 2001, Φινλανδία το 2003) ή να καθορίσουν τους όρους πρόσβασης και να διευκολύνουν την πρόσβαση σε προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων (Βέλγιο και Γαλλία το 1998, Φινλανδία το 2003). Σύντομα, ο νομοθέτης άρχισε να δίνει έμφαση στο κανονιστικό πλαίσιο των προγραμμάτων αυτών. Το Βέλγιο, η

Πορτογαλία και το Λουξεμβούργο ψήφισαν συγκεκριμένους, λεπτομερείς νόμους ή διατάγματα το 2000, 2001 και 2003 αντίστοιχα, που προέβλεπαν ποιοι φορείς έχουν δικαίωμα να υλοποιούν τέτοιου είδους προγράμματα και κατά πόσον επιτρέπεται ή όχι η χρήση αυτόματων μηχανών διανομής. Στην Πορτογαλία το ρυθμιστικό πλαίσιο διευρύνθηκε το 2007 και καλύπτει πλέον και προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων στις φυλακές.

Σε ορισμένες χώρες θεσπίστηκε νομοθεσία για να κατευαστούν οι ανησυχίες περί ενδεχόμενης σύγκρουσης των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων με νομικές διατάξεις που ποινικοποιούν τη «διευκόλυνση» ή την «προτροπή» σε χρήση ναρκωτικών. Στο Βέλγιο και τη Γερμανία, το ζήτημα αυτό αντιμετωπίστηκε με μια διάταξη στον νόμο η οποία εξαιρεί ρητά συγκεκριμένα προγράμματα από παρόμοιες ποινικές ευθύνες, πλην όμως επιτρέπει να τίθενται όρια στον αριθμό των διατιθέμενων συρίγγων. Σε μικρό αριθμό χωρών έχουν εκδοθεί κατευθυντήριες γραμμές προς τις αστυνομικές αρχές σχετικά με τις δέουσες δικωτικές πρακτικές πέριξ των σημείων διανομής βελονών και συρίγγων. Σε γενικές γραμμές, σπανίως αναφέρονται κατασχέσεις αποστειρωμένων συρίγγων ή βελονών από την αστυνομία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

### Ποινές για διακίνηση παράνομων ουσιών

Την τελευταία δεκαετία τα κράτη μέλη της ΕΕ δηλώνουν τόσο μεμονωμένα όσο και συλλογικά ότι τα αδικήματα που σχετίζονται με τη διακίνηση ναρκωτικών πρέπει να επισύρουν αυστηρότερες ποινές, παρότι στις περίπου 30 χώρες δίνονται περίπου 30 διαφορετικοί νομικοί ορισμοί των εν λόγω αδικημάτων. Το αδίκημα της

### Ευρωπαϊκή νομική βάση δεδομένων για τα ναρκωτικά

Η Ευρωπαϊκή νομική βάση δεδομένων για τα ναρκωτικά (ELDD) αποτελεί τη διαδικτυακή βάση δεδομένων του ΕΚΠΝΤ η οποία περιέχει πληροφορίες σχετικά με τη νομοθεσία για τα ναρκωτικά στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία. Η ELDD περιλαμβάνει τα νομικά κείμενα στο πρωτότυπο, συνοπτική περιγραφή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά σε κάθε χώρα και αναλυτικές εκθέσεις για συγκεκριμένα θέματα. Η θεματική επισκόπηση (Topic overviews) περιλαμβάνει συνοπτική παρουσίαση της νομικής θέσης επί επιλεγμένων θεμάτων, όπως η παράνομη διακίνηση ναρκωτικών, η θεραπεία υποκατάστασης και τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων<sup>(1)</sup>.

(<sup>1</sup>) Θεματική επισκόπηση ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>.

(<sup>9</sup>) Βλέπε διάγραμμα 11, σ. 87.

«διακίνησης» ενδέχεται να περιλαμβάνει την παραγωγή ή την καλλιέργεια, την εισαγωγή ή την εξαγωγή, τη μεταφορά, τη δωρεάν προσφορά, την πώληση και/ή την κατοχή με σκοπό τη διανομή ή την προμήθεια, ή ακόμη και την έννοια της ενέργειας «με σκοπό το κέρδος» ή «σε εμπορική βάση».

Στην περίοδο 1999-2004, έξι χώρες ψήφισαν νόμους με τους οποίους επιβάλλονται αυστηρότερες ποινές για ορισμένα αδικήματα που σχετίζονται με τη διακίνηση ναρκωτικών. Το 1999 στην Ιρλανδία θεσπίστηκε ένα νέο αδίκημα, η κατοχή μεγάλης ποσότητας ναρκωτικών (αξίας άνω των 12 700 ευρώ) η οποία προορίζεται για εμπορία, το οποίο επισύρει ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δέκα ετών. Το 2000 το Ηνωμένο Βασίλειο θέσπισε ποινή φυλάκισης τουλάχιστον επτά ετών για όσους καταδικάζονται για τρίτη φορά για διακίνηση ναρκωτικών τάξης Α, ενώ το 2001 στην Ελλάδα θεσπίστηκαν αυστηρότερες ποινές για τους διακινητές και περιορίστηκε το δικαίωμά τους στην υπό όρους απόλυση. Με την τροποποίηση του ποινικού κώδικα της Εσθονίας το 2002 και το 2004, αυξήθηκαν οι μέγιστες ποινές από 3 σε 5 έτη για τους μικροδιακινητές και από 5 σε 10 έτη για τους μεγαλοδιακινητές. Στη Δανία, οι ποινές για διακίνηση αυξήθηκαν από 6 σε 10 έτη, ενώ για τη διακίνηση μεγάλων ποσοτήτων ιδιαίτερως επικίνδυνων ουσιών η αντίστοιχη αύξηση ήταν από 10 σε 16 έτη. Το 2004, επίσης, η Λιθουανία αύξησε τις βασικές ποινές φυλάκισης για τα αδικήματα διακίνησης από μέγιστη ποινή φυλάκισης 2 ετών που ήταν στο παρελθόν, σε φυλάκιση 2 έως 8 ετών και, αντίστοιχα, οι ποινές για τη διακίνηση μεγάλων ποσοτήτων αυξήθηκαν σε φυλάκιση 8 έως 10 ετών από φυλάκιση 2 έως 8 ετών που ήταν στο παρελθόν.

Τον Οκτώβριο 2004 με την απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου θεσπίστηκαν ελάχιστες διατάξεις σχετικά με τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων και τις ποινές που ισχύουν στον τομέα της παράνομης διακίνησης. Έκτοτε, τέσσερις ακόμη χώρες θέσπισαν νομοθεσία με σκοπό την εναρμόνιση των βασικών ποινών τους για αδικήματα διακίνησης με την απόφαση. Το 2006 οι Κάτω Χώρες αύξησαν τη μέγιστη ποινή για διακίνηση μεγάλων ποσοτήτων από 4 σε 6 έτη, ενώ η Πολωνία αύξησε τις μέγιστες ποινές για την κατοχή μεγάλων ποσοτήτων ναρκωτικών και την προμήθεια ναρκωτικών σε ανήλικους από 5 έτη σε 8 έτη και παράλληλα θέσπισε ελάχιστη ποινή έξι μηνών. Στη Σλοβακία, η βασική ποινή για διακίνηση ναρκωτικών αυξήθηκε από 2 έως 8 έτη σε 4 έως 10 έτη, ενώ η μέγιστη ποινή για μεγαλύτερες ποσότητες αυξήθηκε από 10 σε 15 ή και σε 20 έτη. Τέλος, στην Αυστρία, η μέγιστη ποινή φυλάκισης για την προμήθεια ναρκωτικών

ουσιών σε τρίτους ή την καλλιέργεια ορισμένων ναρκωτικών φυτών αυξήθηκε το 2007 από 6 σε 12 μήνες. Οι ποινές για σοβαρότερα αδικήματα δεν μεταβλήθηκαν, πλην όμως άλλαξε ο ορισμός της μεγάλης ποσότητας από το 25πλάσιο στο 15πλάσιο του ορίου ποσότητας για προσωπική χρήση.

## Έρευνες για τα ναρκωτικά

Οι έρευνες που διεξάγονται για το πρόβλημα των ναρκωτικών σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα παρουσιάστηκαν στο επιλεγμένο θέμα που δημοσιεύθηκε από το ΕΚΠΝΤ το 2008<sup>(10)</sup>. Φέτος, αναλύονται οι πληροφορίες για τις εθνικές έρευνες που υποβλήθηκαν με τις τελευταίες εκθέσεις των εστιακών σημείων του δικτύου Reitox, προκειμένου να γίνει καλύτερα αντιληπτό το είδος των ερευνών που διεξάγονται αυτό το διάστημα στις ευρωπαϊκές χώρες. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται και μια μελέτη με θέμα την έρευνα για τα ναρκωτικά στην ΕΕ, η οποία δημοσιεύθηκε στη διάρκεια του τρέχοντος έτους από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

## Ερευνητικά προγράμματα στα κράτη μέλη

Οι ευρωπαϊκές χώρες, βάσει των πρόσφατων εκθέσεων των εστιακών σημείων του δικτύου Reitox, αναφέρουν περισσότερα από 350 ερευνητικά προγράμματα τα οποία διεξήχθησαν ή δημοσιεύθηκαν το 2007 και το 2008. Ο μεγαλύτερος αριθμός ερευνητικών προγραμμάτων αναφέρεται από το Ηνωμένο Βασίλειο (άνω των 80), ενώ ακολουθούν η Γερμανία και οι Κάτω Χώρες (άνω των 30 εκάστη) και η Τσεχική Δημοκρατία, η Ιρλανδία και η Φινλανδία (άνω των 20).

Οι πρόσφατες έρευνες, σε αναλογία μεγαλύτερη του ενός τρίτου, αφορούν τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης των ναρκωτικών. Άλλο ένα τρίτο των ερευνών αφορά την επικράτηση, την επίπτωση και τα πρότυπα χρήσης των ναρκωτικών, ενώ το ένα πέμπτο αφορά τις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών. Στα θέματα που φαίνεται να προσελκύουν σημαντικά λιγότερο την προσοχή των ερευνητών συγκαταλέγονται οι καθοριστικές παράμετροι, οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες, οι μηχανισμοί δράσης και οι επιδράσεις των ναρκωτικών ουσιών, η προσφορά και οι αγορές, καθώς και τα μεθοδολογικά ζητήματα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ανάλυσης, αν και το εύρος της είναι περιορισμένο, στηρίζουν τις εκκλήσεις του νέου σχεδίου δράσης της ΕΕ για εντατικοποίηση της ερευνητικής προσπάθειας στους παραμελημένους τομείς προτεραιότητας, ιδίως στην προσφορά ναρκωτικών.

<sup>(10)</sup> Αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με τις ευρωπαϊκές και τις εθνικές έρευνες για τα ναρκωτικά διατίθενται στη διεύθυνση <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

### **Ανάλυση των ερευνών για τα ναρκωτικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Όπως διαπιστώνεται σε μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με τίτλο «Συγκριτική ανάλυση των ερευνών σχετικά με τα παράνομα ναρκωτικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση», ο τομέας της προσφοράς ναρκωτικών, μεταξύ άλλων τομέων, συγκεντρώνει επί του παρόντος ελάχιστο ερευνητικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με τη μελέτη, δυσανάλογα μικρός αριθμός ερευνητικών προγραμμάτων ασχολούνται με θέματα πρόληψης, νομικών πλαισίων και απαγόρευσης, ενώ διεξάγονται πολύ συχνότερα έρευνες για επιδημιολογικά ζητήματα <sup>(11)</sup>. Από τη μελέτη διαπιστώνεται μεν η ύπαρξη εμπειρογνωμοσύνης σε όλους τους τομείς στα κράτη μέλη, πλην όμως τονίζεται η ανάγκη να

επιδιωχθεί ακόμη μεγαλύτερη συγκρισιμότητα των εθνικών δεδομένων και μεγαλύτερη δημόσια προβολή των ερευνών.

Η συμμετοχή σε ευρωπαϊκές ερευνητικές δραστηριότητες διαπιστώθηκε ότι διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, ενώ η διεθνής συνεργασία είναι κυρίως άτυπη. Παρά ταύτα, στη μελέτη τονίζεται ότι η έρευνα για τα ναρκωτικά μπορεί να διευκολυνθεί μέσα από ευρωπαϊκά και διεθνή δίκτυα ερευνητών. Το ερευνητικό δυναμικό, η συνολική ποιότητα και η διαθεσιμότητα χρηματοδότησης ποικίλλουν σημαντικά εντός της ΕΕ, ενώ υπάρχει μεγάλη ανάγκη ανάπτυξης των ερευνητικών ικανοτήτων και παροχής χρηματοδότησης, προκειμένου να καλυφθεί ένα ευρύτερο φάσμα πεδίων πολιτικής που συνδέονται με το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά.

<sup>(11)</sup> Βλέπε [http://ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/drugs/fsj\\_drugs\\_intro\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Κεφάλαιο 2

# Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη – Επισκόπηση

### Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια επισκόπηση των τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη και, όπου είναι εφικτό, επισημαίνονται οι τάσεις, οι εξελίξεις και άλλα ζητήματα που αφορούν την ποιότητα. Εξετάζονται αρχικά τα μέτρα πρόληψης και ακολουθούν οι παρεμβάσεις στους τομείς της θεραπείας, της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και της κοινωνικής επανένταξης. Όλα αυτά τα μέτρα από κοινού συγκροτούν ένα ολοκληρωμένο σύστημα μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών. Μπορούν να εκληφθούν ως συμπληρωματικά μεταξύ τους και, σε ορισμένες περιπτώσεις, παρέχονται σε συνδυασμό και μάλιστα από τον ίδιο φορέα. Αυτό ισχύει, για παράδειγμα, ολοένα και πιο συχνά για τα μέτρα θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.

Εξάλλου, οι τρόποι αντιμετώπισης που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της επιβολής της νομοθεσίας περί ναρκωτικών εξετάζονται σε ένα νέο τμήμα, το οποίο περιλαμβάνει τα πλέον πρόσφατα στοιχεία για τα αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με επισκόπηση των διαθέσιμων στοιχείων σχετικά με τις ανάγκες των φυλακισμένων χρηστών και τις υπάρχουσες παρεμβάσεις στις φυλακές.

### Πρόληψη

Η πρόληψη των ναρκωτικών διακρίνεται σε διάφορα επίπεδα ή στρατηγικές, από την καθολική πρόληψη που απευθύνεται στο σύνολο της κοινωνίας (περιβαλλοντική πρόληψη) μέχρι την πρόληψη που επικεντρώνεται σε άτομα υψηλού κινδύνου (ενδεδειγμένη πρόληψη). Σε ιδανικές συνθήκες, οι διάφορες αυτές στρατηγικές δεν έχουν ανταγωνιστική αλλά συμπληρωματική σχέση μεταξύ τους. Η επισκόπηση που ακολουθεί επικεντρώνεται στις πρόσφατες εξελίξεις και σε αποτελέσματα ελεγχόμενων δοκιμών στον τομέα της πρόληψης, τα οποία υποβλήθηκαν πρόσφατα στο ΕΚΠΝΤ.

### Καθολική πρόληψη

Η καθολική πρόληψη απευθύνεται στο σύνολο ενός πληθυσμού. Στόχος της είναι να αποτρέψει ή να

καθυστερήσει την έναρξη της χρήσης ουσιών και την εμφάνιση των συναφών προβλημάτων, παρέχοντας στους νέους τις απαραίτητες πληροφορίες και δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να μην αρχίσουν τη χρήση ουσιών. Τα μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ευρώπη για πρώτη φορά πλέον παρακολουθούνται συστηματικά από την πλειονότητα των κρατών μελών. Τα πρόσφατα στοιχεία από τα περισσότερα κράτη μέλη επιβεβαιώνουν ότι οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην παροχή πληροφόρησης για τα ναρκωτικά, όπως οι μεμονωμένες ομιλίες, αποτελούν την κυρίαρχη προσέγγιση στην καθολική πρόληψη στο σχολικό περιβάλλον και στην κοινότητα. Εντούτοις, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών δεν τεκμηριώνεται από τα διαθέσιμα στοιχεία. Πλέον, όμως, μεγαλύτερος αριθμός χωρών αναφέρει παρεμβάσεις με καλύτερη επιστημονική τεκμηρίωση, όπως προγράμματα πρόληψης που ακολουθούν τυποποιημένα πρωτόκολλα (Τσεχική Δημοκρατία, Κύπρος, Αυστρία, Πολωνία, Σλοβενία, Σλοβακία).

Ο περιορισμένος αριθμός ευρωπαϊκών προγραμμάτων πρόληψης αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας είναι ένα πρόβλημα που φιλοδοξεί να επιλύσει η μελέτη EU-Dap ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)). Με τη συμμετοχή 7 000 μαθητών ηλικίας 12-14 ετών σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, η εν λόγω μελέτη αξιολογεί ένα πρόγραμμα που βασίζεται στο μοντέλο των ολοκληρωμένων προγραμμάτων κοινωνικών επιρροών και συνδυάζει κατάρτιση σε δεξιότητες ζωής με αναθεώρηση κανονιστικών προτύπων και απόκτηση γνώσεων για τις ουσίες. Δύο χρόνια μετά την παρέμβαση, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος διατηρήθηκε, καθώς παρατηρείται μικρότερη συχνότητα περιστατικών μέθης και χρήσης κάνναβης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Τα αποτελέσματα του EU-Dap διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, αφού η συνολική αποτελεσματικότητα του προγράμματος οφείλεται στην επίδραση που είχε αποκλειστικά και μόνο στα αγόρια. Δεν είναι σαφές εάν αυτό συμβαίνει επειδή τα κορίτσια διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο ή επειδή δεν ανταποκρίθηκαν στο πρόγραμμα. Διαφορετικές επιδράσεις ανάλογα με το φύλο προέκυψαν και σε μια ελεγχόμενη δοκιμή ενός προγράμματος

δεξιοτήτων ζωής στη Δανία. Τα κορίτσια επηρεάστηκαν περισσότερο ως προς τον σχολικό εκφοβισμό και την κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας και του τελευταίου μήνα, ενώ τα αγόρια επηρεάστηκαν περισσότερο ως προς την υψηλή περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ (πάνω από 5 ποτήρια τη φορά) και τη δοκιμή κάνναβης.

Σε μια ελεγχόμενη δοκιμή στην Πράγα, ένα πρόγραμμα στην κοινότητα που περιλάμβανε ένα εκπαιδευτικό σκέλος, προσέγγιση ομοτίμων, κατάρτιση σε δεξιότητες ζωής και προγράμματα για γονείς συγκρίθηκε με το τυπικό «ελάχιστο πρόγραμμα πρόληψης» που εφαρμόζεται στα σχολεία (Mionský κ.ά., 2007). Το πρόγραμμα στην κοινότητα διαπιστώθηκε ότι ήταν αποτελεσματικότερο ως προς τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και άσκησε μεγαλύτερη επιρροή στη στάση των μαθητών ηλικίας 13-15 ετών έναντι της χρήσης ουσιών, ιδίως σε ορισμένες ευάλωτες ομάδες παιδιών, μεταξύ αυτών και όσων προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες. Υποστηρίχθηκε, ως εκ τούτου, ότι το πρόγραμμα θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για επικεντρωμένη πρόληψη.

### Επικεντρωμένη και ενδεδειγμένη πρόληψη

Τόσο η επικεντρωμένη όσο και η ενδεδειγμένη πρόληψη δέχονται ότι η προβληματική χρήση ουσιών συναντάται συχνότερα σε ευάλωτες ομάδες ή άτομα με περιορισμένες κοινωνικές και προσωπικές ευκαιρίες (ΕΚΠΝΤ, 2008γ). Η επικεντρωμένη πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις σε ειδικές ομάδες, οικογένειες ή κοινότητες τα μέλη των οποίων, λόγω έλλειψης κοινωνικών δεσμών και πόρων, ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπή στη χρήση ουσιών ή την εξάρτηση. Η αποδεικτική βάση αυτής της προσέγγισης παρουσιάζεται σε νέο τμήμα της πύλης βέλτιστης πρακτικής<sup>(12)</sup> του ΕΚΠΝΤ. Η ενδεδειγμένη πρόληψη αποσκοπεί στον εντοπισμό ατόμων με συμπεριφορικά ή ψυχολογικά προβλήματα –τα οποία ενδέχεται να είναι ενδεικτικά μιας πιθανής προβληματικής χρήσης ουσιών σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής τους– και στην εξατομικευμένη στόχευσή τους με ειδικές παρεμβάσεις.

Νέα στοιχεία σχετικά με παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης σε μειονοτικές εθνοτικές ομάδες αναφέρθηκαν από το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο. Συστηματικά πρωτόκολλα παρέμβασης σε ανήλικους παραβάτες που έχουν έρθει σε επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης αναφέρεται ότι υπάρχουν μόνον στην Αυστρία, στη Γερμανία, στην Καταλονία της Ισπανίας και το Λουξεμβούργο, ενώ οι υπόλοιπες χώρες αναφέρουν γενικές ή σημειακές παρεμβάσεις. Από το 2008, σε δέκα κράτη μέλη με στήριξη της ΕΕ εφαρμόζεται το FRED<sup>(13)</sup>, ένα πρωτόκολλο συστηματικής παρέμβασης σε ανήλικους

### Ενημερωτικές εκστρατείες στα ΜΜΕ κατά συγκεκριμένων ουσιών

Στην Ευρώπη έχουν αναπτυχθεί ενημερωτικές εκστρατείες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης κατά της κάνναβης (Δανία, Ιρλανδία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Ηνωμένο Βασίλειο) και, πιο πρόσφατα, κατά της κοκαΐνης (Ιρλανδία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο).

Σχεδόν όλες αυτές οι εκστρατείες προειδοποιούν για τους κινδύνους από τη χρήση της ουσίας, ενώ ορισμένες από αυτές επιδιώκουν να σοκάρουν. Μόνο δύο εκστρατείες υιοθετούν διαφορετική προσέγγιση. Πρόκειται για την εκστρατεία Ηνωμένου Βασιλείου-Κολομβίας με κεντρικό μήνυμα «Κοινή ευθύνη», στην οποία επισημαίνεται η ευθύνη των χρηστών για τις αρνητικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιπτώσεις που συνδέονται με την παραγωγή κοκαΐνης, καθώς και την ολλανδική εκστρατεία κατά της κάνναβης του 2006, η οποία αμφισβητούσε τις κανονιστικές αντιλήψεις μέσα από πραγματικές ιστορίες νέων ανθρώπων που προβάλλονταν ως θετικά πρότυπα αντί να περιορίζεται σε προειδοποιήσεις και απεικόνιση της χρήσης. Από την αξιολόγησή της διαπιστώθηκε ότι ενισχύθηκαν οι αρνητικές κοινωνικές κανονιστικές αντιλήψεις για τη χρήση κάνναβης και δεν προέκυψαν ανεπιθύμητες συνέπειες ως προς την πρόθεση χρήσης ή τις κανονιστικές αντιλήψεις (Wammes κ.ά., 2007).

Οι εκστρατείες στα ΜΜΕ που τονίζουν τους κινδύνους από τη χρήση ναρκωτικών σπάνια αξιολογούνται ως προς τις μεταβολές που επιφέρουν στη συμπεριφορά, στις στάσεις ή στην πρόθεση χρήσης ουσιών. Πέραν τούτου, έχουν εκφραστεί ανησυχίες για την ελάχιστη αποτελεσματικότητά τους και την πιθανή ζημία που προξενούν. Από την ενδελεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εθνικής εκστρατείας των ΗΠΑ κατά της κάνναβης, π.χ., δεν διαφάνηκαν συνολικές επιρροές. Προέκυψαν, όμως, στοιχεία που τεκμηριώνουν την ανεπιθύμητη επιρροή της εκστρατείας υπέρ της κάνναβης, ενώ άτομα που στο παρελθόν δεν είχαν το παραμικρό ενδιαφέρον για την ουσία ανέφεραν πρόθεση χρήσης της (Hornik κ.ά., 2008). Παρόμοια προβλήματα αναφέρθηκαν και κατά την αξιολόγηση της εκστρατείας της Σκοτίας κατά της κοκαΐνης με κεντρικό μήνυμα «Μάθε το Σκορ» (ΕΚΠΝΤ, 2007α).

Οι αποφάσεις των νέων είναι απόρροια μιας πολύπλοκης διαδικασίας η οποία δέχεται ισχυρές επιρροές από τις αλληλεπιδράσεις με ομάδες συνομηλίκων και από τις αντιλήψεις περί κοινωνικών κανονιστικών προτύπων. Μέχρι σήμερα, η επικοινωνία μέσω των ΜΜΕ δεν φαίνεται να διαχειρίζεται επαρκώς αυτή την πολυπλοκότητα.

παραβάτες. Μια νέα αξιολόγηση του FRED σε 140 γερμανικά ιδρύματα έδειξε περιορισμένα ποσοστά διάπραξης νέων αδικημάτων και χρήσης ναρκωτικών μεταξύ των συμμετεχόντων.

Νέα προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης αναφέρονται μόνο από τη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες, τη Σλοβακία και τη

<sup>(12)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>.

<sup>(13)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Projekte\\_KS1/Fgn-english](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english).

Σουηδία, εξακολουθούν δε να είναι πολύ σπάνια στην Ευρώπη παρά τα στοιχεία που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους (ΕΚΠΝΤ, 2009β). Στα υπάρχοντα προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης στην Ευρώπη περιλαμβάνονται το Parent Management Training-Oregon model, που εφαρμόζεται στις Κάτω Χώρες και τη Νορβηγία σε γονείς παιδιών ηλικίας 4-12 ετών που εκδηλώνουν ανάρμοστη συμπεριφορά, καθώς και η μέθοδος Kommet för föräldrar, που εφαρμόζεται στο 30% περίπου των δήμων της Σουηδίας και απευθύνεται σε γονείς παιδιών που εκδηλώνουν προβλήματα εξωστρεφούς συμπεριφοράς και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων με συνομηλίκους. Όπως φάνηκε από μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τη συμμετοχή 159 οικογενειών, οι συμμετέχοντες γονείς βελτίωσαν σημαντικά την ικανότητα να επιτελούν τον γονεϊκό τους ρόλο, ενώ μειώθηκαν τα συμπεριφορικά προβλήματα των παιδιών.

## Θεραπεία

Περίπου 400 000 χρήστες ναρκωτικών αναφέρεται ότι ξεκίνησαν θεραπεία απεξάρτησης το 2007<sup>(14)</sup>. Λιγότεροι από τους μισούς εξ αυτών ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά. Συνολικά, η συντριπτική πλειονότητα των αιτήσεων θεραπείας (86%) αφορούσε κέντρα εξωτερικής παραμονής. Το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία έτη για διάφορους λόγους, μεταξύ άλλων εξαιτίας της αυξημένης διαθεσιμότητας και διαφοροποίησης των εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών σε κέντρα εξωτερικής παραμονής.

Στην Ευρώπη, οι βασικοί τύποι θεραπείας απεξάρτησης που παρέχονται είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και η σωματική αποτοξίνωση. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις παρέχουν στήριξη στους χρήστες στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν και να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους με τα ναρκωτικά. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν συμβουλευτική, παρακινητική ενίσχυση, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, διαχείριση περιστατικών, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία και πρόληψη υποτροπών. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας απεξάρτησης εξωτερικής και εσωτερικής παραμονής στην κοινότητα και συνήθως λειτουργούν συμπληρωματικά προς τη θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών. Η σωματική αποτοξίνωση είναι μια βραχεία παρέμβαση που γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση, με στόχο να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα στέρησης που σχετίζονται με τη χρόνια χρήση ουσιών. Συνήθως

υλοποιείται σε κέντρα εσωτερικής παραμονής. Ο σχετικός βαθμός ανάπτυξης των διαφόρων τύπων θεραπείας σε κάθε χώρα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

## Κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής

Στο παρελθόν, οι υπηρεσίες θεραπείας απεξάρτησης παρέχονταν κυρίως σε πλαίσια εσωτερικής παραμονής και οι περισσότερες αιτήσεις προέρχονταν από χρήστες ηρωίνης. Η κατάσταση αυτή άλλαξε στη δεκαετία του 1980 και του 1990 με την ταχεία εξάπλωση των κέντρων θεραπείας εξωτερικής παραμονής και, πιο πρόσφατα, με τον αυξανόμενο αριθμό χρηστών κάνναβης και κοκαΐνης που ζητούν θεραπεία. Εξάλλου, εντάθηκε και το φαινόμενο της προβληματικής χρήσης νόμιμων ή συνταγογραφούμενων ουσιών.

Το 2007 οι περισσότεροι χρήστες που ξεκίνησαν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής εξακολούθησαν να δηλώνουν τα οπιοειδή, κυρίως την ηρωίνη, ως κύρια ουσία κατάχρησης. Η ηρωίνη δηλώνεται από ποσοστό 54%, ακολουθούμενη από την κάνναβη (21%) και την κοκαΐνη (18%). Πολλές χώρες αναφέρουν αύξηση των ποσοστών των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για προβλήματα με μη οπιοειδή ναρκωτικά, ιδίως μεταξύ όσων ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά στη ζωή τους (βλέπε κεφάλαια 3 και 5).

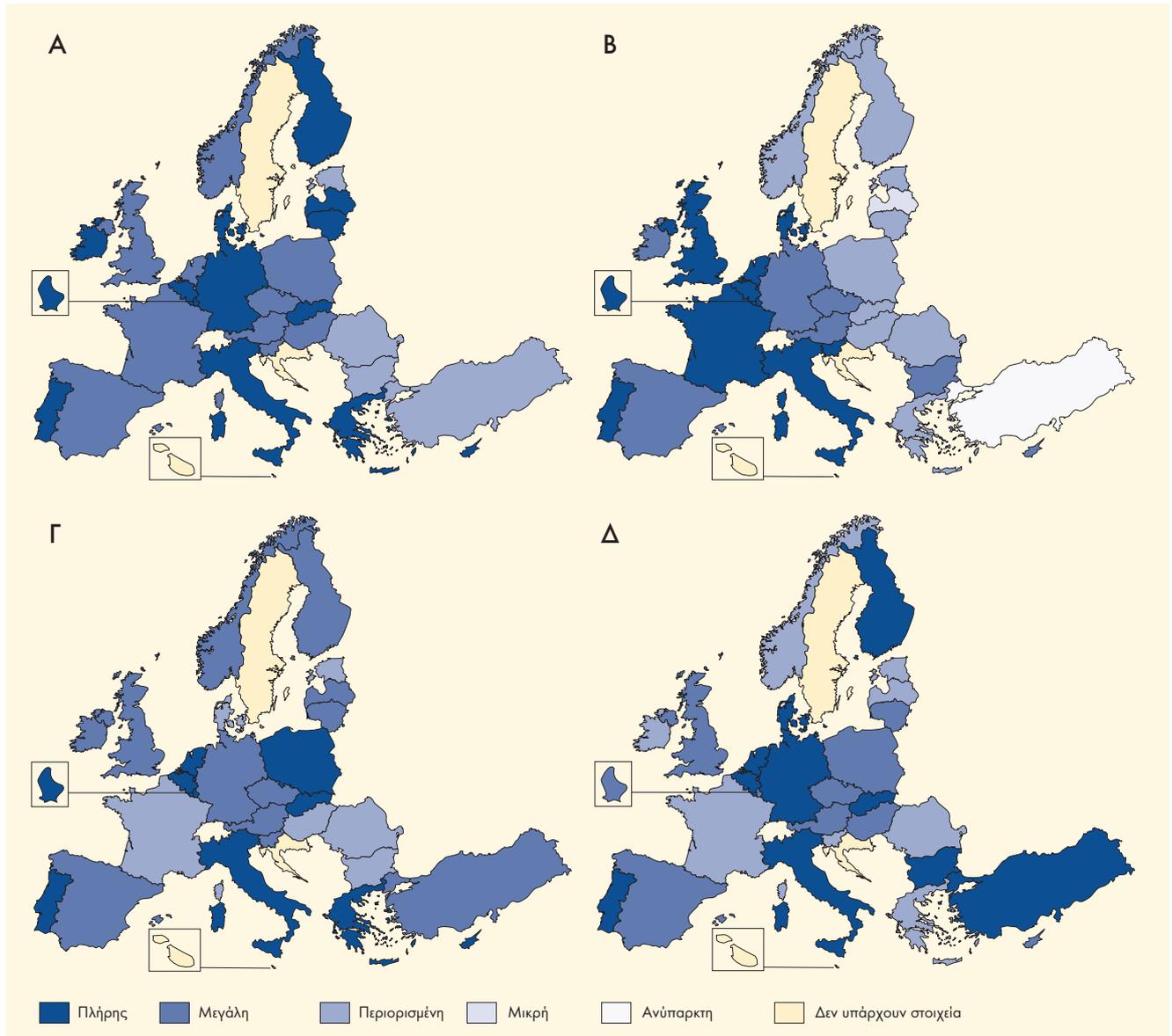
Οι χρήστες ναρκωτικών που ξεκινούν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής είναι κυρίως νεαροί άνδρες, ηλικίας κατά μέσο όρο 31 ετών. Ο αριθμός των ανδρών είναι τετραπλάσιος περίπου του αριθμού των γυναικών (3,7 προς 1). Η ηλικία και το φύλο των χρηστών υπό θεραπεία ποικίλλει ανάλογα με την κύρια ουσία κατάχρησης. Οι χρήστες κάνναβης είναι κατά μέσο όρο πολύ νεότεροι (25) από τους χρήστες οπιοειδών (32) ή κοκαΐνης (33). Ασχέτως κύριας ουσίας κατάχρησης, ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά είναι κατά περίπου δύο έτη χαμηλότερος από αυτόν του συνόλου των χρηστών υπό θεραπεία. Υψηλότερη από τον μέσο όρο αναλογία ανδρών προς γυναίκες αναφέρεται για τους χρήστες κοκαΐνης (5,1 προς 1) και κάνναβης (5,5 προς 1)<sup>(15)</sup>.

Περίπου το ένα τρίτο των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής στρέφονται μόνοι τους σε θεραπεία, ποσοστό 25% παραπέμπεται σε θεραπεία από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης και το εναπομείναν ποσοστό παροτρύνεται από κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες ή άτυπα δίκτυα, συμπεριλαμβανομένης της

<sup>(14)</sup> Στοιχεία του δείκτη αίτησης θεραπείας υπέβαλαν 23 χώρες για τα κέντρα εξωτερικής παραμονής, με ποσοστό κάλυψης άνω του 70% των μονάδων στις περισσότερες χώρες, καθώς και 20 χώρες για τα κέντρα εσωτερικής παραμονής, με ποσοστό κάλυψης άνω του 50% των μονάδων στις περισσότερες χώρες.

<sup>(15)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-10 και TDI-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

**Διάγραμμα 1:** Διαθεσιμότητα των διαφόρων τύπων θεραπείας σε σχέση με τις ανάγκες, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις εθνικών εμπειρογνομώνων: (Α) ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε κέντρα εξωτερικής παραμονής, (Β) θεραπεία υποκατάστασης, (Γ) ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε κέντρα εσωτερικής παραμονής, (Δ) σωματική αποτοξίνωση



Σημείωση: Ο όρος «διαθεσιμότητα» αναφέρεται στο εκτιμώμενο ποσοστό των χρηστών οι οποίοι χρειάζονται τον συγκεκριμένο τύπο θεραπείας και τους προσφέρεται: σχεδόν όλοι (πλήρης), η πλειονότητα αλλά όχι σχεδόν όλοι (μεγάλη), αρκετοί αλλά όχι η πλειονότητα (περιορισμένη), λίγοι (μικρή), ανύπαρκτη.  
 Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

οικογένειας και των φίλων. Σπانيا γίνεται παραπομπή σε θεραπεία απεξάρτησης από νοσοκομεία ή άλλες ιατρικές πηγές, με εξαίρεση τη Φινλανδία όπου οι παραπομπές αυτές αντιπροσωπεύουν ποσοστό 25% των χρηστών. Εξαίρεση αποτελεί και η Ουγγαρία, με ποσοστό άνω του 70% των χρηστών σε θεραπεία να παραπέμπονται από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης<sup>(16)</sup>. Θα πρέπει να διευκρινιστεί στο σημείο αυτό ότι ο ποινικός κώδικας της Ουγγαρίας προβλέπει ότι «εξαρτημένος χρήστης ο

οποίος αποδεικνύει ότι υποβλήθηκε σε θεραπεία απεξάρτησης δεν υφίσταται κυρώσεις για κατοχή μικροποσότητας ναρκωτικού».

Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής παρέχονται κυρίως από δημόσιους φορείς (16 χώρες) ή μη κυβερνητικές οργανώσεις (10 χώρες). Σύμφωνα με τους εθνικούς εμπειρογνομώνες, αυτός ο τύπος θεραπείας είναι διαθέσιμος στην πλειονότητα των χρηστών που υποβάλλουν αίτηση σε

<sup>(16)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-16 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

10 χώρες και στο σύνολο σχεδόν εξ αυτών σε άλλες 13 χώρες. Σε 4 χώρες (Βουλγαρία, Εσθονία, Ρουμανία, Τουρκία), ωστόσο, οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής εκτιμάται ότι είναι διαθέσιμες σε λιγότερους από τους μισούς χρήστες που υποβάλλουν αίτηση (βλέπε διάγραμμα 1Α). Αυτές οι εκτιμήσεις ενδέχεται να συγκαλύπτουν σημαντικές αποκλίσεις στο εσωτερικό κάθε χώρας, καθώς και διαφορές όσον αφορά τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων για χρήστες κάνναβης ή κοκαΐνης.

### Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών

Η θεραπεία υποκατάστασης σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική περίθαλψη συνιστά την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες οπιοειδών στην Ευρώπη. Συνήθως παρέχεται σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, αν και σε κάποιες χώρες παρέχεται και σε κέντρα εσωτερικής παραμονής. Στην Αυστρία, για παράδειγμα, σε ποσοστό 65 % των χρηστών που παρακολουθούν μακροχρόνια θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής παραμονής χορηγείται μορφίνη βραδείας απελευθέρωσης. Θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται και σε αυξανόμενο αριθμό φυλακισμένων χρηστών (17).

Με την καθιέρωση της θεραπείας με υψηλή δόση βουπρενορφίνης στην Κύπρο το 2007, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών είναι πλέον διαθέσιμη σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, στην Κροατία και τη Νορβηγία (18). Στην Τουρκία δεν έχει θεσπιστεί ακόμη η θεραπεία υποκατάστασης, αν και επιτρέπεται δυνάμει ενός κανονισμού του 2004 σχετικά με τα θεραπευτικά κέντρα. Σε 16 χώρες, η θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται κυρίως από εξειδικευμένα δημόσια κέντρα εξωτερικής παραμονής. Ωστόσο, τα ιδιωτικά ιατρεία γενικών ιατρών, συχνά μέσω ρυθμίσεων ομαδικής υποστήριξης, διαδραματίζουν έναν ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στην παροχή αυτού του τύπου θεραπείας και μάλιστα σε ορισμένες χώρες αποτελούν τους βασικούς φορείς παροχής θεραπείας υποκατάστασης (περιφέρεια Βαλονίας του Βελγίου, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Νορβηγία) (βλέπε κεφάλαιο 6).

Το 2007 εκτιμάται ότι πάνω από 650 000 χρήστες οπιοειδών στην Ευρώπη έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης (19). Σύμφωνα με τους εθνικούς εμπειρογνώμονες, ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας είναι διαθέσιμος σε όλους σχεδόν τους χρήστες οπιοειδών σε 9 χώρες και στην πλειονότητα των χρηστών σε άλλες 7 χώρες. Σε 10 ακόμη χώρες εκτιμάται ότι η θεραπεία υποκατάστασης είναι διαθέσιμη σε μια μειονότητα χρηστών

οπιοειδών (Εσθονία, Ελλάδα, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Φινλανδία, Νορβηγία). Τα στοιχεία σχετικά με τη διαθεσιμότητα της θεραπείας υποκατάστασης φανερώνουν την ύπαρξη ενός περιφερειακού χάσματος, με τις χώρες της ανατολικής και βόρειας Ευρώπης να αναφέρουν τα μικρότερα ποσοστά διαθεσιμότητας (διάγραμμα 1B).

### Θεραπεία απεξάρτησης εσωτερικής παραμονής

Στα κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής οι χρήστες διανυκτερεύουν εκεί για διάστημα που κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες. Τα προγράμματα απεξάρτησης που εφαρμόζουν είναι συνήθως στεγνά (δεν χορηγούνται υποκατάστατα), με στόχο ο χρήστης να κατορθώσει να απέχει από τη χρήση ουσιών. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν διαμονή, εξατομικευμένη δομημένη ψυχοκοινωνική θεραπεία και συμμετοχή σε δραστηριότητες που αποσκοπούν στην κοινωνική αποκατάσταση των χρηστών. Στο πλαίσιο αυτό συχνά εφαρμόζεται η προσέγγιση της θεραπευτικής κοινότητας. Θεραπεία απεξάρτησης σε εγκαταστάσεις εσωτερικής παραμονής παρέχεται και από ψυχιατρεία, κυρίως για χρήστες με συνοδό ψυχιατρική διαταραχή.

Το 2007 περίπου 40 000 χρήστες ή ένας στους δέκα που ξεκίνησαν θεραπεία αναφέρεται ότι εισήχθησαν σε κέντρα εσωτερικής παραμονής. Πάνω από τους μισούς δήλωσαν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή (56 %), ενώ από τους υπόλοιπους οι περισσότεροι δήλωσαν κάνναβη (14 %), διεγερτικές ουσίες εκτός κοκαΐνης (14 %) και κοκαΐνη (7 %).

Οι χρήστες που εισάγονται σε θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής παραμονής είναι κατά μέσο όρο ηλικίας 30 ετών, αν και οι χρήστες οπιοειδών και κοκαΐνης υπό θεραπεία είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτεροι (31) από τους χρήστες διεγερτικών εκτός κοκαΐνης (28) ή κάνναβης (26). Οι περισσότεροι χρήστες υπό θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής παραμονής είναι άνδρες, με συνολική αναλογία ανδρών-γυναικών 3,6 προς 1. Η αναλογία αυτή είναι μικρότερη στους χρήστες που δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα διεγερτικά εκτός κοκαΐνης (2,2 προς 1) και μεγαλύτερη στους χρήστες που δηλώνουν κοκαΐνη (5,1 προς 1) και κάνναβη (8 προς 1). Στις περισσότερες χώρες όπου είναι δυνατόν να γίνουν συγκρίσεις, το ποσοστό των ανέργων και χωρίς σταθερή στέγη χρηστών είναι υψηλότερο στα κέντρα εσωτερικής παραμονής σε σχέση με εκείνο των κέντρων εξωτερικής παραμονής (20).

(17) Βλέπε «Βοήθεια προς τους χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές», σ. 41.

(18) Βλέπε πίνακες HSR-1 και HSR-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(19) Βλέπε πίνακα HSR-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(20) Βλέπε πίνακες TDI-10, TDI-13, TDI-15 και TDI-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Η θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής παραμονής παρέχεται κυρίως από μη κυβερνητικούς οργανισμούς (12 χώρες) και δημόσιους φορείς (11 χώρες). Στη Δανία και το Λουξεμβούργο τον ρόλο αυτό έχουν αναλάβει ιδιωτικοί φορείς, οι οποίοι είναι και οι δεύτεροι πιο σημαντικοί φορείς παροχής θεραπείας σε κέντρα εσωτερικής παραμονής σε 10 χώρες. Οι εθνικοί εμπειρογνώμονες εκτιμούν ότι σε 12 χώρες η ψυχοκοινωνική θεραπεία στα κέντρα εσωτερικής παραμονής είναι διαθέσιμη στην πλειονότητα όσων υποβάλλουν αίτηση και σχεδόν σε όλους όσοι υποβάλλουν αίτηση σε άλλες 9 χώρες. Ωστόσο, σε 6 χώρες (Βουλγαρία, Δανία, Εσθονία, Γαλλία, Ουγγαρία, Ρουμανία), ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας θεωρείται ότι διατίθεται σε λιγότερους από τους μισούς χρήστες που υποβάλλουν αίτηση (βλέπε διάγραμμα 1Γ).

### Σωματική αποτοξίνωση

Η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί συνήθως προαπαιτούμενο για την εισαγωγή σε μακροχρόνιο στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής. Συνήθως, όχι όμως πάντα, η παρέμβαση αυτή γίνεται με εισαγωγή σε νοσοκομεία, σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας ή σε κέντρα εσωτερικής παραμονής που διαθέτουν ιατρική ή ψυχιατρική πτέρυγα.

Η σωματική αποτοξίνωση παρέχεται κυρίως από δημόσιους φορείς σε 21 χώρες. Στη Φλάνδρα του Βελγίου και τις Κάτω Χώρες η υπηρεσία αυτή παρέχεται κυρίως από μη κυβερνητικές οργανώσεις, ενώ στο Λουξεμβούργο και τη Βουλγαρία κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εθνικών εμπειρογνομώνων, σε 9 χώρες η σωματική αποτοξίνωση είναι διαθέσιμη στην πλειονότητα όσων υποβάλλουν αίτηση και σε άλλες 10 χώρες σχεδόν στο σύνολο όσων υποβάλλουν αίτηση. Σε 8 χώρες (Εσθονία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Γαλλία, Λετονία, Ρουμανία, Σλοβενία, Νορβηγία), η σωματική αποτοξίνωση εκτιμάται ότι είναι διαθέσιμη σε λιγότερους από τους μισούς χρήστες που υποβάλλουν αίτηση (βλέπε διάγραμμα 1Δ).

### Διασφάλιση ποιότητας

Οι εμπειρογνώμονες σε θέματα υγείας και οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής στην Ευρώπη δίνουν ολοένα και μεγαλύτερο βάρος στην αναζήτηση μηχανισμών οι οποίοι θα διασφαλίζουν την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών θεραπείας απεξάρτησης. Τείνουν επίσης να δίνουν προτεραιότητα σε «επιστημονικά τεκμηριωμένες» παρεμβάσεις κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις παρεχόμενες θεραπευτικές υπηρεσίες και την κατανομή των κονδυλίων.

Οι κατευθυντήριες γραμμές αναδεικνύονται σε σημαντικό εργαλείο για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών

### Πύλη βέλτιστης πρακτικής: νέα ενότητα για τη θεραπεία

Μετά την εισαγωγή των ενότητων για την καθολική και την επικεντρωμένη πρόληψη το 2008, το ΕΚΠΝΤ εγκαινίασε μια νέα ενότητα στην πύλη βέλτιστης πρακτικής, αφιερωμένη στη θεραπεία απεξάρτησης. Περιλαμβάνει μια σύνθεση των ευρημάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας για διαταραχές κατάχρησης οπιοειδών, διεγερτικών και κάνναβης, με βάση τις πλέον πρόσφατες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Οι εργασίες της πύλης διευκολύνθηκαν από μια μελέτη που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σχετικά με την ποιότητα της θεραπείας και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών (Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, 2008β).

Στην ενότητα για τη θεραπεία παρουσιάζονται τα πορίσματα μελετών που συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων. Σε ιδανικές συνθήκες, η αποτελεσματικότητα προσδιορίζεται με την εκπόνηση ελεγχόμενων δοκιμών ή τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών, οι οποίες συγκρίνουν τις παρεμβάσεις με συγκεκριμένους δείκτες έκβασης. Τα περισσότερα επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία στον εν λόγω τομέα προέρχονται από μελέτες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ. Ο αριθμός των μελετών που διεξάγονται στην Ευρώπη αυξάνεται πλέον και μάλιστα περιλαμβάνει ρηζικέλευτες έρευνες σχετικά με τη χρήση νέων ουσιών στη θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών.

Η νέα ενότητα περιλαμβάνει επίσης συνδέσμους προς άλλες πηγές πληροφόρησης, αξιολογημένες παρεμβάσεις, γλωσσάρι και συνοπτική παρουσίαση των υφιστάμενων κενών στην αποδεικτική βάση. Η πύλη αναμένεται να αναπτυχθεί ώστε να συμπεριλάβει και νέα θέματα στο μέλλον.

Πύλη βέλτιστης πρακτικής του ΕΚΠΝΤ: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>.

απεξάρτησης. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία περιέχουν συστάσεις που βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία, σε απόψεις εμπειρογνομώνων, σε προτιμήσεις των χρηστών των υπηρεσιών και στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Έχουν σχεδιαστεί κατά τρόπον ώστε να συμβάλλουν στην επιλογή και εφαρμογή των ενδεδειγμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σε 20 από τις 27 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, οι εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία απεξάρτησης συντάσσονται από εξουσιοδοτημένο όργανο.

Οι υπάρχουσες κατευθυντήριες γραμμές καλύπτουν κυρίως τη φαρμακολογική θεραπεία απεξάρτησης. Δεκαοκτώ χώρες αναφέρουν ότι διαθέτουν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία υποκατάστασης, ενώ 11 χώρες αναφέρουν ότι διαθέτουν κατευθυντήριες γραμμές για τη σωματική αποτοξίνωση. Ωστόσο, περίπου

το ένα τρίτο των χωρών αυτών δεν αναφέρουν ότι η τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών αποτελεί προϋπόθεση λειτουργίας ή χρηματοδότησης των θεραπευτικών κέντρων.

Οι εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για την ψυχοκοινωνική θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη είναι σπανιότερες. Μόνον 7 κράτη μέλη (Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Δανία, Κάτω Χώρες, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρουν ότι διαθέτουν κατευθυντήριες γραμμές για τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και 5 κράτη μέλη (Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο) για την κοινωνική επανένταξη. Ο πολύ μικρός αριθμός εθνικών κατευθυντήριων γραμμών οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στα ελάχιστα διαθέσιμα στοιχεία, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για περισσότερες πολυκεντρικές τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές στους εν λόγω τομείς.

Η διαρκής επιμόρφωση του προσωπικού είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υλοποιούνται συχνά προγράμματα κατάρτισης ειδικά σχεδιασμένα για επαγγελματίες του χώρου των ουσιοεξαρτήσεων, καθώς και προγράμματα επιμόρφωσης σε θέματα θεραπείας απεξάρτησης που απευθύνονται σε γιατρούς. Στις περισσότερες χώρες, ανάλογες δυνατότητες κατάρτισης παρέχονται και σε άλλους επαγγελματίες, όπως νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους.

Ελάχιστες είναι οι χώρες που αναφέρουν ότι διεξάγεται τακτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων κάθε τύπου θεραπείας απεξάρτησης. Σε 5 κράτη μέλη γίνεται αξιολόγηση της θεραπείας υποκατάστασης και της σωματικής απεξάρτησης, ενώ μόνο στη Δανία, στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αξιολογούνται σε τακτή βάση τα αποτελέσματα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Ορισμένες χώρες αναφέρουν περιστασιακή αξιολόγηση της έκβασης της θεραπείας ή μεμονωμένα παραδείγματα αξιολόγησης.

## Μείωση των επιβλαβών συνεπειών

Η πρόληψη και ο περιορισμός των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών αποτελεί στόχο δημόσιας υγείας στις στρατηγικές όλων των κρατών μελών και στη στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2007). Οι κυριότερες παρεμβάσεις στον τομέα είναι η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων, τα οποία θέτουν στο στόχαστρο τους θανάτους από υπερβολική δόση και τη διάδοση των λοιμωδών νοσημάτων. Τα εν λόγω μέτρα αναφέρεται ότι εφαρμόζονται σε όλες τις χώρες πλην της

Τουρκίας και, παρά τις σημαντικές διαφορές που εντοπίζονται τόσο στο εύρος όσο και στα επίπεδα των παρεχόμενων υπηρεσιών (βλέπε κεφάλαια 6 και 7), στην Ευρώπη παρατηρείται μια γενική τάση ανάπτυξης και παγίωσης των μέτρων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.

Οι περισσότερες χώρες παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, όπως εξατομικευμένη εκτίμηση κινδύνου και συμβουλευτική, εκπαίδευση στην ασφαλέστερη χρήση, έλεγχο και συμβουλευτική για λοιμώδη νοσήματα, εμβολιασμό και αγωγή για ιογενείς ηπατίτιδες. Οι υπηρεσίες αυτές συνήθως προσφέρονται από φορείς άμεσης πρόσβασης. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών πλέον, πέραν της επιδημίας του HIV/AIDS, δίνουν έμφαση στην ανάγκη κάλυψης των ευρύτερων υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών των προβληματικών χρηστών, ιδίως όσων πλήττονται από κοινωνικό αποκλεισμό.

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε εξέλιξη μια διαδικασία επαγγελματοποίησης, ενώ διενεργούνται περισσότεροι έλεγχοι για να διασφαλιστούν τα υψηλά ποιοτικά πρότυπα. Λόγου χάρη, την περίοδο 2006–2007 έγινε επιθεώρηση των υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στην Αγγλία, προκειμένου να εντοπιστούν οι τομείς που επιδέχονται βελτίωση. Η διασφάλιση της ποιότητας επιτυγχάνεται και μέσω της απαίτησης για τήρηση συγκεκριμένων προτύπων, με όρους που περιλαμβάνονται στις συμβάσεις χρηματοδότησης, όπως αναφέρεται από την Τσεχική Δημοκρατία και την Εσθονία.

Η ευθύνη για τη διασφάλιση της ποιότητας βαρύνει εθνικούς φορείς σε 14 χώρες, ενώ σε χώρες με ομοσπονδιακό σύστημα υπεύθυνες ενδέχεται να είναι υπηρεσίες σε υποεθνικό επίπεδο. Οι κατευθυντήριες γραμμές μπορεί να βασίζονται σε πορίσματα ερευνών για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, όπως συμβαίνει με τις κατευθυντήριες γραμμές του Ηνωμένου Βασιλείου για τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων (NICE, 2009). Για την ανάπτυξη και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών, συνεκτιμούνται επίσης η συμβολή των εξυπηρετούμενων χρηστών και η ανατροφοδότηση από το προσωπικό. Οι μηχανισμοί διάδοσης των βέλτιστων πρακτικών και των νέων ερευνητικών πορισμάτων μεταξύ των επαγγελματιών περιλαμβάνουν εθνικές πλατφόρμες γνώσης, όπως τα *resultaten scoopen* (αποτελέσματα βαθμολογίας) στις Κάτω Χώρες, και διεθνείς εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης, π.χ. για την ηπατίτιδα C <sup>(21)</sup>. Εξάλλου, από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Κοινωνική Συμμετοχή και την Υγεία σε συνεργασία με το ΕΚΠΝΤ (Hedrich κ.ά., 2008α) αναπτύχθηκε ένα νέο πρωτόκολλο συλλογής δεδομένων για εξειδικευμένους φορείς άμεσης πρόσβασης που ασχολούνται με παρεμβάσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, στο

<sup>(21)</sup> <http://www.hepatitisfachtag.org/>.

πλαίσιο προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων από την ΕΕ για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ευρωπαϊκών δεικτών στον τομέα της υγείας.

## Κοινωνική επανένταξη

Η κοινωνική επανένταξη αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης συνιστώσα των ολοκληρωμένων στρατηγικών για τα ναρκωτικά και μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της χρήσης ναρκωτικών και σε διάφορα πλαίσια. Συνίσταται σε ανάπτυξη ικανοτήτων, βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, μέτρα για τη διευκόλυνση και την προώθηση της απασχόλησης και την απόκτηση στέγης ή τη βελτίωση των συνθηκών στέγασης. Στην πράξη, τα προγράμματα επανένταξης μπορεί να παρέχουν επαγγελματικές συμβουλές, θέσεις εργασίας και στεγαστική βοήθεια, ενώ οι παρεμβάσεις εντός των φυλακών, οι οποίες μειώνουν τα ποσοστά υποτροπής και διάπραξης νέων αδικημάτων, μπορεί να φέρνουν τους κρατούμενους σε επαφή με τις κατά τόπους υπηρεσίες στέγασης και κοινωνικής υποστήριξης ενόψει της αποφυλάκισής τους (Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, 2008α). Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων κοινωνικής επανένταξης συχνά εξαρτώνται από την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ φορέων υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής μέριμνας.

Η έλλειψη στέγης, όπως και η έλλειψη σταθερής στέγης, συνιστούν μια από τις σοβαρότερες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν οι χρήστες ναρκωτικών, η οποία αφορούσε ποσοστό περίπου 10 % των χρηστών που ξεκίνησαν θεραπεία το 2007 (22). Το ποσοστό αυτό ενδέχεται να είναι πολύ μεγαλύτερο για συγκεκριμένες ομάδες χρηστών.

Όλα τα κράτη μέλη αναφέρουν ότι διαθέτουν στεγαστικά προγράμματα από τα οποία μπορούν να επωφεληθούν οι χρήστες ναρκωτικών. Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία σχετικά με το κατά πόσον καλύπτονται οι στεγαστικές ανάγκες των χρηστών. Στη Σλοβακία, π.χ., λόγω περιορισμένων κονδυλίων, οι υπηρεσίες αποκατάστασης δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις στεγαστικές ανάγκες όλων των χρηστών.

Στεγαστική βοήθεια αναφέρεται από πολλές χώρες (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο). Πρόκειται για προγράμματα προσωρινής στέγασης είτε σε μικρά ξενοδοχεία είτε σε μικρά επιπλωμένα διαμερίσματα τα οποία μισθώνονται βραχυπρόθεσμα και συνήθως προσφέρονται στους πρώην χρήστες κατά την ολοκλήρωση του προγράμματος του κέντρου εσωτερικής

παραμονής ως μια μορφή αυτόνομης διαβίωσης. Στην Ιρλανδία, π.χ., οι χρήστες είναι υπεύθυνοι για την πληρωμή του ενοικίου και κάποιων οικιακών υπηρεσιών, ενώ υποστηρικτικό προσωπικό προσφέρει στήριξη κατ' οίκον και ενισχύει την πρόσβασή τους στην εκπαίδευση, στην κατάρτιση ή την απασχόληση.

Δεδομένου ότι 45 % των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία είναι στην καλύτερη περίπτωση απόφοιτοι Δημοτικού και περίπου 40 % των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία είναι άνεργοι (23), η υποστήριξη των χρηστών για την εύρεση εργασίας ή την πρόσβαση σε επαγγελματική κατάρτιση είναι στοιχεία ζωτικής σημασίας για την κοινωνική τους επανένταξη. Προγράμματα του τύπου αυτού αναφέρονται από τα περισσότερα κράτη μέλη. Στην Ουγγαρία, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Λιθουανία, στη Σλοβενία και τη Σλοβακία, η επανένταξη των χρηστών ναρκωτικών στην αγορά εργασίας διευκολύνθηκε από προγράμματα που χρηματοδοτήθηκαν στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας EQUAL της ΕΕ για την καταπολέμηση των διακρίσεων στην αγορά εργασίας. Τα περισσότερα από τα προγράμματα αυτά βοηθούν τους σταθεροποιημένους πρώην χρήστες να βρουν μια θέση εργασίας που να αρμόζει στις ικανότητές τους. Η αξία αυτής της προσέγγισης υποστηρίζεται και από τα πορίσματα μιας μελέτης από τη Σκοτία, στην οποία διαπιστώνεται ότι οι πρώην χρήστες που λαμβάνουν εργασιακή υποστήριξη έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να βρουν αμειβόμενη απασχόληση (McIntosh κ.ά., 2008).

## Επιβολή της νομοθεσίας και αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών

Στην επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά εμπλέκονται διάφορες αρχές από διάφορους κυβερνητικούς τομείς (π.χ. αστυνομικές, δικαστικές, υγειονομικές αρχές). Στην πράξη, η «επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά» συνδέεται συνήθως με το σύνολο των δραστηριοτήτων που υλοποιούνται από αστυνομικές και άλλες δικαστικές αρχές (π.χ. τελωνειακές) για την εφαρμογή της νομοθεσίας που διέπει τη χρήση ναρκωτικών και την αγορά ναρκωτικών. Οι τομείς που καλύπτουν οι δραστηριότητες αυτές είναι η χρήση και η κατοχή ναρκωτικών, η διακίνηση και η παραγωγή, καθώς και η εκτροπή χημικών ουσιών και το ζέπλυμα χρήματος.

Η επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά αποτελεί κεντρική συνιστώσα του ευρωπαϊκού τρόπου αντιμετώπισης των ναρκωτικών και της διατίθεται μεγάλο, πιθανόν το μεγαλύτερο, τμήμα των πόρων που διατίθενται για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Όπως φάνηκε από μια πρόσφατη απόπειρα σύγκρισης της

(22) Βλέπε πίνακα TDI-15 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(23) Βλέπε πίνακες TDI-12 και TDI-13 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

κατανόησης των δημοσίων δαπανών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη, κατά μέσο όρο οι κρατικές δαπάνες για τη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά «δημόσια τάξη και ασφάλεια» (αστυνομικές δυνάμεις, δικαστήρια και σωφρονιστικά ιδρύματα) εικάζεται ότι είναι σχεδόν τριπλάσιες από τις δαπάνες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών. Κατά πάσα πιθανότητα, σημαντικό ποσοστό των κονδυλίων για τη «δημόσια τάξη και ασφάλεια» διατίθεται στις αστυνομικές δυνάμεις (ΕΚΠΝΤ, 2008ε).

Ο χαρακτήρας και η ένταση των προσπαθειών επιβολής της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά είναι συνάρτηση της εθνικής νομοθεσίας και της εφαρμογής της, αλλά και των πόρων και των προτεραιοτήτων των εμπλεκόμενων αρχών, στις οποίες περιλαμβάνονται τόσο οι γενικές δυνάμεις επιβολής του νόμου όσο και ειδικές μονάδες («Δίωξη ναρκωτικών»).

Σε αντίθεση με άλλους τομείς επιβολής του νόμου όπου οι διωκτικές αρχές συνήθως αντιδρούν σε παραβάσεις που καταγγέλλονται στις περισσότερες περιπτώσεις από άλλους πολίτες, στην περίπτωση της επιβολής της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά το έργο των αρχών επιτελείται κυρίως ίδια πρωτοβουλία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλά αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών θα μπορούσαν να θεωρηθούν «συναινετικά», οι δράστες δηλαδή κοινή συναινέσει συμμετέχουν κρυφά στην τέλεση ενός αδικήματος που δεν περιέρχεται σε γνώση των αστυνομικών αρχών παρά μόνον κατά τύχη (π.χ. στη διάρκεια πεζής περιπολίας) ή κατόπιν ενεργού πρωτοβουλίας έρευνας.

Επομένως, η επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων οι οποίες συχνά βασίζονται στη συλλογή, επεξεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών είτε με συνεργάτες είτε με ηλεκτρονικά μέσα, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων και ενός αποκλειστικού δικτύου επικοινωνιών. Αυτό ισχύει κυρίως για δραστηριότητες που αποσκοπούν στη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών<sup>(24)</sup>, στην οποία διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο οι διωκτικές αρχές, οι οποίες περιλαμβάνουν επαφές με πληροφοριοδότες, διεξαγωγή μυστικών επιχειρήσεων και ηλεκτρονική παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης των τηλεπικοινωνιών.

Οι ελεγχόμενες παραδόσεις ναρκωτικών και οι στοχευμένες επιχειρήσεις που αποσκοπούν στο να διαταράξουν την ισορροπία σε πιάτσες ναρκωτικών ή να τις εξαρθρώσουν είναι κάποιες από τις επιχειρησιακές τακτικές τις οποίες χρησιμοποιούν οι διωκτικές αρχές στην Ευρώπη. Οι έλεγχοι και οι έρευνες που διεξάγονται σε

άτομα και οχήματα σε στρατηγικά σημεία και στον περιβάλλοντα χώρο τους, όπως λιμάνια, αεροδρόμια και μεθοριακά φυλάκια, είναι μια γενικότερη τακτική που εξυπηρετεί και άλλους σκοπούς, π.χ. έλεγχο μετανάστευσης.

Οι διωκτικές αρχές, ιδίως οι τελωνειακές, σε πολλές χώρες είναι υπεύθυνες και για την επιβολή της νομοθεσίας περί ελεγχόμενων χημικών ουσιών. Στην αρμοδιότητά τους εμπίπτει η διεκπεραίωση των αιτήσεων εισαγωγής και εξαγωγής χημικών ουσιών, καθώς και ο εντοπισμός και η έρευνα ύποπτων συναλλαγών. Η εξάρθρωση παράνομων εργαστηρίων ναρκωτικών ενδέχεται να αποτελεί ένα πρόσθετο καθήκον των διωκτικών αρχών σε χώρες στις οποίες παράγονται συνθετικά ναρκωτικά.

### **Αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών**

Οι αρχικές αναφορές για τα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, οι οποίες προέρχονται κυρίως από την αστυνομία, είναι τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία για τη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα στην Ευρώπη<sup>(25)</sup>. Οι αναφορές αυτές συνήθως αφορούν αδικήματα όπως παραγωγή, διακίνηση και εμπορία ναρκωτικών, καθώς και χρήση και κατοχή για προσωπική χρήση.

Τα στοιχεία σχετικά με τα εν λόγω αδικήματα μπορούν να εκληφθούν ως έμμεσοι δείκτες της χρήσης και διακίνησης ναρκωτικών, μολονότι παρέχουν και άμεσες ενδείξεις για τη δράση των διωκτικών αρχών. Τα στοιχεία αυτά, ωστόσο, αφορούν μόνον τα διαπραχθέντα αδικήματα που έχουν περιέλθει σε γνώση των διωκτικών αρχών, ενώ ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν και εθνικές διαφορές στη νομοθεσία, στις προτεραιότητες και τους διατιθέμενους πόρους. Πέραν τούτου, ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές στα εθνικά συστήματα πληροφοριών των διαφόρων χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής και αναφοράς. Για τους λόγους αυτούς, είναι δύσκολο να γίνουν αξιόπιστες συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Αντιθέτως, κρίνεται πιο σκόπιμο να γίνεται σύγκριση τάσεων παρά απόλυτων αριθμών.

Βάσει των στοιχείων που υποβλήθηκαν από 21 κράτη μέλη, τα οποία αντιπροσωπεύουν ποσοστό 85 % του πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταξύ των ετών 2002 και 2007 σημειώθηκε αύξηση 29 % του αριθμού των αναφερόμενων αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών. Ανοδικές τάσεις παρατηρούνται σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, με εξαίρεση τη Βουλγαρία, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, την

<sup>(24)</sup> Για τον ορισμό του όρου «μείωση της προσφοράς ναρκωτικών», βλέπε πλαίσιο της σελίδας 28 στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2008.

<sup>(25)</sup> Για τις σχέσεις μεταξύ ναρκωτικών και εγκληματικότητας, βλέπε ΕΚΠΝΤ (2007β).

Ουγγαρία και τη Σλοβενία, στις οποίες κατά το υπό εξέταση διάστημα οι αριθμοί παρέμειναν αμετάβλητοι ή σημείωσαν συνολικά πτώση <sup>(26)</sup>.

### **Αδικήματα που σχετίζονται με τη χρήση και την προμήθεια ναρκωτικών**

Σε σύγκριση με προηγούμενα έτη, δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στην αναλογία αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και αδικημάτων που σχετίζονται με την προμήθεια ναρκωτικών (εμπορία, διακίνηση, παραγωγή). Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα περισσότερα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών εξακολουθούν να αφορούν χρήση ναρκωτικών ή κατοχή για προσωπική χρήση –το ποσοστό που αντιπροσωπεύουν φθάνει έως και το 91 % (Ισπανία) του συνόλου των αδικημάτων για το έτος 2007 <sup>(27)</sup>. Από την άλλη πλευρά, τα αδικήματα που σχετίζονται με την προμήθεια κυριαρχούν στην Τσεχική Δημοκρατία (87 %) και τις Κάτω Χώρες (69 %) (διάγραμμα 2). Στην Τσεχική Δημοκρατία, η κατοχή μικροποσότητας ναρκωτικών που δεν προορίζεται για εμπορία τιμωρείται με επίπληξη ή πρόστιμο, ενώ στις Κάτω Χώρες γενικά δεν δίδεται η χρήση ναρκωτικών <sup>(28)</sup>.

Μεταξύ του 2002 και του 2007, ο αριθμός των αδικημάτων που σχετίζονται με χρήση ναρκωτικών

αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ για το ίδιο διάστημα μείωση αναφέρθηκε μόνον από τη Βουλγαρία, την Ελλάδα, τις Κάτω Χώρες και τη Σλοβενία <sup>(29)</sup>. Συνολικά, ο αριθμός των αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται ότι αυξήθηκε κατά 32 % την πενταετία 2002–2007.

Αύξηση σημειώθηκε το διάστημα 2002–2007 και στα αδικήματα που σχετίζονται με την προμήθεια ναρκωτικών, πλην όμως πολύ μικρότερη, της τάξης του 14 % περίπου σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Κατά το ίδιο διάστημα, 8 χώρες αναφέρουν συνολικά μείωση του αριθμού των αδικημάτων που σχετίζονται με την προμήθεια και 8 χώρες αναφέρουν αύξηση <sup>(30)</sup>.

### **Τάσεις κατά ναρκωτικό**

Βάσει των διαθέσιμων στοιχείων, τα περισσότερα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στην Ευρώπη αφορούν ως παράνομη ουσία την κάνναβη <sup>(31)</sup>. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη αντιπροσωπεύουν από 55 έως 85 % των αναφερόμενων αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών το 2007. Τα αδικήματα που σχετίζονται με άλλα ναρκωτικά ξεπερνούν αυτά που σχετίζονται με την κάνναβη σε δύο μόνο χώρες, τη Λιθουανία (ηρωίνη 26 %) και την Τσεχική Δημοκρατία (μεθαμφεταμίνη 59 %). Στη Λετονία, παρατηρείται σχεδόν ισομερής κατανομή των υπόψη αδικημάτων μεταξύ κάνναβης, ηρωίνης και έκστασης.

Στη διάρκεια της πενταετίας 2002–2007, ο αριθμός των αδικημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη αυξήθηκε ή παρέμεινε σταθερός στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, αύξηση της τάξης του 23 % στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πτωτική τάση αναφέρεται από τη Βουλγαρία, την Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβενία <sup>(32)</sup>.

Τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη αυξήθηκαν το διάστημα 2002–2007 σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, με εξαίρεση τη Βουλγαρία και τη Γερμανία. Συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κατά το ίδιο διάστημα τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη σημείωσαν αύξηση της τάξης του 59 % περίπου <sup>(33)</sup>.

Η πτωτική τάση των αδικημάτων που σχετίζονται με την ηρωίνη στην Ευρωπαϊκή Ένωση που είχε παρατηρηθεί κατά

### **Επιλεγμένο θέμα του ΕΚΠΝΤ 2009: στατιστικά στοιχεία για τις καταδικαστικές αποφάσεις**

Το ΕΚΠΝΤ δημοσίευσε το 2009 ένα νέο επιλεγμένο θέμα (στατιστικά στοιχεία για τις καταδικαστικές αποφάσεις), στο οποίο εξετάζονται οι ποινές που επιβάλλονται για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στις ευρωπαϊκές χώρες. Η έκθεση συγκεντρώνει τα διαθέσιμα εθνικά στατιστικά στοιχεία από αστυνομικές, εισαγγελικές και δικαστικές αρχές και τα εξετάζει ανάλογα με το είδος του αδικήματος (κατοχή, διακίνηση) και το είδος της ποινής (πρόστιμο, φυλάκιση, θεραπεία), σε μια απόπειρα να δοθεί απάντηση στο κεντρικό ερώτημα «τι είναι πιθανότερο να συμβεί σε κάθε χώρα όταν κατηγορείται κάποιος για κατοχή ή προμήθεια ναρκωτικών».

Το εν λόγω επιλεγμένο θέμα διατίθεται σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή μόνο στην αγγλική γλώσσα (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

<sup>(26)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-1 και πίνακα DLO-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(27)</sup> Βλέπε πίνακα DLO-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(28)</sup> Βλέπε «επισκόπηση χώρας» για την Τσεχική Δημοκρατία και τις Κάτω Χώρες στον δικτυακό τόπο του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

<sup>(29)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-1 και πίνακα DLO-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(30)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-1 και πίνακα DLO-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(31)</sup> Βλέπε πίνακα DLO-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(32)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-3 και πίνακα DLO-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(33)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-3 και πίνακα DLO-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

τα προηγούμενη έτη φαίνεται πλέον να ανακόπτεται, καθώς την πενταετία 2002-2007 σημειώνεται αύξηση 7% περίπου. Οι τάσεις, ωστόσο, είναι αποκλίνουσες από χώρα σε χώρα, ενώ η ανοδική τάση οφείλεται κυρίως σε αυξήσεις κατά την τελευταία διετία στο Βέλγιο, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Πολωνία και την Πορτογαλία και στη σταθεροποίηση σε Γερμανία και Αυστρία <sup>(34)</sup>.

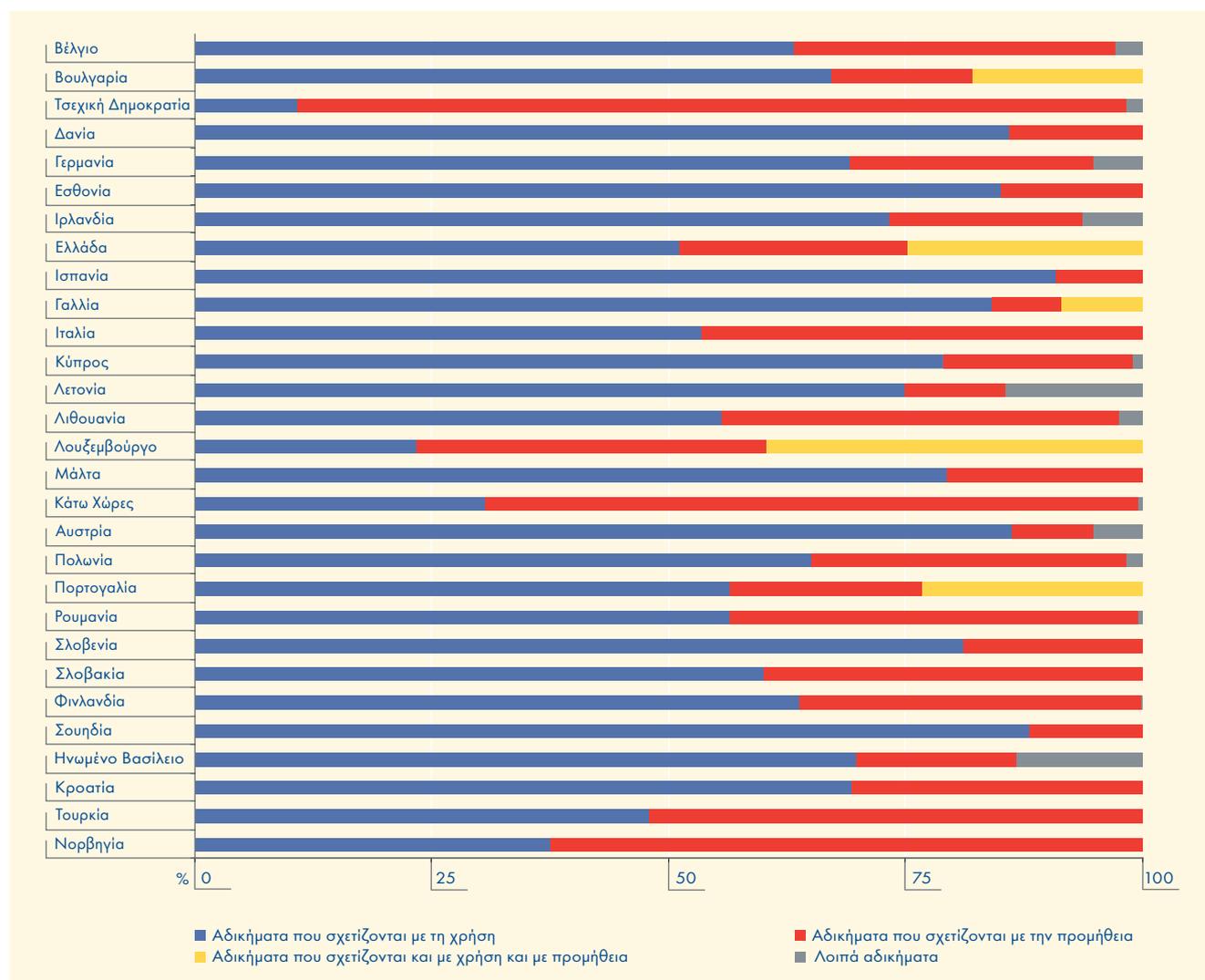
Βάσει των στοιχείων που υποβλήθηκαν, ανοδική τάση εξακολουθεί να παρατηρείται και στον αριθμό των αδικημάτων που σχετίζονται με τις αμφεταμίνες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ το ποσοστό της αύξησης μεταξύ 2002 και 2007 εκτιμάται σε 59%. Αντιθέτως, τα

αδικήματα που σχετίζονται με την έκσταση εκτιμάται ότι μειώθηκαν κατά το ίδιο διάστημα κατά 22% <sup>(35)</sup>.

### Υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα στις φυλακές

Οι κρατούμενοι σε σωφρονιστικά καταστήματα μια τυχαία ημέρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπερβαίνουν τους 600 000 <sup>(36)</sup>, αριθμός που αντιστοιχεί κατά μέσο όρο σε περίπου 120 κρατούμενους ανά 100 000 πληθυσμού. Τα εθνικά ποσοστά κυμαίνονται από 65 έως 320 κρατούμενους ανά 100 000 πληθυσμού, ενώ τα περισσότερα κράτη μέλη στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη αναφέρουν ποσοστά υψηλότερα του μέσου όρου.

**Διάγραμμα 2:** Είδος αδικήματος στις αναφορές για αδικήματα που εμπιπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στην Ευρώπη



Σημείωση: Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα DLO-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.  
 Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

<sup>(34)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-3 και πίνακα DLO-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.  
<sup>(35)</sup> Βλέπε διάγραμμα DLO-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.  
<sup>(36)</sup> Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις φυλακές στην Ευρώπη διατίθενται από το Συμβούλιο της Ευρώπης στη διεύθυνση [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_co-operation/prisons\\_and\\_alternatives/Statistics\\_SPACE\\_/List\\_Space\\_.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_/List_Space_.asp).

Παρά ταύτα, τόσο τα εθνικά ποσοστά όσο και ο μέσος όρος της ΕΕ εξακολουθούν να βρίσκονται σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα από αυτά της Ρωσίας (629) και των ΗΠΑ (756) <sup>(37)</sup>.

Οι κρατούμενοι που έχουν καταδικαστεί για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αντιπροσωπεύουν ποσοστά μεταξύ 10 και 30 % του συνολικού πληθυσμού των κρατουμένων στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Απροσδιόριστο ποσοστό κρατουμένων έχουν καταδικαστεί για αδικήματα κατά της ιδιοκτησίας προκειμένου να συντηρήσουν την έξη τους ή για άλλα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών. Παρότι το συνολικό πλήθος είναι μικρό, το ποσοστό των καταδικασθέντων για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών επί του συνόλου των καταδικασθέντων κρατούμενων αυξάνεται τα τελευταία χρόνια σε πολλά κράτη μέλη στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη.

### Χρήση ναρκωτικών σε πληθυσμούς κρατουμένων

Παρότι οι μελέτες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών στις φυλακές εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται από έλλειψη τυποποιημένων ορισμών, ερευνητικών ερωτηματολογίων και μεθοδολογίας (Vandam, 2009· Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, 2008α), οι υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών εντός της φυλακής είναι πολύ μεγαλύτερη από την επικράτηση της χρήσης στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τα πορίσματα διαφόρων ερευνών που διεξήχθησαν από το 2002 και εξής, κυρίως στη δυτική Ευρώπη, 30 έως 50 % των ερωτηθέντων αναφέρουν συστηματική χρήση παράνομης ουσίας προ της φυλάκισής τους. Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι πλέον επιβλαβείς μορφές χρήσης ναρκωτικών εντοπίζονται στις φυλακές, καθώς ποσοστά μεταξύ 20 και 30 % των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών <sup>(38)</sup>.

Με τον εγκλεισμό τους στη φυλακή, οι περισσότεροι χρήστες μειώνουν ή διακόπτουν την κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών, κυρίως λόγω της δυσκολίας εξεύρεσης των ουσιών αυτών. Ωστόσο, οι παράνομες ουσίες κατορθώνουν να μπαίνουν στις περισσότερες φυλακές παρά το πλήθος των μέτρων που λαμβάνονται για τη μείωση της προσφοράς και το γεγονός αυτό γίνεται παραδεκτό τόσο από εμπειρογνώμονες σε θέματα φυλακών όσο και από αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής στην Ευρώπη. Όπως φαίνεται από τις έρευνες που έγιναν

από το 2002, ποσοστά μεταξύ 1 και 50 % των κρατουμένων αναφέρουν ότι έκαναν χρήση ναρκωτικών εντός της φυλακής, ενώ ποσοστό που φθάνει και το 27 % αναφέρει συστηματική χρήση στη διάρκεια της κράτησης <sup>(39)</sup>. Σε μια έρευνα σε 1 457 κρατούμενους σε έξι γερμανικά σωφρονιστικά ιδρύματα, διαπιστώθηκε ότι 22 % εξ αυτών είχε κάνει ενέσιμη χρήση εντός της φυλακής, ενώ έρευνες σε τέσσερις άλλες χώρες αναφέρουν ποσοστό 10 % ή και υψηλότερο <sup>(40)</sup>. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι φυλακισμένοι ΧΕΝ κάνουν κοινή χρήση των υλικών ενέσιμης χρήσης πιο συχνά από τους ΧΕΝ εκτός φυλακής και το γεγονός αυτό γεννά ανησυχίες σχετικά με τις πιθανότητες διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων στον πληθυσμό των κρατουμένων.

### Υγειονομική περίθαλψη στις φυλακές στην Ευρώπη

Οι κρατούμενοι έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν το ίδιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης με αυτό που απολαμβάνουν οι υπόλοιποι πολίτες, ενώ οι υγειονομικές υπηρεσίες των φυλακών πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν θεραπεία για προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών αντίστοιχη με αυτήν που προσφέρεται και εκτός φυλακών (CPT, 2006· ΠΟΥ, 2007). Η εν λόγω γενική αρχή της ισοδυναμίας αναγνωρίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση με τη σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία <sup>(41)</sup>, το δε νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2009-2012) κάνει έκκληση για την εφαρμογή της.

Οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής σε εθνικό επίπεδο δίνουν πλέον μεγαλύτερη σημασία στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κρατούμενους, ενώ παρατηρούνται ενδείξεις αναβάθμισης των υπηρεσιών που παρέχουν τα κράτη μέλη της ΕΕ προς τους κρατούμενους. Για παράδειγμα, πολλές χώρες αναφέρουν πλέον ότι διαθέτουν εθνική πολιτική και προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές, αν και μένουν ακόμη πολλά να γίνουν προκειμένου οι κρατούμενοι να αποκτήσουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη αντίστοιχου επιπέδου και αντίστοιχης ποιότητας με αυτήν που προσφέρεται εκτός φυλακών. Εξάλλου, οι φυλακές οφείλουν να λάβουν μέτρα τα οποία θα ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των χρηστών ναρκωτικών και να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως τα λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με το αίμα και οι συνοδοί ψυχιατρικές διαταραχές.

<sup>(37)</sup> Πηγή: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> για τα στοιχεία για τη Ρωσία και τις ΗΠΑ.

<sup>(38)</sup> Βλέπε πίνακες DUP-105 και DUP-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(39)</sup> Βλέπε πίνακα DUP-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(40)</sup> Βλέπε πίνακα DUP-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(41)</sup> ΕΕ L 165 της 3.7.2003, σ. 31.

### Βοήθεια προς τους χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών στις ευρωπαϊκές χώρες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ενημέρωση σχετικά με τα ναρκωτικά και την υγεία, έλεγχο για λοιμώδη νοσήματα και εμβολιασμό, θεραπεία απεξάρτησης (συμπεριλαμβανομένης της σωματικής αποτοξίνωσης, της θεραπείας υποκατάστασης και στεγνών προγραμμάτων), προετοιμασία για την αποφυλάκιση. Ενδεικτικά, οι υπηρεσίες προς φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών συνεχίζουν να διευρύνονται με την καθιέρωση της θεραπείας υποκατάστασης στις φυλακές στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Πολωνία και τη Σουηδία, ενός στεγνού προγράμματος απεξάρτησης στην Κύπρο, καθώς και με τη διεύρυνση της «εγγύησης θεραπείας» (παροχή πρόσβασης σε θεραπεία απεξάρτησης εντός δύο εβδομάδων από την αίτηση) στις φυλακές στη Δανία.

Η συνέχιση της θεραπείας υποκατάστασης στη διάρκεια του εγκλεισμού προβλέπεται από επίσημους κανονισμούς 26 χωρών, αλλά δεν εφαρμόζεται σε 5 εξ αυτών, ενώ η έναρξη θεραπείας υποκατάστασης στη φυλακή προβλέπεται σε 21 χώρες. Ωστόσο, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εμπειρογνομόνων, παρατηρούνται διαφορές ως προς την παροχή της συγκεκριμένης θεραπευτικής επιλογής. Η θεραπεία υποκατάστασης διατίθεται σχεδόν στο σύνολο των φυλακών σε 9 χώρες και σε περισσότερες από τις μισές φυλακές σε 4 ακόμη χώρες. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γαλλία, στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, εκτιμάται ότι θεραπεία υποκατάστασης προσφέρεται σε λιγότερες από τις μισές φυλακές, ενώ στην Ουγγαρία, στην Πολωνία, στη Φινλανδία και τη Σουηδία προσφέρεται σε λίγες μόνο φυλακές. Τέλος, σε 9 χώρες (Βουλγαρία, Εσθονία, Ελλάδα, Κύπρος, Λιθουανία, Λετονία, Σλοβακία, Ρουμανία, Τουρκία) θεραπεία υποκατάστασης δεν παρέχεται στις φυλακές, αν και στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία έχει δρομολογηθεί η διαδικασία για την καθιέρωσή της, ενώ στη Λετονία συζητούνται οι αλλαγές του νομικού πλαισίου.

Η εν γένει περιορισμένη παροχή θεραπείας υποκατάστασης σε μια κοινωνία αντικατοπτρίζεται και στην απουσία της ή στην πολύ μικρή διαθεσιμότητά της στις φυλακές<sup>(42)</sup>. Τα κωλύματα που αναφέρονται από τα κράτη μέλη για την παροχή θεραπείας υποκατάστασης στις φυλακές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την ανυπαρξία κανονιστικού πλαισίου (Φινλανδία) και την απαίτηση καταβολής του κόστους της θεραπείας (γαλλόφωνη κοινότητα του Βελγίου). Η παροχή θεραπείας

υποκατάστασης συχνά εξαρτάται και από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε φυλακή, ενώ κάποιες φορές εναπόκειται στην πρωτοβουλία του εκάστοτε γιατρού της φυλακής.

Εκτιμήσεις εμπειρογνομόνων σχετικά με τη διαθεσιμότητα και το επίπεδο παροχής μέτρων πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών στις φυλακές υπάρχουν για 26 κράτη μέλη της ΕΕ, τη Νορβηγία και την Τουρκία. Υπηρεσίες ατομικής συμβουλευτικής για θέματα λοιμωδών νοσημάτων και εξατομικευμένη εκτίμηση κινδύνου από τη χρήση ναρκωτικών αναφέρεται ότι προσφέρονται στις φυλακές 26 χωρών. Έλεγχος των νεοεισερχόμενων κρατουμένων για ηπατίτιδα C με την εισαγωγή τους στις φυλακές γίνεται σε 22 χώρες, όχι όμως στην Ουγγαρία, στην Πολωνία ή την Τουρκία. Παρά ταύτα, στην Ουγγαρία, ποσοστό άνω του 14% του συνόλου των κρατουμένων ελέγχθηκαν για ΗCV κατά τους πρώτους εννέα μήνες του έτους στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης εκστρατείας που ξεκίνησε το 2007. Στις λοιπές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται στοχευμένα προγράμματα εμβολιασμού των κρατουμένων κατά της ηπατίτιδας Β, εκπαίδευση των σωφρονιστικών υπαλλήλων σε θέματα προαγωγής της υγείας ειδικά όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών, καθώς και συμβουλευτική και εκπαίδευση των χρηστών σε ασφαλέστερους τρόπους χρήσης. Οι παρεμβάσεις αυτές αναφέρεται ότι υλοποιούνται σε 13 χώρες, αν και με διαφορετικό βαθμό κάλυψης.

Παρόμοια κατάσταση επικρατεί και ως προς το επίπεδο των μέτρων που λαμβάνονται για την πρόληψη των θανάτων από υπερβολική δόση. Παρότι συμβουλευτικές υπηρεσίες για τον κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης παρέχονται προ της αποφυλάκισης σε 18 χώρες, εκτιμάται ότι το τελευταίο δωδεκάμηνο μόνο σε 8 από τις χώρες αυτές παρασχέθηκαν, και μάλιστα σε λίγους μόνο κρατούμενους. Ενημερωτικό υλικό σχετικά με τους θανάτους και τα επείγοντα περιστατικά από χρήση ναρκωτικών ειδικά για το πλαίσιο των φυλακών υπάρχει μόνο σε 7 χώρες<sup>(43)</sup>.

Προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων στις φυλακές υλοποιούνται στη Γερμανία, στην Ισπανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία και τη Ρουμανία, ενώ προγραμματίζεται να ξεκινήσουν και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Σκωτία). Προσκόμματα στην επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων στις φυλακές αναφέρθηκε ότι δημιουργούνται από την απροθυμία των σωφρονιστικών υπαλλήλων και την έλλειψη εμπιστευτικότητας.

<sup>(42)</sup> Βλέπε διάγραμμα HSR-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(43)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Κεφάλαιο 3 Κάνναβη

### Εισαγωγή

Η εικόνα που επικρατεί στην Ευρώπη όσον αφορά τη χρήση κάνναβης έχει αλλάξει άρδην την τελευταία δεκαετία, όπως ακριβώς και ο δημόσιος διάλογος σχετικά με τον αρμόζοντα τρόπο αντίδρασης στη διαδεδομένη χρήση του ναρκωτικού. Στις αρχές και στα μέσα της δεκαετίας του 1990 ελάχιστες χώρες διακρίνονταν για την υψηλή επικράτηση κάνναβης, ενώ ο ευρωπαϊκός κανόνας ήταν επίπεδα χρήσης τα οποία, με τα σημερινά δεδομένα, ήταν χαμηλά. Στις περισσότερες χώρες, η χρήση κάνναβης αυξήθηκε κατά τη δεκαετία του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000, εξέλιξη που οδήγησε στη διαμόρφωση μιας πολύ πιο ομοιόμορφης ευρωπαϊκής εικόνας, παρά το γεγονός ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια κατανοούνται περισσότερο οι συνέπειες της μακροχρόνιας και διαδεδομένης χρήσης του συγκεκριμένου ναρκωτικού για τη δημόσια υγεία και αυξάνονται τα αναφερόμενα ποσοστά αιτήσεων θεραπείας για προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη. Δεν αποκλείεται η Ευρώπη πλέον να εισέρχεται σε ένα νέο στάδιο, καθώς τα στοιχεία από έρευνες στον γενικό και στον μαθητικό πληθυσμό υποδεικνύουν σταθεροποίηση ή

και πτωτική τάση. Παρ' όλα αυτά, βάσει των έως σήμερα δεδομένων, τα επίπεδα χρήσης εξακολουθούν να είναι υψηλά και η αποτελεσματική αντιμετώπιση της χρήσης κάνναβης εξακολουθεί να συνιστά ένα σημαντικό αναπάντητο ερώτημα στην ευρωπαϊκή δημόσια συζήτηση για τα ναρκωτικά.

### Προσφορά και διαθεσιμότητα

#### Παραγωγή και διακίνηση

Η κάνναβη μπορεί να καλλιεργηθεί σε μεγάλη ποικιλία περιβαλλόντων και φύεται σε πολλά μέρη του κόσμου, ενώ πιστεύεται ότι καλλιεργείται σε 172 χώρες και επικράτειες (UNODC, 2009) <sup>(44)</sup>. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων συνεπάγεται ότι είναι δύσκολο να γίνουν επακριβείς εκτιμήσεις σχετικά με την παγκόσμια παραγωγή κάνναβης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Γραφείου των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) που δημοσιεύθηκαν το 2009, η παγκόσμια παραγωγή φυτικής κάνναβης το 2008 κυμάνθηκε μεταξύ 13 300 και 66 100 τόνων.

**Πίνακας 2: Παραγωγή, κατασχέσεις, τιμή και δραστηριότητα φυτικής κάνναβης και ρητίνης κάνναβης**

	Ρητίνη κάνναβης	Φυτική κάνναβη
Εκτιμώμενη παγκόσμια παραγωγή (σε τόνους)	2 200-9 900	13 300-66 100
Κατασχεθείσες ποσότητες παγκοσμίως (σε τόνους)	1 300	5 600
Κατασχεθείσα ποσότητα (σε τόνους) σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	853 (859)	70 (96)
Αριθμός κατασχέσεων ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Μέση λιανική τιμή (ευρώ/γραμμάριο) Εύρος τιμών (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) <sup>(1)</sup>	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Εύρος μέσης δραστηριότητας (περιεκτικότητα σε THC)	2-13%	1-10%

<sup>(1)</sup> Εύρος των μισών κεντρικών τιμών των δεδομένων που υποβλήθηκαν για τη μέση τιμή κάθε ουσίας.  
Σημείωση: Όλα τα στοιχεία αφορούν το 2007, με εξαίρεση την εκτιμώμενη παγκόσμια παραγωγή που αφορά το 2008.  
Πηγές: UNODC World drug report (2009) για τις παγκόσμιες τιμές, εθνικά εστακά σημεία δικτύου Reitox για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

<sup>(44)</sup> Για πληροφορίες σχετικά με τις πηγές των στοιχείων για την προμήθεια και τη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών, βλέπε σ. 44.

Η καλλιέργεια κάνναβης στην Ευρώπη είναι διαδεδομένη και ενδέχεται να αυξάνεται (Korf, 2008). Το 2007 19 ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν εγχώρια καλλιέργεια κάνναβης, παρότι η κλίμακα του φαινομένου μοιάζει να παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις. Εξάλλου, σημαντικό μέρος της κάνναβης που καταναλώνεται στην Ευρώπη είναι πιθανόν να διακινείται σε ενδοπεριφερειακό επίπεδο.

Στην Ευρώπη γίνονται και εισαγωγές φυτικής κάνναβης, κυρίως από την Αφρική (π.χ. Νιγηρία, Μαρόκο, Γκάνα, Νότια Αφρική) και σπανιότερα από τη νοτιοδυτική Ασία (Πακιστάν) και την αμερικανική ήπειρο (Τζαμάικα) (INCB, 2009α).

Η παγκόσμια παραγωγή ρητίνης κάνναβης το 2008 εκτιμάται ότι κυμάνθηκε μεταξύ 2 200 και 9 900 τόνων (UNODC, 2009), με το Μαρόκο να παραμένει η κύρια χώρα παραγωγής. Οι εκτάσεις με φυτείες κάνναβης περιορίστηκαν από 134 000 εκτάρια το 2003 σε 76 400 εκτάρια το 2005 (UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου, 2007). Παραγωγή ρητίνης αναφέρεται και σε άλλες χώρες, μεταξύ αυτών στο Αφγανιστάν και στο Πακιστάν (UNODC, 2009). Η ρητίνη κάνναβης που παράγεται στο Μαρόκο συνήθως εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη μέσω της Ιβηρικής Χερσονήσου και των Κάτω Χωρών, από όπου στη συνέχεια διακινείται προς άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

### Κατασχέσεις

Το 2007 εκτιμάται ότι κατασχέθηκαν σε ολόκληρο τον κόσμο 5 600 τόνοι φυτικής κάνναβης και 1 300 τόνοι ρητίνης κάνναβης, συνολική ποσότητα 10% μεγαλύτερη έναντι του προηγούμενου έτους. Η Βόρεια Αμερική διατήρησε την πρώτη θέση όσον αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες φυτικής κάνναβης (66%), ενώ οι ποσότητες κατασχεθείσας ρητίνης ήταν μεγαλύτερες στη δυτική και κεντρική Ευρώπη (66%) (UNODC, 2009).

Στην Ευρώπη, το 2007 εκτιμάται ότι έγιναν 241 000 κατασχέσεις που αντιστοιχούν σε 96 τόνους φυτικής κάνναβης<sup>(45)</sup>. Ο αριθμός των κατασχέσεων υπερδιπλασιάστηκε στη διάρκεια της πενταετίας 2002–2007. Η κατασχεθείσα ποσότητα φυτικής κάνναβης μειώθηκε στο ήμισυ κατά τα δύο πρώτα έτη της πενταετίας και έκτοτε αυξάνεται, αν και παραμένει αρκετά μικρότερη από τους 130 τόνους που κατασχέθηκαν το 2002. Οι περισσότερες κατασχέσεις φυτικής κάνναβης αναφέρονται από το Ηνωμένο Βασίλειο –αντιστοιχούσαν σχεδόν στο ήμισυ του συνόλου των κατασχέσεων τα έτη 2005 και 2006. Η Τουρκία (25,5 τόνοι) και το Βέλγιο (12,8 τόνοι) ανέφεραν κατασχέσεις πρωτοφανώς μεγάλων ποσοτήτων κάνναβης το 2007.

Οι κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης στην Ευρώπη υπερβαίνουν τις κατασχέσεις φυτικής κάνναβης τόσο σε

### Προσφορά και διαθεσιμότητα των ναρκωτικών – Στοιχεία και πηγές

Η συστηματική και προγραμματισμένη πληροφόρηση για την περιγραφή των αγορών και της διακίνησης παράνομων ουσιών παραμένει περιορισμένη. Οι εκτιμήσεις για την παραγωγή ηρωίνης, κοκαΐνης και κάνναβης προέρχονται από τις εκτιμήσεις για τις καλλιέργειες, οι οποίες βασίζονται σε έρευνα επί του πεδίου (επιτόπια δειγματοληψία) και έρευνες από αέρος ή μέσω δορυφόρου. Οι εκτιμήσεις αυτές παρουσιάζουν σημαντικούς περιορισμούς που σχετίζονται, για παράδειγμα, με διακυμάνσεις στα στοιχεία απόδοσης ή με τη δυσκολία παρακολούθησης καλλιεργειών που δεν περιορίζονται σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές ούτε μόνον στην ύπαιθρο, όπως η κάνναβη.

Ο αριθμός των κατασχέσεων ναρκωτικών θεωρείται συνήθως έμμεσος δείκτης της προσφοράς, της διαθεσιμότητας και των οδών διακίνησης των ναρκωτικών, μολονότι παρέχει και άμεσες ενδείξεις για τη δράση των δικτικών αρχών (π.χ. προτεραιότητες, πόρους, στρατηγικές) και παράλληλα απηχεί τόσο τις διαδικασίες αναφοράς όσο και τις αδυναμίες των διακινητών. Μπορούν επίσης να αναλυθούν στοιχεία σχετικά με την καθαρότητα ή τη δραστηκότητα και τις λιανικές τιμές, προκειμένου να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι λιανικές αγορές ναρκωτικών. Εντούτοις, η διαθεσιμότητα στοιχείων αυτού του είδους ενδέχεται να είναι περιορισμένη και να εγείρονται ζητήματα αξιοπιστίας και συγκρισιμότητας. Οι πληροφορίες ασφαλείας των δικτικών αρχών μπορούν να συμβάλλουν στην ολοκλήρωση της εικόνας.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει εθνικά στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις, την καθαρότητα και τις λιανικές τιμές των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Άλλα στοιχεία για την προσφορά ναρκωτικών προέρχονται κυρίως από τα συστήματα πληροφόρησης και τις αναλύσεις του UNODC, τα οποία συμπληρώνονται με επιπρόσθετες πληροφορίες από την Ευρωπόλ. Οι πληροφορίες για τις πρόδρους ουσίες προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία συλλέγει στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις προδρόμων ουσιών στην ΕΕ, καθώς και από το INCB, το οποίο συμμετέχει σε διεθνείς πρωτοβουλίες για την αποτροπή της εκτροπής των προδρόμων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή ναρκωτικών.

Καθώς πολλές περιοχές του κόσμου υστερούν σε εξειδικευμένα συστήματα πληροφόρησης σχετικά με την προσφορά ναρκωτικών, οι εκτιμήσεις και τα λοιπά στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα έκθεση πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν τους καλύτερους διαθέσιμους κατά προσέγγιση υπολογισμούς.

<sup>(45)</sup> Τα στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις ναρκωτικών στην Ευρώπη που αναφέρονται στο παρόν κεφάλαιο είναι διαθέσιμα στους πίνακες SZR-1 έως SZR-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

αριθμό όσο και σε ποσότητες <sup>(46)</sup>. Το 2007 έγιναν περίπου 325 000 κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης και η ποσότητα ναρκωτικού που κατασχέθηκε ανήλθε σε 859 τόνους, ποσότητα σχεδόν εννέα φορές μεγαλύτερη από την κατασχεθείσα ποσότητα φυτικής κάνναβης. Μεταξύ 2002 και 2007, ο αριθμός των κατασχέσεων ρητίνης κάνναβης αυξάνεται, αν και οι κατασχεθείσες ποσότητες παρουσίασαν διακυμάνσεις κατά το ίδιο διάστημα. Ελαφρώς περισσότερες από τις μισές κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης και περίπου τρία τέταρτα της κατασχεθείσας ποσότητας το 2007 αναφέρθηκαν από την Ισπανία, ενώ πρωτοφανώς μεγάλες ποσότητες ρητίνης κάνναβης κατασχέθηκαν από το Βέλγιο (59 τόνοι), την Πορτογαλία (43 τόνοι) και την Τουρκία (6 τόνοι).

Οι κατασχέσεις φυτών κάνναβης αυξάνονται σταθερά από το 2002, ενώ εκτιμάται ότι το 2007 έφθασαν τις 15 000. Η κατασχεθείσα ποσότητα αναφέρεται από τις διάφορες χώρες είτε ως αριθμός φυτών είτε ως εκτιμώμενο βάρος. Ο αριθμός των κατασχεθέντων φυτών ήταν 2,4 εκατομμύρια, αριθμός σχετικά αμετάβλητος κατά την τελευταία διετία και υψηλότερος από τα περίπου 1,5 εκατομμύρια το 2002. Το βάρος των φυτών που κατασχέθηκαν σημείωσε εντυπωσιακή αύξηση στη διάρκεια της πενταετίας, φθάνοντας τους 27 τόνους το 2007, εκ των οποίων οι 25 τόνοι κατασχέθηκαν στην Ισπανία.

### Δραστικότητα και τιμή

Η δραστικότητα των προϊόντων κάνναβης καθορίζεται από την περιεκτικότητά τους σε δέλτα-9-τετραυδροκανναβινόλη (THC), που είναι το κύριο δραστικό συστατικό της. Η δραστικότητα της κάνναβης ποικίλλει σημαντικά τόσο μεταξύ και εντός των χωρών όσο και μεταξύ των διαφόρων προϊόντων κάνναβης. Τα σχετικά με τη δραστικότητα της κάνναβης στοιχεία βασίζονται κυρίως σε δειγματοληπτικές εργαστηριακές αναλύσεις των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν. Δεν είναι σαφές κατά πόσον τα αναλυθέντα δείγματα αντικατοπτρίζουν το σύνολο της αγοράς. Ως εκ τούτου, τα στοιχεία για τη δραστικότητα θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Το 2007 η αναφερόμενη μέση περιεκτικότητα της ρητίνης κάνναβης σε THC κυμαινόταν από 2,9 έως 13,3%. Η μέση δραστικότητα της φυτικής κάνναβης, εξαιρουμένης της *nederwiet* (*sinssemilla*) που καλλιεργείται σε εσωτερικούς χώρους στις Κάτω Χώρες, κυμαινόταν από 1,2 έως 10,2%. Κατά την πενταετία 2002-2007, η αναφερόμενη μέση δραστικότητα ρητίνης και φυτικής κάνναβης παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε στις περισσότερες από τις 16 ευρωπαϊκές χώρες που παρείχαν επαρκή στοιχεία για μια τέτοια ανάλυση. Ωστόσο, αυξητικές τάσεις στη μέση δραστικότητα της ρητίνης

σημειώθηκαν στην Πορτογαλία και το Λουξεμβούργο, και στη μέση δραστικότητα της φυτικής κάνναβης σε άλλες 5 χώρες. Διαχρονικά στοιχεία σχετικά με τη δραστικότητα της εγχώρια παραγόμενης φυτικής κάνναβης παρέχονται μόνο από τις Κάτω Χώρες, στις οποίες καταγράφηκε πρόσφατα μείωση της μέσης δραστικότητας της *nederwiet*, από το ανώτατο ποσοστό του 20,3% που είχε καταγραφεί το 2004 σε 16,0% το 2006, ποσοστό που παρέμεινε αμετάβλητο και το 2007 <sup>(47)</sup>.

Η μέση τιμή λιανικής για τη ρητίνη κάνναβης το 2007 κυμαινόταν από 3 έως 11 ευρώ/γραμμάριο στις 18 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ οι μισές εξ αυτών ανέφεραν τιμές μεταξύ 5 και 9 ευρώ. Η μέση τιμή λιανικής για τη φυτική κάνναβη κυμαινόταν μεταξύ 1 και 12 ευρώ/γραμμάριο στις 17 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ οι μισές εξ αυτών ανέφεραν τιμές μεταξύ 4 και 9 ευρώ. Στις 11 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για το διάστημα 2002-2007, η μέση λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης (προσαρμοσμένη βάσει του πληθωρισμού) μειώθηκε. Για το ίδιο διάστημα, τα διαθέσιμα στοιχεία για τις τιμές της φυτικής κάνναβης δείχνουν μια σχεδόν αμετάβλητη κατάσταση.

## Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

### Χρήση κάνναβης στον γενικό πληθυσμό

Σύμφωνα με συντηρητικούς υπολογισμούς, περίπου 74 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους (επικράτηση της χρήσης σε όλη τη διάρκεια της ζωής), δηλαδή πάνω από το ένα πέμπτο όλων των Ευρωπαίων ηλικίας 15-64 ετών (βλέπε πίνακα 3 για συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων). Παρά τις σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται από χώρα σε χώρα, με τα εθνικά ποσοστά να ποικίλλουν από 1,5 έως 38,6%, οι εκτιμήσεις που αναφέρουν οι περισσότερες χώρες κυμαίνονται μεταξύ 10 και 30%.

Πολλές χώρες αναφέρουν συγκριτικά υψηλά επίπεδα επικράτησης χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος και κατά τον τελευταίο μήνα. Υπολογίζεται ότι περίπου 22,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος ή, κατά μέσο όρο, ποσοστό 6,8% όλων των Ευρωπαίων ηλικίας από 15 έως 64 ετών. Οι εκτιμήσεις της επικράτησης κατά τον τελευταίο μήνα περιλαμβάνουν τα άτομα που κάνουν συχνότερα χρήση κάνναβης, μολονότι όχι απαραίτητα εντατικά. Εκτιμάται ότι περίπου 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έκαναν χρήση του ναρκωτικού στη διάρκεια του τελευταίου μήνα, κατά μέσο όρο 3,6% του συνόλου των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών.

<sup>(46)</sup> Λόγω διαφοράς του μεγέθους του φορτίου και της διανυόμενης απόστασης, αλλά και λόγω της ανάγκης διέλευσης διεθνών συνόρων, η ρητίνη κάνναβης εκτίθεται περισσότερο στον κίνδυνο κατάσχεσης σε σύγκριση με την εγχώρια παραγόμενη φυτική κάνναβη.

<sup>(47)</sup> Βλέπε πίνακες PPP-1 και PPP-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009 για πληροφορίες σχετικά με την καθαρότητα και τις τιμές.

<b>Πίνακας 3: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό – Σύνοψη των στοιχείων</b>			
Ηλικιακή ομάδα	Χρονικό πλαίσιο χρήσης		
	Σε όλη τη ζωή	Τελευταίο έτος	Τελευταίος μήνας
<b>15-64 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	74 εκατ.	22,5 εκατ.	12 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	22,1%	6,8%	3,6%
Εύρος	1,5-38,6%	0,4-14,6%	0,1-7,2%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (1,5%) Μάλτα (3,5%) Βουλγαρία (5,6%) Κύπρος (6,6%)	Ρουμανία (0,4%) Μάλτα (0,8%) Ελλάδα (1,7%) Βουλγαρία (1,9%)	Ρουμανία (0,1%) Μάλτα (0,5%) Σουηδία (0,6%) Λιθουανία (0,7%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Δανία (38,6%) Ιταλία (31,2%) Γαλλία (30,6%) Ηνωμένο Βασίλειο (30,0%)	Ιταλία (14,6%) Ισπανία (10,1%) Τσεχική Δημοκρατία (9,3%) Γαλλία (8,6%)	Ιταλία (7,2%) Ισπανία (7,1%) Γαλλία, Τσεχική Δημοκρατία (4,8%)
<b>15-34 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	41,5 εκατ.	17 εκατ.	9 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	31,1%	12,5%	6,8%
Εύρος	2,9-48,0%	0,9-20,9%	0,3-13,4%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (2,9%) Μάλτα (4,8%) Κύπρος (9,9%) Ελλάδα (10,8%)	Ρουμανία (0,9%) Μάλτα (1,9%) Ελλάδα (3,2%) Κύπρος (3,4%)	Ρουμανία (0,3%) Σουηδία (1,3%) Ελλάδα, Λιθουανία (1,5%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Δανία (48,0%) Γαλλία (43,6%) Ηνωμένο Βασίλειο (40,1%) Τσεχική Δημοκρατία (38,3%)	Ιταλία (20,9%) Τσεχική Δημοκρατία (19,3%) Ισπανία (18,8%) Γαλλία (16,7%)	Ισπανία (13,4%) Ιταλία (10,4%) Τσεχική Δημοκρατία, Γαλλία (9,8%)
<b>15-24 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	19 εκατ.	10 εκατ.	5 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	30,5%	15,8%	8,3%
Εύρος	3,7-43,9%	1,5-28,2%	0,5-16,9%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (3,7%) Μάλτα (4,9%) Κύπρος (6,9%) Ελλάδα (9,0%)	Ρουμανία (1,5%) Ελλάδα, Κύπρος (3,6%) Σουηδία (6,0%) Πορτογαλία (6,6%)	Ρουμανία (0,5%) Ελλάδα (1,2%) Σουηδία (1,6%) Κύπρος, Λιθουανία (2,0%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Τσεχική Δημοκρατία (43,9%) Γαλλία (42,0%) Δανία (41,1%) Γερμανία (39,0%)	Τσεχική Δημοκρατία (28,2%) Ισπανία (24,1%) Ιταλία (22,6%) Γαλλία (21,7%)	Ισπανία (16,9%) Τσεχική Δημοκρατία (15,4%) Γαλλία (12,7%) Ιταλία (11,5%)
<p>Η εκτιμώμενη επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν μεταξύ 2001 και 2008 (κυρίως την περίοδο 2004-2008) και, επομένως, δεν αντικατοπτρίζει συγκεκριμένο έτος. Η μέση επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου σύμφωνα με τον πληθυσμό της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία, συμπληρώθηκε η μέση επικράτηση στην ΕΕ. Πληθυσμοί που χρησιμοποιήθηκαν ως βάση: 15-64 (334 εκατομμύρια), 15-34 (133 εκατομμύρια) και 15-24 (63 εκατομμύρια). Τα στοιχεία που συνοψίζονται εδώ είναι διαθέσιμα στην ενότητα «Έρευνες γενικού πληθυσμού» στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.</p>			

### Χρήση κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες

Η χρήση κάνναβης συγκεντρώνεται κυρίως στους νέους (15-34 ετών), με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κατά το τελευταίο έτος να αναφέρονται γενικά από νέους ηλικίας

15-24 ετών. Τούτο ισχύει για όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση την Πορτογαλία <sup>(48)</sup>.

Σύμφωνα με στοιχεία από έρευνες στον γενικό πληθυσμό, κατά μέσο όρο ποσοστό 31,1% των ευρωπαίων νεαρών

<sup>(48)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

### Έρευνες στον γενικό πληθυσμό: ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση των προτύπων και των τάσεων χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη

Η χρήση ναρκωτικών στον γενικό ή τον μαθητικό πληθυσμό μετράται μέσω ερευνών σε αντιπροσωπευτικά δείγματα, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι έκαναν χρήση συγκεκριμένων ναρκωτικών σε καθορισμένες χρονικές περιόδους. Οι έρευνες παρέχουν επίσης χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα πρότυπα χρήσης, τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών και τις αντιλήψεις περί κινδύνων και διαθεσιμότητας.

Το ΕΚΠΝΤ, σε στενή συνεργασία με εθνικούς εμπειρογνώμονες, ανέπτυξε ένα σύνολο κοινών βασικών θεμάτων (πρότυπο ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο) προς χρήση σε έρευνες σε ενήλικους. Το πρωτόκολλο αυτό εφαρμόζεται πλέον στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τη μεθοδολογία και το έτος συλλογής των στοιχείων και, ως εκ τούτου, οι μικρές διαφορές, ιδίως μεταξύ χωρών, πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Καθώς η διεξαγωγή ερευνών στοιχίζει αρκετά, λίγες είναι οι ευρωπαϊκές χώρες που συγκεντρώνουν στοιχεία σε ετήσια βάση —πολλές συγκεντρώνουν ανά δύο, τρία ή τέσσερα έτη. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έκθεση βασίζονται στις πλέον πρόσφατες διαθέσιμες έρευνες σε κάθε χώρα, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις χρονολογούνται μεταξύ 2004 και 2007.

Από τα τρία καθιερωμένα χρονικά πλαίσια που χρησιμοποιούνται στην υποβολή στοιχείων, η επικράτηση σε

όλη τη διάρκεια της ζωής (χρήση ναρκωτικού κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του ατόμου) είναι το ευρύτερο πλαίσιο. Αυτός ο δείκτης δεν απηχεί την τρέχουσα χρήση ναρκωτικών μεταξύ ενηλίκων, αλλά χρησιμεύει στην κατανόηση των προτύπων χρήσης και της συχνότητας εμφάνισης. Για τους ενήλικες, οι πρότυπες ηλικιακές ομάδες του ΕΚΠΝΤ είναι 15–64 έτη (σύνολο ενηλίκων) και 15–34 έτη (νεαροί ενήλικες), ενώ το ενδιαφέρον εστιάζεται στη χρήση κατά το τελευταίο έτος και κατά τον τελευταίο μήνα (χρήση στους 12 μήνες ή στις 30 ημέρες που προηγήθηκαν της έρευνας) <sup>(1)</sup>. Για τον μαθητικό πληθυσμό, η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής και η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος είναι παρόμοιες, καθώς είναι σπάνια η χρήση παράνομων ουσιών πριν από τα 15.

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD) χρησιμοποιεί τυποποιημένες μεθόδους και εργαλεία για τη μέτρηση της χρήσης ναρκωτικών και οιονοπνευματώδων σε αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών ηλικίας 15–16 ετών. Έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό διεξήχθησαν το 1995, το 1999, το 2003 και το 2007. Το 2007 συγκεντρώθηκαν στοιχεία σε 35 χώρες, συμπεριλαμβανομένων των 25 κρατών μελών της ΕΕ, της Νορβηγίας και της Κροατίας <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>.

<sup>(2)</sup> Τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας ESPAD του 2007 διατίθενται συνοπτικά σε 23 γλώσσες (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Το πλήρες κείμενο της έκθεσης δημοσιεύεται στον δικτυακό τόπο του ESPAD (<http://www.espad.org>).

ενήλικων (15–34 ετών) έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά, ενώ ποσοστό 12,5 % έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος και 6,8 % κατά τον τελευταίο μήνα. Υπολογίζεται ότι ακόμη υψηλότερα ποσοστά Ευρωπαίων της ηλικιακής ομάδας 15–24 ετών έχουν κάνει χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος (15,9 %) ή κατά τον τελευταίο μήνα (8,3 %). Οι εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης της χρήσης κάνναβης ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα για όλους τους δείκτες μέτρησης της επικράτησης, με τις χώρες που βρίσκονται ψηλότερα στην κλίμακα να αναφέρουν έως και δεκαπλάσιες τιμές σε σχέση με τις χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση.

Η χρήση κάνναβης σε γενικές γραμμές είναι πιο διαδεδομένη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2006α), παρά το γεγονός ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, η αναλογία ανδρών-γυναικών που ανέφεραν χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 6,4 προς 1 στην Πορτογαλία έως 1,4 προς 1 στην Αυστρία.

### Χρήση κάνναβης μεταξύ μαθητών

Η έρευνα ESPAD <sup>(49)</sup> παρέχει συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών από μαθητές ηλικίας 15–16 ετών στην Ευρώπη (Hibell κ.ά., 2009). Το 2007 η έρευνα διεξήχθη σε 25 κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς και στη Νορβηγία και την Κροατία. Ορισμένες χώρες (π.χ. Ισπανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) διεξάγουν δικές τους πανεθνικές έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό, από τις οποίες προκύπτουν στοιχεία (και για τη χρήση κάνναβης μεταξύ άλλων) συγκρίσιμα με αυτά των ερευνών ESPAD και HBSC (έρευνα σχετικά με την υγειονομική συμπεριφορά παιδιών σχολικής ηλικίας).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ESPAD του 2007, τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής σε μαθητές ηλικίας 15–16 ετών καταγράφονται στην Τσεχική Δημοκρατία (45 %) <sup>(50)</sup>, ενώ η Εσθονία, η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 26 και 32 %. Ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής μεταξύ

<sup>(49)</sup> Βλέπε το πλαίσιο σχετικά με τις έρευνες στον γενικό πληθυσμό.

<sup>(50)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

13 και 25 % αναφέρονται από 15 χώρες. Τα χαμηλότερα ποσοστά (κάτω του 10 %) αναφέρονται στην Ελλάδα, στην Κύπρο, στη Ρουμανία, στη Φινλανδία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία. Συνολικά, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής στον μαθητικό πληθυσμό παρουσιάζει ελάχιστες διαφορές μεταξύ των φύλων.

Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης κατά τον τελευταίο μήνα σε μαθητές ηλικίας 15-16 ετών στην Ευρώπη αναφέρονται από την Ισπανία (20 %) και την Τσεχική Δημοκρατία (18 %) <sup>(51)</sup>.

### Διεθνείς συγκρίσεις

Τα ποσοστά που καταγράφονται στην Ευρώπη μπορούν να συγκριθούν με ποσοστά από άλλες περιοχές του κόσμου. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, βάσει της εθνικής έρευνας σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία (Samsa, 2007), η επικράτηση της χρήσης κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών, όπως επανυπολογίστηκε από το ΕΚΠΝΤ) υπολογίζεται σε 49 % σε όλη τη διάρκεια της ζωής και σε 21 % κατά το τελευταίο έτος. Για την ίδια ηλικιακή ομάδα, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής ήταν 58 % και η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος 28 % στον Καναδά (2004), ενώ στην Αυστραλία (2007) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 47 και 16 %. Όλα αυτά τα

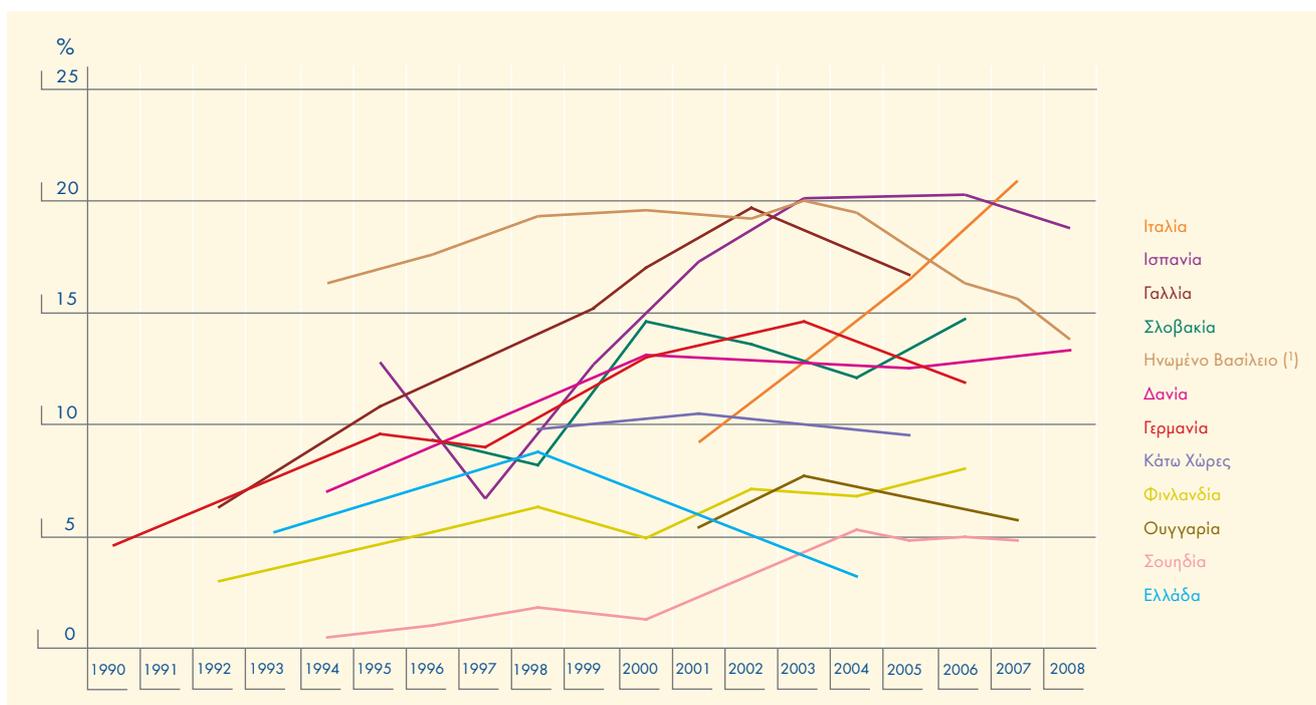
ποσοστά είναι υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, που διαμορφώνεται σε 31,1 και 12,5 % αντίστοιχα.

Στον μαθητικό πληθυσμό, μόνο η Ισπανία και η Τσεχική Δημοκρατία αναφέρουν ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής συγκρίσιμα με τα ποσοστά που αναφέρονται από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία.

### Τάσεις στη χρήση κάνναβης

Σύμφωνα με τα στοιχεία εθνικών ερευνών που υποβλήθηκαν στο ΕΚΠΝΤ, σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ σημειώθηκε εντυπωσιακή αύξηση της χρήσης κάνναβης τη δεκαετία του 1990, ιδιαίτερα δε μεταξύ ατόμων νεαρής ηλικίας (διάγραμμα 3) και μαθητών. Γύρω στο 2000, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αρκετά μεγάλο ποσοστό νέων είχαν κάνει ή εξακολουθούσαν να κάνουν χρήση κάνναβης, όπως καταδεικνύεται από το γεγονός ότι μεταξύ 1998 και 2003 η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής για την ηλικιακή ομάδα 15-34 ετών αυξήθηκε στο επίπεδο του 30 % περίπου σε επτά χώρες και υπερέβη το 40 % σε άλλες δύο. Αντίστοιχα, τα ποσοστά επικράτησης κατά το τελευταίο έτος στην ίδια ηλικιακή ομάδα έφθαναν έως και 15-20 % σε επτά χώρες, ενώ η επικράτηση κατά τον

**Διάγραμμα 3:** Τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικες (15 έως 34 ετών)



(1) Αγγλία και Ουαλία.

Σημείωση: Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2008), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

(51) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

τελευταίο μήνα έφθανε στα επίπεδα του 8-15% σε έξι χώρες.

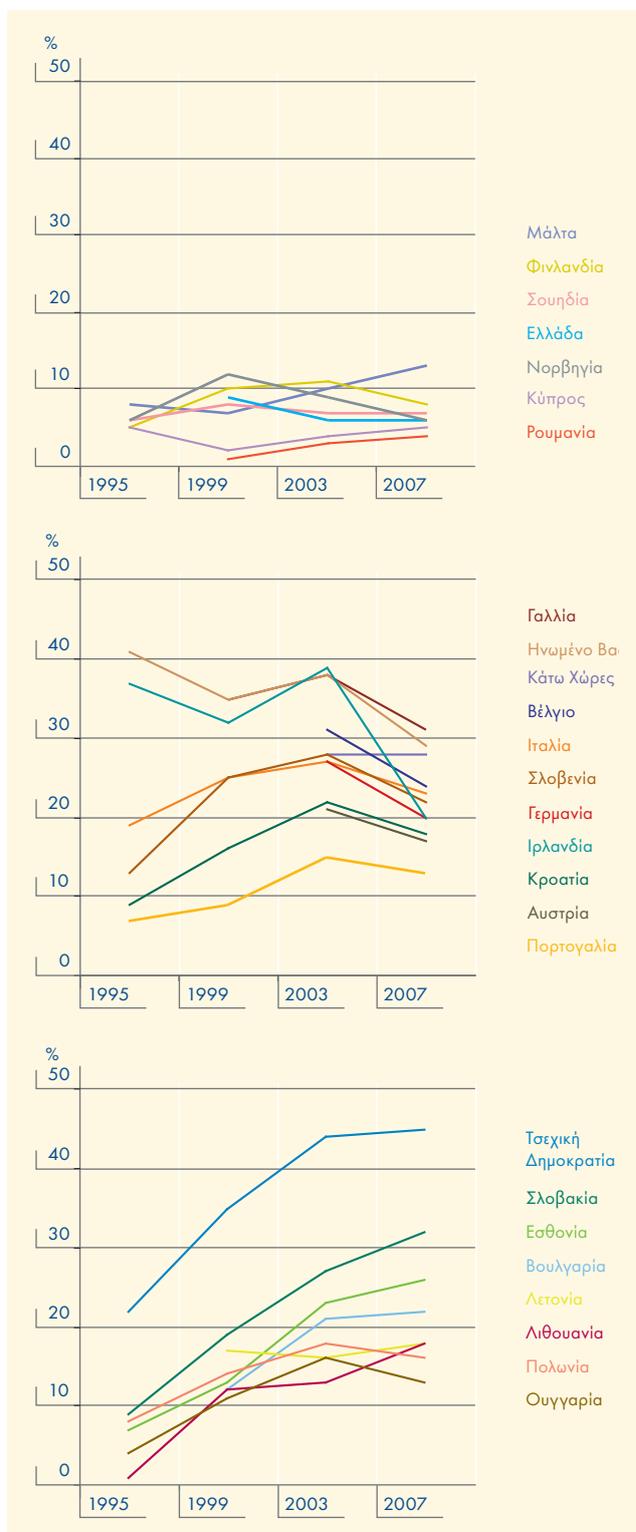
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η τάση της χρήσης κάνναβης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στις αρχές και τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η χώρα αυτή ανέφερε τα υψηλότερα κατ' εκτίμηση ποσοστά επικράτησης στην Ευρώπη, με διαφορά από τις υπόλοιπες. Η εικόνα αυτή έχει μεταβληθεί σταδιακά, αφενός διότι τα ποσοστά χρήσης αυξήθηκαν σε άλλες χώρες και αφετέρου διότι η χρήση κάνναβης στο Ηνωμένο Βασίλειο μειώνεται σταθερά από το 2003 περίπου, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 16-24 ετών<sup>(52)</sup>, γεγονός που υποδηλώνει διάσπαση γενεών. Πτωτική τάση ή τάση σταθεροποίησης παρατηρείται πλέον και σε άλλες χώρες, σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό αλλά και ορισμένων ερευνών στον γενικό πληθυσμό. Από τις 11 χώρες για τις οποίες υπάρχει δυνατότητα ανάλυσης της τάσης για την περίοδο 2002-2007, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος μεταξύ των νεαρών ενηλίκων εμφανίζεται μειωμένη κατά τουλάχιστον 15% σε σύγκριση με την αρχική τιμή σε τέσσερις χώρες, ενώ μοιάζει να παραμένει σταθερή σε άλλες τέσσερις<sup>(53)</sup>. Σε τρεις χώρες, τα ποσοστά επικράτησης εμφανίζονται αυξημένα κατά τουλάχιστον 15%, παρότι η ανοδική αυτή τάση ανατρέπεται από άλλα στοιχεία.

### Τάσεις στον μαθητικό πληθυσμό

Όπως ακριβώς συνέβη και με τους ενήλικες, μεταξύ 1995 και 2003 παρατηρήθηκε αύξηση της χρήσης κάνναβης μεταξύ των μαθητών σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, γενικά όμως η τάση αυτή ανακόπηκε ή αναστράφηκε πιο πρόσφατα. Μόνον δύο χώρες που παρακολουθούνται από το ΕΚΠΝΤ και συμμετείχαν στην έρευνα ESPAD στον μαθητικό πληθυσμό το 2007 (Λιθουανία, Σλοβακία) αναφέρουν αύξηση άνω των τριών εκατοστιαίων μονάδων στη χρήση κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής από το 2003, ενώ εννέα χώρες αναφέρουν αντίστοιχη μείωση στη διάρκεια της περιόδου αυτής<sup>(54)</sup>. Τα στοιχεία ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό των ΗΠΑ και της Αυστραλίας επίσης υποδεικνύουν πτωτική τάση, η οποία παρατηρήθηκε για πρώτη φορά στην Αυστραλία το 1999<sup>(55)</sup>.

Διαφορές διαπιστώνονται και στις διαχρονικές τάσεις χρήσης κάνναβης από μαθητές κατά την περίοδο 1995-2007 στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (διάγραμμα 4). Επτά χώρες, κυρίως από τη βόρεια και τη νότια Ευρώπη (Ελλάδα, Κύπρος, Μάλτα, Ρουμανία, Φινλανδία, Σουηδία, Νορβηγία), αναφέρουν συνολικά σταθερά και χαμηλά επίπεδα επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη

**Διάγραμμα 4:** Διαφορές στις τάσεις επικράτησης της χρήσης κάνναβης από μαθητές 15-16 ετών σε όλη τη διάρκεια της ζωής



Πηγή: ESPAD.

<sup>(52)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(53)</sup> Όπου δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για συγκεκριμένα έτη, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από προηγούμενα ή επόμενα έτη.

<sup>(54)</sup> Για την ESPAD αυξομειώσεις άνω των τριών εκατοστιαίων μονάδων θεωρούνται ενδεικτικές μεταβολές.

<sup>(55)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (xii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

διάρκεια της ζωής καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου. Στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης, καθώς και στην Κροατία και τη Σλοβενία, σημειώθηκαν υψηλά ή έντονα ανοδικά ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής μέχρι το έτος 2003, τα οποία μειώθηκαν ή σταθεροποιήθηκαν το 2007. Από τις 11 αυτές χώρες, οι 9 ανέφεραν μείωση άνω των τριών ποσοστιαίων μονάδων και οι 2 σταθεροποίηση. Η κατάσταση διαφέρει ελαφρώς στις περισσότερες χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, όπου οι ανοδικές τάσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ 1995 και 2003 μοιάζουν να ανακόπτονται. Στην περιοχή αυτή, 6 χώρες αναφέρουν σταθεροποίηση, ενώ 2 αναφέρουν αύξηση άνω των τριών ποσοστιαίων μονάδων <sup>(56)</sup>.

Σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες, η αύξηση της επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής μεταξύ μαθητών την περίοδο 1995-2003 συνοδεύθηκε από αύξηση στην επικράτηση του καπνίσματος σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Από το 2003 σημειώθηκε αναστροφή και των δύο τάσεων σε πολλές χώρες, γεγονός που ενδέχεται να υποδηλώνει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χρήσης κάνναβης στους νέους <sup>(57)</sup>.

### Πρότυπα χρήσης κάνναβης

Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ποικίλα πρότυπα χρήσης της κάνναβης. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών που έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, μόλις 30% έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος <sup>(58)</sup>. Ωστόσο, κατά μέσο όρο το 50% όσων έχουν κάνει χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος έκαναν χρήση και κατά τον τελευταίο μήνα, ενώ πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας αυτής μπορεί να παραμένει σταθερή για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ακόμη και στην περίπτωση των νεότερων σε ηλικία χρηστών (Perkonig, 2008).

Η εκτίμηση της επικράτησης της εντατικής και μακροχρόνιας χρήσης είναι σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, δεδομένου ότι σχετίζεται με αρνητικές συνέπειες όπως αναπνευστικά προβλήματα, χαμηλές σχολικές ή εργασιακές επιδόσεις ή εξάρτηση (Hall και Solowij, 1998). Η καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση (χρήση επί 20 ημέρες τουλάχιστον στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών) είναι επί του παρόντος ο καλύτερος διαθέσιμος συγκρίσιμος δείκτης εντατικής χρήσης. Στοιχεία σχετικά με τη συγκεκριμένη μορφή χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη

συγκεντρώθηκαν κατά το διάστημα 2007-2008 στο πλαίσιο μιας «επιτόπιας δοκιμής» υπό τον συντονισμό του ΕΚΠΝΤ σε συνεργασία με εθνικούς εμπειρογνώμονες και εστιακά σημεία του δικτύου Reitox 13 χωρών, που αντιπροσωπεύουν ποσοστό 77% του πληθυσμού ενηλίκων στην ΕΕ (15-64 ετών). Βάσει των στοιχείων αυτών, υπολογίζεται ότι ποσοστό άνω του 1% του συνόλου των ενηλίκων Ευρωπαίων, ήτοι περίπου 4 εκατομμύρια άτομα, κάνουν χρήση κάνναβης σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση. Οι περισσότεροι εξ αυτών, περίπου 3 εκατομμύρια χρήστες, είναι ηλικίας μεταξύ 15 και 34 ετών και αντιστοιχούν στο 2-2,5% του συνόλου των Ευρωπαίων της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας <sup>(59)</sup>.

Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι τάσεις εντατικής χρήσης κάνναβης λόγω έλλειψης δεδομένων. Από τις επτά χώρες που υπέβαλαν στοιχεία σχετικά με τις πρόσφατες τάσεις, τέσσερις (Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία) αναφέρουν αύξηση της επικράτησης της καθημερινής χρήσης κάνναβης, μία αναφέρει αμετάβλητα ποσοστά (Ιρλανδία) και μόνο δύο χώρες αναφέρουν μείωση (Ελλάδα, Κάτω Χώρες) <sup>(60)</sup>. Τα αποτελέσματα αυτά πιθανώς υποδηλώνουν συνολική αύξηση του αριθμού των Ευρωπαίων που κάνουν εντατική χρήση κάνναβης την τελευταία δεκαετία.

Η εξάρτηση από την κάνναβη αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως πιθανή συνέπεια της συστηματικής χρήσης του ναρκωτικού, παρά το γεγονός ότι η σοβαρότητα και οι επιπτώσεις μπορεί να μην είναι τόσο έντονες όσο η σοβαρότητα και η επιπτώσεις που συνδέονται συχνά με την εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (π.χ. ηρωίνη ή κοκαΐνη). Εντούτοις, δεδομένου ότι το ποσοστό του πληθυσμού που κάνει συστηματική χρήση κάνναβης είναι μεγαλύτερο, οι συνολικές επιπτώσεις των εντατικών μορφών χρήσης κάνναβης στη δημόσια υγεία μπορεί να είναι σημαντικές. Οι χρήστες, ιδίως όσοι κάνουν εντατική χρήση, ενδέχεται επίσης να αντιμετωπίζουν προβλήματα χωρίς απαραίτητα να πληρούν τα κλινικά κριτήρια της εξάρτησης.

Οι μελέτες καταδεικνύουν ότι η εξάρτηση από την κάνναβη δημιουργείται περισσότερο σταδιακά σε σύγκριση με άλλες ουσίες (π.χ. κοκαΐνη) και ότι από το σύνολο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους το ποσοστό όσων ενδέχεται να αναπτύξουν εξάρτηση δεν υπερβαίνει το 10% (Wagner και Anthony, 2002). Από ανάλυση των στοιχείων της

<sup>(56)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (xiii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(57)</sup> Βλέπε «Επιλεγμένο θέμα: πολλαπλή χρήση ουσιών».

<sup>(58)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(59)</sup> Οι ευρωπαϊκοί μέσοι όροι που παρουσιάζονται υπολογίστηκαν βάσει σταθμισμένου μέσου σύμφωνα με τον πληθυσμό των χωρών που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία βασίζεται σε εκτιμήσεις. Τα ποσοστά που προέκυψαν είναι 1,2% για το σύνολο των ενηλίκων (15-64 ετών) και 2,3% για τους νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών). Βλέπε πίνακα GPS-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2008.

<sup>(60)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

έρευνας του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών προκύπτει ότι ποσοστό 20–30 % των καθημερινών χρηστών είναι εξαρτημένοι <sup>(61)</sup>. Άλλες μελέτες υποδεικνύουν ότι η εξάρτηση από την κάνναβη μπορεί να είναι διαχρονικά σχετικά σταθερή (Swift κ.ά., 2000). Παρά ταύτα, πιθανότατα πάνω από τους μισούς εξαρτημένους χρήστες κάνναβης διακόπτουν τη χρήση της ουσίας χωρίς θεραπεία (Cunningham, 2000· Ellingstad κ.ά., 2006).

### Πρότυπα της χρήσης κάνναβης μεταξύ μαθητών

Η έρευνα ESPAD το 2007 καταδεικνύει επίσης ότι η χρήση κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής σχετίζεται με αντιλήψεις περί μικρότερης επικινδυνότητας και μεγαλύτερης διαθεσιμότητας της ουσίας <sup>(62)</sup>. Σε σύγκριση με τον γενικό μαθητικό πληθυσμό, οι χρήστες κάνναβης είναι πιθανότερο να καπνίζουν και να κάνουν επίσης χρήση αλκοόλ και άλλων παράνομων ουσιών <sup>(63)</sup>.

Νέα στοιχεία από την έρευνα ESPAD ρίχνουν φως και στην πιο εντατική χρήση κάνναβης. Σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες, ποσοστό μεταξύ 5 και 12 % των αγοριών ηλικίας 15–16 ετών αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον 40 φορές. Το ποσοστό αυτό είναι τουλάχιστον υπερδιπλάσιο του αντίστοιχου ποσοστού των κοριτσιών, εύρημα που ενισχύει τα πορίσματα άλλων ερευνών που καταδεικνύουν ότι η εντατική χρήση είναι πιο συχνή στα νεαρά αγόρια. Η έναρξη της χρήσης ουσιών σε μικρή ηλικία σχετίζεται με τη μεταγενέστερη ανάπτυξη πιο εντατικών και πιο προβληματικών μορφών χρήσης. Σε περισσότερες από δέκα χώρες με σχετικά υψηλά ποσοστά συχνής χρήσης, ποσοστό μαθητών που κυμαίνεται από 5 έως 9 % δηλώνει έναρξη της χρήσης κάνναβης σε ηλικία 13 ετών ή και μικρότερη <sup>(64)</sup>.

## Θεραπεία

### Αιτήσεις για θεραπεία

Το 2007 ποσοστό 20 % περίπου του συνόλου των χρηστών που ξεκίνησαν θεραπεία (73 000 χρήστες) δήλωσαν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ποσοστό που την καθιστά τη δεύτερη πιο συχνά δηλωνόμενη ουσία μετά την ηρωίνη. Ωστόσο, σημαντικές ήταν οι διαφορές μεταξύ των χωρών, με την κάνναβη να δηλώνεται ως πρωτεύουσα αιτία της έναρξης θεραπείας από ποσοστό μικρότερο του 5 % του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία σε Βουλγαρία, Λιθουανία και Σλοβενία, ενώ

δηλώνεται ως πρωτεύουσα αιτία της έναρξης θεραπείας από ποσοστό μεγαλύτερο του 30 % των ατόμων υπό θεραπεία στη Δανία, στη Γαλλία, στην Ουγγαρία, στις

### Σύντομες κλίμακες μέτρησης της προβληματικής χρήσης κάνναβης σε έρευνες γενικού πληθυσμού

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εξάρτηση από την κάνναβη μπορεί να μετρηθεί στον γενικό πληθυσμό με την ίδια αξιοπιστία με την οποία μετράται σε δείγματα χρηστών υπό θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης των συμπτωμάτων στέρησης (Mennes κ.ά., 2009). Για τον λόγο αυτό, το ΕΚΠΝΤ σε συνεργασία με διάφορες χώρες αναπτύσσει μεθόδους παρακολούθησης των πιο εντατικών και πιο σοβαρών μακροχρόνιων μορφών χρήσης κάνναβης.

Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο ερευνών στον γενικό πληθυσμό, εφαρμόστηκαν δοκιμαστικά διάφορες μεθοδολογίες για την εκτίμηση της επικράτησης εντατικών και προβληματικών μορφών χρήσης ουσιών, κυρίως κάνναβης. Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και του τρέχοντος ερευνητικού έργου στον συγκεκριμένο τομέα από γερμανούς εμπειρογνώμονες, εντοπίστηκαν τέσσερις σύντομες κλίμακες για την κάνναβη, οι οποίες δοκιμάστηκαν σε δείγματα του γενικού πληθυσμού στην Ευρώπη. Πρόκειται για τις κλίμακες: Κλίμακα Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Severity of Dependence Scale, SDS), Προβληματική Χρήση Μαριχουάνας (Problematic Use of Marijuana, PUM), Δοκιμασία Ελέγχου Κατάχρησης Κάνναβης (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) και Δοκιμασία Εντοπισμού Διαταραχών Χρήσης Κάνναβης (Cannabis Use Disorders Identification Test, CUDIT) (Piontek κ.ά., 2008). Οι κλίμακες αυτές περιλαμβάνουν από τέσσερις έως δέκα ερωτήσεις και οι ψυχομετρικές ιδιότητές τους (π.χ. η ικανότητά τους να διακρίνουν με συνέπεια μεταξύ εξαρτημένων και μη σύμφωνα με την επιθυμητή αντίληψη περί εξάρτησης από την κάνναβη ή προβληματικής χρήσης) διαπιστώθηκε ότι σε γενικές γραμμές ήταν πολύ καλές.

Παρά ταύτα, εξακολουθούν να υφίστανται κάποιες δυσκολίες στο συγκεκριμένο πεδίο, λόγω ασυμφωνίας σχετικά με την έννοια ή το σύνολο εννοιών που πρέπει να μετρώνται (π.χ. εξάρτηση, κατάχρηση, επιβλαβής χρήση, προβλήματα λόγω χρήσης) προκειμένου να εκτιμηθούν οι προβληματικές μορφές χρήσης κάνναβης. Προκύπτουν επίσης δυσκολίες εκτίμησης, δεδομένου ότι οι δείκτες μέτρησης ενός φαινομένου με μικρή επικράτηση ενδέχεται να δώσουν πολλά «ψευδώς θετικά» αποτελέσματα και συνεπώς να οδηγήσουν σε υπερεκτίμηση της προβληματικής χρήσης κάνναβης στο σύνολο του πληθυσμού. Οι περαιτέρω μελέτες επαλήθευσης που είτε υλοποιούνται είτε προγραμματίζεται να υλοποιηθούν αναμένεται να συμβάλουν στην επίλυση των προβλημάτων αυτών.

<sup>(61)</sup> Ανάλυση στοιχείων έρευνας του εθνικού πληθυσμού των ΗΠΑ την περίοδο 2000–2006. Επιγραμματικό εργαλείο ανάλυσης NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, προσπελάστηκε στις 25 Φεβρουαρίου 2008 και αναλύθηκε με τη χρήση των μεταβλητών MJDAY30A και DEPNDMRJ.

<sup>(62)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (v) και μέρος (vi) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(63)</sup> Βλέπε «Επιλεγμένο θέμα: πολλαπλή χρήση ουσιών».

<sup>(64)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 μέρος (iii) και μέρος (vii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Κάτω Χώρες και την Τουρκία. Οι αποκλίσεις αυτές ενδέχεται να οφείλονται σε διαφορές ως προς την επικράτηση της χρήσης κάνναβης, τις ανάγκες για θεραπεία απεξάρτησης, την οργάνωση και παροχή της θεραπείας απεξάρτησης ή τις πρακτικές παραπομπής. Στις δύο χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά χρηστών κάνναβης υπό θεραπεία (Γαλλία και Ουγγαρία), στη μεν πρώτη υπάρχουν συμβουλευτικά κέντρα ειδικά για νεαρούς χρήστες ουσιών, στη δε δεύτερη η θεραπεία απεξάρτησης παρέχεται ως εναλλακτική επιλογή αντί της επιβολής ποινής για αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη. Το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης διαδραματίζει καίριο ρόλο όσον αφορά τις παραπομπές σε θεραπεία και στις δύο αυτές χώρες, γενικά όμως τα κράτη μέλη αναφέρουν ότι οι περισσότεροι χρήστες κάνναβης που υποβάλλουν αίτηση για θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία.

Οι χρήστες που ξεκινούν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής λόγω χρήσης κάνναβης συνήθως αναφέρουν χρήση και άλλων ουσιών. Βάσει στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από 14 χώρες, ποσοστό 85 % εξ αυτών κάνουν χρήση και άλλης ουσίας, κυρίως αλκοόλ (65 %) ή κοκαΐνης (13 %), ενώ κάποιοι αναφέρουν χρήση και αλκοόλ και κοκαΐνης (12 %) <sup>(65)</sup>.

### Τάσεις αναφορικά με τις νέες αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης

Στις 19 χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία, ο αριθμός και το ποσοστό των ατόμων που υποβάλλουν για πρώτη φορά αίτηση για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη αυξήθηκε από 19 000 περίπου σε 34 000 (ή από 25 σε 31 %) μεταξύ των ετών 2002 και 2007 <sup>(66)</sup>. Η τάση αυτή, ωστόσο, μοιάζει να ανακόπτεται μεταξύ 2006 και 2007, καθώς οι περισσότερες χώρες αναφέρουν μείωση ή σταθεροποίηση των ποσοστών νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη. Το γεγονός αυτό μπορεί να συνδέεται με τις πρόσφατες τάσεις ως προς τη χρήση κάνναβης, μπορεί όμως και να αντικατοπτρίζει αλλαγές στις διαδικασίες αναφοράς, κορεσμό των θεραπευτικών κέντρων ή χρήση άλλων υπηρεσιών (π.χ. πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ψυχικής υγείας).

### Χαρακτηριστικά των ατόμων υπό θεραπεία

Οι χρήστες κάνναβης που ξεκινούν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής στην Ευρώπη είναι κυρίως νέοι άνδρες, με αναλογία φύλου 5,5 άνδρες προς 1 γυναίκα και μέσο όρο ηλικίας τα 25 έτη <sup>(67)</sup>. Από τους χρήστες

που ξεκινούν θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής για πρώτη φορά, η κάνναβη δηλώνεται ως κύρια ουσία κατάχρησης από ποσοστό 67 % των ατόμων ηλικίας 15-19 ετών <sup>(68)</sup> και 78 % των ατόμων κάτω των 15 ετών.

Συνολικά, ποσοστό 24 % των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη σε κέντρα εξωτερικής παραμονής είναι περιστασιακοί χρήστες, οι οποίοι συχνά παραπέμπονται από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Ένα ποσοστό 12 % κάνει χρήση κάνναβης μία φορά την εβδομάδα ή και σπανιότερα, περίπου 18 % κάνει χρήση 2-6 φορές την εβδομάδα και 47 % κάνει καθημερινή χρήση (η πλέον προβληματική ομάδα χρηστών). Σημαντικές είναι οι διαφορές που παρατηρούνται από χώρα σε χώρα. Στην Ουγγαρία, στη Ρουμανία και την Κροατία, η πλειονότητα των χρηστών κάνναβης υπό θεραπεία είναι περιστασιακοί χρήστες, ενώ στο Βέλγιο, στη Δανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στη Μάλτα και τις Κάτω Χώρες η πλειονότητα των χρηστών κάνει χρήση σε καθημερινή βάση <sup>(69)</sup>. Από μια γαλλική έρευνα σε χρήστες που επισκέπτονται εξειδικευμένα συμβουλευτικά κέντρα διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 63 % όσων έκαναν καθημερινά χρήση κάνναβης ήταν εξαρτημένοι (Obradovic, 2008).

Πολλοί από τους χρήστες κάνναβης υπό θεραπεία φοιτούν ακόμη σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα και έχουν σταθερή στέγη (EKΠNT, 2008a). Ωστόσο, στη Γαλλία, ποσοστό 34 % των χρηστών κάνναβης υπό θεραπεία είναι απόφοιτοι τεχνικών σχολών έναντι 6,8 % στον γενικό πληθυσμό (Obradovic, 2008), στοιχείο που δηλώνει χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Η σχέση μεταξύ χρήσης κάνναβης και συνοδού ψυχιατρικής διαταραχής εξακολουθεί να παραμένει ένα αναπάντητο σύνθετο ερώτημα (EKΠNT, 2008a). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ιδίως σχιζοφρένεια, κινδυνεύουν περισσότερο να καταλήξουν να κάνουν εντατική χρήση κάνναβης (Henquet κ.ά., 2005). Επιπλέον, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές (ACMD, 2008). Είναι επίσης σχετικά συχνό φαινόμενο να παραπέμπονται για προβληματική χρήση κάνναβης στις υπηρεσίες απεξάρτησης έφηβοι με υφέρποντα ψυχιατρικά προβλήματα (Schroder κ.ά., 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ίδιοι δεν αναζητούν ή δεν βρίσκουν την ενδεδειγμένη θεραπεία για τα προβλήματά τους στις γενικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Zachrisson κ.ά., 2006).

<sup>(65)</sup> Βλέπε «Επιλεγμένο θέμα: πολλαπλή χρήση ουσιών».

<sup>(66)</sup> Βλέπε διαγράμματα TDI-1 και TDI-2, καθώς και πίνακες TDI-3 μέρος (iv) και TDI-5 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(67)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-21 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(68)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-10 μέρος (iv) και μέρος (vi) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(69)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-18 μέρος (i) και TDI-111 μέρος (viii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.



Επιπλέον, το Βέλγιο, η Γερμανία, η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες και η Ελβετία συνεργάζονται στο πλαίσιο μιας διεθνούς μελέτης, της Incani, η οποία διερευνά την αποτελεσματικότητα μιας ολοκληρωμένης θεραπείας βασισμένης στην οικογένεια για την αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης κάνναβης.

Η επιστημονική βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι ορισμένες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως η παρακίνητική και η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη, καμία όμως μορφή ψυχοθεραπείας δεν έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικότερη από κάποια άλλη (Nordstrom και Levin, 2007). Για ορισμένους προβληματικούς χρήστες κάνναβης ωφέλιμες μπορεί να είναι και οι βραχείες παρεμβάσεις που υλοποιούνται, π.χ., από κοινωνικές υπηρεσίες ανηλίκων, γενικούς ιατρούς ή σχολεία.

Πρόσφατη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τη συμμετοχή 326 νέων που έκαναν εντατική χρήση κάνναβης και παρακολούθηση σε διάστημα τριών ή έξι μηνών δεν διαπίστωσε διαφορές όσον αφορά τα ποσοστά διακοπής της χρήσης κάνναβης μεταξύ των χρηστών που συμμετείχαν σε παρακίνητική συνέντευξη και όσων απλώς έλαβαν συμβουλές ή πληροφορίες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών (McCambridge κ.ά., 2008). Παρά ταύτα, διαπιστώθηκε επίδραση του θεραπευτή και της αλληλεπίδρασης θεραπευτή-παρέμβασης στο ποσοστό διακοπής της χρήσης κάνναβης μετά την πάροδο τριών μηνών. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν ότι είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες στην υλοποίηση παρεμβάσεων σε νεαρούς χρήστες κάνναβης, ιδίως εκτός των εξειδικευμένων υπηρεσιών.

### Θεραπεία μέσω του διαδικτύου

Η θεραπεία απεξάρτησης μέσω του διαδικτύου ξεκίνησε στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004 και εξακολουθεί να μην έχει αναπτυχθεί επαρκώς. Μια πρόσφατη μελέτη ρίχνει φως στις υπό εξέλιξη προσπάθειες για την ανάπτυξη αυτού του είδους παρεμβάσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΚΠΝΤ, 2009α). Ο όρος «θεραπεία μέσω του διαδικτύου» αναφέρεται σε «παρεμβάσεις απεξάρτησης από τη χρήση ουσιών οι οποίες έχουν ειδικά αναπτυχθεί ή προσαρμοστεί, δομηθεί και προγραμματιστεί χρονικά, ώστε να προσφέρονται και να μεταδίδονται μέσω του Παγκόσμιου Ιστού». Τέτοιου είδους παρεμβάσεις για τη θεραπεία διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης υλοποιούνται στη Γερμανία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ στις Κάτω Χώρες γίνονται και άλλες παρεμβάσεις ειδικά σχεδιασμένες για τους χρήστες κοκαΐνης και «ψυχαγωγικών ναρκωτικών» (π.χ. έκσταση).

Η θεραπεία μέσω του διαδικτύου αναπτύσσεται από φορείς θεραπείας ή πρόληψης και στόχος της είναι να βοηθήσει τους χρήστες να εκτιμήσουν πόσο επικίνδυνη είναι η χρήση ουσιών που κάνουν και να στηρίξει τις προσπάθειές τους να αλλάξουν συμπεριφορά. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν πληροφορίες και τεστ γνώσεων ή παιχνίδια για τις ουσίες και την ουσιοεξάρτηση, ή κουίζ για την προσωπική κατανάλωση ουσιών. Το κοινό στοιχείο μεταξύ όλων είναι ότι προσφέρουν

μια δομημένη θεραπευτική παρέμβαση, είτε με τη μορφή εξατομικευμένου προγράμματος αυτοβοήθειας χωρίς επαφή με συμβούλους είτε με τη μορφή δομημένου προγράμματος με τακτές επαφές, οι οποίες γίνονται μέσα σε ιδιωτικά δωμάτια συζήτησης ή πίνακες μηνυμάτων. Ορισμένα προγράμματα δίνουν τη δυνατότητα επαφής με άλλους χρήστες μέσω φόρουμ, δημιουργώντας έτσι εικονικές ομάδες αυτοβοήθειας.

Εξακολουθούν να μην υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτού του είδους παρεμβάσεων. Ωστόσο, τα ευρήματα των πρώτων τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών υποδεικνύουν την πιθανή ύπαρξη ωφέλειας. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της αξιολόγησης της παρέμβασης με τίτλο «Quit the shit» για χρήστες κάνναβης στη Γερμανία δείχνουν ότι 32 % των συμμετεχόντων αναφέρουν αποχή από τη χρήση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και ότι προσεγγίστηκαν κυρίως χρήστες που ζητούσαν βοήθεια για πρώτη φορά. Το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις αυτές απευθύνονται στους πάντες ενδέχεται να τους δίνει τη δυνατότητα να προσεγγίσουν χρήστες οι οποίοι διατάζουν να έρθουν σε επαφή με άλλες υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, όμως, ενδέχεται οι συμμετέχοντες να έχουν σοβαρά προβλήματα, π.χ. να είναι ουσιοεξαρτημένοι ή να έχουν άλλα ψυχιατρικά προβλήματα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με θεραπεία μέσω του διαδικτύου.



## Κεφάλαιο 4

# Αμφεταμίνες, έκσταση και παραισθησιογόνες ουσίες

### Εισαγωγή

Οι αμφεταμίνες (γενικός όρος που περιλαμβάνει την αμφεταμίνη και τη μεθαμφεταμίνη) και η έκσταση συγκαταλέγονται στις πλέον διαδεδομένες παράνομες ουσίες στην Ευρώπη. Μπορεί η χρήση κοκαΐνης να είναι υψηλότερη σε απόλυτους αριθμούς, αλλά η γεωγραφική της συγκέντρωση σε λίγες μόνο χώρες φανερώνει ότι σε πολλές χώρες η δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία μετά την κάνναβη είναι είτε οι αμφεταμίνες. Επιπλέον, σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες, η χρήση αμφεταμινών αποτελεί κεντρική συνιστώσα του προβλήματος των ναρκωτικών και αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό ατόμων που χρήζουν θεραπείας.

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη είναι ουσίες που διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εξ αυτών, η αμφεταμίνη είναι με διαφορά η ευρύτερα διαδεδομένη στην Ευρώπη, ενώ σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης φαίνεται να παρατηρείται μόνον στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία.

Ο όρος «έκσταση» αναφέρεται σε συνθετικές ουσίες χημικά συγγενείς με τις αμφεταμίνες που διαφέρουν όμως σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους. Η γνωστότερη ουσία από τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα δισκία έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα (MDA, MDEA). Η χρήση της έκστασης ήταν σχεδόν άγνωστη στην Ευρώπη πριν από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, αλλά αυξήθηκε ραγδαία κατά τη δεκαετία του 1990. Η δημοτικότητά της έχει συνδεθεί με τη σκηνή της χορευτικής μουσικής και, γενικά, η χρήση συνθετικών ναρκωτικών σχετίζεται με συγκεκριμένες πολιτιστικές υποομάδες ή συγκεκριμένα κοινωνικά πλαίσια.

Η πιο γνωστή παραισθησιογόνος ουσία στην Ευρώπη είναι το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSD), η κατανάλωση του οποίου είναι μικρή και μάλλον σταθερή εδώ και αρκετό καιρό. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, ενισχυμένο εμφανίζεται το ενδιαφέρον των ατόμων νεαρής ηλικίας για τις φυσικές παραισθησιογόνες ουσίες, όπως αυτές που περιέχονται στα παραισθησιογόνα μανιτάρια.

### Προσφορά και διαθεσιμότητα

#### Πρόδρομες ουσίες των συνθετικών ναρκωτικών

Οι προσπάθειες των δικτικών αρχών επικεντρώνονται ολοένα και περισσότερο στις ελεγχόμενες χημικές ουσίες που είναι απαραίτητες για την παρασκευή ναρκωτικών, και στον εν λόγω τομέα η διεθνής συνεργασία είναι ιδιαίτερως πολύτιμη. Το «Σχέδιο Prism» είναι η διεθνής πρωτοβουλία που αναλήφθηκε για την αποτροπή της εκτροπής πρόδρομων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στην παράνομη παρασκευή συνθετικών ναρκωτικών<sup>(71)</sup>, μέσω ενός συστήματος εκ των προτέρων κοινοποίησης των εξαγωγών που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του νόμιμου εμπορίου και της αναφοράς των αποστολών που διακόπτονται και των κατασχέσεων που πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις ύποπτων συναλλαγών. Στοιχεία σχετικά με τις δραστηριότητες στον εν λόγω τομέα υποβάλλονται στο Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB, 2009β).

Το 2007 το INCB αναφέρει μεγάλη αύξηση των παγκοσμίως κατασχέσεων εφεδρίνης (22 τόνοι έναντι 10,2 τόνων το 2006) και ψευδοεφεδρίνης (25 τόνοι έναντι 0,7 τόνων το 2006), δύο βασικών πρόδρομων ουσιών της μεθαμφεταμίνης. Στα κράτη μέλη της ΕΕ (κυρίως στη Σουηδία και τη Βουλγαρία) κατασχέθηκαν 0,6 τόνοι εφεδρίνης, ποσότητα υπερδιπλάσια αυτής που κατασχέθηκε το 2006, και πάνω από 7 τόνοι ψευδοεφεδρίνης, σχεδόν όλοι στη Γαλλία.

Αντίθετα, οι παγκόσμιες κατασχέσεις 1-φαινυλο-2-προπανόνης (P2P, ΒΜΚ), που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παράνομη παρασκευή αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, σημείωσαν κατακόρυφη πτώση το 2007 (834 λίτρα έναντι 2 600 λίτρων το 2006). Οι κατασχέσεις P2P στην ΕΕ ανήλθαν συνολικά σε 582 λίτρα έναντι 2 005 λίτρων το 2006.

Οι κατασχέσεις 3,4-μεθυλενοδιοξυφαινυλο-2-προπανόνης (3,4-MDP2P, ΡΜΚ), ουσίας που χρησιμοποιείται για την παρασκευή MDMA, συνέχισαν να μειώνονται παγκοσμίως το 2007 στα 2 300 λίτρα από 8 800 λίτρα το 2006. Ωστόσο, οι κατασχέσεις σαφρόλης, η οποία μπορεί να αντικαταστήσει την 3,4-MDP2P στη σύνθεση της MDMA, εκτινάχθηκαν

<sup>(71)</sup> Βλέπε «Πρόδρομες ουσίες ναρκωτικών».

**Πίνακας 4: Παραγωγή, κατασχέσεις, τιμή και καθαρότητα αμφεταμίνης, μεθαμφεταμίνης, έκστασης και LSD**

	Αμφεταμίνη	Μεθαμφεταμίνη	Έκσταση	LSD
Εκτιμώμενη παγκόσμια παραγωγή (σε τόνους)	230-640 (1)		72-137	μ.δ.
Κατασχεθείσες ποσότητες παγκοσμίως (σε τόνους)	23,6	18,2	7,9	0,9
Κατασχεθείσα ποσότητα σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	7,9 τόνοι (8,1 τόνοι)	340 kg (340 kg)	Δισκία 21 εκατ. (22 εκατ.)	Μονάδες 68 000 (68 000)
Αριθμός κατασχέσεων σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Μέση λιανική τιμή (σε ευρώ) Εύρος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) (2)	γραμμάριο 5-30 (12-23)	γραμμάριο 8-51	Δισκίο 3-19 (4-8)	Δόση 4-30 (7-12)
Εύρος μέσης καθαρότητας	4-40%	3-66%	21-90 mg	-
(1)	Υπάρχουν μόνο συγκεντρωτικές εκτιμήσεις για την παγκόσμια παραγωγή αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης			
(2)	Εύρος των μισών κεντρικών τιμών των δεδομένων που υποβλήθηκαν για τη μέση τιμή κάθε ουσίας.			
Σημείωση:	Όλα τα στοιχεία αφορούν το 2007. μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία.			
Πηγές:	UNODC World drug report (2009) για τις παγκόσμιες τιμές, εθνικά εστιάκα σημεία δικτύου Reitox για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.			

παγκοσμίως το 2007 στα 46 000 λίτρα (62 λίτρα το 2006), παρότι μόνον 8 λίτρα κατασχέθηκαν στην ΕΕ.

### Αμφεταμίνη

Η παγκόσμια παραγωγή αμφεταμίνης εξακολουθεί να συγκεντρώνεται στην Ευρώπη, στην οποία εντοπίστηκε το 81 % όλων των εργαστηρίων αμφεταμίνης που

αναφέρθηκαν το 2007 (UNODC, 2009), αν και παρατηρείται και σε άλλα μέρη του κόσμου, κυρίως στη βόρεια Αμερική (72). Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2007 κατασχέθηκαν περίπου 24 τόνοι αμφεταμινών, τα δύο τρίτα εκ των οποίων κατασχέθηκαν στην Εγγύς και Μέση Ανατολή και σχετίζονται με τα χάπια Cartagon (73) που παρασκευάζονται στη νοτιοανατολική Ευρώπη (βλέπε

### Πρόδρομες ουσίες ναρκωτικών

Στον χώρο των ναρκωτικών, ο όρος «πρόδρομη ουσία» αναφέρεται σε χημικές ουσίες που έχουν νόμιμες εφαρμογές, πλην όμως μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών ουσιών. Οι πρόδρομες ουσίες ορισμένες φορές αναφέρονται και ως «βασικές χημικές ουσίες».

Η νομική βάση του ελέγχου των «πρόδρομων ουσιών» είναι το άρθρο 12 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για την Καταπολέμηση της Παράνομης Διακίνησης Ναρκωτικών και Ψυχοτρόπων Ουσιών του 1988. Η Σύμβαση θεσπίζει δύο καταλόγους στους οποίους περιλαμβάνονται 23 «ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνά στην παράνομη παρασκευή ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών», η εκτροπή των οποίων προς παράνομες χρήσεις οφείλει να αποτρέπεται.

Το άρθρο 12 μεταφέρθηκε στον πρώτο ευρωπαϊκό κανονισμό που θεσπίστηκε το 1990 με σκοπό την πρόληψη της διοχέτευσης των εν λόγω ουσιών προς παράνομες χρήσεις [(ΕΟΚ) αριθ. 3677/90] και σε μεταγενέστερους κανονισμούς

σχετικά με τη ρύθμιση της εμπορίας πρόδρομων ουσιών εντός της ΕΕ [(ΕΚ) αριθ. 273/2004], μεταξύ κρατών μελών και τρίτων χωρών [(ΕΚ) αριθ. 111/2005], καθώς και σχετικά με τη θέσπιση διαδικασιών χορήγησης εγκρίσεων και κανόνων παρακολούθησης [(ΕΚ) αριθ. 1277/2005].

Στην κατηγορία 1, βάσει των κανονισμών της ΕΕ, περιλαμβάνονται κυρίως ουσίες που είναι απαραίτητες για την παρασκευή συνθετικών ναρκωτικών, όπως η εφεδρίνη και η ψευδοεφεδρίνη (για τη μεθαμφεταμίνη), η 3,4-μεθυλενοδιοξυφαινυλο-2-προπανόνη (PMK), η ισοσαφρόλη και η σαφρόλη (για την έκσταση) και η 1-φαινυλο-2-προπανόνη (P2P, BMK) (για την αμφεταμίνη και τη μεθαμφεταμίνη). Στην κατηγορία 2 περιλαμβάνονται σημαντικά αντιδραστήρια, όπως το υπερμαγγανικό κάλιο και ο οξικός ανυδρίτης, που χρησιμοποιούνται ευρέως στην παρασκευή κοκαΐνης και ηρωΐνης αντίστοιχα. Στην κατηγορία 3 περιλαμβάνονται αντιδραστήρια με ευρύτερες χρήσεις, όπως το υδροχλωρικό οξύ και το θειικό οξύ (για ηρωΐνη και κοκαΐνη), καθώς και διαλύτες όπως η ακετόνη (για κοκαΐνη και MDMA) και η τολουόλη (για μεθαμφεταμίνη και MDMA).

(72) Για πληροφορίες σχετικά με τις πηγές των στοιχείων για την προσφορά και τη διαθεσιμότητα ναρκωτικών, βλέπε σ. 44.

(73) Το Cartagon είναι μία από τις κατοχυρωμένες εμπορικές ονομασίες της φενετυλλίνης, μιας συνθετικής διεγερτικής ουσίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, αν και τα χάπια που πωλούνται με το συγκεκριμένο λογότυπο στην παράνομη αγορά συνήθως αποδεικνύεται ότι περιέχουν αμφεταμίνη αναμειγμένη με καφεΐνη.

πίνακα 4). Στη δυτική και κεντρική Ευρώπη έγινε το 36 % του συνόλου των κατασχέσεων παγκοσμίως, γεγονός ενδεικτικό του σημαντικού ρόλου της Ευρώπης τόσο ως παραγωγού όσο και ως καταναλωτή των συγκεκριμένων ουσιών (CND, 2008· UNODC, 2009).

Το μεγαλύτερο μέρος της αμφεταμίνης που κατασχέθηκε στην Ευρώπη παράγεται, κατά σειρά σπουδαιότητας, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία και το Βέλγιο και σε μικρότερο βαθμό στην Εσθονία και τη Λιθουανία. Το 2007 ανακαλύφθηκαν 29 εγκαταστάσεις που ενέχονταν στην παραγωγή, στη δισκιοποίηση ή την αποθήκευση αμφεταμινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αναφέρθηκαν στην Ευρωπόλ.

Το 2007 υπολογίζεται ότι πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη 40 000 κατασχέσεις, οι οποίες αντιστοιχούν σε 8,1 τόνους αμφεταμίνης σε σκόνη <sup>(74)</sup>. Στο διάστημα 2002–2007 αυξήθηκε σταθερά ο αριθμός των κατασχέσεων, αν και η κατασχεθείσα ποσότητα αμφεταμίνης παρουσίασε διακυμάνσεις, ακολουθώντας ωστόσο συνεχή ανοδική πορεία μέχρι τη νέα ποσότητα ρεκόρ του 2007 <sup>(75)</sup>.

Η καθαρότητα των δειγμάτων αμφεταμίνης που κατασχέθηκαν στην Ευρώπη το 2007 παρουσίασε σημαντική απόκλιση και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε να απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για τη διατύπωση οποιασδήποτε εκτίμησης σχετικά με τις μέσες τιμές. Παρ' όλα αυτά, η μέση καθαρότητα των δειγμάτων κυμαίνεται από επίπεδα κάτω του 10 % στη Δανία, στη Γερμανία, στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο έως επίπεδα άνω του 30 % στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία και ορισμένες χώρες της Βαλτικής και τις σκανδιναβικές χώρες. Την τελευταία πενταετία, η καθαρότητα της αμφεταμίνης παρέμεινε σταθερή ή σημείωσε πτώση στις περισσότερες από τις 20 χώρες που διαθέτουν επαρκή στοιχεία για την πραγματοποίηση ανάλυσης τάσεων.

Το 2007 η μέση λιανική τιμή της αμφεταμίνης κυμάνθηκε από 10 έως 20 ευρώ ανά γραμμάριο σε περισσότερες από τις μισές χώρες εκ των 17 που υπέβαλαν στοιχεία. Από τις 11 χώρες για τις οποίες μπορούσε να γίνει σύγκριση στοιχείων του 2007 και του 2006, η λιανική τιμή αυξήθηκε σε Ισπανία, Γαλλία και Αυστρία, ενώ παρέμεινε αμετάβλητη ή μειώθηκε στις υπόλοιπες χώρες.

### Μεθαμφεταμίνη

Η παραγωγή μεθαμφεταμίνης συγκεντρώνεται στην ανατολική και νοτιοανατολική Ασία και στη βόρεια Αμερική, ενώ αυξάνονται οι αναφορές για συναφείς δραστηριότητες στη Λατινική Αμερική και την Ωκεανία.

### Παραγωγή μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη – Κοινή έκδοση ΕΚΠΝΤ–Ευρωπόλ

Το 2009 το ΕΚΠΝΤ και η Ευρωπόλ εγκαινίασαν μια σειρά κοινών εκδόσεων με θέμα την προσφορά ναρκωτικών στην Ευρώπη. Στην πρώτη έκδοση της εν λόγω σειράς γίνεται εκτενής ανασκόπηση της παραγωγής και της διακίνησης μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη, καθώς και των μέτρων πάταξης που λαμβάνονται σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο <sup>(1)</sup>.

Σε μεταγενέστερο στάδιο θα προστεθούν στη συγκεκριμένη σειρά εκδόσεις με θέμα την προσφορά άλλων συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της αμφεταμίνης και της έκστασης.

<sup>(1)</sup> Διατίθεται στη διεύθυνση <http://emcdda.europa.eu/publications/>.

Το 2007 κατασχέθηκαν 18,2 τόνοι μεθαμφεταμίνης, συνεχίζοντας μια σταθερή τάση από το 2004. Το μεγαλύτερο μέρος της ποσότητας κατασχέθηκε στην ανατολική και νοτιοανατολική Ασία (56 %), ακολουθεί η βόρεια Αμερική, ενώ από την Ευρώπη προέρχεται μόλις το 2 % των κατασχέσεων (UNODC, 2009).

Παράνομη παραγωγή μεθαμφεταμίνης παρατηρείται στην Ευρώπη, περιορίζεται όμως κυρίως στην Τσεχική Δημοκρατία, όπου το 2007 εντοπίστηκαν περίπου 390 μικρής κλίμακας εργαστήρια στα οποία παρασκευάζεται με ερασιτεχνικά μέσα. Παραγωγή του ναρκωτικού αναφέρεται και στη Σλοβακία και τη Λιθουανία.

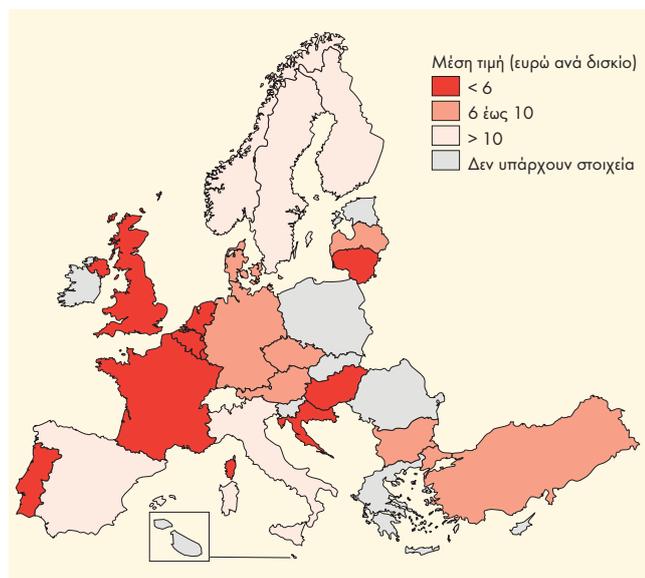
Το 2007 αναφέρθηκαν στην Ευρώπη σχεδόν 4 500 κατασχέσεις μεθαμφεταμίνης, που αντιστοιχούσαν σε ποσότητα περίπου 340 κιλών. Οι περισσότερες κατασχέσεις και οι μεγαλύτερες κατασχεθείσες ποσότητες καταγράφονται στη Νορβηγία. Μεταξύ 2005 και 2007 παρουσίασε αύξηση τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη, αν και εξακολουθούν να παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με άλλα ναρκωτικά.

### Έκσταση

Η παγκόσμια παραγωγή έκστασης το 2007 εκτιμάται από το UNODC (2009) ότι κυμάνθηκε μεταξύ 72 και 137 τόνων. Η γεωγραφική διασπορά της παραγωγής φαίνεται να έχει αυξηθεί και η παρασκευή γίνεται πλέον πιο κοντά στην αγορά της βόρειας Αμερικής, της ανατολικής και της νοτιοανατολικής Ασίας και της Ωκεανίας. Παρά ταύτα, η Ευρώπη παραμένει ο βασικός χώρος παραγωγής έκστασης. Η παραγωγή συγκεντρώνεται

<sup>(74)</sup> Προκαταρκτική ανάλυση, δεδομένου ότι δεν είναι προς το παρόν διαθέσιμα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου για το 2007.

<sup>(75)</sup> Τα στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις ναρκωτικών στην Ευρώπη που αναφέρονται στο παρόν κεφάλαιο περιέχονται στους πίνακες SZR-11 έως SZR-18 του Δελτίου στατιστικών στοιχείων 2009.

**Διάγραμμα 6:** Λιανική τιμή δισκίων έκστασης

Σημείωση: Οι χώρες που ανέφεραν μόνον κατώτατη και ανώτατη τιμή συμπεριλήφθηκαν εφόσον οι τιμές αυτές βρίσκονταν εντός κάποιου εύρους τιμών. Βλέπε πίνακα PPP-4 στο Δελτίο Στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

στις Κάτω Χώρες και στο Βέλγιο και, σε μικρότερο βαθμό, στη Γερμανία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Πολωνία.

Η ποσότητα έκστασης που κατασχέθηκε παγκοσμίως το 2007 ανήλθε σε 7,9 τόνους, ενώ αυξήσεις αναφέρθηκαν από τις περισσότερες περιοχές. Ποσοστό 36 % των κατασχέσεων έγιναν στη δυτική και κεντρική Ευρώπη και 2 % στη νοτιοανατολική Ευρώπη (UNODC, 2009). Στην Ευρώπη αναφέρθηκαν συνολικά το 2007 περισσότερες από 24 000 κατασχέσεις που είχαν ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση σχεδόν 22 εκατομμυρίων δισκίων έκστασης. Η μεγαλύτερη ποσότητα έκστασης κατασχέθηκε στις Κάτω Χώρες (8,4 εκατομμύρια δισκία, ήτοι διπλάσια ποσότητα από την αναφερθείσα το 2006). Μόνο δύο ακόμη ευρωπαϊκές χώρες, η Γαλλία και η Γερμανία, αναφέρουν κατασχέσεις παρόμοιου μεγέθους το 2007 (περίπου 1 εκατομμύριο δισκία έκαστη). Κατάσχεση άνω των 6 εκατομμυρίων δισκίων αναφέρθηκε και από το Ηνωμένο Βασίλειο το 2006, ωστόσο στοιχεία για το 2007 δεν έχουν υποβληθεί προς το παρόν.

Στη διάρκεια της πενταετίας 2002-2007, ο αναφερόμενος αριθμός των κατασχέσεων έκστασης στην Ευρώπη σημείωσε κατακόρυφη πτώση το 2003, έκτοτε όμως αυξάνεται ελαφρώς σε ετήσια βάση. Κατά το ίδιο διάστημα, οι κατασχεθείσες ποσότητες μειώθηκαν σε πρωτοφανώς χαμηλά επίπεδα το 2005, ωστόσο ανέκαμψαν και πλησιάζουν πλέον τα επίπεδα του 2002.

Στην Ευρώπη, τα περισσότερα δισκία έκστασης που αναλύθηκαν το 2007 περιείχαν MDMA ή άλλη ουσία

παρεμφερή με την έκσταση (MDEA, MDA) ως το μοναδικό ψυχοδραστικό συστατικό, ενώ 17 χώρες ανέφεραν ότι αυτό διαπιστώθηκε σε ποσοστό άνω του 70 % του συνόλου των δισκίων που αναλύθηκαν. Στις χώρες που ανέφεραν τα χαμηλότερα ποσοστά δισκίων έκστασης με MDMA ή χημικά ανάλογά του περιλαμβάνονται η Βουλγαρία (47%), η Κύπρος (44%) και η Αυστρία (61%). Στο Λουξεμβούργο τα περισσότερα δισκία (83%) που αναλύθηκαν δεν περιείχαν καμία ελεγχόμενη ουσία, το ίδιο και στην Κύπρο (53%). Στην Τουρκία, μόνο το 23% των δισκίων που αναλύθηκαν διαπιστώθηκε ότι περιείχαν ουσίες παρεμφερείς με την MDMA.

Η συνήθης περιεκτικότητα σε MDMA των δισκίων έκστασης που ελέγχθηκαν το 2007 κυμαινόταν μεταξύ 19 και 75 mg στις 11 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία. Επιπλέον, κάποιες χώρες (Βουλγαρία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία, Νορβηγία) ανέφεραν υψηλής δοσολογίας δισκία έκστασης που περιέχουν ποσότητα MDMA άνω των 130 mg. Δεν υπάρχουν σαφείς τάσεις ως προς την καθαρότητα των δισκίων έκστασης.

Η έκσταση πλέον θεωρείται σημαντικά φθηνότερη απ' ό,τι τη δεκαετία του 1990, όταν άρχισε να διαδίδεται ευρέως. Αν και έχουν αναφερθεί δισκία που πωλούνται σε τιμή χαμηλότερη των 2 ευρώ, οι περισσότερες χώρες αναφέρουν μέση λιανική τιμή που κυμαίνεται μεταξύ 4 και 10 ευρώ ανά δισκίο (διάγραμμα 6). Τα διαθέσιμα στοιχεία για την πενταετία 2002-2007 υποδεικνύουν ότι η λιανική τιμή (προσαρμοσμένη βάσει του πληθωρισμού) εξακολουθεί να διαγράφει πτωτική πορεία.

### Παραισθησιογόνες ουσίες

Η χρήση και η διακίνηση του LSD στην Ευρώπη εξακολουθεί να θεωρείται περιθωριακή. Τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν μείωση των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν την περίοδο 2002-2007, ενώ ο αριθμός των κατασχέσεων αυξήθηκε ελαφρώς μεταξύ 2003 και 2007. Οι λιανικές τιμές LSD (προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού) μειώνονται ελαφρώς από το 2003, ενώ το 2007 η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 5 και 12 ευρώ ανά μονάδα στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν στοιχεία.

Τα παραισθησιογόναμανιτάρια, που φύονται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και πωλούνται μέσω διαδικτύου, αναφέρθηκαν από 11 εκ των 28 χωρών οι οποίες υπέβαλαν στοιχεία για κατασχέσεις ναρκωτικών το 2007. Σε πέντε από τις έξι χώρες που ανέφεραν τάσεις είτε ως προς τις κατασχέσεις, είτε ως προς την επικράτηση της χρήσης, είτε ως προς τη διαθεσιμότητα παραισθησιογόνωνμανιταριών, η τάση ήταν πτωτική. Μία χώρα (Γαλλία) ανέφερε αύξηση της επικράτησης της χρήσης και των κατασχέσεων, η οποία αποδίδεται στη διαθεσιμότητα

<b>Πίνακας 5: Επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών στον γενικό πληθυσμό – Σύνοψη των στοιχείων</b>		
Ηλικιακή ομάδα	Χρονικό πλαίσιο χρήσης	
	Σε όλη τη ζωή	Τελευταίο έτος
<b>15-64 έτη</b>		
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	12 εκατ.	2 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	3,5%	0,5%
Εύρος	0,0-11,7%	0,0-1,3%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,0%) Ελλάδα (0,1%) Μάλτα (0,4%) Κύπρος (0,8%)	Ελλάδα, Μάλτα, Ρουμανία (0,0%) Γαλλία (0,1%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ηνωμένο Βασίλειο (11,7%) Δανία (6,3%) Ισπανία (3,8%) Νορβηγία (3,6%)	Εσθονία (1,3%) Δανία (1,2%) Νορβηγία (1,1%) Ηνωμένο Βασίλειο (1,0%)
<b>15-34 έτη</b>		
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	7 εκατ.	1,5 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	5,0%	1,1%
Εύρος	0,1-15,3%	0,1-3,1%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,1%) Ελλάδα (0,2%) Μάλτα (0,7%) Κύπρος (0,8%)	Ελλάδα, Ρουμανία (0,1%) Γαλλία (0,2%) Κύπρος (0,3%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ηνωμένο Βασίλειο (15,3%) Δανία (10,5%) Λετονία (6,1%) Νορβηγία (5,9%)	Δανία (3,1%) Εσθονία (2,9%) Νορβηγία (2,0%) Λετονία (1,9%)
<p>Η εκτιμώμενη επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν μεταξύ 2001 και 2008 (κυρίως την περίοδο 2004-2008) και, επομένως, δεν αντικατοπτρίζει συγκεκριμένο έτος. Η μέση επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου σύμφωνα με τον πληθυσμό της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία συμπληρώθηκε η μέση επικράτηση στην ΕΕ. Πληθυσμοί που χρησιμοποιήθηκαν ως βάση: 15-64 (334 εκατομμύρια) και 15-34 (133 εκατομμύρια). Τα στοιχεία που συνοψίζονται εδώ είναι διαθέσιμα στην ενότητα «Έρευνες γενικού πληθυσμού» στο Δελτίο Στατιστικών στοιχείων 2009.</p>		

μανιταριών και συσκευασμένων σπόρων για την καλλιέργεια μανιταριών στο διαδίκτυο.

### Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ (Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρουν σχετικά υψηλά ποσοστά χρήσης αμφεταμινών ή έκστασης στον γενικό πληθυσμό. Σε μικρό αριθμό χωρών, μεγάλο ποσοστό του συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και των χρηστών που ζητούν βοήθεια για προβλήματα με τα ναρκωτικά κάνει (συχνά ενέσιμη) χρήση αμφεταμίνης ή μεθαμφεταμίνης. Σε αντίθεση με αυτούς τους πληθυσμούς χρόνιων χρηστών, υπάρχει μια γενικότερη συσχέτιση της χρήσης συνθετικών ναρκωτικών (ιδιαίτερα της έκστασης) και των κλαμπ ή της χορευτικής μουσικής. Ως αποτέλεσμα, αναφέρονται σημαντικά

υψηλότερα επίπεδα χρήσης μεταξύ των νέων, ενώ υπερβολικά υψηλά επίπεδα χρήσης διαπιστώνονται σε συγκεκριμένα πλαίσια ή σε συγκεκριμένες υποομάδες του πληθυσμού. Τέλος, τα συνολικά επίπεδα κατανάλωσης παραισθησιογόνων ουσιών, όπως το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSD) ή τα παραισθησιογόνα μανιτάρια, είναι σε γενικές γραμμές χαμηλά και παραμένουν σταθερά τα τελευταία χρόνια.

### Αμφεταμίνες

Πρόσφατες έρευνες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη διάρκεια της ζωής<sup>(76)</sup> στην Ευρώπη ποικίλλει μεταξύ των χωρών από σχεδόν μηδενικό ποσοστό έως 11,7% του συνόλου των ενηλίκων (15-64 ετών). Κατά μέσο όρο, εκτιμάται ότι ποσοστό 3,5% του συνόλου των ενηλίκων Ευρωπαίων έχει

<sup>(76)</sup> Στα ερευνητικά δεδομένα για τη «χρήση αμφεταμίνης» συχνά δεν γίνεται διάκριση μεταξύ αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, καθώς όμως η χρήση μεθαμφεταμίνης δεν είναι διαδεδομένη στην Ευρώπη, η επικράτηση κανονικά αντικατοπτρίζει τη χρήση αμφεταμίνης (θεικής ή δεξαμφεταμίνης).

κάνει χρήση αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά. Η χρήση τους κατά το τελευταίο έτος είναι πολύ χαμηλότερη, με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να διαμορφώνεται σε 0,5%.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις αυτές, περίπου 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν δοκιμάσει αμφεταμίνες και περίπου 2 εκατομμύρια έκαναν χρήση αμφεταμινών στη διάρκεια του τελευταίου δωδεκάμηνου (βλέπε πίνακα 5 για συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων).

Στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών), η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη διάρκεια της ζωής διαφοροποιείται σημαντικά ανά χώρα και κυμαίνεται από 0,1 έως 15,3%, με σταθμισμένο ευρωπαϊκό μέσο όρο περίπου 5%. Στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, η χρήση αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται μεταξύ 0,1 και 3,1%, με την πλειονότητα των χωρών να αναφέρουν εκτιμώμενα ποσοστά επικράτησης από 0,5 έως 2,0%. Υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο 1,1% των νεαρών Ευρωπαίων έκανε χρήση αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος.

Στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 1 έως 8% στα 26 κράτη μέλη της ΕΕ, στη Νορβηγία και την Κροατία, σύμφωνα με την έρευνα του 2007, ενώ ποσοστά επικράτησης άνω του 5% αναφέρθηκαν μόνο στη Βουλγαρία και τη Λετονία (6% έκαστη), καθώς και στην Αυστρία (8%) (77).

### Προβληματική χρήση αμφεταμίνης

Ο δείκτης του ΕΚΠΝΤ για την προβληματική χρήση ναρκωτικών μπορεί να εφαρμοστεί και στην αμφεταμίνη, όπου ορίζει ως προβληματική την ενέσιμη ή μακροχρόνια/ συστηματική χρήση της ουσίας. Μόνο η Φινλανδία υπέβαλε πρόσφατη εθνική εκτίμηση σχετικά με τους προβληματικούς χρήστες αμφεταμίνης, οι οποίοι υπολογίζεται ότι κυμάνθηκαν μεταξύ 12 000 και 22 000 το 2005 (78), αριθμός σχεδόν τετραπλάσιος από τον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών οπιοειδών στη χώρα.

Ο αριθμός των αναφερόμενων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την αμφεταμίνη είναι σχετικά μικρός στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ωστόσο αναλογεί σε υψηλό ποσοστό των συνολικών αιτήσεων για θεραπεία, κυρίως στη Σουηδία (34%), στη Φινλανδία (23%), στη Λετονία (16%) και την Ουγγαρία (11%). Τέσσερις ακόμη χώρες (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Κάτω Χώρες) αναφέρουν ότι ποσοστό μεταξύ 6 και 10% των χρηστών υπό θεραπεία δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την αμφεταμίνη.

Στις υπόλοιπες χώρες, το ποσοστό διαμορφώνεται κάτω από 3% (79).

Ο συνολικός αριθμός και το ποσοστό των χρηστών που ξεκινούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την αμφεταμίνη παρέμειναν σε γενικές γραμμές αμετάβλητα μεταξύ των ετών 2002 και 2007. Σημαντικές αυξήσεις αναφέρονται μόνο από τη Δανία, τη Λετονία και τις Κάτω Χώρες, ενώ η Σουηδία και η Φινλανδία αναφέρουν μείωση του ποσοστού των χρηστών αμφεταμινών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά (80). Παρά ταύτα, όταν εξετάζονται στοιχεία τάσεων θα πρέπει να συνεκτιμώνται οι μεθοδολογικοί περιορισμοί, δεδομένων των πρόσφατων αλλαγών σε ορισμένα εθνικά συστήματα παρακολούθησης (π.χ. Λετονία).

Η μέση ηλικία των χρηστών αμφεταμίνης που ξεκινούν θεραπεία είναι τα 29 έτη. Η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι περίπου 2 προς 1 –η αναλογία των γυναικών είναι υψηλότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη αναλογία για άλλες ουσίες. Οι χρήστες αμφεταμίνης υπό θεραπεία συχνά αναφέρουν χρήση και άλλων ουσιών, κυρίως κάνναβης και αλκοόλ, σε κάποιες περιπτώσεις και οπιοειδών (81). Στις χώρες στις οποίες οι χρήστες αμφεταμίνης αντιπροσωπεύουν υψηλό ποσοστό των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης, ο συνηθέστερος τρόπος χρήσης είναι η ενέσιμη χρήση (63–83%).

### Προβληματική χρήση μεθαμφεταμίνης

Σε αντίθεση με άλλες περιοχές του κόσμου όπου η χρήση μεθαμφεταμίνης έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, τα επίπεδα χρήσης της στην Ευρώπη φαίνεται ότι είναι χαμηλά. Ανέκαθεν η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας στην Ευρώπη συγκεντρωνόταν στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία. Το 2007 ο αριθμός των προβληματικών χρηστών μεθαμφεταμίνης στην Τσεχική Δημοκρατία υπολογίζεται ότι ανήλθε σε περίπου 20 400–21 400 (2,8 έως 2,9 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15–64 ετών), αριθμός διπλάσιος από τον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών οπιοειδών, ενώ στη Σλοβακία σε 5 800–15 700 (1,5 έως 4,0 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15–64 ετών), περίπου 20% λιγότεροι από τον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών οπιοειδών.

Και στις δύο αυτές χώρες, μεγάλο ποσοστό των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία δηλώνουν τη μεθαμφεταμίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης (61% στην Τσεχική Δημοκρατία και 26% στη Σλοβακία). Στην πενταετία 2002–2007 οι αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση

(77) Στοιχεία από όλες τις χώρες του ESPAD και την Ισπανία. Βλέπε διάγραμμα EYE-2 μέρος (vi) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(78) Αριθμός που αντιστοιχεί σε 3,4 έως 6,3 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15–64 ετών. Ο υπολογισμός έγινε με βάση το αρχικό δείγμα ηλικίας 15–54 ετών υποθέτοντας 0 περιπτώσεις στην ηλικιακή ομάδα 55–64.

(79) Βλέπε πίνακα TDI-5 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(80) Βλέπε διάγραμμα TDI-1 και πίνακα TDI-36 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(81) Βλέπε πίνακα TDI-37 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

μεθαμφεταμίνης σημείωσαν αύξηση και στις δύο αυτές χώρες <sup>(82)</sup>.

Οι χρήστες μεθαμφεταμίνης υπό θεραπεία αναφέρουν υψηλά ποσοστά ενέσιμης χρήσης της ουσίας (82 % στην Τσεχική Δημοκρατία και 41 % στη Σλοβακία). Συχνά αναφέρεται χρήση και άλλων ουσιών, κυρίως κάνναβης, αλκοόλ και οπιοειδών. Στη Σλοβακία καταγράφεται ραγδαία αύξηση του αριθμού χρηστών μεθαμφεταμίνης που ξεκινούν θεραπεία υποκατάστασης.

Οι χρήστες μεθαμφεταμίνης που ξεκινούν θεραπεία στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία είναι σχετικά νέοι, κατά μέσο όρο ηλικίας 24-25 ετών και κυρίως άνδρες. Ωστόσο, το ποσοστό των γυναικών σε θεραπεία για προβληματική χρήση μεθαμφεταμίνης είναι υψηλότερο από το ποσοστό γυναικών σε θεραπεία για προβληματική χρήση άλλων ουσιών.

## Έκταση

Υπολογίζεται ότι περίπου 10 εκατομμύρια ενήλικες Ευρωπαίοι έχουν δοκιμάσει έκσταση (3,1 % κατά μέσο όρο) και ότι περίπου 2,5 εκατομμύρια (0,8 %) έκαναν χρήση έκστασης κατά το τελευταίο έτος (βλέπε πίνακα 6 για συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων). Μεγάλη απόκλιση παρατηρείται μεταξύ των χωρών καθώς, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, ποσοστό από 0,3 έως 7,5 % του συνόλου των ενηλίκων (15-64 ετών) έχουν δοκιμάσει το ναρκωτικό, ενώ οι περισσότερες χώρες υπολογίζουν επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής εντός του εύρους 1-5 %. Η χρήση του ναρκωτικού στην Ευρώπη κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,1 έως 3,5 %. Σε όλους τους δείκτες, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες παράνομες ουσίες, η αναφερόμενη χρήση είναι κατά πολύ υψηλότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.

**Πίνακας 6: Επικράτηση της χρήσης έκστασης στον γενικό πληθυσμό – Σύνοψη των στοιχείων**

Ηλικιακή ομάδα	Χρονικό πλαίσιο χρήσης	
	Σε όλη τη ζωή	Τελευταίο έτος
<b>15-64 έτη</b>		
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	10 εκατ.	2,5 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	3,1 %	0,8 %
Εύρος	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,3 %) Ελλάδα (0,4 %) Μάλτα (0,7 %) Λιθουανία (1,0 %)	Ρουμανία (0,1 %) Ελλάδα, Μάλτα (0,2 %) Πολωνία (0,3 %)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ηνωμένο Βασίλειο (7,5 %) Τσεχική Δημοκρατία (7,1 %) Ιρλανδία (5,4 %) Λετονία (4,7 %)	Τσεχική Δημοκρατία (3,5 %) Εσθονία (1,7 %) Σλοβακία (1,6 %) Ηνωμένο Βασίλειο, Λετονία (1,5 %)
<b>15-34 έτη</b>		
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	7,5 εκατ.	2 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	5,6 %	1,6 %
Εύρος	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ελλάδα, Ρουμανία (0,6 %) Μάλτα (1,4 %) Λιθουανία, Πολωνία (2,1 %)	Ρουμανία (0,2 %) Ελλάδα (0,4 %) Πολωνία (0,7 %) Ιταλία, Λιθουανία, Πορτογαλία (0,9 %)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Τσεχική Δημοκρατία (14,6 %) Ηνωμένο Βασίλειο (12,7 %) Ιρλανδία (9,0 %) Λετονία (8,5 %)	Τσεχική Δημοκρατία (7,7 %) Εσθονία (3,7 %) Ηνωμένο Βασίλειο (3,1 %) Λετονία, Σλοβακία, Κάτω Χώρες (2,7 %)
<p>Η εκτιμώμενη επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν μεταξύ 2001 και 2008 (κυρίως την περίοδο 2004-2008) και, επομένως, δεν αντικατοπτρίζει συγκεκριμένο έτος. Η μέση επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου σύμφωνα με τον πληθυσμό της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία συμπληρώθηκε η μέση επικράτηση στην ΕΕ. Πληθυσμοί που χρησιμοποιήθηκαν ως βάση: 15-64 (334 εκατομμύρια) και 15-34 (133 εκατομμύρια). Τα στοιχεία που συνοψίζονται εδώ είναι διαθέσιμα στην ενότητα «Έρευνες γενικού πληθυσμού» στο Δελτίο Στατιστικών στοιχείων 2009.</p>		

<sup>(82)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-5 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Η κατανάλωση έκστασης είναι πολύ πιο διαδεδομένη μεταξύ των νεαρών ενηλίκων (15–34 ετών), για τους οποίους η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής υπολογίζεται ότι κυμαίνεται σε εθνικό επίπεδο μεταξύ 0,6 και 14,6%, ενώ ποσοστό από 0,2 έως 7,7% της ίδιας ηλικιακής ομάδας δηλώνει ότι έκανε χρήση του ναρκωτικού κατά το τελευταίο έτος. Υπολογίζεται ότι 7,5 εκατομμύρια νεαροί Ευρωπαίοι (5,6%) έχουν δοκιμάσει έκσταση και περίπου 2 εκατομμύρια (1,6%) έκαναν χρήση το τελευταίο δωδεκάμηνο. Η εκτιμώμενη επικράτηση είναι υψηλότερη εάν επικεντρωθούμε αποκλειστικά σε μια ομάδα νεαρότερης ηλικίας, την ηλικιακή ομάδα 15–24 ετών. Στην ομάδα αυτή, η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 0,4 έως 18,7%, αν και οι περισσότερες χώρες ανέφεραν εκτιμήσεις μεταξύ 2,1 και 6,8%. Οι εκτιμήσεις που ανέφεραν οι περισσότερες χώρες για τη χρήση έκστασης κατά το τελευταίο έτος στην ίδια ηλικιακή ομάδα ήταν από 1,0 έως 3,9%, ωστόσο παρατηρείται μεγάλη απόκλιση μεταξύ της χαμηλότερης (0,3%) και της υψηλότερης εθνικής εκτίμησης (12%)<sup>(83)</sup>.

Στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών, η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται μεταξύ 1 και 5% στις περισσότερες εκ των 28 χωρών, σύμφωνα με την έρευνα του 2007. Υψηλότερα επίπεδα επικράτησης αναφέρονται από 4 μόνο χώρες: Βουλγαρία, Εσθονία, Σλοβακία (6% έκαστη) και Λετονία (7%).

Ο αριθμός των χρηστών έκστασης που ξεκίνησαν θεραπεία απεξάρτησης το 2007 εξακολουθεί να είναι ασήμαντος. Στα δύο τρίτα των χωρών, ποσοστό μικρότερο του 1% των χρηστών υπό θεραπεία δηλώνουν την έκσταση ως κύρια ουσία κατάχρησης, ενώ στις υπόλοιπες χώρες το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 1 και 5%. Με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, οι χρήστες έκστασης συγκαταλέγονται στις νεότερες ηλικιακά ομάδες χρηστών που ξεκινούν θεραπεία και συνήθως αναφέρουν παράλληλη χρήση και άλλων ουσιών, όπως κάνναβη, κοκαΐνη, αλκοόλ και αμφεταμίνες<sup>(84)</sup>.

### LSD και παραισθησιογόναμανιάρια

Η επικράτηση της χρήσης LSD σε όλη τη διάρκεια της ζωής στον ενήλικο πληθυσμό (15–64 ετών) ποικίλλει από σχεδόν μηδενική έως 5,2%. Στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών), τα εκτιμώμενα ποσοστά επικράτησης σε όλη τη διάρκεια της ζωής είναι λίγο υψηλότερα (0,0 έως 6,6%), αν και αναφέρονται πολύ χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κατά το τελευταίο έτος και στην ηλικιακή ομάδα 15–24<sup>(85)</sup>. Αντιθέτως, στις λίγες χώρες που υπέβαλαν συγκρίσιμα στοιχεία, η χρήση LSD είναι

### Επιλεγμένο θέμα του ΕΚΠΝΤ: πολλαπλή χρήση ουσιών

Παράλληλα με την ετήσια έκθεση του 2009, το ΕΚΠΝΤ δημοσιεύει ένα τεύχος με επιλεγμένο θέμα την πολλαπλή χρήση ουσιών. Στο τεύχος γίνεται μια επισκόπηση των διαθέσιμων ορισμών αυτού του πολύ συχνού τρόπου χρήσης ναρκωτικών, και παρουσιάζονται στοιχεία τα οποία συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της επικράτησης και των χαρακτηριστικών της πολλαπλής χρήσης ουσιών σε διάφορους πληθυσμούς (μαθητικών, πληθυσμός, ενήλικες, προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών). Περιγράφονται, επίσης, οι υπάρχουσες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου στα πεδία της πρόληψης, της θεραπείας και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών. Στην έκθεση περιλαμβάνεται επίσης μια σύντομη επισκόπηση των κινδύνων που εγκυμονεί η χρήση ορισμένων πολύ διαδεδομένων συνδυασμών ουσιών και εξετάζονται οι τρόποι παρακολούθησης της πολλαπλής χρήσης στο μέλλον.

Το εν λόγω επιλεγμένο θέμα διατίθεται σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή μόνο στην αγγλική γλώσσα (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

συχνά μικρότερη από τη χρήση παραισθησιογόνωνμανιταριών, για τα οποία η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής στους νεαρούς ενήλικες υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,3 και 8,3%, ενώ η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος εκτιμάται από 0,2 έως 2,8%.

Στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών, η επικράτηση της χρήσης παραισθησιογόνωνμανιταριών εκτιμάται ότι είναι υψηλότερη από την επικράτηση της χρήσης LSD και άλλων παραισθησιογόνων σε 10 εκ των 26 χωρών που υπέβαλαν στοιχεία για τις εν λόγω ουσίες. Οι περισσότερες χώρες αναφέρουν εκτιμώμενη επικράτηση της χρήσης παραισθησιογόνωνμανιταριών σε όλη τη διάρκεια της ζωής από 1 έως 4%, ενώ υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται μόνο από τη Σλοβακία (5%) και την Τσεχική Δημοκρατία (7%)<sup>(86)</sup>.

### Τάσεις όσον αφορά τη χρήση αμφεταμινών και έκστασης

Οι αναφορές προηγούμενων εκθέσεων περί σταθεροποίησης ή ακόμη και περί πτωτικών τάσεων όσον αφορά την κατανάλωση αμφεταμινών και έκστασης στην Ευρώπη επιβεβαιώνονται από τα πρόσφατα δεδομένα. Μετά τις γενικευμένες αυξήσεις της δεκαετίας του 1990, οι έρευνες στον γενικό πληθυσμό υποδεικνύουν πλέον μια γενικότερη σταθεροποίηση ή και μικρή μείωση της

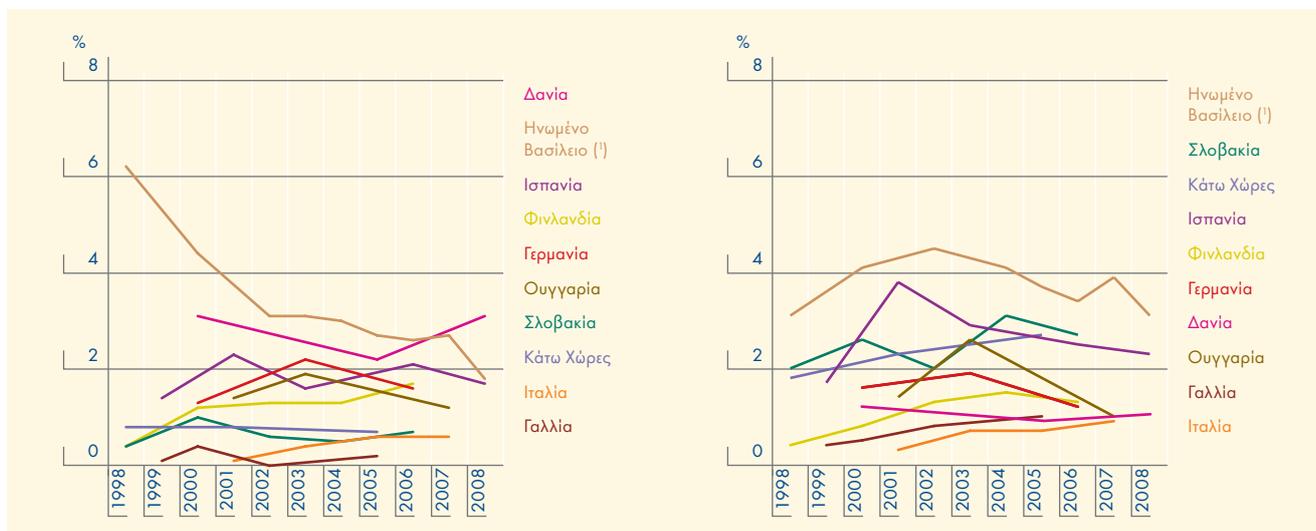
<sup>(83)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-9 μέρος (ii) και πίνακες GPS-17 και GPS-18 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(84)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-5 και TDI-37 μέρος (i), μέρος (ii) και μέρος (iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(85)</sup> Βλέπε πίνακες GPS-8 μέρος (i), GPS-9, GPS-11 και GPS-17 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(86)</sup> Στοιχεία της έρευνας ESPAD για όλες τις χώρες εκτός Ισπανίας. Βλέπε διάγραμμα EYE-2 μέρος (v) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

**Διάγραμμα 7:** Τάσεις όσον αφορά την επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών (αριστερά) και έκστασης (δεξιά) κατά το τελευταίο έτος σε νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών)



(<sup>1</sup>) Αγγλία και Ουαλία.  
 Σημείωση: Παρουσιάζονται στοιχεία μόνο για χώρες που διαθέτουν τουλάχιστον τρεις έρευνες κατά την περίοδο 1998-2008. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διαγράμματα GPS-8 και GPS-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.  
 Πηγές: Εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

δημοτικότητας και των δύο αυτών ουσιών, παρότι αυτό δεν αποτελεί κανόνα σε όλες τις χώρες.

Η χρήση αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος από νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών) στο Ηνωμένο Βασίλειο μειώθηκε σημαντικά από 6,2 το 1998 σε 1,8% το 2008. Στη Δανία, η χρήση αμφεταμινών αυξήθηκε από 0,5 το 1994 σε 3,1% το 2000 και παραμένει σε αντίστοιχα επίπεδα το 2008 (<sup>87</sup>). Στις υπόλοιπες χώρες που αναφέρουν επανειλημμένες έρευνες σε παρόμοιο χρονικό διάστημα (Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία, Φινλανδία), οι τάσεις είναι σε γενικές γραμμές σταθερές (διάγραμμα 7). Κατά την πενταετία 2002-2007, από τις 11 χώρες με επαρκή στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος στην ηλικιακή ομάδα 15-34 ετών, τέσσερις αναφέρουν μείωση κατά τουλάχιστον 15% σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα, τρεις αναφέρουν σταθεροποίηση και τέσσερις αναφέρουν αύξηση.

Όσον αφορά τη χρήση έκστασης από νεαρούς ενήλικες (15-34), η εικόνα είναι πιο συγκεχυμένη. Μετά τη γενικευμένη αύξηση της χρήσης σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η οποία οδήγησε στη διαμόρφωση παρόμοιων επιπέδων χρήσης στη Γερμανία, στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο στα μέσα της δεκαετίας του 1990, η επικράτηση της χρήσης έκστασης κατά το τελευταίο έτος εκτιμάται ότι μειώθηκε στο επίπεδο του 1,6% κατά μέσο όρο στην Ευρώπη. Μεταξύ των χωρών

που διαθέτουν πιο πρόσφατες έρευνες, φαίνεται ότι η επικράτηση της χρήσης στο Ηνωμένο Βασίλειο παραμένει υψηλότερη σε σύγκριση με άλλες χώρες (<sup>88</sup>). Στη διάρκεια της πενταετίας 2002-2007, η επικράτηση της χρήσης έκστασης από νεαρούς ενήλικες κατά το τελευταίο έτος μειώθηκε κατά τουλάχιστον 15% σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα σε 3 από τις 11 χώρες που υπέβαλαν επαρκή στοιχεία, ενώ σε 4 χώρες παρέμεινε σταθερή και σε 4 αυξήθηκε.

Η κοκαΐνη ενδέχεται να παίρνει τη θέση των αμφεταμινών και της έκστασης σε ορισμένες χώρες και σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού των χρηστών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο και, έως έναν βαθμό, και άλλες χώρες (π.χ. Δανία, Ισπανία), όπου παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης κοκαΐνης και ταυτόχρονη μείωση της χρήσης αμφεταμινών (ΕΚΠΝΤ, 2008β).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας ESPAD και άλλων ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό που διεξήχθησαν το 2007, σε γενικές γραμμές παρατηρούνται ελάχιστες μεταβολές στα επίπεδα πειραματικής χρήσης αμφεταμινών και έκστασης από μαθητές ηλικίας 15 έως 16 ετών. Λαμβάνοντας υπόψη μεταβολές κατά τουλάχιστον δύο εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ των ετών 2003 και 2007, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη διάρκεια της ζωής αυξήθηκε σε εννέα χώρες. Βάσει του ίδιου δείκτη, η χρήση της έκστασης αυξήθηκε σε επτά χώρες. Μείωση στην επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη

(<sup>87</sup>) Στη Δανία, το 1994 τα στοιχεία κάνουν λόγο για «σκληρά ναρκωτικά», τα οποία θεωρήθηκαν κυρίως αμφεταμίνες.

(<sup>88</sup>) Βλέπε διάγραμμα GPS-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

διάρκεια της ζωής παρατηρήθηκε μόνο στην Εσθονία, ενώ μείωση στη χρήση της έκστασης αναφέρθηκε από την Τσεχική Δημοκρατία, την Πορτογαλία και την Κροατία.

### Αμφεταμίνες και έκσταση σε χώρους διασκέδασης – Χρήση και παρεμβάσεις

Η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ ενίοτε σχετίζεται με συγκεκριμένους χώρους διασκέδασης στους οποίους συχνάζουν άτομα νεαρής ηλικίας (π.χ. χορευτικές εκδηλώσεις, μουσικά φεστιβάλ). Οι έρευνες για τη χρήση ναρκωτικών στους χώρους αυτούς μας δίνουν κάποιες ενδείξεις σχετικά με τη συμπεριφορά των ατόμων που κάνουν χρήση αμφεταμινών ή έκστασης ή και άλλων ουσιών, όπως κεταμίνης ή GHB. Τα εκτιμώμενα ποσοστά της χρήσης ουσιών στους χώρους αυτούς είναι συνήθως υψηλά, αλλά δεν μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ η χρήση ουσιών γίνεται ως επί το πλείστον τα σαββατοκύριακα ή στη διάρκεια των διακοπών (ΕΚΠΝΤ, 2006β).

Στοιχεία σχετικά με την επικράτηση από έρευνες που διεξήχθησαν σε χώρους διασκέδασης το 2007 διαθέτουν πέντε χώρες (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Λετονία, Λιθουανία, Αυστρία). Η εκτιμώμενη επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται μεταξύ 15 και 71 % για την έκσταση και μεταξύ 17 και 68 % για τις αμφεταμίνες. Σε τέσσερις έρευνες αναφέρονται και εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης παραισθησιογόνων μανιταριών σε όλη τη διάρκεια της ζωής, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 4 και 64 %. Στους χώρους αυτούς καταγράφεται και συχνή χρήση έκστασης ή αμφεταμινών, τα ποσοστά της όμως σε γενικές γραμμές είναι πολύ χαμηλότερα.

Μια ένδειξη σχετικά με το κατά πόσον η χρήση αυτών των ναρκωτικών συγκεντρώνεται κυρίως στον πληθυσμό των νέων που συχνάζουν σε κλαμπ (νυχτερινά κέντρα διασκέδασης) μας δίνει η έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία το διάστημα 2007-2008. Μεταξύ των νέων ηλικίας 16-24 ετών, όσοι δήλωσαν ότι βρέθηκαν σε κλαμπ τουλάχιστον τέσσερις φορές τον τελευταίο μήνα είχαν πάνω από τις τριπλάσιες πιθανότητες να έχουν κάνει χρήση έκστασης (8 %) κατά το τελευταίο έτος σε σύγκριση με όσους δεν συχνάζουν σε κλαμπ (2,3 %) (Hoare και Flatley, 2008).

Η υγεία και η ασφάλεια των θαμώνων των κλαμπ που κάνουν χρήση ναρκωτικών είναι θέμα που απασχολεί ολοένα και περισσότερο τους αρμόδιους για τη δημόσια υγεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές, όπως οι κατευθυντήριες γραμμές με τίτλο «Safer dancing» (Χόρευε με ασφάλεια) που εξέδωσε το Ηνωμένο Βασίλειο, καθίστανται σημαντικό εργαλείο στο πεδίο αυτό. Ωστόσο, αν και πλέον 12 χώρες

αναφέρουν ότι έχουν εκπονήσει κατευθυντήριες γραμμές για τα κλαμπ, μόνον οι Κάτω Χώρες, η Σλοβενία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι η εφαρμογή τους παρακολουθείται και επιβάλλεται.

Οι κατευθυντήριες γραμμές για το ασφαλές κλάμπινγκ αποσκοπούν στο να περιορίσουν τις πιθανότητες να προκύψουν προβλήματα από τη χρήση ναρκωτικών και προβλέπουν, μεταξύ άλλων, δωρεάν παροχή κρύου νερού, άμεση παροχή πρώτων βοηθειών και πρόληψη από ομάδες εργασίας εκτός δομών. Εκθέσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα παρόμοιων μέτρων σε κλαμπ με αρκούτως μεγάλο πληθυσμό-στόχο για την υλοποίηση παρεμβάσεων υποβλήθηκαν από τους εθνικούς εμπειρογνώμονες. Συνολικά, οι εκθέσεις καταδεικνύουν τη μικρή διαθεσιμότητα απλών μέτρων τα οποία θα μπορούσαν να αποτρέψουν ή να μειώσουν τους κινδύνους για την υγεία και τη χρήση ναρκωτικών στα κλαμπ στην Ευρώπη. Πρόληψη από ομάδες εργασίας εκτός δομών γίνεται στην πλειονότητα των κλαμπ μόνο στη Λιθουανία και τη Σλοβενία. Σε 18 χώρες γίνεται σε μια μειονότητα κλαμπ, ενώ σε 6 χώρες είναι ανύπαρκτη. Πέντε χώρες αναφέρουν ότι προβλέπεται άμεση παροχή πρώτων βοηθειών στα περισσότερα κλαμπ (Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία), σε 15 χώρες το μέτρο αυτό εφαρμόζεται σε λιγότερα από τα μισά κλαμπ, ενώ δεν εφαρμόζεται καθόλου στην Ελλάδα και τη Σουηδία. Τέλος, δωρεάν κρύο νερό προσφέρεται στα περισσότερα κλαμπ σε 11 χώρες και σε λιγότερα από τα μισά κλαμπ σε 9 χώρες, ενώ το μέτρο δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα, στην Κύπρο και τη Ρουμανία.

### Θεραπεία

Οι χρήστες αμφεταμινών συνήθως παρακολουθούν προγράμματα απεξάρτησης σε κέντρα εξωτερικής παραμονής τα οποία, σε χώρες που είχαν επί σειρά ετών σημαντικά υψηλά επίπεδα χρήσης αμφεταμινών, εξειδικεύονται στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου τύπου ουσιοεξάρτησης. Οι πλέον προβληματικοί χρήστες αμφεταμινών μπορούν να παρακολουθήσουν πρόγραμμα και σε κέντρα απεξάρτησης εσωτερικής παραμονής ή σε ψυχιατρεία ή νοσοκομεία.

Ειδικά θεραπευτικά προγράμματα για προβληματικούς χρήστες αμφεταμινών αναφέρονται από 9 χώρες (Γερμανία, Εσθονία, Ισπανία, Ιταλία, Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Σλοβακία, Ηνωμένο Βασίλειο). Η διαθεσιμότητα των εν λόγω προγραμμάτων ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Μόνον 3 από τις χώρες αυτές (Πορτογαλία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρουν ότι τα ειδικά προγράμματα είναι διαθέσιμα στην πλειονότητα των χρηστών αμφεταμινών που υποβάλλουν αίτηση. Σε

άλλες 6 χώρες, οι εθνικοί εμπειρογνώμονες εκτιμούν ότι τα ειδικά προγράμματα απεξάρτησης από αμφεταμίνες είναι διαθέσιμα σε λιγότερους από τους μισούς χρήστες που υποβάλλουν αίτηση. Το περιεχόμενο των ειδικών προγραμμάτων για τους χρήστες των συγκεκριμένων ουσιών συνήθως δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένο επιστημονικά.

Θεραπευτικές επιλογές τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας οι οποίες να δίνουν κατευθύνσεις στη θεραπεία απεξάρτησης από ψυχοδιεγερτικές ουσίες, όπως οι αμφεταμίνες, γενικά δεν υπάρχουν. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα αναφέρονται από πρόσφατες έρευνες για φαρμακολογικούς παράγοντες, οι οποίοι βοηθούν τους χρήστες να αντιμετωπίζουν την αποχή ή μειώνουν τη σφοδρή επιθυμία των εξαρτημένων χρηστών αμφεταμινών για λήψη της ουσίας –τέτοιοι παράγοντες μέχρι σήμερα δεν είναι διαθέσιμοι. Μια φινλανδική μελέτη για τη χρήση μεθυλφαινιδάτης και αριπιπραζόλης κατέληξε σε θετικά αρχικά αποτελέσματα, με τους χρήστες στους οποίους χορηγήθηκε μεθυλφαινιδάτη να παρουσιάζουν λιγότερα δείγματα ούρων θετικά για αμφεταμίνη από όσους έλαβαν αριπιπραζόλη ή εικονικό φάρμακο (Tiitonen κ.ά., 2007). Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέδειξε θετικά αποτελέσματα τόσο για τη μεθυλφαινιδάτη όσο και για τη δεξαμφεταμίνη στη θεραπεία απεξάρτησης από μεθαμφεταμίνη (Elkashaf κ.ά., 2008).

Η δεξαμφεταμίνη χρησιμοποιείται επί σειρά ετών για τη θεραπεία εξαιρετικά προβληματικών χρηστών αμφεταμινών στην Αγγλία και την Ουαλία, όπου μπορεί να συνταγογραφείται από οποιονδήποτε γιατρό. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την πρακτική αυτή στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περιορισμένα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μιας έρευνας σχετικά με τις υπηρεσίες των φαρμακείων, η οποία διεξήχθη πριν από περισσότερα από δέκα χρόνια, 900 έως 1 000 χρήστες λάμβαναν τη συγκεκριμένη αγωγή (Strang και Sheridan, 1997). Οι περισσότερες συνταγές εκδίδονταν από γιατρούς που εργάζονταν σε νοσοκομεία ή κλινικές, και σχεδόν όλες από γιατρούς του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ). Μια έρευνα που διεξήχθη το 2000 σε 265 εξειδικευμένες υπηρεσίες του ΕΣΥ αποκάλυψε ότι συνταγογράφηση δεξαμφεταμίνης μπορούσε να γίνει στο ένα τρίτο περίπου των υπηρεσιών που συμμετείχαν στην έρευνα (Rosenberg κ.ά., 2002). Παρά ταύτα, οι κατευθυντήριες γραμμές του Ηνωμένου Βασιλείου για την κλινική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης συνιστούν να μην συνταγογραφείται

δεξαμφεταμίνη ως υποκατάστατο, λόγω έλλειψης αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας (NTA, 2007).

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει καμία ψυχοκοινωνική παρέμβαση για χρήστες ψυχοδιεγερτικών ουσιών με επαρκώς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα όσον αφορά τη συμβολή της στη διατήρηση της αποχής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε χρήστες διεγερτικών είναι οι γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, όπως η προσέγγιση της πρόληψης της υποτροπής. Η αποτελεσματικότητα άλλων μορφών παρέμβασης δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Η βιβλιογραφία στερείται άρτιων μελετών σε χρήστες που δηλώνουν τις αμφεταμίνες ως κύριες ουσίες κατάχρησης, ιδίως μελέτες για την έκβαση της θεραπείας (Baker κ.ά., 2004). Εξάλλου, μια πρόσφατη ανασκόπηση Cochrane των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε εξαρτημένους από ψυχοδιεγερτικά καταλήγει στο συμπέρασμα ότι διαρκή θετικά συμπεριφορικά αποτελέσματα (παραμονή στη θεραπεία, μείωση της κατανάλωσης ουσιών) παρατηρούνται μόνον σε παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ως συνιστώσα τους τη συστηματική συντελεστική ενίσχυση. Παρά ταύτα, η εν λόγω προσέγγιση σπάνια εφαρμόζεται στην Ευρώπη, παρότι υλοποιήθηκαν κάποια πιλοτικά προγράμματα (βλέπε κεφάλαιο 5).

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε θέματα ψυχοκοινωνικής και φαρμακολογικής θεραπείας των χρηστών με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αμφεταμινών, ιδίως όσων κάνουν ενέσιμη χρήση. Απαιτείται επίσης καλύτερη τεκμηρίωση των υπάρχουσών θεραπευτικών πρακτικών και της κάλυψης αυτών στην Ευρώπη, ενώ υπάρχουν μεγάλα περιθώρια στον τομέα της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών. Η ανυπαρξία ειδικών προγραμμάτων ενδέχεται να αποθαρρύνει τους χρήστες αμφεταμίνης ή μεθαμφεταμίνης από την αναζήτηση θεραπείας, ιδίως κατά τα αρχικά στάδια της χρήσης. Πέραν αυτού, η ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων θα μπορούσε να συμβάλλει στην προσέλκυση μεγαλύτερου αριθμού χρηστών στη θεραπεία, γεγονός που διαπιστώθηκε με τους χρήστες κάνναβης στη Γερμανία και τη Γαλλία, όταν οι δύο αυτές χώρες διέυρυναν τη διαθεσιμότητα ειδικών προγραμμάτων απεξάρτησης. Τα μέτρα αυτά ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα επωφελή στις χώρες που πρόσφατα κατέγραψαν αύξηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, ιδίως όσων κάνουν ενέσιμη χρήση (Talu κ.ά., 2009).



## Κεφάλαιο 5

### Κοκαΐνη και κρακ

#### Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε συνολική αύξηση της χρήσης και των κατασχέσεων κοκαΐνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία ωστόσο περιορίζεται κυρίως στα κράτη μέλη της δυτικής Ευρώπης, αν και σημειώνονται μεγάλες αποκλίσεις από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, σημαντική ανομοιογένεια παρατηρείται και μεταξύ των χρηστών κοκαΐνης, τόσο ως προς τον τρόπο χρήσης της ουσίας όσο και ως προς τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Η μεγαλύτερη ομάδα χρηστών αποτελείται από όσους έκαναν απλώς πειραματική χρήση της ουσίας μία ή περισσότερες φορές. Μια άλλη ομάδα περιλαμβάνει τους κοινωνικά ενσωματωμένους συστηματικούς χρήστες οι οποίοι, σε ορισμένες χώρες, αντιπροσωπεύουν σχετικά μεγάλο αριθμό νεαρών ατόμων. Κάποιοι από τους χρήστες αυτούς εντατικοποιούν τη χρήση κοκαΐνης ή κάνουν μακροχρόνια χρήση, η οποία προκαλεί χρόνια οργανικά και κοινωνικά προβλήματα για τα οποία αναζητούν θεραπεία. Μια τρίτη ομάδα χρηστών περιλαμβάνει τα μέλη κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων,

μεταξύ αυτών και ενεργούς ή πρώην χρήστες οπιοειδών. Οι περισσότεροι εξ αυτών κάνουν εντατική χρήση κοκαΐνης, πιθανόν και κρακ ή και ενέσιμη χρήση κοκαΐνης, η οποία διαιωνίζει ή επιδεινώνει τα υπάρχοντα οργανικά και κοινωνικά τους προβλήματα και καθιστά ακόμη πιο περίπλοκη τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή. Η ανομοιογένεια των χαρακτηριστικών των χρηστών κοκαΐνης καθιστά εξαιρετικά δυσχερή οποιαδήποτε απόπειρα εκτίμησης της επικράτησης της χρήσης της, όπως και των συνεπειών της για την υγεία, των κοινωνικών επιπτώσεών της ή των αναγκαίων μέτρων αντιμετώπισης.

#### Προσφορά και διαθεσιμότητα

##### Παραγωγή και διακίνηση

Η καλλιέργεια κόκας, που είναι η πηγή της κοκαΐνης, εξακολουθεί να συγκεντρώνεται σε λίγες χώρες της περιοχής των Άνδεων<sup>(89)</sup>. Το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (2009)

**Πίνακας 7: Παραγωγή, κατασχέσεις, τιμή και καθαρότητα κοκαΐνης και κρακ**

	Κοκαΐνη	Κρακ <sup>(1)</sup>
Εκτιμώμενη παγκόσμια παραγωγή (σε τόνους)	845	μ.δ.
Κατασχεθείσες ποσότητες παγκοσμίως (σε τόνους)	710 <sup>(2)</sup>	0,8
Κατασχεθείσα ποσότητα σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Αριθμός κατασχέσεων σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Μέση λιανική τιμή (ευρώ/γραμμάριο) Εύρος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) <sup>(3)</sup>	44-88 (58-67)	20-112
Εύρος μέσης καθαρότητας (%)	22-57	35-98

<sup>(1)</sup> Λόγω του μικρού αριθμού χωρών που υπέβαλαν στοιχεία, τα δεδομένα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

<sup>(2)</sup> Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του UNODC, ισοδυναμούν με 412 τόνους καθαρής κοκαΐνης.

<sup>(3)</sup> Εύρος των μισών κεντρικών τιμών των δεδομένων που υποβλήθηκαν για τη μέση τιμή κάθε ουσίας.

Σημείωση: Όλα τα στοιχεία αφορούν το 2007, εκτός από την εκτιμώμενη παγκόσμια παραγωγή που αναφέρεται στο 2008· μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία.

Πηγές: UNODC World drug report (2009) για τις παγκόσμιες τιμές, εθνικά εστακά σημεία δικτύου Reitox για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

<sup>(89)</sup> Για πληροφορίες σχετικά με τις πηγές στοιχείων για την προσφορά και τη διαθεσιμότητα ναρκωτικών, βλέπε σ. 44.

υπολόγισε ότι το έτος 2008 η συνολική παραγωγή κόκας θα μπορούσε να μεταφράζεται σε δυνητική παραγωγή 845 τόνων καθαρής υδροχλωρικής κοκαΐνης, εκ των οποίων ποσοστό 51 % αντιστοιχεί στην Κολομβία, 36 % στο Περού και 13 % στη Βολιβία. Η παγκόσμια παραγωγή κοκαΐνης εκτιμάται ότι μειώθηκε κατά 15 % το 2008, κυρίως λόγω μείωσης της παραγωγής της στην Κολομβία, από 600 τόνους το 2007 σε 430 τόνους το 2008. Αντίθετα, η παραγωγή κοκαΐνης στο Περού και τη Βολιβία εξακολουθεί να σημειώνει ελαφρά αύξηση.

Η επεξεργασία των φύλλων κόκας για την παραγωγή υδροχλωρικής κοκαΐνης γίνεται κατά κύριο λόγο στην Κολομβία, στο Περού και τη Βολιβία, αν και παρατηρείται και σε άλλες χώρες της νότιας Αμερικής. Ο πρωταγωνιστικός ρόλος της Κολομβίας στην παραγωγή κοκαΐνης στοιχειοθετείται και από τον αριθμό των εργαστηρίων που εξαρθρώθηκαν και από τις κατασχέσεις υπερμαγγανικού καλίου, ενός χημικού αντιδραστηρίου που χρησιμοποιείται στη σύνθεση υδροχλωρικής κοκαΐνης. Το 2007 στην Κολομβία εξαρθρώθηκαν 2 471 εργαστήρια κοκαΐνης (78 % του συνόλου παγκοσμίως) και κατασχέθηκαν συνολικά 144 τόνοι υπερμαγγανικού καλίου (94 % της κατασχέσιμης ποσότητας παγκοσμίως) (INCB, 2009α).

Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται διάφορες οδοί διέλευσης για τη λαθραία εισαγωγή της κοκαΐνης στην Ευρώπη (ΕΚΠΝΤ, 2008δ). Τα φορτία κοκαΐνης περνούν από χώρες της νότιας και της κεντρικής Αμερικής, όπως η Αργεντινή, η Βραζιλία, ο Ισημερινός, το Μεξικό και η Βενεζουέλα, πριν φθάσουν στην Ευρώπη. Οι χώρες της Καραϊβικής χρησιμοποιούνται επίσης συχνά για τη μεταφόρτωση των ναρκωτικών που προορίζονται για την Ευρώπη. Η διακίνηση της κοκαΐνης μέσω αυτών των οδών γίνεται είτε με εμπορικές πτήσεις είτε διά θαλάσσης. Τα τελευταία χρόνια, εντοπίστηκε εναλλακτική οδός διέλευσης μέσω δυτικής Αφρικής. Από εκεί η κοκαΐνη συχνά μεταφέρεται στην Ευρώπη με αλιευτικά ή ιστιοφόρα σκάφη, ενώ έχει αναφερθεί και διακίνηση αεροπορικώς ή με επίγεια μέσα μέσω της βορείου Αφρικής (Ευρωπόλ, 2007).

Στις νέες χώρες διαμετακόμισης που αναφέρονται τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται η νότια Αφρική, η Ρωσία, αλλά και χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, στις οποίες ο αριθμός κατασχέσεων αυξήθηκε, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, από 412 το 2002 σε 1 065 το 2007. Το Βέλγιο, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται ως σημαντικοί κόμβοι διαμετακόμισης για την περαιτέρω διανομή φορτίων κοκαΐνης εντός της Ευρώπης.

## Κατασχέσεις

Η κοκαΐνη είναι η ουσία που διακινείται λαθραία ανά τον κόσμο περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη, με εξαίρεση τη φυτική κάνναβη και τη ρητίνη κάνναβης. Το 2007 η κατασχεθείσα ποσότητα κοκαΐνης παγκοσμίως παρέμεινε αμετάβλητη, στους 710 περίπου τόνους. Η νότια Αμερική ανέφερε και πάλι τη μεγαλύτερη κατασχεθείσα ποσότητα, με μερίδιο που αντιστοιχεί στο 45 % του παγκόσμιου συνόλου, ενώ ακολουθεί η βόρεια Αμερική με 28 % και η δυτική και κεντρική Ευρώπη με 11 % (UNODC, 2009).

Άνοδο σημειώνει την τελευταία εικοσαετία στην Ευρώπη ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης, ιδίως μετά το 2003. Το 2007 οι κατασχέσεις κοκαΐνης αυξήθηκαν στις 92 000, αν και η συνολική κατασχεθείσα ποσότητα μειώθηκε στους 77 τόνους έναντι 121 τόνων το 2006. Η μείωση της συνολικής κατασχεθείσας ποσότητας κοκαΐνης οφείλεται κυρίως στην Πορτογαλία και σε μικρότερο βαθμό στην Ισπανία και τη Γαλλία, οι οποίες ανέφεραν μικρότερες κατασχεθείσες ποσότητες το 2007 έναντι του προηγούμενου έτους <sup>(90)</sup>. Το 2007 η Ισπανία εξακολούθησε να είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη κατασχεθείσα ποσότητα αλλά και τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων κοκαΐνης (περίπου 50 % του συνόλου) στην Ευρώπη.

## Καθαρότητα και τιμή

Η μέση καθαρότητα της κοκαΐνης στην Ευρώπη κυμάνθηκε μεταξύ 22 και 57 % το 2007 <sup>(91)</sup>. Από τις χώρες που παρείχαν επαρκή στοιχεία για την ανάλυση των διαχρονικών τάσεων, οι περισσότερες ανέφεραν πτωτική τάση ως προς την καθαρότητα της κοκαΐνης κατά την πενταετία 2002-2007, με εξαίρεση την Ισπανία και την Πορτογαλία.

Το 2007 η μέση λιανική τιμή της κοκαΐνης κυμάνθηκε από 44 έως 88 ευρώ ανά γραμμάριο στις 19 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ οι μισές περίπου εξ αυτών αναφέρουν μέσες τιμές μεταξύ 58 και 67 ευρώ ανά γραμμάριο. Στις χώρες που υπέβαλαν επαρκή στοιχεία για συγκριτική ανάλυση, η τιμή πώλησης της κοκαΐνης στον δρόμο μειώθηκε μεταξύ των ετών 2002 και 2007.

## Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

### Χρήση κοκαΐνης στον γενικό πληθυσμό

Γενικά, η κοκαΐνη εξακολουθεί να είναι η δεύτερη πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στην Ευρώπη μετά την κάνναβη, μολονότι τα επίπεδα χρήσης της ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Υπολογίζεται ότι περίπου

<sup>(90)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-9 και SZR-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(91)</sup> Για στοιχεία σχετικά με την καθαρότητα και τις τιμές, βλέπε πίνακες PPP-3 και PPP-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

## Νομοθεσία για την πάταξη της διακίνησης ναρκωτικών στην ανοικτή θάλασσα

Η επιτυχής καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών διά θαλάσσης βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ των κρατών και διευκολύνεται από δύο διεθνείς συμβάσεις.

Σύμφωνα με το άρθρο 108 της Διεθνούς Σύμβασης για το Δίκαιο της Θάλασσας (1982), κάθε κράτος το οποίο έχει βάσιμους λόγους να πιστεύει ότι ένα πλοίο που φέρει τη σημαία του <sup>(1)</sup> εκτελεί παράνομη μεταφορά ναρκωτικών μπορεί να ζητήσει τη συνεργασία άλλων κρατών για την καταστολή της παράνομης αυτής μεταφοράς. Περαιτέρω συνεργασία προβλέπεται από το άρθρο 17 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών του 1988. Με την εν λόγω σύμβαση θεσπίζεται μηχανισμός ο οποίος επιτρέπει σε κάθε κράτος το οποίο έχει βάσιμους λόγους να πιστεύει ότι ένα πλοίο νηολογημένο σε άλλο κράτος εκτελεί παράνομη μεταφορά ναρκωτικών να ζητήσει άδεια από το κράτος σημαίας για έφοδο στο σκάφος, έρευνα και κατάσχεση τυχόν ναρκωτικών και στη συνέχεια άσκηση ποινικής δίωξης κατά των δραστών. Οι εν λόγω ενέργειες μπορούν να γίνουν οπουδήποτε εκτός χωρικών υδάτων. Ορίζονται αρμόδιες εθνικές αρχές οι οποίες ενεργούν ως σημεία επαφής, διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή προκειμένου να απαντούν το ταχύτερο δυνατόν σε αιτήματα του είδους αυτού. Άδεια μπορεί να δοθεί ανεπιφύλακτα, υπό όρους ή να μην δοθεί. Η επιχείρηση αποτροπής γίνεται μόνο από πολεμικά σκάφη ή στρατιωτικά αεροσκάφη ή άλλα διακριτικά του κράτους για το οποίο ασκούν δημόσια υπηρεσία και έχουν εξουσιοδοτηθεί για τη διενέργεια της επιχείρησης.

Η έφοδος και οι επακόλουθες ενέργειες διεξάγονται από ειδικό κλιμάκιο αξιωματικών των διωκτικών αρχών του κράτους που υποβάλλει το αίτημα. Όταν ο συντονισμός της επιχείρησης γίνεται από διακυβερνητικούς οργανισμούς όπως το ΜΑΟC-N (Κέντρο Θαλασσιών Αναλύσεων και Επιχειρήσεων – Ναρκωτικά), το κλιμάκιο ενδέχεται να μεταφέρεται από πολεμικά σκάφη άλλου κράτους. Στην περίπτωση αυτή, προκειμένου να τηρείται ο όρος της αναγνωρισιμότητας, τα ελικόπτερα ή οι λέμβοι που χρησιμοποιούνται για την επιχείρηση υψώνουν προσωρινά τη σημαία του κράτους του κλιμακίου και όχι τη σημαία του πολεμικού τους σκάφους.

<sup>(1)</sup> Δικαιοδοσία επί του πλοίου και του πληρώματος έχει το κράτος στο οποίο έχει νηολογηθεί το πλοίο (το κράτος σημαίας).

13 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, κατά μέσο όρο 3,9% των ενηλίκων ηλικίας 15–64 ετών (βλέπε πίνακα 8 για συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων). Τα εθνικά ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,1 και 8,3%, με 12 χώρες εκ των 23, κυρίως χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, να αναφέρουν χαμηλά ποσοστά επικράτησης σε όλη τη διάρκεια της ζωής επί του συνόλου των ενηλίκων (0,5–2%).

## Γιατί μειώνεται η τιμή της κοκαΐνης στην Ευρώπη

Από το έτος 2000 η τιμή της κοκαΐνης (προσαρμοσμένη βάσει του πληθωρισμού) μειώνεται στην Ευρώπη, ενώ έχει αυξηθεί η ζήτηση κοκαΐνης, όπως φαίνεται από την επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους προβληματικούς χρήστες. Το παράδοξο αυτό εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί από διάφορους παράγοντες. Η αυξημένη προσφορά κοκαΐνης στην Ευρώπη, όπως αποτυπώνεται στους αυξανόμενους όγκους των ποσοτήτων που κατ'άσχονται, αποτελεί αναμφίβολα θεμελιώδη παράγοντα. Η αναζήτηση νέων αγορών εκτός της αγοράς των ΗΠΑ από τους νοτιοαμερικανούς διακινητές κοκαΐνης ενδέχεται να αποτελεί παράγοντα που εντείνει αυτή την αυξημένη εστίαση στην ευρωπαϊκή αγορά. Ένας πρόσθετος παράγοντας που συντελεί στην «αναβάθμιση» της ευρωπαϊκής αγοράς ενδέχεται να είναι η αυξανόμενη ζήτηση κοκαΐνης στην Ευρώπη. Η αυξημένη κατανάλωση κοκαΐνης στην Ευρώπη σε συνδυασμό με τα σχετικά ισχυρά ευρωπαϊκά νομίσματα έναντι του δολαρίου θα μπορούσαν να αντισταθμίζουν τη μείωση της τιμής και, πιθανόν, τα μικρότερα περιθώρια κέρδους.

Υπάρχουν ωστόσο και άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να έχουν συντελέσει στη μείωση της τιμής της κοκαΐνης. Οι τεχνολογικές εξελίξεις και η χρήση νέων οδών διακίνησης, όπως η δυτικοαφρικανική οδός (με δεδομένο ότι στις χώρες της δυτικής Αφρικής οι έλεγχοι για ναρκωτικά είναι ανεπαρκείς και υπάρχει μεγάλη προσφορά «φθηνών» διακινητών), μπορεί να έχουν συντελέσει στη μείωση του κόστους μεταφοράς και των κινδύνων διακίνησης. Η τιμή της κοκαΐνης στην Ευρώπη μπορεί να έχει μειωθεί και λόγω του αυξημένου ανταγωνισμού εντός της ίδιας της αγοράς κοκαΐνης (Desroches, 2007).

Η παρούσα ανάλυση βασίζεται αναγκαστικά σε εικασίες λόγω έλλειψης στοιχείων στο εν λόγω πεδίο, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη να γίνουν καλύτερα κατανοητοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την ευρωπαϊκή αγορά παράνομων ουσιών. Το ΕΚΠΝΤ δεσμεύεται να εξακολουθήσει να προωθεί τις συνεργασίες και την έρευνα στο πεδίο αυτό.

Υπολογίζεται ότι περίπου 4 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος (1,2% κατά μέσο όρο), παρότι και πάλι υπάρχουν αποκλίσεις από χώρα σε χώρα. Πρόσφατες εθνικές έρευνες αναφέρουν επικράτηση κατά το τελευταίο έτος σε ποσοστά από 0,0 έως 3,1%, αν και σε 18 από τις 24 χώρες το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 1%. Η εκτιμώμενη επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά τον τελευταίο μήνα στην Ευρώπη αντιστοιχεί σε περίπου 0,4% του ενήλικου πληθυσμού, ήτοι περίπου 1,5 εκατομμύριο χρήστες. Δεν αποκλείεται οι εκτιμήσεις αυτές να είναι συντηρητικές.

Συνολικά, η χρήση κοκαΐνης φαίνεται ότι συγκεντρώνεται σε μικρό αριθμό χωρών, κυρίως στη Δανία, στην Ισπανία,

στην Ιταλία, στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ είναι σχετικά περιορισμένη στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Στις χώρες όπου στην αγορά παράνομων διεγερτικών ουσιών κυριαρχούν οι αμφεταμίνες, οι εκτιμήσεις σχετικά με τη χρήση κοκαΐνης είναι χαμηλές σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Αντιθέτως, στις περισσότερες χώρες στις οποίες η κοκαΐνη συνιστά την κύρια παράνομη διεγερτική ουσία αναφέρονται χαμηλά επίπεδα χρήσης αμφεταμινών.

Μόνον ένα μικρό ποσοστό των ατόμων που έκαναν χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους καταλήγουν να κάνουν εντατική χρήση της ουσίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία των ερευνών στον γενικό πληθυσμό, το ποσοστό διακοπής της χρήσης κοκαΐνης είναι υψηλό. Σε χώρες στις οποίες η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής ξεπερνά το 2%, οι περισσότεροι ενήλικες που έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης (80–95%) δεν έχουν κάνει χρήση κατά τον τελευταίο μήνα <sup>(92)</sup>.

### Χρήση κοκαΐνης στους νεαρούς ενήλικες

Στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι 7,5 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (15–34 ετών), ήτοι 5,6% κατά μέσο όρο, έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Τα εθνικά ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,1 και 12,0%. Στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, ο ευρωπαϊκός μέσος όρος για τη χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος υπολογίζεται σε 2,2% (3 εκατομμύρια άτομα) και κατά τον τελευταίο μήνα σε 0,8% (1 εκατομμύριο άτομα).

Η χρήση κοκαΐνης είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των νεαρών ανδρών (15–34 ετών), με ποσοστά επικράτησης κατά το τελευταίο έτος από 4,2 έως 7,7% στη Δανία, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο <sup>(93)</sup>. Στις περισσότερες χώρες, η αναλογία ανδρών-γυναικών όσον αφορά την επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος είναι τουλάχιστον 2 προς 1 στους νεαρούς ενήλικες.

Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος στην ηλικιακή ομάδα 15–24 ετών υπολογίζεται σε 2,2%, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1,5 εκατομμύριο χρήστες στην Ευρώπη. Σε αντίθεση με τις εκτιμήσεις για τη χρήση κάνναβης και έκστασης, που είναι μεγαλύτερες στην ηλικιακή ομάδα 15–24 ετών, οι δείκτες πρόσφατης χρήσης κοκαΐνης (κατά το τελευταίο έτος και κατά τον τελευταίο μήνα) κινούνται σε παρόμοια επίπεδα μεταξύ των ομάδων 15–34 και 15–24 ετών <sup>(94)</sup>.

Η χρήση κοκαΐνης σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ και με συγκεκριμένους τρόπους ζωής. Για παράδειγμα, βάσει της

ανάλυσης των στοιχείων που προέρχονται από την έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία το διάστημα 2007–2008, το 13,5% των νεαρών ενηλίκων 16 έως 24 ετών που πήγαν σε παμπ τουλάχιστον εννέα φορές στη διάρκεια του τελευταίου μήνα δηλώνουν ότι έκαναν χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος έναντι 1,7% όσων δεν συχνάζουν σε παμπ. Η έξοδος σε κλαμπ σχετίζεται επίσης με αυξημένη χρήση κοκαΐνης, δεδομένου ότι σχεδόν το 10% των νέων ηλικίας 16 έως 24 ετών που πήγαν σε κλαμπ τουλάχιστον τέσσερις φορές στη διάρκεια του τελευταίου μήνα αναφέρουν χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος έναντι 3,3% όσων δεν συχνάζουν σε κλαμπ. Η έρευνα διαπιστώνει επίσης μικρά ποσοστά χρήσης κρακ, ακόμη και μεταξύ των χρηστών κοκαΐνης, γεγονός που επιβεβαιώνει τα ευρήματα άλλων μελετών που κάνουν λόγο για διαφορετικά κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών των δύο αυτών ουσιών (Hoare και Flatley, 2008). Οι έρευνες που διενεργήθηκαν σε χώρους διασκέδασης επίσης αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (ΕΚΠΝΤ, 2007α). Εξάλλου, μια πρόσφατη διαδικτυακή έρευνα σε λάτρεις της ηλεκτρονικής μουσικής στην Τσεχική Δημοκρατία αναφέρει ότι 30,9% των ερωτηθέντων είχε κάνει χρήση κοκαΐνης.

Σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2008, που διενεργήθηκε στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, 85% των νέων ηλικίας 15–25 ετών θεωρούν ότι η χρήση κοκαΐνης είναι πολύ επικίνδυνη για την υγεία. Τα ποσοστά των ερωτηθέντων που θεωρούσαν εξίσου πολύ επικίνδυνη για την υγεία τη χρήση άλλων ουσιών είναι πολύ μικρότερα (40% για την κάνναβη, 28% για το κάπνισμα και 24% για το αλκοόλ). Μόνον η χρήση ηρωίνης θεωρείται εξίσου πολύ επικίνδυνη από μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων. Δεν εμφανίζονται μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, ενώ ποσοστό 95% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η χρήση κοκαΐνης θα πρέπει να συνεχίσει να απαγορεύεται (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008β).

### Χρήση κοκαΐνης μεταξύ μαθητών

Στον μαθητικό πληθυσμό η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης εκτιμάται ότι είναι πολύ μικρότερη από αυτή της κάνναβης. Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη διάρκεια της ζωής σε μαθητές ηλικίας 15–16 ετών που συμμετείχαν στην έρευνα ESPAD κυμαίνεται μεταξύ 1 και 2% στις 14 από τις 28 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία. Οι περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες αναφέρουν ποσοστά μεταξύ 3 και 4%, ενώ η Γαλλία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν 5%. Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη διάρκεια της ζωής στα αγόρια

<sup>(92)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-16 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(93)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-13 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(94)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-15 και πίνακες GPS-14, GPS-15 και GPS-16 για όλα τα έτη. Βλέπε πίνακες GPS-17, GPS-18 και GPS-19 για τα πιο πρόσφατα στοιχεία στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<b>Πίνακας 8: Επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης στον γενικό πληθυσμό – Σύνοψη των στοιχείων</b>			
Ηλικιακή ομάδα	Χρονικό πλαίσιο χρήσης		
	Σε όλη τη ζωή	Τελευταίο έτος	Τελευταίος μήνας
<b>15-64 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	13 εκατ.	4 εκατ.	1,5 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	3,9%	1,2%	0,4%
Εύρος	0,1-8,3%	0,0-3,1%	0,0-1,1%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,1%) Λιθουανία, Μάλτα (0,4%) Ελλάδα (0,7%)	Ρουμανία (0,0%) Ελλάδα (0,1%) Τσεχική Δημοκρατία, Ουγγαρία, Πολωνία (0,2%)	Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Εσθονία, Ρουμανία (0,0%) Μάλτα, Λιθουανία, Πολωνία, Φινλανδία (0,1%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ισπανία (8,3%) Ηνωμένο Βασίλειο (7,6%) Ιταλία (6,8%) Ιρλανδία (5,3%)	Ισπανία (3,1%) Ηνωμένο Βασίλειο (2,3%) Ιταλία (2,2%) Ιρλανδία (1,7%)	Ισπανία (1,1%) Ηνωμένο Βασίλειο (1,0%) Ιταλία (0,8%) Ιρλανδία (0,5%)
<b>15-34 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	7,5 εκατ.	3 εκατ.	1 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	5,6%	2,2%	0,8%
Εύρος	0,1-12,0%	0,1-5,5%	0,0-2,1%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,1%) Λιθουανία (0,7%) Μάλτα (0,9%) Ελλάδα (1,0%)	Ρουμανία (0,1%) Ελλάδα (0,2%) Πολωνία (0,3%) Ουγγαρία, Τσεχική Δημοκρατία (0,4%)	Εσθονία, Ρουμανία (0,0%) Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Πολωνία (0,1%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ηνωμένο Βασίλειο (12,0%) Ισπανία (11,8%) Δανία (9,5%) Ιρλανδία (8,2%)	Ισπανία (5,5%) Ηνωμένο Βασίλειο (4,5%) Δανία (3,4%) Ιρλανδία, Ιταλία (3,1%)	Ηνωμένο Βασίλειο (2,1%) Ισπανία (1,9%) Ιταλία (1,2%) Ιρλανδία (1,0%)
<b>15-24 έτη</b>			
Εκτιμώμενος αριθμός χρηστών στην Ευρώπη	3 εκατ.	1,5 εκατ.	0,6 εκατ.
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	4,4%	2,2%	0,9%
Εύρος	0,1-9,9%	0,1-5,6%	0,0-2,5%
Χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση	Ρουμανία (0,1%) Ελλάδα (0,6%) Λιθουανία (0,7%) Μάλτα, Πολωνία (1,1%)	Ρουμανία (0,1%) Ελλάδα (0,2%) Πολωνία (0,3%) Τσεχική Δημοκρατία (0,4%)	Εσθονία, Ρουμανία (0,0%) Ελλάδα (0,1%) Τσεχική Δημοκρατία, Πολωνία, Πορτογαλία (0,2%)
Χώρες με την υψηλότερη επικράτηση	Ηνωμένο Βασίλειο (9,9%) Ισπανία (9,3%) Δανία (9,2%) Ιρλανδία (7,0%)	Δανία (5,6%) Ισπανία (5,4%) Ηνωμένο Βασίλειο (5,0%) Ιρλανδία (3,8%)	Ηνωμένο Βασίλειο (2,5%) Ισπανία (1,7%) Ιταλία (1,2%) Ιρλανδία (1,1%)
<p>Η εκτιμώμενη επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν μεταξύ 2001 και 2008 (κυρίως την περίοδο 2004-2008) και, επομένως, δεν αντικατοπτρίζει συγκεκριμένο έτος. Η μέση επικράτηση στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου σύμφωνα με τον πληθυσμό της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία συμπληρώθηκε η μέση επικράτηση στην ΕΕ. Πληθυσμοί που χρησιμοποιήθηκαν ως βάση: 15-64 (334 εκατομμύρια), 15-34 (133 εκατομμύρια) και 15-24 (63 εκατομμύρια). Τα στοιχεία που συνοψίζονται εδώ είναι διαθέσιμα στην ενότητα «Έρευνες γενικού πληθυσμού» στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.</p>			

είναι μεγαλύτερη από ό,τι στα κορίτσια στις περισσότερες χώρες, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά (6%) αναφέρονται από τη Γαλλία και την Ιταλία<sup>(95)</sup>.

### Διεθνείς συγκρίσεις

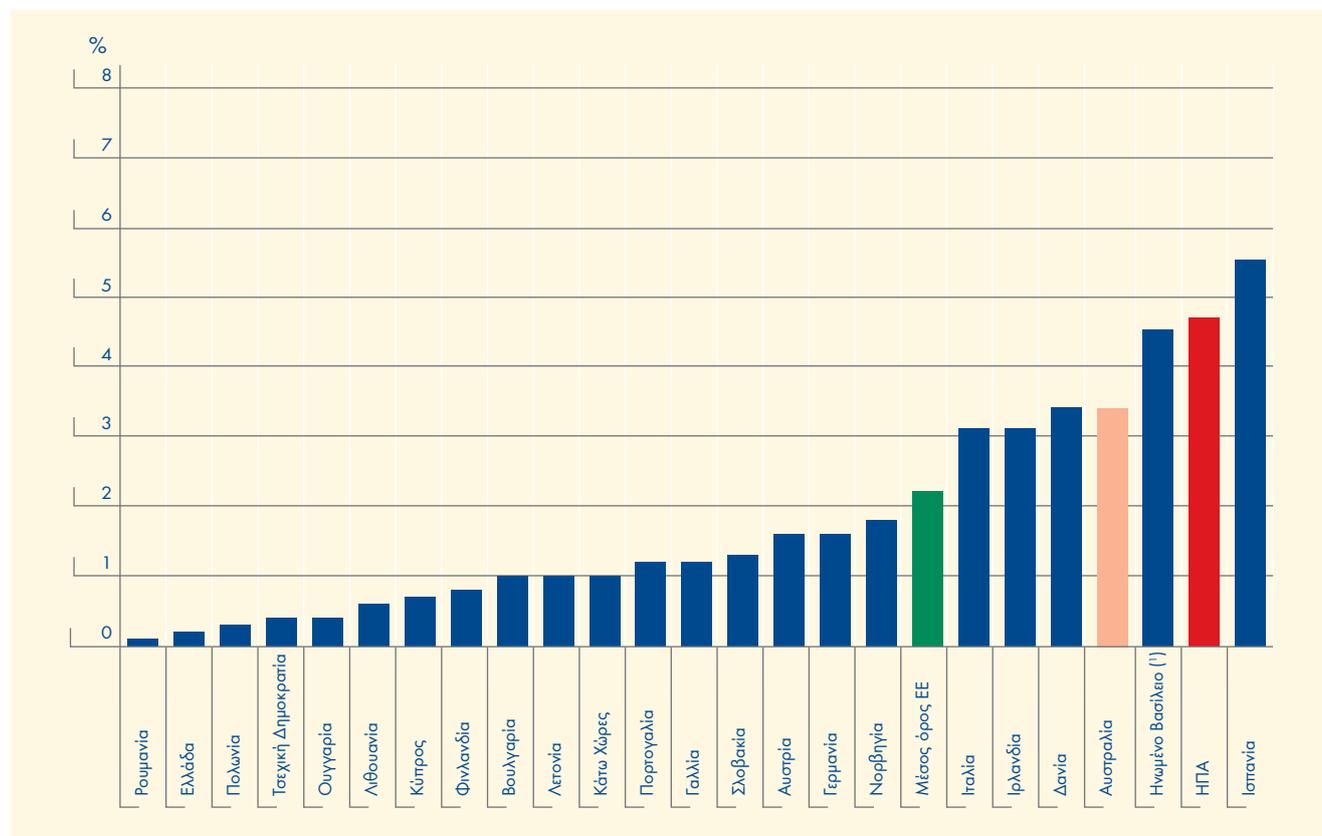
Γενικά, η εκτιμώμενη επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος είναι χαμηλότερη στους νεαρούς ενήλικες στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στην Αυστραλία ή τις ΗΠΑ. Ωστόσο, δύο χώρες, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία), αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά από την Αυστραλία, ενώ μόνον η Ισπανία αναφέρει υψηλότερο ποσοστό από τις ΗΠΑ (διάγραμμα 8).

### Τάσεις στη χρήση κοκαΐνης

Οι τάσεις όσον αφορά τη χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη απλώς ακολούθησαν διαφορετική πορεία από χώρα σε

χώρα. Στις δύο χώρες με τη μεγαλύτερη επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης (Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο), η χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε δραματικά στα τέλη της δεκαετίας του 1990, για να επικρατήσει στη συνέχεια μια πιο ήπια πλην όμως αυξητική σε γενικές γραμμές τάση. Σε μια δεύτερη ομάδα χωρών, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η Δανία, η Ιρλανδία και η Ιταλία, η αύξηση της επικράτησης δεν ήταν τόσο έντονη και εκδηλώθηκε με χρονική υστέρηση. Παρά ταύτα, τα επίπεδα χρήσης στις χώρες αυτές είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες η εικόνα είναι πιο θολή, με γενικά χαμηλά ποσοστά επικράτησης και μικρές αυξομειώσεις σε κάποιες χώρες. Από τις 11 χώρες στις οποίες είναι δυνατή η ανάλυση των τάσεων από το 2002 έως το 2007, η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών) αυξήθηκε κατά τουλάχιστον 15% έναντι του αρχικού επιπέδου σε πέντε χώρες (Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Πορτογαλία, Ηνωμένο

**Διάγραμμα 8:** Επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος σε νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών) στην Ευρώπη, στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ



(1) Αγγλία και Ουαλία.

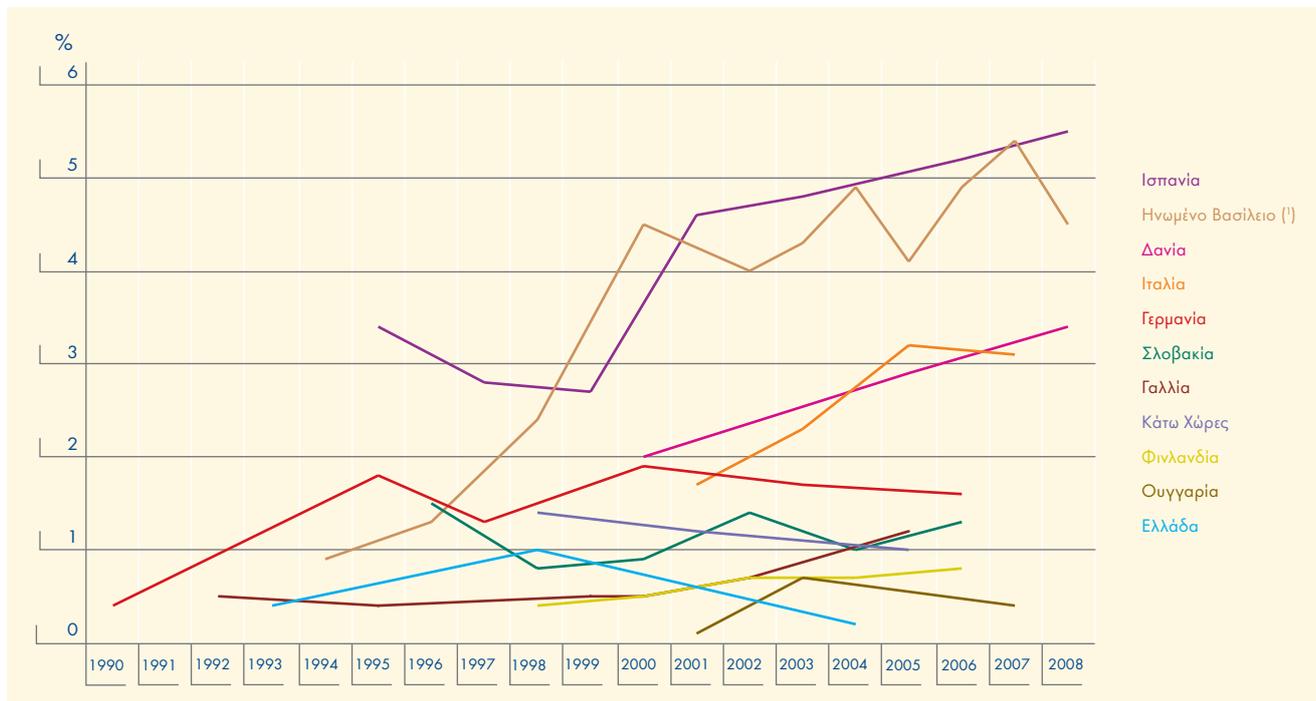
Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από την πιο πρόσφατη διαθέσιμη έρευνα σε κάθε χώρα. Το μέσο ποσοστό επικράτησης στην Ευρώπη υπολογίστηκε βάσει σταθμισμένου μέσου των εθνικών ποσοστών επικράτησης σύμφωνα με τον εθνικό πληθυσμό ηλικίας 15-34 ετών (2006, πηγή Eurostat). Τα στοιχεία για τις ΗΠΑ και την Αυστραλία επανυπολογίστηκαν βάσει των αρχικών αποτελεσμάτων των ερευνών για την ηλικιακή ομάδα 15-34 ετών. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα GPS-20 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικά εσιακά σημεία δικτύου Reitox.

SAMHSA (ΗΠΑ), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Καμπέρα, AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

(95) Βλέπε πίνακα EYE-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

**Διάγραμμα 9:** Τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος σε νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών)



(1) Αγγλία και Ουαλία.

Σημείωση: Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα GPS-14 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox (2008) από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

Βασιλείο) (%), μειώθηκε σε δύο (Ουγγαρία, Πολωνία) και παρέμεινε αμετάβλητη σε τέσσερις (Γερμανία, Ισπανία, Σλοβακία, Φινλανδία) (διάγραμμα 9).

Σύμφωνα με την έρευνα ESPAD στον μαθητικό πληθυσμό το 2007, η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη διάρκεια της ζωής σε μαθητές ηλικίας 15–16 ετών αυξήθηκε κατά τουλάχιστον δύο ποσοστιαίες μονάδες από το 2003 στη Γαλλία, στην Κύπρο, στη Μάλτα, στη Σλοβενία και τη Σλοβακία. Η ισπανική έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό αναφέρει μείωση κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ των ετών 2004 και 2007.

### Οι συνέπειες της χρήσης κοκαΐνης στην υγεία

Η σοβαρότητα των συνεπειών της χρήσης κοκαΐνης στην υγεία δεν αποκλείεται να υποτιμάται, εν μέρει λόγω των συχνά άτυπων ή χρόνιων παθήσεων που συνήθως προκαλεί η μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης και εν μέρει λόγω της δυσχέρειας του εντοπισμού της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ ασθένειας και χρήσης της ουσίας. Η συστηματική χρήση κοκαΐνης, μη εξαιρουμένης της χρήσης διά της εισπνοής, σχετίζεται με καρδιαγγειακά, νευρολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων και βίας. Η ταυτόχρονη χρήση άλλων ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, μπορεί επίσης να επιδεινώσει κάποια προβλήματα που

σχετίζονται με την κοκαΐνη (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2007α). Σε έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπιστώθηκε ότι όσοι έκαναν συχνή χρήση κοκαΐνης διέτρεχαν επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σχέση με όσους δεν έκαναν χρήση κοκαΐνης (Qureshi κ.ά., 2001). Συνολικά, εκτιμάται ότι το ένα τέταρτο των μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου στις ηλικίες 18–45 αποδίδεται στη «συχνή χρήση κοκαΐνης».

Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές, σε χώρες με σχετικά υψηλά ποσοστά επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης, η πλειονότητα των σχετιζόμενων με ναρκωτικά επειγόντων περιστατικών που δέχονται τα νοσοκομεία μοιάζει να οφείλεται στην κοκαΐνη. Το αμερικανικό δίκτυο προειδοποίησης για την κατάχρηση ουσιών DAWN εκτιμά ότι στην κοκαΐνη αυτή καθαυτή ή σε συνδυασμό με άλλες ουσίες οφείλονται έξι στα δέκα σχετιζόμενα με ναρκωτικά επειγόντα περιστατικά το 2006. Στην Ισπανία, το εθνικό σύστημα αναφοράς επειγόντων περιστατικών νοσηλείας που σχετίζονται με μη ιατρική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών διαπιστώνει ότι, το 2006, η συχνότερα αναφερόμενη ουσία ήταν η κοκαΐνη (59%), ακολουθούμενη από την κάνναβη (31%), τα υπνωτικά (28%) και την ηρωίνη (22%), ενώ συχνά η λήψη όλων αυτών των ουσιών γινόταν σε συνδυασμό με αλκοόλ. Σε μια μελέτη σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο τμήμα

(%) Και στη Δανία σημειώθηκε αύξηση, αλλά σε διαφορετικό χρονικό πλαίσιο.

επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου της Βαρκελώνης για προβλήματα που σχετίζονταν άμεσα με τη χρήση κοκαΐνης διαπιστώθηκε ότι οι κύριες ενοχλήσεις τους ήταν άγχος ή ταραχή (48 %) και θωρακικό άλγος ή αίσθημα παλμών (25 %).

Η ενέσιμη χρήση κοκαΐνης και η χρήση κρακ σχετίζονται με τους σοβαρότερους κινδύνους για την υγεία (μεταξύ άλλων καρδιαγγειακά προβλήματα και προβλήματα ψυχικής υγείας, επιδείνωση της όλης κατάστασης της υγείας). Οι κίνδυνοι αυτοί αυξάνονται περαιτέρω από την κοινωνική περιθωριοποίηση και τα πρόσθετα ειδικά προβλήματα, όπως οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση. Η ταυτόχρονη χρήση οπιοειδών και κοκαΐνης φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης οπιοειδών (ΕΚΠΝΤ, 2007α).

Η εξάρτηση είναι μία από τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης κοκαΐνης για το άτομο. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ, ποσοστό περίπου 5 % των χρηστών κοκαΐνης αναπτύσσουν εξάρτηση κατά το πρώτο έτος της χρήσης, αν και το ποσοστό των χρηστών που αναπτύσσουν εξάρτηση μακροπρόθεσμα δεν υπερβαίνει το 20 % περίπου (Wagner και Anthony, 2002). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι ποσοστό σχεδόν 40 % των χρηστών που αναπτύσσουν εξάρτηση απεξαρτώνται χωρίς θεραπεία απεξάρτησης (Cunningham, 2000). Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις ότι πολλοί χρήστες κοκαΐνης ελέγχουν τη χρήση κοκαΐνης θέτοντας κανόνες, π.χ. σχετικά με την ποσότητα, τη συχνότητα ή το πλαίσιο της χρήσης (Decorte, 2000).

## Προβληματική χρήση κοκαΐνης και αιτήσεις θεραπείας

Εθνικές εκτιμήσεις σχετικά με την προβληματική χρήση κοκαΐνης (ενέσιμη ή μακροχρόνια/συστηματική χρήση) υπάρχουν μόνον στην Ισπανία και την Ιταλία, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει περιφερειακές εκτιμήσεις και εκτιμήσεις για τη χρήση κρακ <sup>(97)</sup>. Στην Ιταλία, το 2007 οι προβληματικοί χρήστες κοκαΐνης υπολογίζεται ότι κυμαίνονταν από 3,8 έως 4,7 ανά 1 000 ενήλικες. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, στην Ισπανία το 2002 οι προβληματικοί χρήστες κοκαΐνης κυμαίνονταν από 4,5 έως 6 ανά 1 000 ενήλικες (15–64 ετών). Οι εκτιμήσεις ως προς τους προβληματικούς χρήστες κοκαΐνης κατά πάσα πιθανότητα υποτιμούν τον αριθμό των ατόμων που χρήζουν θεραπείας ή βραχέων παρεμβάσεων, καθώς δεν αποκλείεται οι κοινωνικά ενσωματωμένοι προβληματικοί χρήστες κοκαΐνης να υποεκπροσωπούνται στις πηγές δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η κοκαΐνη, κυρίως σε σκόνη, αναφέρθηκε ως η κύρια αιτία έναρξης θεραπείας από περίπου 17 % του συνόλου των χρηστών υπό θεραπεία το 2007, ποσοστό που αντιστοιχεί σε περίπου 61 000 καταγεγραμμένες περιπτώσεις σε 25 ευρωπαϊκές χώρες. Στους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά, το ποσοστό όσων δηλώνουν την κοκαΐνη ως κύρια ουσία κατάχρησης είναι μεγαλύτερο (22 %).

## Η χρήση κρακ στην Ευρώπη

Η κοκαΐνη διατίθεται σε δύο μορφές στην Ευρώπη, σε σκόνη (υδροχλωρική κοκαΐνη, υδροχλωρικό άλας) και σπανιότερα σε μορφή κρακ (ελεύθερη βάση). Το κρακ συνήθως καπνίζεται και είναι γνωστό ότι έχει έντονη επίδραση στον χρήστη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε προβληματική χρήση. Συνήθως παρασκευάζεται από υδροχλωρική κοκαΐνη σε εργαστήρια που βρίσκονται σε μικρή απόσταση από τον τόπο πώλησης και χρήσης του.

Η χρήση κρακ άρχισε να εξαπλώνεται στις Ηνωμένες Πολιτείες στα μέσα της δεκαετίας του 1980, κυρίως σε υποβαθμισμένες κεντρικές συνοικίες μεγαλουπόλεων, και είχε δυσανάλογα μεγάλη απήχηση σε μειονοτικές εθνοτικές ομάδες. Εκφράστηκαν φόβοι για την εκδήλωση ανάλογου φαινομένου στην Ευρώπη, ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει παρατηρηθεί σοβαρή επίδημία κρακ.

Παρά ταύτα, σε κάποιες ευρωπαϊκές πόλεις γίνεται χρήση κρακ, αν και είναι δύσκολο να διαπιστωθούν επακριβώς οι διαστάσεις του φαινομένου. Οι εκθέσεις σχετικά με την κατάσταση στο Λονδίνο (GLADA, 2004) και το Δουβλίνο (Connolly κ.ά., 2008) υποδεικνύουν ότι η χρήση μπορεί και να αυξάνεται. Στο Λονδίνο η χρήση κρακ θεωρείται κεντρική συνιστώσα του προβλήματος των ναρκωτικών της πόλης, ενώ η αύξηση που σημειώθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 οφείλεται κυρίως στον αυξανόμενο αριθμό χρηστών οπιοειδών οι οποίοι κάνουν και χρήση κρακ.

Οι περισσότερες αιτήσεις θεραπείας απεξάρτησης από το κρακ, όπως και οι περισσότερες κατασχέσεις, αναφέρονται από το Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με μια μελέτη, ο αριθμός των προβληματικών χρηστών κρακ στην Αγγλία υπολογίστηκε σε 5,2–5,6 ανά 1 000 ενήλικες το διάστημα 2006–2007. Σημαντικά προβλήματα με το κρακ αναφέρθηκαν και από άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Χρήση κρακ συνήθως γίνεται από μέλη περιθωριακών και μη προνομιούχων ομάδων, όπως εκδιδόμενα άτομα και προβληματικούς χρήστες οπιοειδών, ενώ ορισμένες χώρες αναφέρουν ότι η χρήση κρακ επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες μειονοτικές εθνοτικές ομάδες (π.χ. Γαλλία, Κάτω Χώρες, Ηνωμένο Βασίλειο). Οι κοινωνικά ενσωματωμένοι χρήστες, ακόμη και όσοι κάνουν συστηματική χρήση κοκαΐνης, πολύ σπάνια κάνουν χρήση κρακ (Prinzleve κ.ά., 2004). Παρά ταύτα, το γεγονός ότι εξακολουθεί να γίνεται χρήση κρακ από κάποιες ομάδες ή σε κάποιες πόλεις υπογραμμίζει τον κίνδυνο διάδοσής του σε μεγαλύτερους πληθυσμούς.

<sup>(97)</sup> Βλέπε «Η χρήση κρακ στην Ευρώπη».

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα όσον αφορά το ποσοστό χρηστών κοκαΐνης μεταξύ των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά και του συνόλου των χρηστών υπό θεραπεία. Η Ισπανία αναφέρει το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των χρηστών υπό θεραπεία (45%) αλλά και των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά (60%), ακολουθούμενη από τις Κάτω Χώρες (32 και 29%) και την Ιταλία (23 και 26%). Στο Βέλγιο, στην Ιρλανδία, στην Κύπρο, στο Λουξεμβούργο και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι χρήστες κοκαΐνης υπό θεραπεία αντιπροσωπεύουν ποσοστά μεταξύ 11 και 13% του συνόλου των χρηστών υπό θεραπεία και μεταξύ 11 και 19% των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι χρήστες κοκαΐνης αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 10% των χρηστών υπό θεραπεία, ενώ 7 χώρες αναφέρουν ποσοστό κάτω του 1%<sup>(98)</sup>.

Εδώ και χρόνια στην Ευρώπη αυξάνεται ο αριθμός των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης και δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη, αν και η τάση αυτή δέχεται έντονη επιρροή από μικρό αριθμό χωρών. Μεταξύ των ετών 2002 και 2007 η μεγαλύτερη αναλογικά αύξηση μεταξύ των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά αναφέρθηκε από την Ισπανία, την Ιρλανδία και την Ιταλία. Στις χώρες που υπέβαλαν επαρκή στοιχεία για διαχρονική ανάλυση τάσεων, ο αριθμός των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης και δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη αυξήθηκε αναλογικά από 13 σε 19% (με βάση τα στοιχεία 18 χωρών)<sup>(99)</sup>, ο δε αριθμός των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης για πρώτη φορά και δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη αυξήθηκε αναλογικά από 17 σε 25% (με βάση τα στοιχεία 19 χωρών). Από το 2005, μεταξύ των χωρών με τα μεγαλύτερα ποσοστά χρηστών κοκαΐνης υπό θεραπεία, η Ισπανία και η Ιταλία αναφέρουν σταθεροποίηση της κατάστασης, ενώ στις Κάτω Χώρες μειώνεται το ποσοστό χρηστών κοκαΐνης που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά. Από την άλλη, αυξάνεται πλέον το ποσοστό σε χώρες όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία<sup>(100)</sup>.

### Χαρακτηριστικά των ατόμων υπό θεραπεία

Στο σύνολό τους σχεδόν οι χρήστες κοκαΐνης παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα κέντρων εξωτερικής παραμονής, παρότι κάποιοι μπορεί να

υποβάλλονται σε θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές, μορφή περιθάλψης που αντιπροσωπεύεται ελάχιστα στο τρέχον σύστημα παρακολούθησης.

Οι χρήστες κοκαΐνης υπό θεραπεία παρουσιάζουν έναν από τους υψηλότερους λόγους ανδρών-γυναικών (5 άνδρες προς 1 γυναίκα) και έναν από τους υψηλότερους μέσους όρους ηλικίας (32 έτη περίπου). Αυτό ισχύει κυρίως σε ορισμένες χώρες με μεγάλα ποσοστά χρηστών που δηλώνουν την κοκαΐνη ως κύρια ουσία κατάχρησης, ιδίως στην Ιταλία όπου η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 8 προς 1 και ο μέσος όρος ηλικίας τα 35 έτη. Περίπου οι μισοί χρήστες ξεκινούν τη χρήση κοκαΐνης πριν από την ηλικία των 20 ετών, ενώ ποσοστό 88% ξεκινά πριν από την ηλικία των 30 ετών. Η Ισπανία, η Ιταλία και οι Κάτω Χώρες αναφέρουν ότι μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα (9-12 έτη) από την πρώτη χρήση κοκαΐνης μέχρι την πρώτη αίτηση για θεραπεία<sup>(101)</sup>.

Οι περισσότεροι χρήστες κοκαΐνης υπό θεραπεία κάνουν χρήση της ουσίας διά της εισπνοής (55%) ή την καπνίζουν (32%), ενώ ποσοστό κάτω του 7% δηλώνει ενέσιμη χρήση<sup>(102)</sup>. Μια ανάλυση που διεξήχθη σε 14 χώρες το 2006 έδειξε ότι περίπου το 63% των χρηστών κοκαΐνης κάνει χρήση και άλλων ουσιών. Μεταξύ αυτών, ποσοστό 42% κάνει και χρήση αλκοόλ, 28% κάνναβης και 16% ηρωίνης. Εξάλλου, η κοκαΐνη συχνά αναφέρεται ως δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης, κυρίως από χρήστες με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη (28%)<sup>(103)</sup>.

Το 2007 αναφέρθηκε ότι περίπου 8 000 χρήστες ξεκίνησαν θεραπεία απεξάρτησης σε κέντρα εξωτερικής παραμονής δηλώνοντας ως κύρια ουσία κατάχρησης το κρακ, αριθμός ο οποίος αντιστοιχεί στο 15% του συνόλου των χρηστών κοκαΐνης υπό θεραπεία και στο 2,7% του συνόλου των χρηστών ουσιών που παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα σε κέντρα εξωτερικής παραμονής. Οι περισσότεροι χρήστες κρακ υπό θεραπεία (περί τους 6 500) αναφέρονται από το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου αντιπροσωπεύουν το 45% των χρηστών κοκαΐνης υπό θεραπεία. Περίπου ένας στους τέσσερις (22%) χρήστες που δηλώνει ως κύρια ουσία κατάχρησης το κρακ κάνει χρήση και ηρωίνης. Υψηλό ποσοστό των χρηστών αυτών αναφέρουν επίσης ότι είναι άνεργοι και άστεγοι<sup>(104)</sup>.

Γενικά, οι χρήστες κοκαΐνης υπό θεραπεία διακρίνονται σε δύο κύριες ομάδες. Η πρώτη ομάδα συνίσταται σε

<sup>(98)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-2 και πίνακα TDI-5 μέρος (i) και μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009. Τα στοιχεία για την Ισπανία αφορούν το 2006.

<sup>(99)</sup> Συμπεριλαμβάνονται μόνον οι χρήστες που δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή, την κάνναβη, την κοκαΐνη και τις λοιπές διεγερτικές ουσίες.

<sup>(100)</sup> Βλέπε διαγράμματα TDI-1 και TDI-3, καθώς και πίνακα TDI-3 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(101)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-10, TDI-11 μέρος (iii), TDI-21 και TDI-103 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(102)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-17 μέρος (iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(103)</sup> Βλέπε «Επιλεγμένο θέμα: πολλαπλή χρήση ουσιών».

<sup>(104)</sup> Βλέπε «Η χρήση κρακ στην Ευρώπη» (σ. 75), καθώς και πίνακες TDI-7 και TDI-115 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

κοινωνικά ενσωματωμένους χρήστες που δηλώνουν ότι κάνουν χρήση της ουσίας διά της εισπνοής, ενώ η δεύτερη ομάδα αποτελείται από πιο περιθωριοποιημένους χρήστες οι οποίοι κάνουν χρήση κοκαΐνης, συνήθως κρακ, σε συνδυασμό με οπιοειδή. Η πρώτη ομάδα συνήθως αναφέρει ότι κάνει χρήση της ουσίας διά της εισπνοής και ενίοτε κάνει παράλληλα και χρήση άλλης ουσίας, όπως αλκοόλ ή κάνναβης, ωστόσο όχι οπιοειδών. Κάποιοι εκ των χρηστών αυτών παραπέμπονται σε θεραπεία από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Η δεύτερη ομάδα αναφέρει συχνά ενέσιμη χρήση ουσιών, κάνει χρήση τόσο κοκαΐνης όσο και οπιοειδών, ορισμένες φορές καπνίζει κρακ και έχει προβλήματα υγείας και ζει υπό προβληματικές κοινωνικές συνθήκες. Σε αυτήν περιλαμβάνονται οι πρώην χρήστες ηρωίνης οι οποίοι ξεκινούν εκ νέου θεραπεία για χρήση κοκαΐνης.

## Θεραπεία και μείωση των επιβλαβών συνεπειών

### Θεραπεία

Στην Ευρώπη, τα δημόσια κέντρα θεραπείας απεξάρτησης απευθύνονται κυρίως σε χρήστες οπιοειδών, ενώ τα κέντρα που εξειδικεύονται στη θεραπεία χρηστών κοκαΐνης είναι σπάνια και συχνά ιδιωτικά. Παρά ταύτα, ορισμένες χώρες (π.χ. Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία) εφαρμόζουν στρατηγικές ή θεραπευτικά προγράμματα ειδικά για χρήστες κοκαΐνης, ενώ στη Γαλλία έχει δρομολογηθεί η ανάπτυξη παρόμοιων προγραμμάτων.

Η ανομοιογένεια των χρηστών κοκαΐνης, όπως και των προβλημάτων και των αναγκών τους, καθιστά ιδιαίτερα περίπλοκο εγχείρημα την οργάνωση και παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών σε όσους τις χρειάζονται. Ορισμένοι πληθυσμοί χρηστών κοκαΐνης είναι δύσκολο να έρθουν σε επαφή με φορείς απεξάρτησης και, κατά συνέπεια, να ξεκινήσουν θεραπεία. Για παράδειγμα, οι περιθωριοποιημένοι χρήστες που κάνουν ενέσιμη χρήση κοκαΐνης ή οι χρήστες κρακ σπανίως προσέρχονται για θεραπεία με δική τους πρωτοβουλία. Για τον λόγο αυτό, η Ιρλανδία συνιστά την παροχή υπηρεσιών εκτός δομών και άλλες παρεμβάσεις, ούτως ώστε να προσελκύνονται στη θεραπεία απεξάρτησης χρήστες οι οποίοι δεν θα αναλάμβαναν μόνοι τους την πρωτοβουλία (Connolly κ.ά., 2008). Τα θεραπευτικά προγράμματα εκτός δομών μπορούν επίσης να αποδειχθούν ωφέλιμα για ορισμένες ομάδες. Παράδειγμα αποτελεί μια μελέτη σχετικά με ένα πρόγραμμα απεξάρτησης στις Κάτω Χώρες που απευθύνεται σε περιθωριοποιημένους χρήστες κρακ. Το πρόγραμμα πέτυχε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης και υψηλό βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων, οι οποίοι

αναφέρουν βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους, των συνθηκών διαβίωσής τους, των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεών τους, καθώς και της ψυχικής τους υγείας (Henskens κ.ά., 2008).

Οι κοινωνικά ενσωματωμένοι χρήστες κοκαΐνης επίσης δύσκολα ξεκινούν θεραπεία, μεταξύ άλλων επειδή ενδέχεται να μην καλύπτονται οι ανάγκες τους από υπηρεσίες απεξάρτησης που απευθύνονται κυρίως σε χρήστες οπιοειδών. Ορισμένες χώρες έχουν λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, το εθνικό πρόγραμμα για την κοκαΐνη (Progetto nazionale cocaina), που ξεκίνησε το 2007, παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ώρες λειτουργίας πιο βολικές για τους κοινωνικά ενσωματωμένους χρήστες κοκαΐνης και τα μέλη των οικογενειών τους (π.χ. μετά την εργασία). Παρόμοια προσέγγιση αναφέρεται και από την Ιρλανδία, όπου αναπτύσσονται ειδικά προγράμματα προσέλκυσης χρηστών οι οποίοι κάνουν χρήση κοκαΐνης διά της εισπνοής.

Σημαντικό είναι και το θέμα της διατήρησης των προβληματικών χρηστών κοκαΐνης ή κρακ στη θεραπεία, δεδομένου ότι η εντατική χρήση κοκαΐνης συχνά συνοδεύεται από συμπεριφορικές, κοινωνικές και ψυχολογικές δυσλειτουργίες (π.χ. παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά) και, σε κάποιες ομάδες χρηστών, από χαοτικό τρόπο ζωής και σοβαρή επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό, οι επαγγελματίες αναφέρουν δυσκολία στη διατήρηση τακτικής προσέλευσης στις θεραπευτικές συνεδρίες και ουσιαστικού θεραπευτικού διαλόγου (Connolly κ.ά., 2008). Η χρήση κοκαΐνης μπορεί επίσης να διαταράξει τη θεραπεία απεξάρτησης από άλλες ουσίες και να αυξήσει τον κίνδυνο υποτροπής στη χρήση ηρωίνης, ενώ έχει επιτευχθεί αποχή. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, η ταυτόχρονη χρήση κοκαΐνης φάνηκε ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα πρόωρης διακοπής της παρακολούθησης προγραμμάτων υποκατάστασης οπιοειδών.

Επιπλέον, η προσέλκυση και διατήρηση των χρηστών στη θεραπεία είναι δύσκολη δεδομένου ότι καμία ψυχοκοινωνική παρέμβαση δεν παρέχει ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας όσον αφορά την απεξάρτηση από κοκαΐνη, ενώ δεν υπάρχει ούτε αποτελεσματική φαρμακολογική θεραπεία η οποία να βοηθά τους εξαρτημένους χρήστες να διατηρήσουν την αποχή ή να μειώσουν τη χρήση στη διάρκεια της θεραπείας.

Οι δυσκολίες αυτές αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη προγραμμάτων απεξάρτησης και κύκλων κατάρτισης ειδικά προσαρμοσμένων στα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης και κρακ. Ειδική εκπαίδευση του

θεραπευτικού προσωπικού σε θέματα κοκαΐνης αναφέρεται από την Ιρλανδία, την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, 11 κράτη μέλη, μεταξύ αυτών και όλα όσα έχουν εμφανίζουν επίπεδα χρήσης κοκαΐνης και μεγάλη ζήτηση για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη, αναφέρουν ότι υλοποιούν ειδικά θεραπευτικά προγράμματα για χρήστες κοκαΐνης ή κρακ παράλληλα με τις συνήθεις υπηρεσίες απεξάρτησης που παρέχουν. Ωστόσο, ενώ οι εθνικοί εμπειρογνώμονες σε Ιταλία, Πορτογαλία, Σλοβενία και Ηνωμένο Βασίλειο εκτιμούν ότι τα εν λόγω προγράμματα είναι στη διάθεση της πλειονότητας των χρηστών που τα χρειάζονται, οι εμπειρογνώμονες σε Δανία, Γερμανία, Ιρλανδία, Αυστρία, Κάτω Χώρες, Γαλλία και Ισπανία εκτιμούν ότι τα ειδικά προγράμματα απεξάρτησης από την κοκαΐνη είναι διαθέσιμα μόνο σε μια μειονότητα χρηστών.

Έπειτα από ένα διάστημα κατά το οποίο όλες σχεδόν οι έρευνες προέρχονταν από τις Ηνωμένες Πολιτείες, πλέον διεξάγονται αρκετές μελέτες για τις θεραπείες απεξάρτησης από κοκαΐνη και στην Ευρώπη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο πλαίσιο μιας κλινικής δοκιμής διερευνάται η αποτελεσματικότητα της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας σε συνδυασμό με συστηματική συντελεστική ενίσχυση (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2008β) σε χρήστες που δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη. Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση Cochrane, ο συνδυασμός αυτός είναι ο πλέον αποτελεσματικός στη θεραπεία απεξάρτησης από διεγερτικές ουσίες (Knapp κ.ά., 2007). Μια άλλη κλινική δοκιμή στο Ηνωμένο Βασίλειο διερευνά την αποτελεσματικότητα της μοδαφινίλης, σε συνδυασμό με συστηματική συντελεστική ενίσχυση με δωροεπιταγές σε ασθενείς που παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης οπιοειδών και κάνουν χρήση κρακ. Οι θεραπευτικές δυνατότητες της μοδαφινίλης ως υποκατάστατου στη θεραπεία απεξάρτησης από διεγερτικές ουσίες έχουν ήδη φανεί από διάφορες δοκιμές.

Στις Κάτω Χώρες, στο πλαίσιο πέντε κλινικών δοκιμών διερευνάται επί του παρόντος η αποτελεσματικότητα διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών στη θεραπεία απεξάρτησης από κοκαΐνη, μεταξύ αυτών και της δεξαμφεταμίνης και της μοδαφινίλης. Μια άλλη ολλανδική κλινική δοκιμή διερευνά την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού μιας προσέγγισης κοινωνικής ενίσχυσης με συστηματική συντελεστική ενίσχυση σε χρήστες που παρακολουθούν θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και είναι εξαρτημένοι από την κοκαΐνη. Τα αποτελέσματα

έδειξαν σημαντική μείωση της κατανάλωσης κοκαΐνης σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία.

Τέλος, στο πλαίσιο μιας πολυκεντρικής μελέτης που διεξάγεται από κοινού από την Ισπανία και την Ιταλία, διερευνάται η αποτελεσματικότητα του εμβολίου κοκαΐνης (TA-CD). Πρόκειται για τη μεγαλύτερη δοκιμή του εν λόγω εμβολίου μέχρι σήμερα, με τη συμμετοχή πολλών εκατοντάδων εθελοντών. Αρχικές μελέτες για την ασφάλεια του εμβολίου TA-CD στις ΗΠΑ έδειξαν μείωση των υποκειμενικών επιδράσεων της κοκαΐνης, μείωση της χρήσης της ουσίας και υψηλότερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία.

### Μείωση των επιβλαβών συνεπειών

Οι παρεμβάσεις για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών από την προβληματική χρήση κρακ και κοκαΐνης αποτελούν ένα νέο πεδίο εργασίας σε πολλά κράτη μέλη. Η ύπαρξη σχετικά μικρού αριθμού παρεμβάσεων του είδους αυτού, ιδίως για τους χρήστες κρακ, μπορεί εν μέρει να οφείλεται στις ανεπαρκείς γνώσεις που διαθέτουν οι επαγγελματίες του χώρου των ουσιοεξαρτήσεων σχετικά με την εν λόγω ουσία, την ομάδα-στόχο και τις ανάγκες της.

Τα κράτη μέλη συνήθως παρέχουν στα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση κοκαΐνης ίδιες υπηρεσίες και ίδια προγράμματα με εκείνα που παρέχονται στους χρήστες οπιοειδών, όπως συστάσεις για ασφαλέστερη χρήση, εκπαίδευση στην ασφαλέστερη ενέσιμη χρήση και προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συριγγών. Ωστόσο, η ενέσιμη χρήση κοκαΐνης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κοινής χρήσης σύριγγας και με συχνή ενέσιμη χορήγηση, η οποία μπορεί να προκαλέσει κατάρρευση των φλεβών και να αναγκάσει τον χρήστη να χρησιμοποιήσει πιο επικίνδυνα μέρη του σώματος (π.χ. μηρούς, χέρια, πόδια και βουβωνική χώρα). Επομένως, οι συστάσεις για ασφαλέστερη χρήση πρέπει να προσαρμοστούν στους συγκεκριμένους κινδύνους. Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Βέλγιο, Γαλλία) κάποιες υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης διανέμουν καθαρές πίπες για το κάπνισμα κρακ.

Οι παρεμβάσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για χρήστες κοκαΐνης σε κέντρα διασκέδασης επικεντρώνονται κυρίως στην ευαισθητοποίηση. Στο πλαίσιο των παρεμβάσεων αυτών παρέχονται στους νέους συμβουλές και πληροφορίες για τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών εν γένει, ενώ συχνά περιλαμβάνεται υλικό και για τους κινδύνους από τη χρήση κοκαΐνης.



## Κεφάλαιο 6

# Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

### Εισαγωγή

Η χρήση ηρωίνης, ιδιαίτερα η ενέσιμη χρήση της, συνδέεται στενά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη από τη δεκαετία του 1970. Σήμερα, στην ηρωίνη εξακολουθεί να αποδίδεται το υψηλότερο ποσοστό της σχετιζόμενης με τη χρήση ναρκωτικών νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μείωση της χρήσης ηρωίνης και των συναφών προβλημάτων, μολονότι τα πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν πιθανή αναστροφή της τάσης αυτής σε κάποιες χώρες. Επιπλέον, η αναφερόμενη χρήση συνθετικών οπιοειδών όπως η φαιντανύλη, καθώς και η ενέσιμη χρήση διεγερτικών ουσιών όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες, αντικατοπτρίζουν τον πολυσύνθετο χαρακτήρα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη.

### Προσφορά και διαθεσιμότητα

Δύο είναι οι μορφές εισαγόμενης ηρωίνης που ανέκαθεν διατίθεντο στην αγορά παράνομων ουσιών στην Ευρώπη, η ευρύτερα διαθέσιμη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης), που προέρχεται κυρίως από το Αφγανιστάν, και η λιγότερο συνηθισμένη λευκή ηρωίνη (άλας), που συνήθως προέρχεται από τη νοτιοανατολική Ασία<sup>(105)</sup>. Επιπλέον, κάποια οπιοειδή ναρκωτικά παρασκευάζονται εντός Ευρώπης, κυρίως προϊόντα παπαρούνας (π.χ. συμπυκνώματα παπαρούνας από το άλεσμα μίσχων και ανθέων παπαρούνας) που παρασκευάζονται με ερασιτεχνικά μέσα σε ορισμένες ανατολικοευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Λετονία, Λιθουανία).

### Παραγωγή και διακίνηση

Η ηρωίνη που καταναλώνεται στην Ευρώπη προέρχεται πρωτίστως από το Αφγανιστάν, χώρα η οποία εξακολουθεί να έχει τη μεγαλύτερη παραγωγή παράνομου οπίου στον κόσμο. Όπιο παράγεται και σε άλλες χώρες, όπως το Μιανμάρ, που προμηθεύει κυρίως τις αγορές της ανατολικής και νοτιοανατολικής Ασίας, το Πακιστάν και το Λάος, ακολουθούμενες από το Μεξικό και την Κολομβία που θεωρούνται οι μεγαλύτεροι προμηθευτές ηρωίνης στις Ηνωμένες Πολιτείες (UNODC, 2009). Η παγκόσμια

παραγωγή οπίου υπολογίζεται ότι μειώθηκε σε σχέση με τα πρωτοφανή επίπεδα του 2007, κυρίως λόγω μείωσης της παραγωγής του Αφγανιστάν από 8 890 τόνους σε περίπου 8 000 τόνους το 2008. Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες εκτιμήσεις, η παγκόσμια δυνητική παραγωγή ηρωίνης ανέρχεται σε 735 τόνους το 2007 (UNODC, 2009). Η αύξηση του αριθμού των εργαστηρίων που εξαρθρώθηκαν στο Αφγανιστάν τα τελευταία χρόνια αποδεικνύει ότι αυξάνεται στη χώρα και η επεξεργασία του οπίου για τη μετατροπή του σε μορφίνη ή ηρωίνη. Ωστόσο, οι κατασχέσεις μεγάλων ποσοτήτων οπίου και μορφίνης στις γειτονικές χώρες (Πακιστάν, Ιράν) δείχνουν ότι

**Πίνακας 9: Παραγωγή, κατασχέσεις, τιμή και καθαρότητα της ηρωίνης**

Παραγωγή και κατασχέσεις	Ηρωίνη
Εκτιμώμενη παγκόσμια δυνητική παραγωγή (σε τόνους) <sup>(1)</sup>	735
Κατασχεθείσες ποσότητες παγκοσμίως Ηρωίνη (σε τόνους) Μορφίνη (σε τόνους)	65 27
Κατασχεθείσα ποσότητα (σε τόνους) σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	8,8 (22)
Αριθμός κατασχέσεων σε ΕΕ και Νορβηγία (περιλαμβανομένης της Κροατίας και της Τουρκίας)	56 000 (58 000)
Τιμή και καθαρότητα στην Ευρώπη	Καφέ ηρωίνη
Μέση λιανική τιμή (ευρώ/γραμμάριο) Εύρος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) <sup>(2)</sup>	14-119 (35-77)
Μέση καθαρότητα (%) Εύρος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) <sup>(2)</sup>	9-50 (16-27)

(1) Τα στοιχεία του UNODC βασίζονται στις εκτιμήσεις του σχετικά με τη παγκόσμια παραγωγή παράνομου οπίου (8 870 τόνοι το 2008) (UNODC, 2009).

(2) Εύρος των μισών κεντρικών τιμών των δεδομένων που υποβλήθηκαν για τη μέση τιμή ή καθαρότητα κάθε ουσίας.

Σημείωση: Τα στοιχεία αφορούν το 2007, εκτός από την εκτιμώμενη παγκόσμια δυνητική παραγωγή.

Πηγές: UNODC World drug report (2009) για τις παγκόσμιες τιμές, εθνικά εστακά σημεία δικτύου Reitox για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

(105) Για πληροφορίες σχετικά με τις πηγές των στοιχείων για την προσφορά και τη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών, βλ. σ. 44.

επεξεργασία σημαντικής ποσότητας οπίου λαμβάνει χώρα και εκτός του Αφγανιστάν (CND, 2008· UNODC, 2009).

Η ηρωίνη εισέρχεται στην Ευρώπη πρωτίστως από δύο κύριες οδούς διακίνησης, αφενός από την ανέκαθεν σημαντική βαλκανική οδό και τα διάφορα παρακλάδια της, αφού διέλθει από το Πακιστάν, το Ιράν και την Τουρκία όπου γίνονται και οι κατασχέσεις των μεγαλύτερων ποσοτήτων, αφετέρου από τη «βόρεια οδό» μέσω κεντρικής Ασίας και Ρωσικής Ομοσπονδίας, όπου η ηρωίνη εισάγεται λαθραία π.χ. απευθείας στην Πολωνία σιδηροδρομικώς (INCB, 2009α) ή στη Νορβηγία μέσω Λιθουανίας. Αναφέρονται επίσης και δευτερεύουσες οδοί διακίνησης ηρωίνης από τη νοτιοδυτική Ασία, π.χ. από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν αεροπορικώς μέσω χωρών της Μέσης Ανατολής και της ανατολικής Αφρικής προς παράνομες αγορές στην Ευρώπη (INCB, 2009α· ΠΟΤ, 2008). Ηρωίνη από τη νοτιοδυτική Ασία εισάγεται επίσης λαθραία απευθείας στην Ευρώπη (Ηνωμένο Βασίλειο) αεροπορικώς από το Πακιστάν. Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημαντικό ρόλο ως δευτερεύοντες κόμβοι διανομής διαδραματίζουν οι Κάτω Χώρες και, σε μικρότερο βαθμό, το Βέλγιο (Ευρωπόλ, 2008).

### Κατασχέσεις

Οι κατασχέσεις οπίου παγκοσμίως σημείωσαν εντυπωσιακή αύξηση το 2007, ανερχόμενες σε 510 τόνους, με ποσοστό 84% να αντιστοιχεί σε κατασχέσεις στο Ιράν. Οι κατασχέσεις μορφίνης σημείωσαν κατακόρυφη πτώση, στους 27 τόνους, ενώ οι κατασχέσεις ηρωίνης αυξήθηκαν ελαφρώς φθάνοντας τους 65 τόνους. Οι μεγαλύτερες κατασχεθείσες ποσότητες αναφέρονται από το Ιράν (25% του συνόλου παγκοσμίως), ενώ ακολουθούν η Τουρκία και το Αφγανιστάν (UNODC, 2009).

Στην Ευρώπη, περίπου 58 000 κατασχέσεις εκτιμάται ότι απέφεραν 22 τόνους ηρωίνης το 2007. Το Ηνωμένο Βασίλειο συνεχίζει να αναφέρει τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων, ενώ η Τουρκία για άλλη μια φορά αναφέρει τη μεγαλύτερη κατασχεθείσα ποσότητα, ήτοι 13,2 τόνους το 2007<sup>(106)</sup>. Τα στοιχεία για την πενταετία 2002–2007 που υποβλήθηκαν από 25 χώρες φανερώνουν ότι, μετά από μια μείωση το πρώτο έτος, ο αριθμός κατασχέσεων αυξάνεται σταθερά από το 2003. Η γενική τάση ως προς τις κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης στην Τουρκία διαφέρει από την τάση που παρατηρείται στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ενώ η Τουρκία ανέφερε πενταπλασιασμό της κατασχεθείσας ποσότητας ηρωίνης μεταξύ των ετών 2002–2007, το ίδιο διάστημα η κατασχεθείσα ποσότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση σημείωσε συνολικά μείωση, αν και αυξήθηκε από το 2006 έως το 2007.

Οι παγκόσμιες κατασχέσεις οξικού ανυδρίτη (που χρησιμοποιείται στην παρασκευή ηρωίνης) αυξήθηκαν στα 56 300 λίτρα το 2007, τα μισά περίπου εκ των οποίων κατασχέθηκαν στη Ρωσία (25 000 λίτρα), ενώ ακολουθούν η Τουρκία (13 300 λίτρα) και η Σλοβενία (6 500 λίτρα) (INCB, 2009β). Το INCB εκτιμά ότι «περίπου 80%» του οξικού ανυδρίτη που χρησιμοποιείται στα εργαστήρια ηρωίνης του Αφγανιστάν εισάγεται λαθραία μέσω χωρών της ανατολικής και νοτιοανατολικής Ευρώπης και κάνει έκκληση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και στα κράτη μέλη της ΕΕ για την αποτροπή της εκτροπής οξικού ανυδρίτη από την εσωτερική αγορά (INCB, 2009α).

### Καθαρότητα και τιμή

Το 2007 στις περισσότερες από τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία η μέση καθαρότητα της καφέ ηρωίνης που

#### Οι τιμές της ηρωίνης στα διάφορα επίπεδα της αγοράς

Η παρακολούθηση των τιμών των ναρκωτικών ουσιών αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση της αγοράς της κάθε ουσίας. Το ΕΚΠΝΤ συγκεντρώνει στοιχεία για τις λιανικές τιμές, εκφρασμένες συνήθως σε ευρώ ανά γραμμάριο, δόση ή δισκίο. Βάσει των στοιχείων αυτών υπολογίζεται η συνήθης τιμή την οποία καταβάλλει ο χρήστης για την αγορά μιας συγκεκριμένης ουσίας σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα. Οι διαχρονικές μεταβολές των τιμών ενδέχεται να φανερώνουν αλλαγές στην προσφορά ή τη ζήτηση των διαφόρων ουσιών. Οι τιμές χονδρικής, ήτοι η τιμή την οποία καταβάλλει ο έμπορος ναρκωτικών στους μεγαλοδιακινητές στην αγορά στην οποία καταναλώνεται η ουσία, αποτελούν έναν ακόμη χρήσιμο δείκτη ο οποίος μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τα περιθώρια κέρδους στην αγορά.

Συγκρίσιμα στοιχεία για τις τιμές χονδρικής και λιανικής κατά το έτος 2007 υπάρχουν για μικρό αριθμό χωρών μόνο (Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ισπανία, Ρουμανία, Ηνωμένο Βασίλειο). Στις χώρες αυτές, η τιμή χονδρικής της ηρωίνης κυμαίνεται από 12,5 έως 35,8 ευρώ/γραμμάριο, ενώ η μέση λιανική τιμή, όπου υπάρχουν στοιχεία, κυμαίνεται από 36 έως 62,7 ευρώ/γραμμάριο. Τόσο σε επίπεδο χονδρικής όσο και σε επίπεδο λιανικής, οι χαμηλότερες τιμές αναφέρονται από τη Ρουμανία και οι υψηλότερες από την Ισπανία. Ο λόγος λιανικής προς χονδρική τιμή επίσης παρουσιάζει σημαντικές διαφορές, από 1,6 προς 1 στην Τσεχική Δημοκρατία έως 2,8 προς 1 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ενδεχόμενες διαφορές στην καθαρότητα της ουσίας, είτε από χώρα σε χώρα είτε μεταξύ χονδρικής και λιανικής είτε διαχρονικά, επιβάλλουν οι συγκρίσεις να γίνονται με προσοχή. Παρά ταύτα, η ανάλυση των τιμών μπορεί να μας δώσει χρήσιμες πληροφορίες, ιδίως όσον αφορά τις διαχρονικές τάσεις, καθώς μπορεί να υποδεικνύει σημαντικές μεταβολές στην αγορά.

<sup>(106)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-7 και SZR-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009. Σημειώτεον ότι, όπου δεν υπήρχαν στοιχεία για το 2007, χρησιμοποιήθηκαν τα αντίστοιχα στοιχεία του 2006 για να υπολογιστούν τα σύνολα στην Ευρώπη. Η παρούσα ανάλυση είναι προκαταρκτική, δεδομένου ότι δεν είναι προς το παρόν διαθέσιμα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου για το 2007.

ελέγχθηκε κυμαινόταν μεταξύ 15 και 30 %, παρότι αναφέρθηκαν τιμές χαμηλότερες από 15 % στη Γαλλία (12 %) και την Αυστρία (9 %) και υψηλότερες από 15 % στο Ηνωμένο Βασίλειο (50 %) και τη Νορβηγία (35 %). Η συνήθης καθαρότητα της λευκής ηρωίνης ήταν γενικά υψηλότερη (30–50 %) στις λίγες ευρωπαϊκές χώρες που υπέβαλαν στοιχεία <sup>(107)</sup>.

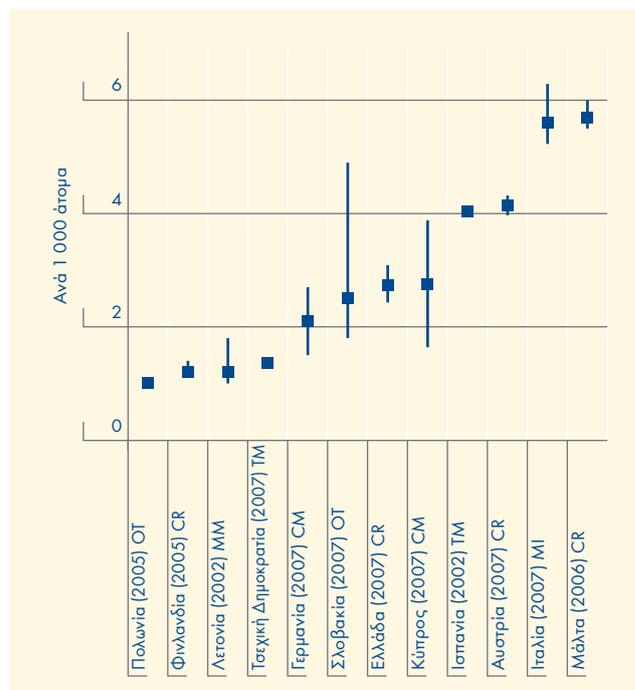
Η λιανική τιμή της καφέ ηρωίνης συνέχισε να είναι υψηλότερη στις σκανδιναβικές χώρες σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη, με τη Σουηδία να αναφέρει μέση τιμή 119 ευρώ/γραμμάριο και τη Δανία 96 ευρώ/γραμμάριο. Σε δέκα ακόμη χώρες, η λιανική τιμή της καφέ ηρωίνης κυμαινόταν από 30 έως 80 ευρώ/γραμμάριο, ενώ στην Τουρκία η μέση τιμή ανά γραμμάριο ηρωίνης ήταν 15 ευρώ. Μεταξύ 2002 και 2007 η λιανική τιμή της καφέ ηρωίνης μειώθηκε σε 7 από τις 12 ευρωπαϊκές χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για τις διαχρονικές τάσεις, ενώ αυξήθηκε σε 5. Στοιχεία για τη λιανική τιμή της λευκής ηρωίνης υποβάλλει μικρός αριθμός ευρωπαϊκών χωρών. Στις χώρες αυτές η τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 31 και 151 ευρώ/γραμμάριο.

### Εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών

Τα στοιχεία στην ενότητα αυτή προέρχονται από τον δείκτη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (PDU) του ΕΚΠΝΤ, ο οποίος περιλαμβάνει κυρίως την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και τη χρήση οπιοειδών, αν και σε μικρό αριθμό χωρών σημαντική παράμετρο του προβλήματος αποτελούν και οι χρήστες αμφεταμινών ή κοκαΐνης. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές χώρες αναφέρουν ότι οι περισσότεροι «προβληματικοί χρήστες οπιοειδών» είναι στην ουσία πολυτοξικομανείς που κάνουν χρήση και οπιοειδών, μεταξύ άλλων ουσιών. Με δεδομένα τα σχετικά χαμηλά ποσοστά επικράτησης αυτής της μορφής χρήσης ουσιών και τον αφανή χαρακτήρα της, απαιτούνται στατιστικές παρεκτάσεις για την άντληση εκτιμήσεων επικράτησης από τις διαθέσιμες πηγές δεδομένων.

Η επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κατά το διάστημα 2002–2007 εκτιμάται χονδρικά ότι κυμαίνεται από 1 έως 6 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15–64 ετών. Η συνολική επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών εκτιμάται ότι κυμαίνεται από λιγότερες από 3 έως 10 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα. Οι χώρες που αναφέρουν τα χαμηλότερα επαρκώς τεκμηριωμένα ποσοστά επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών είναι η Τσεχική Δημοκρατία, η Λετονία, η Πολωνία και η Φινλανδία (αν και τόσο η Τσεχική Δημοκρατία όσο και η Φινλανδία έχουν μεγάλα ποσοστά

**Διάγραμμα 10:** Εκτιμήσεις της ετήσιας επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών (περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών)



Σημείωση: Το σύμβολο δηλώνει ότι πρόκειται για εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου, ενώ η ράβδος δηλώνει ένα διάστημα αβεβαιότητας που απορρέει από τις διαδικασίες εκτίμησης—ένα διάστημα εμπιστοσύνης 95 % ή ένα διάστημα βασισμένο σε ανάλυση ευαισθησίας. Οι ομάδες-στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων εκτίμησης και πηγών δεδομένων. Ως εκ τούτου, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Μη πρότυπες ηλικιακές ομάδες χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες της Φινλανδίας (15–54), της Μάλτας (12–64) και της Πολωνίας (ανεξαρτήτως ηλικίας). Τα τρία αυτά ποσοστά επικράτησης αναπροσαρμόστηκαν στον πληθυσμό ηλικίας 15–64 ετών υποθέτοντας ότι η χρήση ναρκωτικών στις λοιπές ηλικιακές ομάδες είναι αμελητέα. Για τη Γερμανία και την Κύπρο, το διάστημα αντιστοιχεί στο ελάχιστο και στο μέγιστο όριο όλων των υπαρχουσών εκτιμήσεων, ενώ η εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου αντιστοιχεί απλώς στον μέσο όρο των διάμεσων σημείων. Οι μέθοδοι εκτίμησης συντομογραφούνται ως εξής: CR = capture-recapture (σύλληψη επανασύλληψη), TM = treatment multiplier (πολλαπλασιαστής θεραπείας), MI = multivariate indicator (πολυμεταβλητός δείκτης), MM = mortality multiplier (πολλαπλασιαστής θνησιμότητας), CM = combined methods (συνδυασμένες μέθοδοι), OT = other methods (άλλες μέθοδοι). Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα PDU-1 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

προβληματικών χρηστών αμφεταμινών), ενώ τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται από τη Μάλτα, την Ιταλία, την Αυστρία και την Ισπανία (διάγραμμα 10).

Η μέση επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών στις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 3,6 έως 4,6 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15–64 ετών. Εάν υποθέσουμε ότι αυτή η εκτίμηση αποτυπώνει την κατάσταση στην Ευρώπη συνολικά, οι προβληματικοί χρήστες οπιοειδών στην ΕΕ και τη Νορβηγία το 2007 ήταν περίπου 1,4 εκατομμύρια

<sup>(107)</sup> Για στοιχεία σχετικά με την καθαρότητα και τις τιμές, βλέπε πίνακες PPP-2 και PPP-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

## Συχνότητα εμφάνισης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών

Η παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης της προβληματικής χρήσης ουσιών, δηλαδή του αριθμού των ατόμων που αρχίζουν να κάνουν χρήση μιας ουσίας στη διάρκεια ενός δεδομένου έτους και γίνονται προβληματικοί χρήστες, είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό των τάσεων ως προς την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ευρώπη και την ανάπτυξη των ενδεδειγμένων πολιτικών και παρεμβάσεων.

Το ΕΚΠΝΤ ενθαρρύνει την έρευνα για την εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της προβληματικής χρήσης ουσιών και πρόσφατα δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές για το θέμα αυτό (Scalia Tomba κ.ά., 2008). Ξεκίνησε επίσης, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης, μια μελέτη στο πλαίσιο της οποίας θα δοκιμασθεί η νέα «μέθοδος της μιας ημέρας» με χρήση της κατανομής του «λανθάνοντα χρόνου» (χρόνος που μεσολαβεί από την έναρξη της χρήσης έως την έναρξη της θεραπείας) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα αποθεραπευμένων χρηστών ηρωίνης. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί μια συνάρτηση (General Inclusion Function, GIF) που περιγράφει την πιθανότητα ο χρήστης να βρίσκεται σε θεραπεία υποκατάστασης με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν κανόνες οι οποίοι περιορίζουν την πρόσβαση στη θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη τον λανθάνοντα χρόνο, τα ποσοστά θνησιμότητας και τα ποσοστά διακοπής της χρήσης ουσιών. Οι εκτιμήσεις γίνονται με βάση τα στοιχεία θεραπείας από μία και μόνη ημέρα, ενώ οι καθιερωμένες μέθοδοι απαιτούν μεγάλες χρονοσειρές που καλύπτουν τουλάχιστον οκτώ έως δέκα έτη.

Η μελέτη διεξήχθη σε έξι κράτη μέλη της ΕΕ (Ισπανία, Ιταλία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Σλοβακία, Ηνωμένο Βασίλειο) και τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η μέθοδος GIF επιτρέπει την εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της προβληματικής χρήσης ηρωίνης ακόμη και με ελλιπή σύνολα δεδομένων για τη θεραπεία υποκατάστασης. Σε τουλάχιστον πέντε περιφέρειες, οι εκτιμήσεις της συχνότητας εμφάνισης επέτρεψαν τον υπολογισμό εκτιμήσεων επικράτησης οι οποίες συμφωνούσαν σε ικανοποιητικό βαθμό με άλλες υπάρχουσες εκτιμήσεις (π.χ. με χρήση της μεθόδου σύλληψης-επανάσύλληψης).

Η μέθοδος GIF φαίνεται να είναι αξιόπιστη και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, πέραν των εκτιμήσεων της συχνότητας εμφάνισης, και για οικονομικά συμφέροντες εκτιμήσεις της επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών, αλλά και της κάλυψης της θεραπείας υποκατάστασης και της διαχρονικής μεταβολής των ποσοστών αυτών. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μελέτες σε άλλες χώρες της ΕΕ, αναλύσεις χωρικών διαφορών και διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών, καθώς και αναλύσεις της οδού χορήγησης.

(1,2–1,5 εκατομμύρια) <sup>(108)</sup>. Η εκτίμηση αυτή δεν αποκλείεται να υποτιμά τον αριθμό των φυλακισμένων προβληματικών χρηστών οπιοειδών, ιδίως όσων εκτίουν σχετικά μακροχρόνιες ποινές φυλάκισης.

## Χρήστες οπιοειδών υπό θεραπεία

Τα οπιοειδή και κυρίως η ηρωίνη εξακολουθούν να αναφέρονται ως οι κύριες ουσίες κατάχρησης από την πλειονότητα των χρηστών που υποβάλλουν αίτηση για θεραπεία στην Ευρώπη. Παρά ταύτα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα ως προς το ποσοστό των χρηστών οπιοειδών επί του συνόλου των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης. Οι χρήστες οπιοειδών αντιπροσωπεύουν ποσοστό υψηλότερο του 90 % των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία στη Βουλγαρία και τη Σλοβενία, μεταξύ 50 και 90 % σε 15 χώρες και μεταξύ 10 και 49 % σε 9 ακόμη χώρες <sup>(109)</sup>. Συνολικά, από τους περίπου 325 000 χρήστες οι οποίοι ξεκινούν θεραπεία και των οποίων η κύρια ουσία κατάχρησης είναι γνωστή, ποσοστό 49 % δηλώνει ηρωίνη. Εάν συνυπολογιστούν και τα λοιπά οπιοειδή, το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 55 % <sup>(110)</sup>. Σε ορισμένες χώρες, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι χρήστες που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης από άλλα οπιοειδή πλην ηρωίνης τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ποσοστιαία <sup>(111)</sup>.

Πολλοί χρήστες οπιοειδών παρακολουθούν μακροχρόνια προγράμματα. Αυτό φαίνεται από το υψηλότερο ποσοστό χρηστών που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή μεταξύ των υπό θεραπεία χρηστών. Μια πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων των υπό θεραπεία χρηστών σε 14 χώρες έδειξε ότι οι χρήστες που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή αντιστοιχούν σε ποσοστό 61 % του συνόλου των υπό θεραπεία χρηστών, αλλά μόλις σε ποσοστό 38 % των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά <sup>(112)</sup>. Το ποσοστό των χρηστών οπιοειδών επί των χρηστών που παρακολουθούσαν θεραπευτικό πρόγραμμα για διάστημα άνω του ενός έτους υπερβαίνει το 50 % σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα.

Οι χρήστες που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης από οπιοειδή συνήθως αναφέρουν ότι κάνουν χρήση και άλλων ουσιών. Το 2006 σε μια ανάλυση δεδομένων από 14 χώρες διαπιστώθηκε ότι το 59 % των χρηστών ηρωίνης κάνει χρήση και δευτερεύουσας ουσίας, κυρίως κοκαΐνης (28 %), κάνναβης (14 %) και αλκοόλ (7 %) <sup>(113)</sup>.

<sup>(108)</sup> Η εν λόγω εκτίμηση αναπροσαρμόστηκε από 1,5 σε 1,4 εκατομμύρια βάσει των νέων δεδομένων. Λόγω του μεγάλου διαστήματος εμπιστοσύνης και λόγω του ότι η εκτίμηση βασίζεται σε στοιχεία διαφορετικών ετών, δεν είναι δυνατόν να ισχυριστεί κανείς ότι η νέα αυτή εκτίμηση φανερώνει μείωση της επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών στην Ευρώπη.

<sup>(109)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-5 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(110)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-113 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(111)</sup> Βλέπε «Κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών», σ. 86.

<sup>(112)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-38 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(113)</sup> Βλέπε «Επιλεγμένο θέμα: πολλαπλή χρήση ουσιών» του 2009.

### Τάσεις όσον αφορά την προβληματική χρήση οπιοειδών

Οι διαχρονικές τάσεις της επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών δεν είναι εύκολο να εκτιμηθούν, αφενός λόγω του περιορισμένου αριθμού επαναλαμβανόμενων εκτιμήσεων της επίπτωσης και της επικράτησης και αφετέρου λόγω της στατιστικής αβεβαιότητας των μεμονωμένων εκτιμήσεων. Τα στοιχεία 9 χωρών με επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις επικράτησης κατά την περίοδο 2002-2007 παρουσιάζουν μια σχετικά σταθερή εικόνα. Η φαινομενική αύξηση που παρατηρήθηκε στην Αυστρία μέχρι το έτος 2005 δεν επιβεβαιώνεται από τα πρόσφατα δεδομένα. Σε άλλες χώρες υπάρχουν στοιχεία τα οποία ενδέχεται να υποδηλώνουν πρόσφατες αλλαγές. Στην Κύπρο, σύμφωνα με εκτίμηση του 2007, σημειώθηκε σημαντική αύξηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών, η οποία σχετίζεται με αύξηση του αριθμού των υπό θεραπεία αλλοδαπών χρηστών<sup>(114)</sup>. Σύμφωνα με πληροφορίες από το γαλλικό σύστημα TREND, το οποίο βασίζεται τόσο σε ποιοτικά όσο και σε ποσοτικά δεδομένα, παρατηρείται διάδοση της χρήσης ηρωίνης σε νέες ομάδες χρηστών στις οποίες, κι αυτό είναι το ανησυχητικό, περιλαμβάνονται κοινωνικά ενσωματωμένα άτομα και θαμώνες πάρτι techno.

Ακόμη και σε περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχουν επαρκείς και επικαιροποιημένες εκτιμήσεις της επίπτωσης και της επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών, είναι δυνατή η διαχρονική ανάλυση των τάσεων με χρήση άλλων, κυρίως έμμεσων δεικτών, όπως ο δείκτης αιτήσεων θεραπείας. Βάσει ενός δείγματος 19 χωρών, ο συνολικός αριθμός των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία δηλώνοντας την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης αυξήθηκε μεταξύ των ετών 2002 και 2007. Αν περιοριστούμε σε ένα πιο πρόσφατο χρονικό πλαίσιο, οι χρήστες που ξεκινούν θεραπεία δηλώνοντας την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης αυξήθηκαν τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ποσοστιαία σε 8 χώρες μεταξύ 2006 και 2007. Παρόμοιες αυξήσεις συνήθως έπονται σημαντικών μειώσεων κατά τα προηγούμενα έτη. Εξάλλου, ήδη από τις αρχές του 2004, δέκα χώρες είχαν αναφέρει αύξηση των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά δηλώνοντας την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ποσοστιαία<sup>(115)</sup>.

Η ανάλυση αυτή στηρίζεται και από άλλους δείκτες. Τα στοιχεία για τους θανάτους που οφείλονται στα ναρκωτικά το 2007, οι οποίοι σχετίζονται κυρίως με χρήση οπιοειδών, δεν δίνουν καμία ένδειξη επανόδου της πτωτικής τάσης που παρατηρήθηκε έως το 2003 (βλέπε

κεφάλαιο 7). Πάνω από τις μισές χώρες εξ όσων υπέβαλαν στοιχεία καταγράφουν αυξανόμενο αριθμό θανάτων από ναρκωτικά μεταξύ 2006 και 2007<sup>(116)</sup>. Παρομοίως, η μείωση που καταγράφηκε στον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση έως το 2003 έχει δώσει πλέον τη θέση της σε μια σταθερή αύξηση. Επιπλέον, στα πιο πρόσφατα δεδομένα σχετικά με τα αδικήματα που εμπύπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών παρατηρείται αύξηση των υποθέσεων που σχετίζονται με την ηρωίνη.

Τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι έχει σταθεροποιηθεί η πτωτική τάση των δεικτών οπιοειδών, η οποία παρατηρήθηκε έως το 2003. Το γεγονός αυτό κατέστη απολύτως εμφανές από το 2003 όσον αφορά τις κατασχέσεις και τους θανάτους από ναρκωτικά, ενώ μετά το 2004 αποτυπώθηκε και στις νέες αιτήσεις για έναρξη θεραπείας ανεξάρτησης από ηρωίνη. Οι μεταβολές αυτές εξελίσσονται παράλληλα με την αυξημένη παραγωγή οπίου στο Αφγανιστάν και δημιουργούν ανησυχία για το κατά πόσον μπορεί να υπάρχει συσχέτιση λόγω αυξημένης διαθεσιμότητας ηρωίνης στην ευρωπαϊκή αγορά.

### Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

#### Επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) κινδυνεύουν περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας από τη χρήση ναρκωτικών, όπως λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με το αίμα (π.χ. HIV/AIDS, ηπατίτιδα) ή θάνατο οφειλόμενο στα ναρκωτικά. Μόλις 12 χώρες ήταν σε θέση να παράσχουν πρόσφατες εκτιμήσεις των επιπέδων ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών<sup>(117)</sup>, παρά τη σημασία που έχουν για τη δημόσια υγεία. Η βελτίωση του επιπέδου πληροφόρησης αυτού του ειδικού πληθυσμού εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης της υγείας στην Ευρώπη.

Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις υποδηλώνουν μεγάλες διαφορές στην επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από χώρα σε χώρα. Στις περισσότερες χώρες οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από λιγότερες από 1 έως 5 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών, με εξαίρεση το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό της Εσθονίας, όπου αναφέρονται 15 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα.

Η έλλειψη στοιχείων καθιστά δυσχερή την άντληση συμπερασμάτων σχετικά με τις διαχρονικές τάσεις της επικράτησης της ενέσιμης χρήσης, παρότι τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν σταθεροποίηση της κατάστασης στην

<sup>(114)</sup> Για τα πλήρη στοιχεία, καθώς και για τα διαστήματα εμπιστοσύνης, βλέπε πίνακες PDU-6 μέρος (ii) και PDU-102 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(115)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(116)</sup> Βλέπε πίνακα DRD-2 μέρος (i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(117)</sup> Βλέπε διάγραμμα PDU-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

### Επιλεγμένο θέμα του ΕΚΠΝΤ: ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών συγκαταλέγεται στους καθοριστικούς παράγοντες των σοβαρών προβλημάτων δημόσιας υγείας που παρατηρούνται στους χρήστες, μεταξύ άλλων του HIV/AIDS, της ηπατίτιδας C και της λήψης υπερβολικής δόσης. Σε πανευρωπαϊκό επίπεδο παρατηρούνται αποκλίσεις ως προς την επικράτηση και τις τάσεις της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από χώρα σε χώρα, διαχρονικά δε η κατάσταση ενδέχεται να μεταβληθεί. Η ενέσιμη χρήση ενδέχεται να συνυπάρχει και με εναλλακτικούς τρόπους λήψης της ουσίας (π.χ. κάπνισμα), ενώ ο χρήστης ενδέχεται να αλλάξει τρόπο λήψης της ουσίας.

Το επιλεγμένο θέμα επικεντρώνεται στην κατάσταση και τις τάσεις όσον αφορά την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, καθώς και σε εξειδικευμένες παρεμβάσεις που απευθύνονται σε ΧΕΝ στην Ευρώπη. Εξετάζονται επίσης οι μηχανισμοί που πιθανώς επέφεραν τη μείωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών που παρατηρήθηκε σε ορισμένες χώρες και περιοχές, καθώς και τους λόγους για τους οποίους πιθανώς παρατηρούνται ακόμη υψηλά (ή αυξανόμενα) ποσοστά ενέσιμης χρήσης σε άλλες περιοχές. Τέλος, εξετάζονται παρεμβάσεις και πολιτικές που αποσκοπούν στη μείωση της ενέσιμης χρήσης ή ενθαρρύνουν την υιοθέτηση λιγότερο επιβλαβών τρόπων χρήσης της ουσίας εκ μέρους των χρηστών.

Το εν λόγω επιλεγμένο θέμα διατίθεται σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή μόνο στην αγγλική γλώσσα (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) από τον Δεκέμβριο 2009.

Τσεχική Δημοκρατία, στην Ελλάδα, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία <sup>(118)</sup>. Αύξηση παρατηρήθηκε στην Κύπρο.

Τα πορίσματα ερευνών σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα μπορούν επίσης να μας δώσουν πληροφορίες σχετικά με τις εθνικές διαφορές και τις διαχρονικές μεταβολές της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών. Παρά ταύτα, οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών πρέπει να γίνονται με προσοχή, λόγω του ότι οι συμμετέχοντες στις έρευνες προέρχονται από διαφορετικά πλαίσια. Σχετικά υψηλά ποσοστά (άνω του 20%) νέων ΧΕΝ (ενέσιμη χρήση λιγότερο από δύο χρόνια) διαπιστώθηκαν σε 3 χώρες και είναι πιθανόν να δηλώνουν σημαντική στροφή νέων χρηστών προς την ενέσιμη χρήση. Σε 10 ακόμη χώρες, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν κάτω του 10% <sup>(119)</sup>. Ένας άλλος δείκτης σχετικά πρόσφατης έναρξης της ενέσιμης χρήσης είναι το ποσοστό των νεαρών ΧΕΝ (κάτω των 25 ετών) επί του συνόλου του δείγματος. Οι νεαροί ΧΕΝ αντιπροσώπευαν

άνω του 40% των ερωτηθέντων ΧΕΝ στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Εσθονία, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στην Αυστρία, στη Ρουμανία και τη Σλοβακία, ενώ σε 11 χώρες οι ερωτηθέντες ΧΕΝ κάτω των 25 ετών αντιπροσώπευαν ποσοστό κάτω του 20%.

### Ενέσιμη χρήση μεταξύ των χρηστών οπιοειδών

Η ενέσιμη χρήση αναφέρεται συχνά ως ο συνήθης τρόπος λήψης της ουσίας από χρήστες οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης. Στις περισσότερες χώρες ενέσιμη χρήση δηλώνει πάνω από το 50% των χρηστών οπιοειδών υπό θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 25 και 50% σε 7 χώρες και κάτω από 25% σε 5 χώρες. Η μικρότερη αναλογία ΧΕΝ επί των χρηστών οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία αναφέρεται από τη Δανία και τις Κάτω Χώρες, ενώ η υψηλότερη από τη Λιθουανία, τη Λετονία και τη Ρουμανία <sup>(120)</sup>. Τα στοιχεία των θεραπευτικών κέντρων φανερώνουν επίσης ότι η δημοτικότητα της ενέσιμης χρήσης μεταξύ χρηστών οπιοειδών ενδέχεται να παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις εντός της χώρας. Για παράδειγμα, στις αυτόνομες κοινότητες της Ισπανίας η αναλογία ΧΕΝ επί των χρηστών οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά κυμαίνεται από 0,9 έως 47,2%.

Μεταξύ των χρηστών οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά, το ποσοστό όσων αναφέρουν ενέσιμη χρήση (42%) είναι χαμηλότερο από το αντίστοιχο του συνόλου των χρηστών οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία (44%). Αυτό ισχύει σε όλες σχεδόν τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία (22 χώρες). Η ανάλυση των δεδομένων των υπό θεραπεία χρηστών σε 14 χώρες δείχνει ότι η ενέσιμη χρήση μεταξύ του συνόλου των υπό θεραπεία χρηστών παραμένει σε υψηλά επίπεδα (62%), παρότι υπάρχουν λαμπρές εξαιρέσεις όπως οι Κάτω Χώρες με 6,1% <sup>(121)</sup>.

Το ποσοστό των ΧΕΝ μεταξύ των χρηστών ηρωίνης που ξεκινούν θεραπεία συνέχισε να μειώνεται το 2007. Η τάση αυτή είναι πλέον εμφανής και σε χώρες στις οποίες δεν είχε παρατηρηθεί στο παρελθόν (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία). Στο διάστημα 2002–2007 το ποσοστό των ΧΕΝ μεταξύ των χρηστών που ξεκινούσαν θεραπεία απεξάρτησης δηλώνοντας ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή μειώθηκε στις περισσότερες χώρες, ενώ στατιστικά σημαντική μείωση αναφέρεται από 13 χώρες. Δύο χώρες, ωστόσο, αναφέρουν αύξηση κατά το ίδιο διάστημα (Βουλγαρία, Σλοβακία) <sup>(122)</sup>.

<sup>(118)</sup> Βλέπε πίνακα PDU-6 μέρος (iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(119)</sup> Βλέπε διάγραμμα PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(120)</sup> Βλέπε πίνακες PDU-104, TDI-5 και TDI-17 μέρος (v) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(121)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-17 μέρος (v) και TDI-38 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(122)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-4 και TDI-5 στα Δελτία στατιστικών στοιχείων 2006 και 2009.

Και άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν σε γενικές γραμμές την πτωτική τάση της ενέσιμης χρήσης μεταξύ των χρηστών οπιοειδών. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, στα δεδομένα των θεραπευτικών κέντρων παρατηρείται μείωση της

### Κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών

Τα οπιοειδή αναλγητικά είναι τα ισχυρότερα φάρμακα που υπάρχουν για την αντιμετώπιση του έντονου και χρόνιου πόνου. Οπιοειδή χρησιμοποιούνται και ως υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιοειδή. Οι ουσίες αυτές, που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μη θεραπευτικούς σκοπούς, γεγονός που ενδέχεται να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία, όπως εξάρτηση, υπερβολική δόση και επιβλαβείς συνέπειες λόγω ενέσιμης χρήσης. Τα συνταγογραφούμενα οπιοειδή ενδέχεται να διοχετεύονται στην παράνομη αγορά μέσω εκτροπής των υποκατάστατων ουσιών από τη σκοπούμενη χρήση τους. Τα διαδικτυακά φαρμακεία μοιάζει να διαδραματίζουν καιρό ρόλο όσον αφορά τη διαθεσιμότητα συνταγογραφούμενων οπιοειδών στις ΗΠΑ (INCB, 2009α), ωστόσο ο ρόλος τους μοιάζει περιορισμένος στην Ευρώπη. Στην Ευρώπη, η επέκταση της συνταγογράφησης υποκατάστατων σε χρήστες εξαρτημένους από οπιοειδή συνοδεύεται από αυξανόμενες αναφορές περί κατάχρησης των εν λόγω ουσιών.

Τα λοιπά οπιοειδή πλην της ηρωίνης αναφέρονται ως κύρια ουσία κατάχρησης από ποσοστό περίπου 5% (17 810) των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη. Οι συχνότερα αναφερόμενες ουσίες είναι η βουπρενορφίνη, η οποία στη Φινλανδία καταγράφεται ως κύρια ουσία κατάχρησης για το 41% του συνόλου των χρηστών που κάνουν αίτηση θεραπείας και στη Γαλλία για το 7%, η μεθαδόνη που αντιστοιχεί στο 18,5% του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας στη Δανία, καθώς και άλλα συνταγογραφούμενα οπιοειδή σε Λετονία, Αυστρία και Σουηδία, όπου αντιστοιχούν σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 5 και 15% του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας (1). Η Τσεχική Δημοκρατία ανέφερε επίσης περίπου 4 250 προβληματικούς χρήστες βουπρενορφίνης το 2007. Τα στοιχεία αυτά αποτυπώνουν κυρίως μια αλλαγή των ουσιών που λαμβάνουν οι προβληματικοί χρήστες ηρωίνης και όχι μια αύξηση στη συνολική επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών. Το γερμανικό σύστημα Phar-Mon, το οποίο παρακολουθεί ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μη θεραπευτικούς σκοπούς, επίσης κατέγραψε αύξηση της κατάχρησης συνταγογραφούμενων οπιοειδών, με τα υποκατάστατα μάλιστα να παίζουν σημαντικότερο ρόλο από τα αναλγητικά (Roesner και Küfner, 2007).

Η κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών εγείρει σημαντικά θέματα όσον αφορά την αποτροπή της εκτροπής υποκατάστατων ουσιών και οπιοειδών αναλγητικών στην παράνομη αγορά. Ταυτόχρονα, όμως, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν απειλείται η νόμιμη χρήση των εν λόγω ουσιών (Cherny κ.ά., 2006).

(1) Βλέπε πίνακα TDI-113 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

επικράτησης ενέσιμης χρήσης από το 2001, ενώ άλλες έρευνες δείχνουν ότι η έναρξη της χρήσης ηρωίνης σχετίζεται ολοένα και περισσότερο με χρήση διά της εισπνοής, ενώ η έναρξη της ενέσιμης χρήσης φαίνεται ότι συμβαίνει πλέον σε μεταγενέστερο στάδιο, σε αντίθεση με το παρελθόν.

### Θεραπεία προβληματικής χρήσης οπιοειδών

Η μέση ηλικία των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης σε κέντρα εξωτερικής παραμονής και δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή είναι τα 33 έτη, και όλες σχεδόν οι χώρες αναφέρουν αύξηση της μέσης ηλικίας από το 2003 (123). Οι γυναίκες, οι χρήστες οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά και οι χρήστες στα κράτη μέλη που εντάχθηκαν στην ΕΕ από το 2004 είναι κατά μέσο όρο νεότερης ηλικίας.

Οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών θεωρούνται εξόχως ευάλωτη ομάδα. Γενικά, η αναλογία ανδρών-

### Συννοσηρότητα – Χρήση ναρκωτικών και ψυχικές διαταραχές

Ο όρος «συννοσηρότητα» αναφέρεται στη συνύπαρξη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών και ψυχιατρικών διαταραχών στο ίδιο άτομο, η οποία συνήθως περνά απαρατήρητη. Έρευνες έχουν δείξει αφενός αυξημένη επικράτηση ψυχιατρικών προβλημάτων μεταξύ ασθενών σε θεραπεία απεξάρτησης και αφετέρου αυξημένη επικράτηση προβληματικής χρήσης ουσιών μεταξύ ασθενών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες (ΕΚΠΝΤ, 2005).

Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές των χρηστών ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές προσωπικότητας, η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα. Εξακολουθεί να παραμένει περιορισμένος ο αριθμός των ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων για χρήστες ναρκωτικών με συννοσηρότητα στην Ευρώπη. Οι εθνικοί εμπειρογνώμονες αναφέρουν ότι υπάρχουν ειδικά προγράμματα σε 18 χώρες, αλλά στις 14 εξ αυτών είναι διαθέσιμα σε μια μειονότητα χρηστών. Σε 7 ακόμη χώρες δεν υπάρχουν καθόλου ειδικά προγράμματα, ωστόσο 5 εξ αυτών σχεδιάζουν την ανάπτυξή τους κατά την επόμενη τριετία.

Πρόσφατα διεξήχθη μια ευρωπαϊκή προοπτική πολυκεντρική μελέτη με τον τίτλο Isadora, με τη συμμετοχή ασθενών με διπλή διάγνωση που νοσηλεύονταν σε πτέρυγες οξέων περιστατικών ψυχιατρικών (1). Τα ευρήματά της επισημαίνουν τη δυσκολία συγκριτικών αναλύσεων στο συγκεκριμένο πεδίο και τονίζουν την ανάγκη μιας πιο εναρμονισμένης προσέγγισης όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη μελέτη της συννοσηρότητας στην Ευρώπη (Baldacchino κ.ά., 2009).

(1) <http://isadora.advsh.net/>.

(123) Βλέπε πίνακες TDI-10, TDI-32 και TDI-103 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

γυναικών στους χρήστες οπιοειδών υπό θεραπεία είναι 3,5 προς 1, με υψηλότερη αναλογία γυναικών στις σκανδιναβικές χώρες (π.χ. Σουηδία, Φινλανδία) και χαμηλότερη στις χώρες της νότιας Ευρώπης (π.χ. Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία) <sup>(124)</sup>.

Οι χρήστες οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με χρήστες άλλων ουσιών που ξεκινούν θεραπεία (βλέπε κεφάλαιο 2). Στον εν λόγω πληθυσμό αναφέρονται υψηλά επίπεδα ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, μια ιταλική μελέτη διαπιστώνει ότι οι περισσότεροι (72 %) υπό θεραπεία χρήστες ουσιών με συννοσήψωση ψυχική διαταραχή δηλώνουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή <sup>(125)</sup>.

Όλοι σχεδόν οι χρήστες οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία αναφέρουν έναρξη της χρήσης πριν από την ηλικία των 30 ετών και περίπου το 50 % πριν από την ηλικία των 20 ετών. Το μέσο χρονικό διάστημα που αναφέρεται ότι μεσολαβεί από την πρώτη χρήση οπιοειδών έως την πρώτη επαφή με υπηρεσία απεξάρτησης είναι περίπου οκτώ έτη <sup>(126)</sup>.

### Παροχή και κάλυψη της θεραπείας

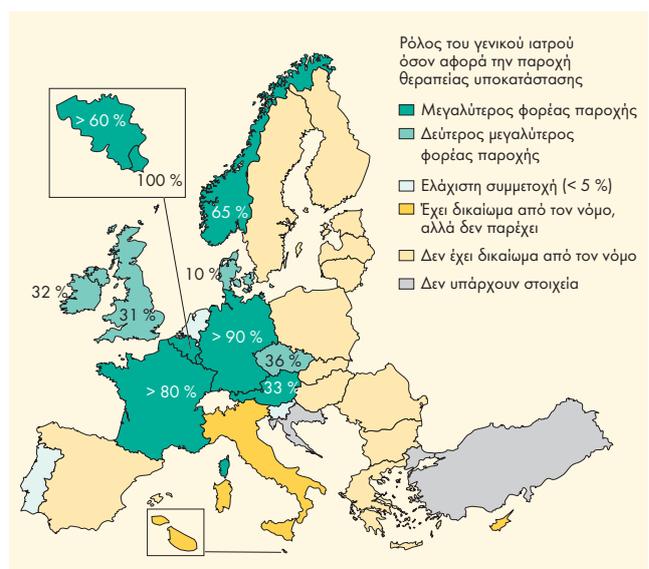
Θεραπεία σε χρήστες οπιοειδών παρέχεται κυρίως από κέντρα απεξάρτησης εξωτερικής παραμονής, στα οποία περιλαμβάνονται εξειδικευμένα κέντρα, γενικοί ιατροί και υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης (βλέπε κεφάλαιο 2). Σε μικρό αριθμό χωρών, σημαντική συνιστώσα του συστήματος θεραπείας απεξάρτησης είναι τα κέντρα εσωτερικής παραμονής, ιδίως στη Βουλγαρία, στην Ελλάδα, στη Φινλανδία και τη Σουηδία <sup>(127)</sup>. Το φάσμα των διαθέσιμων επιλογών στην Ευρώπη όσον αφορά τη θεραπεία απεξάρτησης από οπιοειδή είναι ευρύ και διαφοροποιείται ολόενα και περισσότερο, παρότι παρατηρούνται γεωγραφικές αποκλίσεις ως προς την προσβασιμότητα και την κάλυψη. Στεγνά προγράμματα απεξάρτησης από οπιοειδή, καθώς και θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών προσφέρονται σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, στην Κροατία και τη Νορβηγία. Στην Τουρκία μελετάται επί του παρόντος το ενδεχόμενο καθιέρωσης της θεραπείας υποκατάστασης στο μέλλον.

Τα στεγνά προγράμματα απεξάρτησης υιοθετούν μια προσέγγιση η οποία γενικά απαιτεί από το άτομο να απέχει από τη χρήση κάθε είδους ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης. Οι ασθενείς συμμετέχουν σε ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων και λαμβάνουν εντατική ψυχολογική υποστήριξη. Στεγνό πρόγραμμα

απεξάρτησης μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε κέντρα εσωτερικής όσο και σε κέντρα εξωτερικής παραμονής, ωστόσο τα κράτη μέλη αναφέρουν συνήθως ότι προσφέρουν στεγνά προγράμματα απεξάρτησης σε κέντρα εσωτερικής παραμονής τα οποία εφαρμόζουν τις αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων ή το μοντέλο της Μινεσότα.

Η θεραπεία υποκατάστασης, συνδυασμένη γενικά με ψυχοκοινωνική φροντίδα, παρέχεται συνήθως σε εξειδικευμένα κέντρα εξωτερικής παραμονής. Δεκατρείς χώρες αναφέρουν ότι θεραπεία υποκατάστασης προσφέρεται και από γενικούς ιατρούς, συνήθως μέσω ρυθμίσεων ομαδικής υποστήριξης (βλέπε διάγραμμα 11). Στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γαλλία, στις Κάτω Χώρες, στην Πορτογαλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Κροατία, όλοι οι γενικοί ιατροί έχουν δικαίωμα να συνταγογραφήσουν θεραπεία υποκατάστασης, ενώ στο Βέλγιο, στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ιρλανδία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία και τη Νορβηγία το δικαίωμα αυτό το έχουν μόνον όσοι γενικοί ιατροί διαθέτουν ειδική κατάρτιση ή διαπίστευση. Αρκετές χώρες αναφέρουν ότι η συμμετοχή των γενικών ιατρών συνέβαλε στη βελτίωση της διαθεσιμότητας και της κάλυψης της θεραπείας υποκατάστασης, διευρύνοντας τη γεωγραφική κάλυψη, μειώνοντας το χρόνο αναμονής και διευκολύνοντας την πρόσβαση στη θεραπεία (Τσεχική

**Διάγραμμα 11:** Παροχή θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών από ιδιωτικά ιατρεία γενικών ιατρών



Δημοκρατία, Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εμπειρογνομόνων, η διαθεσιμότητα της θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών είναι σχετικά μεγάλη σε 16 χώρες, όπου διατίθεται τουλάχιστον στους μισούς χρήστες οπιοειδών (βλέπε κεφάλαιο 2). Στις χώρες αυτές, στεγνή θεραπεία απεξάρτησης επιλέγει ποσοστό μεταξύ 10 και 25 % των χρηστών οπιοειδών. Σε 10 ακόμη χώρες (Εσθονία, Ελλάδα, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Φινλανδία, Νορβηγία), η θεραπεία υποκατάστασης εκτιμάται ότι είναι διαθέσιμη σε μια μειονότητα χρηστών οπιοειδών. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι χρήστες επιλέγουν στεγνή θεραπεία απεξάρτησης, ιδίως οι νεότεροι ή όσοι ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά, ή ενδέχεται να οφείλεται στη δυσκολία απόκτησης πρόσβασης στη θεραπεία υποκατάστασης. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής για τη θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών ξεπερνά κατά μέσο όρο τα τρία χρόνια.

Η παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας θεωρείται απολύτως απαραίτητη για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας υποκατάστασης. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εμπειρογνομόνων, ψυχοκοινωνική φροντίδα παρέχεται στο σύνολο σχεδόν των χρηστών που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης σε 7 χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Λετονία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ηνωμένο Βασίλειο) και στην πλειονότητα των χρηστών σε άλλες 14 χώρες. Σε 4 χώρες (Εσθονία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες) εκτιμάται ότι παρέχεται μόνο σε μια μειονότητα των χρηστών που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης.

Ο συνολικός αριθμός των χρηστών που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης στην ΕΕ, στην Κροατία και τη Νορβηγία εκτιμάται ότι ανήλθε σε περίπου 650 000 το 2007, αυξημένος σε σύγκριση με τους 560 000 το 2005 και τους 500 000 το 2003. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν αύξηση σε όλες τις χώρες με εξαίρεση την Ισπανία, όπου ο αριθμός των χρηστών που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης μειώνεται από το 2002, καθώς και τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία και τις Κάτω Χώρες, όπου αναφέρονται μικρές μειώσεις ή αμετάβλητα επίπεδα. Από τις χώρες στις οποίες επεκτάθηκε η παροχή θεραπείας υποκατάστασης, τα υψηλότερα ποσοστά αύξησης σημειώθηκαν στην Εσθονία, όπου ο αριθμός των χρηστών αυξήθηκε σε διάστημα μιας πενταετίας από 60 σε περισσότερους από 1 000, καθώς και στη Βουλγαρία, όπου ο αριθμός των προσφερόμενων θέσεων αυξήθηκε μεταξύ των ετών 2003 και 2007 από 380 σε σχεδόν 3 000. Κατά το ίδιο διάστημα, ο αριθμός των χρηστών που παρακολουθούν προγράμματα

υποκατάστασης υπερδιπλασιάστηκε στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Λετονία, στη Φινλανδία και τη Νορβηγία, ενώ αυξήσεις άνω του 40 % αναφέρθηκαν από την Ελλάδα, την Πολωνία, την Πορτογαλία, τη Ρουμανία και τη Σουηδία.

Μια απλή σύγκριση του εκτιμώμενου αριθμού των προβληματικών χρηστών οπιοειδών και του αριθμού των θεραπειών που έχουν χορηγηθεί δείχνει ότι ποσοστό άνω του 40 % των προβληματικών χρηστών οπιοειδών λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης. Ωστόσο, και τα δύο αυτά σύνολα δεδομένων εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται από ανακρίβεια και, επομένως, η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή. Για τον ίδιο λόγο είναι δύσκολο να γίνουν συγκρίσεις, αν και τα διαθέσιμα δεδομένα καταδεικνύουν ότι το ποσοστό προβληματικών χρηστών οπιοειδών που λαμβάνει θεραπεία υποκατάστασης διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, με τα εκτιμώμενα ποσοστά να κυμαίνονται από 5 έως άνω του 50 % <sup>(128)</sup>.

Οι περισσότεροι χρήστες που παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης λαμβάνουν μεθαδόνη (70%), ωστόσο μειώνεται ο αριθμός των χωρών στις οποίες η μεθαδόνη αποτελεί τη μόνη συνταγογραφούμενη ουσία, και πλέον η βουπρενορφίνη είναι διαθέσιμη σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ εκτός από 4 (Βουλγαρία, Ισπανία, Ουγγαρία, Πολωνία). Στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γαλλία, στη Λετονία και τη Σουηδία, άνω του 50 % των χρηστών που παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης λαμβάνουν βουπρενορφίνη. Μια άλλη επιλογή είναι η μορφίνη βραδείας απελευθέρωσης (Βουλγαρία, Αυστρία, Σλοβενία) και η κωδεΐνη (Γερμανία, Αυστρία, Κύπρος). Το 2006 τέθηκε σε κυκλοφορία στην αγορά της ΕΕ ένας νέος συνδυασμός βουπρενορφίνης-ναλοξόνης, ο οποίος έκτοτε αναφέρεται ότι χρησιμοποιείται σε 11 χώρες. Έξι ευρωπαϊκές χώρες παρέχουν και θεραπεία με φαρμακευτική ηρωίνη για χρήστες που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σε άλλες θεραπείες.

### **Αποτελεσματικότητα, ποιότητα και πρότυπα θεραπείας**

Ανασκοπήσεις τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών και μελετών παρατήρησης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία υποκατάστασης είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη μπορεί να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιοειδή. Γενικά, η θεραπεία υποκατάστασης συνδέεται με διάφορα θετικά αποτελέσματα, όπως υψηλότερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία, μείωση της ενέσιμης χρήσης παράνομων οπιοειδών, μείωση της θνησιμότητας και της εγκληματικότητας, καθώς και σταθεροποίηση και βελτίωση

<sup>(128)</sup> Βλέπε διάγραμμα HSR-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

της υγείας και της κοινωνικής κατάστασης των χρόνιων χρηστών ηρωίνης. Πέραν αυτού, σε πρόσφατες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές διαπιστώθηκε ότι και η θεραπεία με φαρμακευτική ηρωίνη μειώνει αποτελεσματικά τη χρήση παράνομων ουσιών, βελτιώνει τη σωματική ή την ψυχική υγεία και μειώνει την εγκληματική συμπεριφορά χρηστών που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη θεραπεία ή δεν κατόρθωσαν να απεξαρτηθούν με άλλους τύπους θεραπείας.

Οι ψυχοκοινωνικές και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικές σε έρευνες που μελέτησαν την έκβαση της θεραπείας (Schulte κ.ά., 2008). Οι εν λόγω προσεγγίσεις αποσκοπούν στην αύξηση της κινητοποίησης για θεραπεία, στην πρόληψη των υποτροπών και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Επιπλέον, ενδέχεται να παρέχουν συμβουλές και πρακτική

υποστήριξη προς τους χρήστες για την επίλυση προβλημάτων που αφορούν τη στέγαση, την απασχόληση και την οικογένειά τους, πέρα από την απεξάρτησή τους από τα οπιοειδή.

Πρόσφατα αναπτύχθηκε από την ΠΟΥ (2009) μια σειρά ελάχιστων απαιτήσεων και διεθνών κατευθυντήριων γραμμών για τη φαρμακολογική θεραπεία με ψυχοκοινωνική υποστήριξη χρηστών εξαρτημένων από οπιοειδή. Το εν λόγω έγγραφο συντάχθηκε ως απάντηση σε ψήφισμα του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου των Ηνωμένων Εθνών (Ecosoc) και βασίζεται σε συστηματικές ανασκοπήσεις της επιστημονικής βιβλιογραφίας και σε διαβουλεύσεις με πολλούς διακεκριμένους ειδικούς από διάφορες χώρες του κόσμου. Κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία υποκατάστασης ανέπτυξαν και οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (βλέπε κεφάλαιο 2).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Κεφάλαιο 7

# Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά

### Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Τα λοιμώδη νοσήματα όπως ο ιός HIV και η ηπατίτιδα Β και C συγκαταλέγονται στις πλέον σοβαρές συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών για την υγεία. Ακόμη και στις χώρες όπου ο επιπολασμός του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) είναι χαμηλός, υπάρχουν άλλα λοιμώδη νοσήματα που μπορεί να προσβάλλουν σε δυσανάλογα υψηλά ποσοστά τους χρήστες ναρκωτικών, όπως η ηπατίτιδα Α, Β και C, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η φυματίωση, ο τέτανος, η αλλαντίαση και οι ανθρωπίνοι λεμφοτρόποι ιοί κυττάρων T. Το ΕΚΠΝΤ παρακολουθεί συστηματικά τον ιό HIV και τις ηπατίτιδες Β και C μεταξύ των XEN (επιπολασμός αντισώματος ή άλλους εξειδικευμένους δείκτες στην περίπτωση της ηπατίτιδας Β) <sup>(129)</sup>.

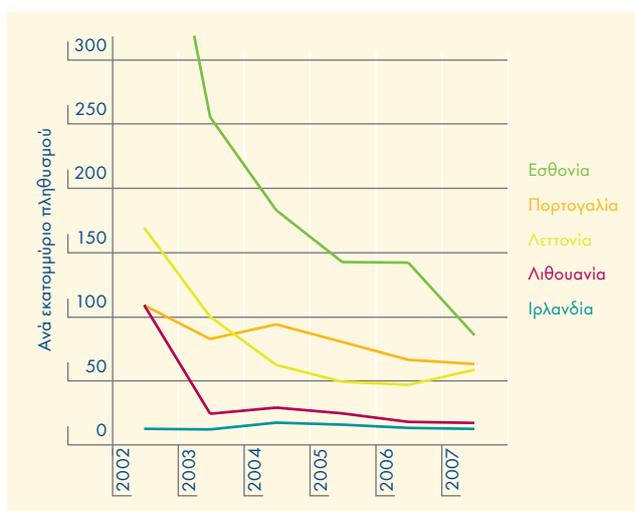
### Ιός HIV και AIDS

Έως τα τέλη του 2007 η συχνότητα εμφάνισης των διαγνωσμένων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV μεταξύ των XEN εμφανίζεται χαμηλή στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ η συνολική κατάσταση στην ΕΕ συγκρινόμενη με άλλες περιοχές του κόσμου φαίνεται σχετικά θετική. Τούτο μπορεί να οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, στην αυξημένη διαθεσιμότητα μέτρων πρόληψης, θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, όπως η θεραπεία υποκατάστασης και τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο μπορεί να έχουν επιτελέσει και άλλοι παράγοντες, όπως η μείωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών που παρατηρήθηκε σε μερικές χώρες. Πάντως, σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης, τα στοιχεία καταδεικνύουν ότι η μετάδοση του ιού HIV που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών εξακολούθησε να κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα το 2007, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα να διασφαλιστεί η κάλυψη και η αποτελεσματικότητα των τοπικών πρακτικών πρόληψης.

### Τάσεις στη μόλυνση από τον ιό HIV

Τα στοιχεία των νεοδιαγνωσθέντων κρουσμάτων που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση για το 2007 υποδηλώνουν ότι τα ποσοστά μόλυνσης συνεχίζουν να μειώνονται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ύστερα από την κορύφωση του 2001-2002 που οφειλόταν στις επιδημικές εκρήξεις σε Εσθονία, Λετονία και Λιθουανία <sup>(130)</sup>. Το 2007 το συνολικό ποσοστό των νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων μεταξύ των XEN στα 24 κράτη μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα εθνικά στοιχεία ανερχόταν σε 4,7 κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού, ελαφρώς μειωμένο έναντι του 5,0 το 2006 <sup>(131)</sup>. Από τις τρεις χώρες που αναφέρουν τα υψηλότερα ποσοστά νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων (Εσθονία, Λετονία, Πορτογαλία), η Πορτογαλία και η Εσθονία εξακολουθούν να αναφέρουν πτωτική τάση, αν και στην Πορτογαλία η τάση αυτή εμφανίζεται να

**Διάγραμμα 12:** Τάσεις στα πέντε κράτη μέλη της ΕΕ με τα υψηλότερα ποσοστά νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων από τον ιό HIV μεταξύ των XEN



Σημείωση: Για την Εσθονία η τιμή του 2002 είναι εκτός κλίμακας (516 κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού). Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε πίνακα INF-104 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: ECDC και Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ.

<sup>(129)</sup> Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τις μεθόδους και τους ορισμούς, βλέπε Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(130)</sup> Βλέπε πίνακα INF-104 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(131)</sup> Εθνικά στοιχεία δεν έχουν υποβληθεί από την Ισπανία, την Ιταλία και την Αυστρία.

ανακόπτεται. Αντίθετα, η Λετονία αναφέρει αύξηση από 47,1 κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2006 σε 58,7 κρούσματα το 2007 (διάγραμμα 12).

Γενικά, μεταξύ των ετών 2002 και 2007 δεν παρατηρήθηκαν έντονες αυξήσεις στα ποσοστά των μολύνσεων από τον ιό HIV και τα αναφερόμενα ποσοστά παραμένουν χαμηλά. Παρά ταύτα, στη Βουλγαρία και τη Σουηδία, ο χαμηλός ρυθμός αύξησης των νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων επιταχύνθηκε –από 0,3 νέα κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2002 σε 5,6 κρούσματα το 2007 στη Βουλγαρία, ενώ στη Σουηδία από 3,5 νέα κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2002 τα ποσοστά κορυφώθηκαν σε 6,7 κρούσματα το 2007 πριν επανέλθουν στα προηγούμενα επίπεδα το 2008—, γεγονός που υποδηλώνει ότι είναι δυνατόν ανά πάσα στιγμή να εκδηλωθεί επιδημική έκρηξη του ιού HIV μεταξύ των ΧΕΝ.

Τα στοιχεία σχετικά με τις τάσεις από την παρακολούθηση του επιπολασμού του ιού HIV σε δείγματα ΧΕΝ αποτελούν σημαντικό συμπλήρωμα των στοιχείων από τις αναφορές κρουσμάτων HIV. Στοιχεία επιπολασμού για την περίοδο 2002–2007 υπέβαλαν 25 χώρες <sup>(132)</sup>. Σε 11 χώρες, ο επιπολασμός του ιού HIV παρέμεινε αμετάβλητος κατά την εν λόγω περίοδο. Σε 6 χώρες (Βουλγαρία, Γερμανία, Ισπανία, Ιταλία, Λετονία, Πορτογαλία) ο επιπολασμός του ιού HIV εμφάνισε στατιστικά σημαντικές μειώσεις, όλες βάσει εθνικών δειγμάτων. Σε δύο από αυτές, ωστόσο, αναφέρθηκαν αυξήσεις σε επίπεδο περιφέρειας: στη Σόφια της Βουλγαρίας και σε 3 από τις 21 περιφέρειες της Ιταλίας. Σε 2 χώρες (Λιθουανία, Πολωνία) ο επιπολασμός του ιού HIV εμφάνισε στατιστικά σημαντικές αυξήσεις βάσει των εθνικών δειγμάτων.

Η σύγκριση των τάσεων των νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και με τις τάσεις του επιπολασμού του HIV μεταξύ των ΧΕΝ υποδηλώνει ότι η συχνότητα εμφάνισης της μόλυνσης από τον ιό HIV που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών φθίνει στις περισσότερες χώρες σε εθνικό επίπεδο.

Παρά ταύτα, το υψηλό ετήσιο ποσοστό νέων κρουσμάτων HIV που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στην Εσθονία, στη Λετονία και την Πορτογαλία υποδηλώνει ότι στις εν λόγω χώρες ο ιός εξακολουθεί να μεταδίδεται με ταχύ ρυθμό, αν και πλέον ο ρυθμός αυτός μειώνεται στην Εσθονία και την Πορτογαλία. Για την Εσθονία, τα συμπεράσματα περί πρόσφατης μετάδοσης ενισχύονται και από τα στοιχεία επιπολασμού του 2005, τα οποία δείχνουν ότι περίπου το ένα τρίτο των νέων ΧΕΝ (ενέσιμη χρήση λιγότερο από δύο χρόνια) ήταν θετικοί στον ιό HIV. Περαιτέρω ενδείξεις για τη συνεχιζόμενη μετάδοση του ιού

HIV προκύπτουν και από αναφορές για υψηλά επίπεδα επιπολασμού (άνω του 5%) μεταξύ των νεαρών ΧΕΝ (δείγματα τουλάχιστον 50 ΧΕΝ ηλικίας κάτω των 25 ετών) σε διάφορες χώρες: Ισπανία (εθνικά στοιχεία, 2006), Γαλλία (πέντε πόλεις, 2006), Εσθονία (δύο περιφέρειες, 2005), Λιθουανία (μία πόλη, 2006) και Πολωνία (μία πόλη, 2005) <sup>(133)</sup>.

### Συχνότητα εμφάνισης του AIDS και πρόσβαση στη HAART

Τα στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης του AIDS είναι σημαντικά για την ανάδειξη των νέων εμφανίσεων συμπτωματικών νοσημάτων, αλλά δεν αποτελούν καλό δείκτη της μετάδοσης του HIV. Τα υψηλά ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του AIDS σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες ενδέχεται να υποδηλώνουν ότι πολλοί ΧΕΝ που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV δεν υποβάλλονται σε

### Ο ιός HIV στους ΧΕΝ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις γειτονικές χώρες – Αυξητικές τάσεις προς ανατολάς

Η επιδημία του ιού HIV στους ΧΕΝ εξακολουθεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία από χώρα σε χώρα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ποσοστά νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων από τον ιό HIV μεταξύ των ΧΕΝ παραμένουν σε γενικές γραμμές σταθερά και σε χαμηλά επίπεδα, ή και μειώνονται. Ωστόσο, σε πολλές πρώην σοβιετικές δημοκρατίες τα εν λόγω ποσοστά κατέγραψαν αύξηση το 2007 (Wiessing κ.ά., 2008β), γεγονός που καταδεικνύει την ανεπάρκεια των υπαρχόντων μέτρων πρόληψης και την αναγκαιότητα ενίσχυσής τους.

Στις ανατολικές χώρες στις οποίες είχε παρατηρηθεί κάποια μείωση μετά την κορύφωση του 2001 (Ρωσία, Λευκορωσία), τα τελευταία χρόνια παρατηρείται εκ νέου αύξηση. Το 2007 τα νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV μεταξύ των ΧΕΝ που αναφέρθηκαν κυμαίνονταν από μηδέν στο Τουρκμενιστάν έως 80 κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού στο Καζαχστάν και 152 στην Ουκρανία. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, στη Ρωσία αναφέρθηκαν 78 κρούσματα ανά εκατομμύριο το 2006.

Σε απόλυτους αριθμούς, ο μεγαλύτερος αριθμός νεοδιαγνωσθέντων κρουσμάτων HIV μεταξύ των ΧΕΝ το 2007 (7 087 κρούσματα) αναφέρεται από την Ουκρανία, ακολουθούμενη από το Ουζμπεκιστάν (1 816 κρούσματα) και το Καζαχστάν (1 246 κρούσματα), ενώ το 2006 η Ρωσία ανέφερε 11 161 κρούσματα. Σε αρκετές ακόμη πρώην σοβιετικές δημοκρατίες με συνολικά χαμηλότερους αριθμούς και ποσοστά παρατηρείται αυξητική τάση των αναφερόμενων κρουσμάτων, γεγονός που ενδέχεται να υποδηλώνει επιδημία μεταξύ των ΧΕΝ. Στις χώρες αυτές ανήκουν το Αζερμπαϊτζάν, η Λευκορωσία, η Γεωργία, η Κιργιζία, η Μολδαβία και το Τατζικιστάν.

<sup>(132)</sup> Βλέπε πίνακα INF-108 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(133)</sup> Βλέπε πίνακες INF-109 και INF-110 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART) σε αρκούντως πρώιμο στάδιο της μόλυνσης ώστε να αποκομίσουν τα μέγιστα οφέλη από τη θεραπεία.

Η Εσθονία είναι η χώρα με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του AIDS που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, με κατ'εκτίμηση 33,5 νέα κρούσματα ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2007 έναντι 17,1 νέων κρουσμάτων ανά εκατομμύριο το 2006. Σχετικά υψηλά ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του AIDS αναφέρονται επίσης στη Λετονία (13,2 νέα κρούσματα ανά εκατομμύριο), στην Ισπανία (8,8), στην Πορτογαλία (8,6) και τη Λιθουανία (6,2). Μεταξύ των τεσσάρων αυτών χωρών, η τάση είναι πτωτική στην Ισπανία, στη Λετονία και την Πορτογαλία, όχι όμως στη Λιθουανία <sup>(134)</sup>.

### Ηπατίτιδα Β και C

Παρότι υψηλά επίπεδα επιπολασμού της μόλυνσης από τον ιό HIV παρατηρούνται μόνο σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ, η ιογενής ηπατίτιδα και ειδικότερα η μόλυνση που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) εμφανίζει πολύ υψηλότερο επιπολασμό στους ΧΕΝ σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού HCV στα εθνικά δείγματα των ΧΕΝ κατά το διάστημα 2006–2007 κυμαίνονται από περίπου 18 έως 95%, με τις μισές χώρες να αναφέρουν ποσοστά που υπερβαίνουν το 40%. Τρεις χώρες (Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Σλοβενία) αναφέρουν επιπολασμό κάτω του 25% στα εθνικά δείγματα των ΧΕΝ <sup>(135)</sup>, παρότι ακόμη και σε αυτό το επίπεδο τα ποσοστά μόλυνσης εξακολουθούν να συνιστούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Στο εσωτερικό των χωρών, τα επίπεδα επιπολασμού του HCV μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τόσο τις διαφορές ανά περιφέρεια όσο και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο αντιστοιχεί το δείγμα. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο τοπικές μελέτες αναφέρουν επίπεδα μεταξύ 29 και 60%, ενώ στην Ιταλία οι διάφορες εκτιμήσεις ανά περιφέρεια κυμαίνονται από περίπου 36 έως 92%.

Πρόσφατες μελέτες (2006–2007) έδειξαν ένα ευρύ φάσμα επιπέδων επιπολασμού μεταξύ ΧΕΝ ηλικίας κάτω των 25 ετών και ΧΕΝ που ξεκίνησαν την ενέσιμη χρήση τα τελευταία δύο χρόνια, το οποίο καταδεικνύει διαφορετικά επίπεδα συχνότητας εμφάνισης του HCV στους εν λόγω πληθυσμούς ανά την Ευρώπη <sup>(136)</sup>. Πάντως, οι μελέτες αυτές δείχνουν επίσης ότι πολλοί ΧΕΝ προσβάλλονται από τον ιό ήδη από τα αρχικά στάδια της ενέσιμης χρήσης, επομένως τα χρονικά περιθώρια για τη λήψη

αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης της προσβολής από τον ιό είναι αρκετά στενά.

Ο επιπολασμός αντισωμάτων ηπατίτιδας Β (HBV) εμφανίζει επίσης μεγάλες αποκλίσεις, ενδεχομένως εν μέρει λόγω διαφορών στα επίπεδα εμβολιασμού, αν και δεν αποκλείεται να υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες. Το πληρέστερο διαθέσιμο σύνολο δεδομένων είναι αυτό που αφορά το αντίσωμα του βασικού αντιγόνου του ιού της ηπατίτιδας Β (anti-HBc), το οποίο υποδηλώνει ιστορικό μόλυνσης. Το διάστημα 2006–2007, τρεις από τις δέκα χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για τους ΧΕΝ ανέφεραν επίπεδα επιπολασμού του δείκτη anti-HBc άνω του 40% <sup>(137)</sup>.

### Ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C ως πιθανός δείκτης του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV στους ΧΕΝ

Μια ομάδα ειδικών σε θέματα μοντελοποίησης και επιδημιολόγων που συγκροτήθηκε από το ΕΚΠΝΤ εξέτασε τη δυνατότητα να αξιοποιηθούν τα στοιχεία του επιπολασμού του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) στους ΧΕΝ ως δείκτης του κινδύνου προσβολής από τον ιό HIV. Ο ιός HCV μεταδίδεται μέσω της κοινής χρήσης συρίγγων με παρόμοιο τρόπο με τον ιό HIV. Δεδομένου ότι ο ιός HCV είναι πολύ πιο μεταδοτικός, θα μπορούσε να αποτελεί ένδειξη του συνολικού επιπέδου κινδύνων που απορρέουν από συμπεριφορές όπως η κοινή χρήση συρίγγων, η κοινή χρήση συνέργων και η αλλαγή συντρόφου ΧΕΝ σε πληθυσμούς ΧΕΝ στους οποίους δεν έχει ακόμη εξαπλωθεί ο ιός HIV.

Η ανάλυση των δεδομένων επιπολασμού του HCV και του HIV κατά ζεύγη έδειξε ότι επιπολασμός του HCV σε ΧΕΝ έως περίπου 30% (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, ήτοι 21–38%) σχετίζεται με μηδενικό ή πολύ χαμηλό επιπολασμό του HIV. Σε υψηλότερα επίπεδα επιπολασμού του HCV, παρατηρείται γραμμική σχέση μεταξύ επιπολασμού του HIV και του HCV, ενώ τα δεδομένα των χρονοσειρών καταδεικνύουν ότι ο παρατηρούμενος επιπολασμός του HIV αυξάνεται με ρυθμό περίπου 50% του επιπολασμού του HCV.

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι ο επιπολασμός του ιού HCV θα μπορούσε να αξιοποιηθεί προκειμένου να αναπτυχθούν στοχευμένες παρεμβάσεις πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για ΧΕΝ. Πέραν τούτου, θα μπορούσε επίσης να αξιοποιηθεί για την εκτίμηση του κινδύνου επιδημικής έκρηξης του ιού HIV σε χώρες στις οποίες ο επιπολασμός του HIV στους ΧΕΝ εξακολουθεί να είναι χαμηλός.

Πηγή: Vickerman κ.ά. (υπό δημοσίευση).

<sup>(134)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(135)</sup> Βλέπε πίνακες INF-111 έως INF-113 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(136)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-6 μέρος (ii) και μέρος (iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(137)</sup> Βλέπε πίνακα INF-115 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Οι διαχρονικές τάσεις ως προς τα αναφερθέντα κρουσμάτα ηπατίτιδας Β και C δείχνουν δύο διαφορετικές εικόνες που είναι δύσκολο να ερμηνευθούν. Πάντως, φως στην επιδημιολογία των μολύνσεων αυτών μπορεί να ρίξει σε κάποιο βαθμό το ποσοστό των ΧΕΝ επί του συνόλου των αναφερθέντων κρουσμάτων για τα οποία είναι γνωστοί οι παράγοντες κινδύνου (Wiessing κ.ά., 2008α). Για την ηπατίτιδα Β, το ποσοστό των ΧΕΝ εμφανίζει μείωση μεταξύ των ετών 2002 και 2007 σε 4 από 17 χώρες. Για την ηπατίτιδα C, το ποσοστό των ΧΕΝ επί των αναφερθέντων κρουσμάτων εμφανίζει μείωση σε 7 χώρες μεταξύ των ετών 2002 και 2007 και αύξηση σε άλλες 4 χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ηνωμένο Βασίλειο) <sup>(138)</sup>.

### Πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων

Η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών εντάσσεται στην εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά 17 κρατών μελών της ΕΕ και της Τουρκίας, ενώ 6 ακόμη χώρες έχουν αναπτύξει ειδική στρατηγική για το θέμα αυτό. Δέκα εξ αυτών των 23 χωρών αναφέρουν επίσης ότι διαθέτουν στρατηγικές για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο.

Για τον περιορισμό της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών, τα κράτη μέλη της ΕΕ χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό προσεγγίσεων, όπως θεραπεία απεξάρτησης, διανομή αποστειρωμένων υλικών ενέσιμης χρήσης και ενημέρωση, εκπαίδευση, εργαστηριακές εξετάσεις και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, συνήθως μέσω υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης και ομάδων εργασίας εκτός δομών. Εμπειρογνώμονες από 27 χώρες κλήθηκαν να κρίνουν κατά πόσον δίνεται προτεραιότητα σε επιλεγμένες παρεμβάσεις για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών <sup>(139)</sup>. Η πρόσβαση σε αποστειρωμένα υλικά ενέσιμης χρήσης μέσω προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων αναφέρθηκε ως προτεραιότητα από 23 χώρες, ο έλεγχος και η συμβουλευτική για λοιμώδη νοσήματα από 16 χώρες, ενώ η διανομή ενημερωτικού και εκπαιδευτικού υλικού από 14 χώρες.

Η συχνότερα αναφερόμενη προτεραιότητα είναι η πρόσβαση σε αποστειρωμένες σύριγγες, όπως διαπιστώθηκε και από παρόμοια έρευνα που έγινε το 2005. Επιπλέον, αυξάνεται ο αριθμός των χωρών οι οποίες αναφέρουν πλέον ως προτεραιότητα τον έλεγχο και τη συμβουλευτική για θέματα λοιμωδών νοσημάτων, όπως

### Θεραπεία ΧΕΝ με χρόνια ηπατίτιδα C

Ποσοστό έως και 30% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C θα αναπτύξουν κίρρωση ήπατος εντός 30 ετών εάν δεν λάβουν αγωγή, ενώ το κόστος αντιμετώπισης της ηπατοπάθειας τελικού σταδίου είναι σημαντικό (Jager κ.ά., 2004). Προκειμένου να ανακουφιστεί η Ευρώπη από το βάρος της ηπατίτιδας C, είναι απαραίτητο να προαχθεί και να διευρευνηθεί η πρόσβαση στη θεραπεία για τη μεγαλύτερη ομάδα ασθενών, ήτοι τους χρόνιους φορείς του ιού που είναι ενεργοί ΧΕΝ.

Οι υπάρχουσες θεραπείες για τη χρόνια ηπατίτιδα C –συνδυασμένη χορήγηση μακράς δράσης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης για διάστημα 6 έως 12 μηνών– είναι αποτελεσματικές σε ποσοστό άνω του 50% των ασθενών, οι οποίοι επιτυγχάνουν σταθερή ιολογική απόκριση. Παρότι ο αριθμός των μακροχρόνιων μελετών είναι περιορισμένος, τα διαθέσιμα ερευνητικά πορίσματα καταδεικνύουν ικανοποιητικό βαθμό συμμόρφωσης και επιτυχίας της αντιικής θεραπείας σε ΧΕΝ (π.χ. Moussalli κ.ά., 2007). Η σχέση κόστους-αποδοτικότητας της θεραπείας της ηπατίτιδας C στις φυλακές (Sutton κ.ά., 2008), καθώς και η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε χρήστες ναρκωτικών με συνοδούς ψυχιατρικές διαταραχές έχουν επίσης καταδειχθεί (Loftis κ.ά., 2006).

Παρά ταύτα, η πρόσβαση των χρηστών ναρκωτικών σε θεραπεία για την ηπατίτιδα C παραμένει περιορισμένη. Τούτο ενδέχεται να οφείλεται, μεταξύ άλλων, στην ανεπαρκή θεραπευτική δυναμικότητα, στην έλλειψη πληροφόρησης όσον αφορά τις θεραπευτικές επιλογές ή στη χαμηλή προτεραιότητα που δίνεται σε χρήστες ναρκωτικών. Πολλά κράτη μέλη της ΕΕ, μεταξύ αυτών η Δανία, η Γερμανία, η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν αναθεωρήσει τις πολιτικές τους τα τελευταία χρόνια και έχουν διευρύνει την πρόσβαση των ενεργών ΧΕΝ που είναι χρόνιοι φορείς του ιού της ηπατίτιδας C σε εξετάσεις και θεραπεία.

Η θεραπεία της ηπατίτιδας C σε ουσιοεξαρτημένα άτομα κάποιες φορές αποδεικνύεται δύσκολο εγχείρημα, οι δυσκολίες όμως μπορούν να ξεπεραστούν με ορθό σχεδιασμό και οργάνωση της κλινικής διαχείρισης, καθώς και με τη συνεργασία του ασθενούς και την εξασφάλιση της συναίνεσής του. Η έκβαση της θεραπείας βελτιώνεται όταν γίνεται από διεπιστημονικές ομάδες που είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την ουσιοεξάρτηση, την ηπατοπάθεια και τα συνοδά ψυχιατρικά προβλήματα (Grebely κ.ά., 2007).

και τα στοχευμένα προγράμματα εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας.

### Παρεμβάσεις

Έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι η παρατεταμένη θεραπεία σχετίζεται με μείωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και των συναφών επικίνδυνων συμπεριφορών και, κατά

<sup>(138)</sup> Βλέπε πίνακες INF-105 και INF-106 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(139)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

συνέπεια, με προστασία από τη μόλυνση από τον ιό HIV. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, οι παρεχόμενες υπηρεσίες μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και θεραπείας αυξήθηκαν σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Hedrich κ.ά., 2008β). Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών είναι διαθέσιμη σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Κροατία και τη Νορβηγία. Ωστόσο, σε αρκετές χώρες η κάλυψή της είναι περιορισμένη (βλέπε κεφάλαια 2 και 6).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εθνικών εμπειρογνομόνων, ατομική συμβουλευτική για θέματα λοιμωδών νοσημάτων προσφέρθηκε κατά το τελευταίο έτος σε όλους σχεδόν τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών σε 17 χώρες <sup>(140)</sup>. Σε 12 χώρες, όλοι σχεδόν οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών υποβλήθηκαν σε έλεγχο για ηπατίτιδα C, ενώ οι εμπειρογνώμονες 11 χωρών εκτιμούν ότι πρακτικές συμβουλές και εκπαίδευση στην ασφαλέστερη χρήση, ενέσιμη ή μη, προσφέρθηκαν στους περισσότερους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών κατά το τελευταίο έτος. Ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας B εντάσσεται στο πρόγραμμα καθολικού εμβολιασμού 21 εκ των 28 χωρών που υπέβαλαν στοιχεία, ενώ 17 χώρες διαθέτουν και ειδικά προγράμματα εμβολιασμού για χρήστες ναρκωτικών εκτός δομών. Προγράμματα αγωγής υγείας για χρήστες ναρκωτικών με τη συμμετοχή ομοτίμων εκπαιδευτών αναφέρονται από 17 χώρες.

Προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων υπάρχουν σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Κροατία και τη Νορβηγία. Παρά ταύτα, το πρόγραμμα ανταλλαγής στην Κύπρο δεν αξιοποιήθηκε σχεδόν καθόλου το 2007. Σε 15 χώρες εκτιμάται ότι οι περισσότεροι ΧΕΝ έλαβαν σύριγγες από πρόγραμμα ανταλλαγής τουλάχιστον μία φορά κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο. Σε 11 χώρες σύριγγες έλαβε κατά το ίδιο διάστημα μόνο μια μειονότητα των ΧΕΝ, παρότι 9 από τις χώρες αυτές αναφέρουν την πρόσβαση σε αποστειρωμένα υλικά ενέσιμης χρήσης ως προτεραιότητα για την πρόληψη της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων.

Ο αριθμός των συρίγγων που διανεμήθηκαν μέσω προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων αυξήθηκε μεταξύ των ετών 2005 και 2007 σε 18 από τις 26 χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία. Ο αριθμός των συρίγγων που διανέμεται σε ετήσια βάση από τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων ανά εξυπηρετούμενο χρήστη παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις. Ενδεικτικά, κυμαίνεται από περίπου 50 σύριγγες ανά εξυπηρετούμενο χρήστη στην Κροατία και τη Λιθουανία

έως 200 στη Φινλανδία και 300 στη Ρουμανία το 2007 <sup>(141)</sup>.

Ο συνολικός αριθμός των συρίγγων που διανεμήθηκαν το 2007 σημείωσε αύξηση κατά 33 % σε σχέση με το 2003 στις 14 χώρες για τις οποίες υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία ή εκτιμήσεις. Σταθερή αύξηση κατά το ίδιο διάστημα αναφέρθηκε από το Βέλγιο, τη Βουλγαρία, την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, την Ουγγαρία, την Αυστρία, τη Σλοβακία και τη Φινλανδία. Ο αριθμός των συρίγγων που διανεμήθηκαν στη Λετονία παρέμεινε αμετάβλητος, ενώ πτώση σημείωσε στην Ισπανία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία και την Πολωνία.

Στοιχεία που υποβλήθηκαν από 15 χώρες δείχνουν ότι πάνω από 125 000 άτομα ήρθαν σε επαφή με φορείς που υλοποιούν προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων το 2007 <sup>(142)</sup>. Παρά ταύτα, στοιχεία πρόσβασης δεν είναι διαθέσιμα για τέσσερα από τα μεγαλύτερα κράτη μέλη της ΕΕ (Γερμανία, Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο). Μια εθνική έρευνα που διεξήχθη στα 120 γαλλικά κέντρα μείωσης των επιβλαβών συνεπειών (CAARUD) έδειξε ότι εξυπηρετήσαν περίπου 40 000 άτομα το 2007 (Toufik κ.ά., 2008). Στο Ηνωμένο Βασίλειο θεσπίστηκε νέο σύστημα παρακολούθησης των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών το 2008.

Τα κέντρα άμεσης πρόσβασης έχουν τη δυνατότητα παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και εφαρμογής παρεμβάσεων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών σε πληθυσμούς χρηστών που δύσκολα θα έρχονταν σε επαφή με φορείς απεξάρτησης με δική τους πρωτοβουλία. Μια πρόσφατη αξιολόγηση των κέντρων υγείας άμεσης πρόσβασης για ΧΕΝ στη Φινλανδία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο συγκεκριμένος συνδυασμός υπηρεσιών συντελεί σημαντικά στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων. Θεωρήθηκε επίσης οικονομικά συμφέρουσα καινοτομία, ικανή να λειτουργήσει αποτελεσματικά στο πλαίσιο της περιοριστικής εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά (Agronen κ.ά., 2008).

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας. Εκπαίδευση σε θέματα προαγωγής της υγείας, είτε μέσω επίσημων προγραμμάτων σπουδών είτε μέσω εκπαιδευτικών εγχειριδίων, παρέχουν στο προσωπικό των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων 20 χώρες, ενώ σε φαρμακοποιούς 9 ακόμη χώρες. Κατευθυντήριες γραμμές για τις υπηρεσίες των δομών άμεσης πρόσβασης, οι οποίες καλύπτουν θέματα όπως ο έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα, η ανταλλαγή συρίγγων, οι

<sup>(140)</sup> Εμπειρογνώμονες από 26 κράτη μέλη της ΕΕ, την Τουρκία και τη Νορβηγία αξιολόγησαν το επίπεδο παροχής επιλεγμένων παρεμβάσεων σε χρήστες ναρκωτικών.

<sup>(141)</sup> Βλέπε πίνακες HSR-5 μέρος (i) και μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(142)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-5 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

ομάδες εργασίας εκτός δομών και η εκπαίδευση ομοτίμων, αναφέρουν ότι διαθέτουν 11 κράτη μέλη της ΕΕ.

### Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα

Η χρήση ναρκωτικών είναι μία από τις κύριες αιτίες προβλημάτων υγείας και θανάτου στους νέους στην Ευρώπη. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται σε μια διεθνή μελέτη υπό την αιγίδα του ΕΚΠΝΤ, στην οποία διαπιστώθηκε ότι σε επτά ευρωπαϊκές αστικές περιοχές ποσοστό από 10 έως 23 % της θνησιμότητας των ατόμων ηλικίας 15 έως 49 ετών μπορεί να αποδοθεί στη χρήση οπιοειδών (Bargagli κ.ά., 2005).

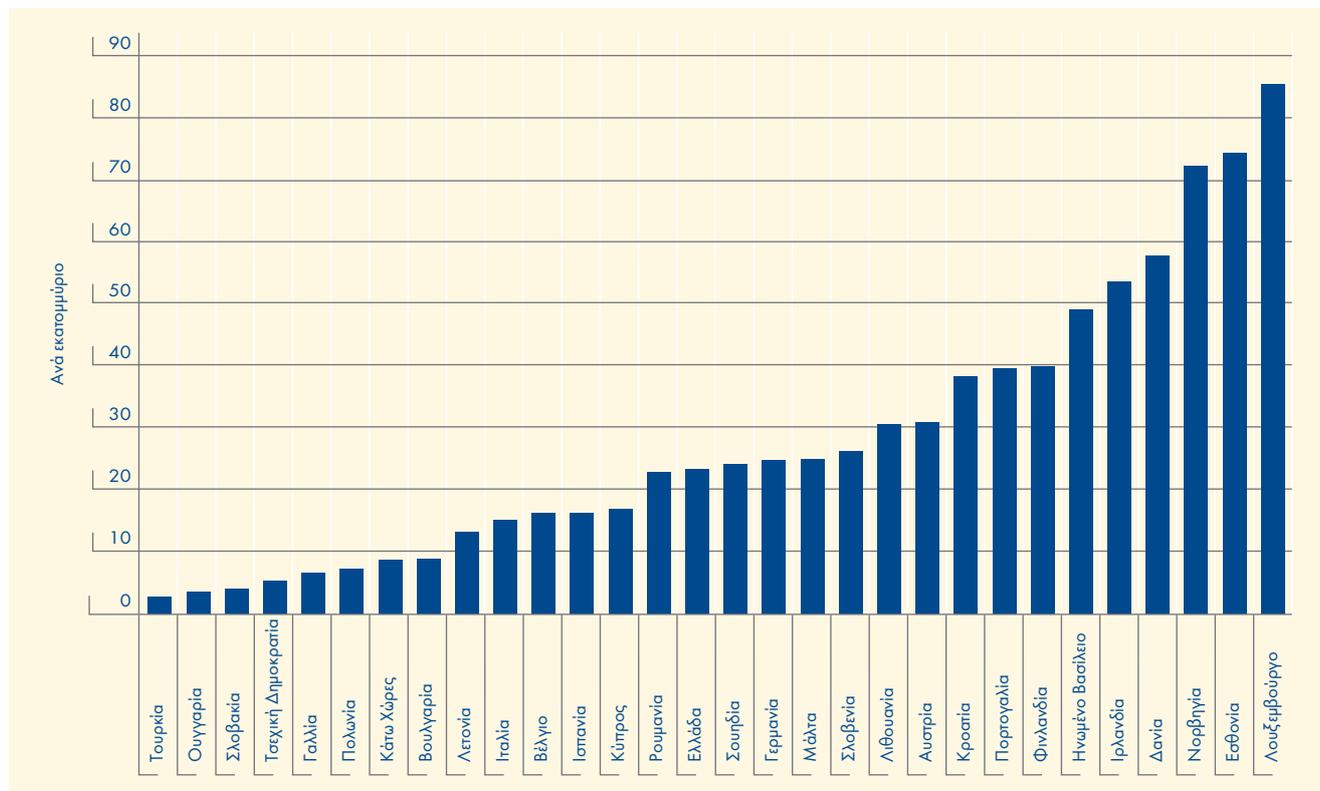
Ο όρος «συνδεόμενη με τα ναρκωτικά θνησιμότητα» αναφέρεται σε θανάτους που οφείλονται άμεσα στη φαρμακολογική δράση μιας ή περισσοτέρων ουσιών (οφειλόμενοι στα ναρκωτικά θάνατοι) και σε θανάτους που οφείλονται έμμεσα στη χρήση ουσιών, ενώ συχνά συντρέχουν και άλλοι παράγοντες (π.χ. ατυχήματα). Ο

όρος «γνωστές αιτίες θανάτου» αναφέρεται σε οξεία τοξίκωση, τροχαία ατυχήματα —ιδίως όταν τα ναρκωτικά συνδυάζονται με αλκοόλ (ΕΚΠΝΤ, 2007γ)—, βία, αυτοκτονία ήδη ευάλωτου ατόμου ή χρόνιες παθήσεις λόγω επαναλαμβανόμενης χρήσης (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα χρηστών κοκαΐνης). Οι περισσότεροι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι παρατηρούνται σε προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, αν και κάποιοι θάνατοι παρατηρούνται και σε άλλες ομάδες χρηστών, μη εξαιρουμένων και όσων κάνουν απλώς περιστασιακή χρήση ναρκωτικών <sup>(143)</sup>.

### Θάνατοι οφειλόμενοι στα ναρκωτικά

Κατά το ΕΚΠΝΤ, ο όρος «θάνατοι οφειλόμενοι στα ναρκωτικά» αναφέρεται σε θανάτους που οφείλονται άμεσα (θάνατοι από υπερβολική δόση) στην κατανάλωση μιας ή περισσοτέρων ουσιών, εκ των οποίων τουλάχιστον μία είναι παράνομη. Ο αριθμός των θανάτων επηρεάζεται από παράγοντες όπως η επικράτηση και τα πρότυπα χρήσης (ενέσιμη χρήση, πολλαπλή χρήση ουσιών), η

**Διάγραμμα 13:** Ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ ενηλίκων (15–64 ετών) από θανάτους που οφείλονται στα ναρκωτικά



Σημείωση: Για την Τσεχική Δημοκρατία χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός διαλογής Δ του ΕΚΠΝΤ αντί του εθνικού ορισμού. Για το Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Για τη Ρουμανία τα στοιχεία αφορούν μόνο το Βουκουρέστι και τις επαρχίες που εμπίπτουν στο πεδίο αρμοδιότητας του τοξικολογικού εργαστηρίου του Βουκουρεστίου. Για την Πορτογαλία, τα στοιχεία περιλαμβάνουν όλες τις περιπτώσεις στις οποίες ανιχνεύθηκαν παράνομες ουσίες βάσει ιατροδικαστικών τοξικολογικών αναλύσεων και, συνεπώς, είναι πιθανόν ο αριθμός των θανάτων να υπερεκτιμάται σε σύγκριση με τον ορισμό διαλογής Δ. Οι υπολογισμοί των ποσοστών θνησιμότητας του πληθυσμού βασίζονται στους εθνικούς πληθυσμούς για το έτος 2006 σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat. Οι συγκρίσεις των ποσοστών επί του πληθυσμού πρέπει να γίνονται με προσοχή, καθώς υπάρχουν κάποιες διαφορές στους ορισμούς και στην ποιότητα των αναφορών. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δεδομένα, βλέπε διάγραμμα DRD-7 μέρος (i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2008) από εθνικά μητρώα θανάτων ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά) και Eurostat.

<sup>(143)</sup> Βλέπε «Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι: μια σύνθετη έννοια» στην ετήσια έκθεση 2008.

ηλικία και η συννοσηρότητα των χρηστών, καθώς και η διαθεσιμότητα θεραπείας και πρώτων βοηθειών.

Η βελτίωση της αξιοπιστίας των ευρωπαϊκών στοιχείων δίνει τη δυνατότητα για καλύτερες περιγραφές των ευρωπαϊκών και εθνικών τάσεων, ενώ οι περισσότερες χώρες έχουν πλέον υιοθετήσει ορισμούς αντίστοιχους με αυτόν του ΕΚΠΝΤ<sup>(144)</sup>. Παρά ταύτα, λόγω των διαφορών που υπάρχουν από χώρα σε χώρα ως προς την ποιότητα της εξακρίβωσης των αιτιών θανάτου, την αναφορά στα εθνικά μητρώα θανάτων και την αναφορά στο ΕΚΠΝΤ, οποιαδήποτε σύγκριση θα πρέπει να γίνεται με προσοχή.

Το διάστημα 1990–2006 σε ετήσια βάση αναφέρθηκαν από 6 400 έως 8 500 θάνατοι οφειλόμενοι στα ναρκωτικά από τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Κροατία, τη Νορβηγία και την Τουρκία, ήτοι συνολικά περισσότεροι από 135 000 θάνατοι. Το 2006 οι μισοί από τους θανάτους αναφέρθηκαν από το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία. Τα ποσοστά θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού που αποδίδονται σε οφειλόμενους στα ναρκωτικά θανάτους εμφανίζουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών και κυμαίνονται από 3 έως πάνω από 85 θανάτους ανά εκατομμύριο πληθυσμού ηλικίας 15–64 ετών (μέσος όρος 22 θάνατοι ανά εκατομμύριο) στην Ευρώπη. Ποσοστά άνω των 20 θανάτων ανά εκατομμύριο αναφέρονται από 17 εκ των 30 ευρωπαϊκών χωρών, ενώ ποσοστά άνω των 40 θανάτων ανά εκατομμύριο αναφέρονται από 6 χώρες (διάγραμμα 13). Οι θάνατοι λόγω υπερβολικής δόσης ναρκωτικών αντιστοιχούν στο 4% του συνόλου των θανάτων Ευρωπαίων ηλικίας 15–39 ετών<sup>(145)</sup>.

### Θάνατοι που συνδέονται με τα οπιοειδή

#### Ηρωίνη

Τα οπιοειδή και κυρίως η ηρωίνη ή οι μεταβολίτες της είναι παρόντα στις περισσότερες περιπτώσεις θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Στις 22 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία, τα οπιοειδή αντιστοιχούσαν σε ποσοστό από 35 έως και σχεδόν 100% του συνόλου των περιπτώσεων, με 11 εκ αυτών των χωρών να αναφέρουν ποσοστά άνω του 85%<sup>(146)</sup>. Στις τοξικολογικές εκθέσεις εντοπίζονται και άλλες ουσίες πέραν της ηρωίνης, συνήθως αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, άλλα οπιοειδή και, σε ορισμένες χώρες, κοκαΐνη. Τούτο σημαίνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων πιθανώς συνδέεται με τη χρήση περισσότερων της μιας ουσιών.

Η πλειονότητα των θυμάτων υπερβολικής δόσης ηρωίνης στην Ευρώπη είναι άνδρες (82%). Στις περισσότερες χώρες, η μέση ηλικία των θυμάτων υπερβολικής δόσης ναρκωτικών κυμαίνεται γύρω στα 35 έτη και σε πολλές περιπτώσεις αυξάνεται, γεγονός που ενδέχεται να υποδηλώνει πιθανή σταθεροποίηση ή μείωση του αριθμού των νεαρών χρηστών ηρωίνης. Συνολικά, ποσοστό 14% των θυμάτων από υπερβολική δόση στην Ευρώπη είναι άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών. Ωστόσο, στη Βουλγαρία, στην Αυστρία και σε ορισμένες χώρες που αναφέρουν μικρό αριθμό οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων (Μάλτα, Κύπρος, Σλοβακία, Ρουμανία), πάνω από το ένα τρίτο των θυμάτων από υπερβολική δόση είναι άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών, γεγονός που ενδέχεται να σημαίνει την ύπαρξη νεαρότερου πληθυσμού χρηστών ηρωίνης ή ΧΕΝ στις χώρες αυτές<sup>(147)</sup>.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη λήψη υπερβολικής δόσης ηρωίνης είναι η ενέσιμη χρήση και η ταυτόχρονη χρήση άλλων ουσιών, ιδίως αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών και ορισμένων αντικαταθλιπτικών, καθώς και η συννοσηρότητα, η ύπαρξη ιστορικού υπερβολικών δόσεων και η μοναχική χρήση (κυβέρνηση της Σκωτίας, 2008). Το χρονικό διάστημα που ακολουθεί αμέσως μετά την αποφυλάκιση ή την έξοδο από πρόγραμμα αποτοξίνωσης διαπιστώθηκε ότι εγκυμονεί πολύ υψηλό κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης.

Εκτιμάται ότι σε κάθε περιστατικό θανατηφόρου υπερβολικής δόσης αντιστοιχούν μεταξύ 20 και 25 περιστατικά μη θανατηφόρων υπερβολικών δόσεων, οι συνέπειες των οποίων δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητές. Το ΕΚΠΝΤ διεξάγει κριτική επισκόπηση των σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου και των πιθανών παρεμβάσεων στο εν λόγω πεδίο.

#### Μεθαδόνη και βουπρενορφίνη

Μολονότι οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών μειώνει τον κίνδυνο λήψης θανατηφόρου υπερβολικής δόσης, κάθε χρόνο αναφέρονται κάποιοι θάνατοι που συνδέονται με ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) κυρίως λόγω κατάχρησης ή, σε μικρό αριθμό περιπτώσεων, λόγω προβλημάτων που προκύπτουν κατά τη θεραπεία.

Αρκετές χώρες ανέφεραν ότι μεθαδόνη ανιχνεύθηκε τοξικολογικά σε σημαντικό ποσοστό των οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων, αν και ελλείψει κοινών προτύπων

<sup>(144)</sup> Για αναλυτικές μεθοδολογικές πληροφορίες, βλέπε Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(145)</sup> Βλέπε διάγραμμα DRD-7 μέρος (i) και πίνακες DRD-5 μέρος (ii) και DRD-107 μέρος (i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(146)</sup> Δεδομένου ότι οι περισσότεροι θάνατοι που αναφέρονται στο ΕΚΠΝΤ οφείλονται σε λήψη υπερβολικής δόσης οπιοειδών (κυρίως ηρωίνης), τα γενικά χαρακτηριστικά των αναφερόμενων θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται για την περιγραφή θανάτων που οφείλονται σε οπιοειδή. Βλέπε διάγραμμα DRD-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(147)</sup> Βλέπε διαγράμματα DRD-2 και DRD-3 και πίνακα DRD-1 μέρος (i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

αναφοράς ο ρόλος της μεθαδόνης στον θάνατο δεν είναι πάντοτε σαφής, δεδομένου ότι ενδέχεται να ανιχνεύονται και άλλες ουσίες. Πέραν τούτου, ενδέχεται να υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες, όπως η απώλεια της ανοχής στα οπιοειδή, η υπερβολική δοσολογία ή η μη ενδεδειγμένη χρήση, ήτοι η μη συστηματική χρήση και η χρήση για μη θεραπευτικούς σκοπούς. Οι θάνατοι που οφείλονται σε τοξίκωση από βουπρενορφίνη είναι σπάνιοι, παρά την αυξανόμενη χρήση της ουσίας στη θεραπεία υποκατάστασης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (βλέπε κεφάλαιο 6). Στη Φινλανδία, ωστόσο, η βουπρενορφίνη είναι πλέον η συχνότερα ανιχνευόμενη ουσία σε περιπτώσεις θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά, συνήθως σε συνδυασμό με ηρεμιστικά φάρμακα ή αλκοόλ ή με ενέσιμη χρήση.

#### Φαιντανύλη και άλλα συνθετικά οπιοειδή

Μια επιδημία θανατηφόρων τοξικών σεων φαιντανύλης στην Εσθονία προκάλεσε τον θάνατο 117 ΧΕΝ το διάστημα 2005–2006 (ΕΚΠΝΤ, 2008β). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τους θανάτους από φαιντανύλη στην Εσθονία το 2007, παρότι πρόσφατες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι έχει αυξηθεί η χρήση της ουσίας αυτής από ΧΕΝ. Το 2007 τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων ΧΕΝ στο Ταλίν ανέφεραν ως κύρια ουσία κατάχρησης τη φαιντανύλη, ενώ ένας στους 10 ΧΕΝ που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα ανταλλαγής συριγγών δήλωσε ότι έκανε ενέσιμη χρήση φαιντανύλης κατά τον τελευταίο μήνα. Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στο Ταλίν, οι ΧΕΝ που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τη φαιντανύλη έχουν υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού του ιού HIV και μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν ενέσιμη χρήση υψηλού κινδύνου ή να λάβουν υπερβολική δόση σε όλη τη διάρκεια της ζωής σε σύγκριση με τους ΧΕΝ που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τις αμφεταμίνες (Talū κ.ά., 2009). Στη Φινλανδία, οπιοειδή όπως η οξυκοδόνη, η τραμαδόλη και η φαιντανύλη αναφέρθηκαν σε 21 περιπτώσεις θανάτων, αν και ο ρόλος των συγκεκριμένων ουσιών παραμένει αδιευκρίνιστος.

#### Θάνατοι που συνδέονται με άλλες ναρκωτικές ουσίες

Οι θάνατοι που οφείλονται στην κοκαΐνη ορίζονται και ταυτοποιούνται με μεγαλύτερη δυσκολία από εκείνους που οφείλονται στα οπιοειδή. Οι θάνατοι που προκαλούνται άμεσα από λήψη υπερβολικής δόσης φαίνεται να είναι σπάνιοι και συνήθως συνδέονται με πολύ μεγάλες δόσεις κοκαΐνης. Κατά τα άλλα, οι περισσότεροι θάνατοι από κοκαΐνη φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της χρόνιας τοξικότητας της ουσίας, η οποία προκαλεί καρδιαγγειακές

και νευρολογικές επιπλοκές. Ο ρόλος της κοκαΐνης στους εν λόγω θανάτους ενδέχεται να μην ταυτοποιείται πάντα, οπότε μπορεί να μην αναφέρονται ως θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη. Η ερμηνεία των στοιχείων καθίσταται ακόμη πιο σύνθετο εγχείρημα λόγω της συχνής παρουσίας άλλων ουσιών, η οποία δυσχεραίνει τον εντοπισμό της αιτιώδους συνάφειας.

Το 2007 αναφέρθηκαν περίπου 500 θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη σε 12 κράτη μέλη (έναντι 450 θανάτων σε 14 χώρες το 2006), αν και πιθανότατα οι αναφορές των θανάτων που οφείλονται στην κοκαΐνη στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ελλιπείς.

Οι θάνατοι στους οποίους ανιχνεύεται τοξικολογικά έκσταση αναφέρονται σπανίως και, σε πολλές περιπτώσεις, η συγκεκριμένη ουσία δεν ταυτοποιείται ως η άμεση αιτία θανάτου. Οι θάνατοι από αμφεταμίνες επίσης αναφέρονται σπανίως στην Ευρώπη, αν και στην Τσεχική Δημοκρατία σημαντικό ποσοστό των θανάτων (11 εκ των 40) από λήψη υπερβολικής δόσης –εξαιρουμένων των φαρμακευτικώνσκευασμάτων– το 2007 αποδόθηκαν στην περβιτίνη (μεθαμφεταμίνη) έναντι 14 θανάτων που αποδόθηκαν στα οπιοειδή. Στη Φινλανδία, αμφεταμίνες ανιχνεύθηκαν τοξικολογικά σε ποσοστό 40% των 229 θανάτων που αναφέρθηκαν το 2007, αν και αυτό δεν σημαίνει απαραίτητως ότι οι αμφεταμίνες ήταν η άμεση αιτία θανάτου (<sup>148</sup>).

#### Τάσεις στους οφειλόμενους στα ναρκωτικά θανάτους

Στην Ευρώπη σημειώθηκε ραγδαία αύξηση των οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, παράλληλα με την αύξηση της χρήσης ηρωίνης και της ενέσιμης χρήσης, και έκτοτε οι θάνατοι παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα. Ωστόσο, στοιχεία από χώρες με μεγάλες χρονοσειρές αποκαλύπτουν διαφοροποίηση των τάσεων. Σε κάποιες χώρες (π.χ. Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία) οι θάνατοι σημείωσαν κορύφωση στις αρχές και στα μέσα της δεκαετίας του 1990, σε άλλες χώρες (π.χ. Ελλάδα, Πορτογαλία, Φινλανδία) η κορύφωση παρατηρήθηκε περί το έτος 2000, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες (π.χ. Δανία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο) παρατηρήθηκε ανοδική τάση πλην όμως χωρίς σαφή κορύφωση (<sup>149</sup>).

Μεταξύ 2000 και 2003 τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ ανέφεραν μείωση των θανάτων, η οποία ακολουθήθηκε από αύξηση το διάστημα 2003–2006. Τα διαθέσιμα προκαταρκτικά στοιχεία για το 2007 υποδηλώνουν ότι ο αριθμός των θανάτων θα είναι τουλάχιστον ίσος με αυτόν

(<sup>148</sup>) Για στοιχεία σχετικά με τους θανάτους που συνδέονται με άλλες ουσίες πλην της ηρωίνης, βλέπε πίνακα DRD-108 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

(<sup>149</sup>) Βλέπε διαγράμματα DRD-8 και DRD-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009. Για ιστορικούς λόγους, η εν λόγω τάση αναφέρεται στην ΕΕ των 15 και τη Νορβηγία.

του προηγούμενου έτους, ενώ αύξηση αναφέρουν 14 από τις 18 χώρες.

Το φαινόμενο του σταθερά υψηλού αριθμού αναφερόμενων θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά είναι δυσερμήνευτο, ιδίως εάν ληφθούν υπόψη οι ενδείξεις περιορισμού της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και η αύξηση του αριθμού των χρηστών οπιοειδών που έρχονται σε επαφή με κέντρα απεξάρτησης και υπηρεσίες μείωσης των επιβλαβών συνεπειών. Εάν συνεκτιμηθεί η πιθανή μείωση του πληθυσμού υψηλού κινδύνου, ο σταθερός ή αυξανόμενος αριθμός των θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά αποτελεί λόγο μεγάλης ανησυχίας.

Το εν λόγω φαινόμενο θα μπορούσε να αποδοθεί σε διάφορους πιθανούς παράγοντες, ο ρόλος των οποίων απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, όπως στη γήρανση του πληθυσμού των χρηστών (οι οποίοι κάνουν χρόνια χρήση άρα καθίστανται πιο ευάλωτοι), στα αυξημένα επίπεδα πολλαπλής χρήσης ουσιών και συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, στην αδυναμία των υφιστάμενων υπηρεσιών να απευθυνθούν στους πλέον ευάλωτους χρήστες ή να έλθουν σε επαφή μαζί τους ή ακόμη και στην αύξηση του αριθμού των υποτροπών μεταξύ αποφυλακισμένων χρηστών οπιοειδών ή χρηστών που ολοκληρώνουν προγράμματα απεξάρτησης, οι οποίοι είναι γνωστό ότι διατρέχουν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο <sup>(150)</sup>.

### Συνολική θνησιμότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Πέρα από τους θανάτους που οφείλονται στα ναρκωτικά, στη συνολική θνησιμότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά συνυπολογίζονται και οι θάνατοι που προκαλούνται εμμέσως από τη χρήση ναρκωτικών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εν λόγω θανάτων παρατηρείται σε προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, αν και κάποιοι θάνατοι αφορούν και περιστασιακούς χρήστες (π.χ. τροχαία ατυχήματα, κάποιες αυτοκτονίες). Είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται εμμέσως με τη χρήση ναρκωτικών, ωστόσο έχουν σημαντικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία.

Η συνολική θνησιμότητα υπολογίζεται με διάφορους τρόπους. Μια μέθοδος συνδυάζει στοιχεία θνησιμότητας από μελέτες κοόρτης με εκτιμήσεις της επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών <sup>(151)</sup>. Μια άλλη προσέγγιση παίρνει τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη θνησιμότητα στον γενικό πληθυσμό και υπολογίζει το ποσοστό που αναλογεί στη χρήση ναρκωτικών. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν και άλλες εξειδικευμένες πηγές πληροφόρησης, όπως γίνεται π.χ. για τον υπολογισμό της θνησιμότητας που συνδέεται με τον ιό HIV ή το AIDS, όπου συνδυάζονται στοιχεία της Eurostat και του EuroHIV.

### Μελέτες κοόρτης για τη θνησιμότητα

Οι μελέτες κοόρτης για τη θνησιμότητα παρακολουθούν διαχρονικά τις ίδιες ομάδες προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και, σε συνδυασμό με τα μητρώα θανάτων, προσπαθούν να προσδιορίσουν τις αιτίες θανάτου των μελών της ομάδας. Με τις μελέτες αυτές προσδιορίζονται τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας για την ομάδα και τα ποσοστά θνησιμότητας από κάθε αιτία και υπολογίζεται η διαφορά μεταξύ ποσοστού θνησιμότητας της ομάδας και ποσοστού θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού. Μεγάλης κλίμακας διαχρονικές μελέτες κοόρτης χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο υποθέσεων περί των αιτιών π.χ. της μεταβολής του αριθμού των θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά, καθώς και για την

### Εκτίμηση της συνολικής θνησιμότητας που αποδίδεται στην προβληματική χρήση ναρκωτικών – Νέες εξελίξεις

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες κοόρτης για τη θνησιμότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι θάνατοι που οφείλονται στα ναρκωτικά (λήψη υπερβολικής δόσης) συνήθως αντιστοιχούν σε ποσοστό μεταξύ 20 και 50 % του συνολικού αριθμού θανάτων των προβληματικών χρηστών. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι η συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού αυτού θα μπορούσε να είναι δύο έως πέντε φορές μεγαλύτερη από τον αριθμό των καταγεγραμμένων θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά. Ο εν λόγω πολλαπλασιαστής διαφέρει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με διάφορους παράγοντες όπως οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, το ποσοστό των θανατηφόρων λήψεων υπερβολικής δόσης και η επικράτηση άλλων πιθανών αιτιών θανάτου.

Το ΕΚΠΝΤ προάγει τις έρευνες για την εκτίμηση της συνολικής θνησιμότητας των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών. Το 2008, στο πλαίσιο προγράμματος που υλοποιήθηκε σε συνεργασία με σέχους ερευνητές, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, των πηγών δεδομένων και των πιθανών μεθόδων στο εν λόγω πεδίο <sup>(1)</sup>. Μια ομάδα εμπειρογνομόνων πρότεινε την εφαρμογή δύο μεθόδων σε μελλοντικές μελέτες: μια μέθοδο πολλαπλασιαστών βάσει του αριθμού των καταγεγραμμένων θανατηφόρων περιστατικών λήψης υπερβολικής δόσης και μια μέθοδο παρέκτασης βάσει των ποσοστών θνησιμότητας σε κοόρτες προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και των εθνικών εκτιμήσεων σχετικά με τον πληθυσμό των προβληματικών χρηστών. Και οι δύο αυτές μέθοδοι δοκιμάστηκαν με επιτυχία στην Τσεχική Δημοκρατία, και το ΕΚΠΝΤ σχεδιάζει να συγκροτήσει μια ομάδα συνεργασίας με τη συμμετοχή χωρών που ενδιαφέρονται να αξιοποιήσουν το έργο αυτό στο εγγύς μέλλον.

<sup>(1)</sup> Βλέπε <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

<sup>(150)</sup> Βλέπε «Μείωση των θανάτων αποφυλακισμένων χρηστών από υπερβολική δόση», σ. 102.

<sup>(151)</sup> Βλέπε «Εκτίμηση της συνολικής θνησιμότητας που αποδίδεται στην προβληματική χρήση ναρκωτικών – Νέες εξελίξεις».

παρακολούθηση των συνολικών επιπέδων κινδύνου και την ανίχνευση μεταβολών όσον αφορά τις αιτίες θανάτου.

Ανάλογα με το πλαίσιο (π.χ. μελέτες που διεξάγονται σε κέντρα απεξάρτησης) και τα κριτήρια συμμετοχής των χρηστών (π.χ. ΧΕΝ, χρήστες ηρωίνης), οι περισσότερες μελέτες κοόρτης διαπιστώνουν ποσοστά θνησιμότητας της τάξης του 1 έως 2 % ετησίως στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών. Παρότι η σχετική σημασία της αιτίας θανάτου μεταβάλλεται από χώρα σε χώρα και διαχρονικά, η κύρια αιτία είναι συνήθως η λήψη υπερβολικής δόσης, η οποία αντιστοιχεί σε ποσοστό έως και 50 ή 60 % των θανάτων ΧΕΝ σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό HIV/AIDS. Δυστυχώς, ορισμένες χώρες ταυτοποιούν ελλιπώς τα περιστατικά λήψης υπερβολικής δόσης στα μητρώα θανάτων και, κατά συνέπεια, ένα σημαντικό ποσοστό των θανάτων τα αίτια των οποίων καταχωρούνται ως «άγνωστα» ή προσδιορίζονται ανεπαρκώς (π.χ. ανακοπή καρδιάς) θα μπορούσαν να είναι θάνατοι από λήψη υπερβολικής δόσης. Προκειμένου να βελτιωθεί η εγκυρότητα της περιγραφής των αιτιών θανάτου χρησιμοποιούνται και άλλες πηγές πληροφοριών (ειδικά αστυνομικά ή ιατροδικαστικά αρχεία θανάτων).

Το ΕΚΠΝΤ έχει αναπτύξει ένα πρωτόκολλο προκειμένου να ενθαρρύνει τη διεξαγωγή μελετών κοόρτης για τη θνησιμότητα από τα κράτη μέλη, με στόχο την υποβολή συγκρίσιμων στοιχείων σχετικά με τον κίνδυνο θνησιμότητας που διατρέχουν οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών και την ανάπτυξη των πολιτικών για την πρόληψη και τη μέριμνα. Οι πιο πρόσφατες ευρωπαϊκές μελέτες έγιναν στη Γερμανία, στην Ισπανία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία. Το ένα τρίτο των κρατών μελών της ΕΕ δεν έχει εκπονήσει μέχρι σήμερα μελέτη κοόρτης για τη θνησιμότητα, αν και αρκετές χώρες αναφέρουν μελέτες που βρίσκονται υπό εκπόνηση ή σχεδιάζεται να ξεκινήσουν το 2009 (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Γαλλία, Λετονία, Πολωνία).

### **Θάνατοι που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών**

Εκτιμάται ότι το 2006 πάνω από 2 100 άτομα έχασαν τη ζωή τους από HIV/AIDS που αποδίδεται στη χρήση ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση<sup>(152)</sup>. Πάνω από 89 % των θανάτων αυτών επήλθαν στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία και την Πορτογαλία. Μετά την καθιέρωση της υψηλής δραστικότητας αντιρετροϊκής θεραπείας το 1996, η θνησιμότητα από τον HIV/AIDS μειώθηκε αισθητά στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, με εξαίρεση την Πορτογαλία όπου η μείωση ήταν πολύ λιγότερο αισθητή. Οι αυξήσεις

που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια στην Εσθονία συνάδουν με τις εκτιμήσεις περί υψηλού επιπολασμού του ιού HIV στους ΧΕΝ στη χώρα αυτή (5 έως 6 στους 10) και περί υψηλού ποσοστού ΧΕΝ που φέρονται να μην γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένοι. Αυξήσεις αναφέρθηκαν πρόσφατα και στη Λετονία. Επί του παρόντος, τα εκτιμώμενα ποσοστά θνησιμότητας των χρηστών ναρκωτικών από HIV/AIDS είναι χαμηλά στις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση την Ισπανία και την Πορτογαλία. Στην Ιταλία, στη Γαλλία και τη Λετονία, τα ποσοστά θνησιμότητας από HIV/AIDS και τα ποσοστά θνησιμότητας από λήψη υπερβολικής δόσης κινούνται στα ίδια επίπεδα<sup>(153)</sup>.

Στις λοιπές παθήσεις στις οποίες αποδίδεται ένα μέρος των θανάτων των χρηστών ναρκωτικών περιλαμβάνονται οι χρόνιες νόσοι όπως η χρόνια ηπατοπάθεια (λόγω μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C και της βαριάς κατάχρησης αλκοόλ), ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σε άλλες αιτίες έχει δοθεί πολύ λιγότερη προσοχή, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν σοβαρό αντίκτυπο. Για παράδειγμα, οι τραυματισμοί (ατυχήματα, ανθρωποκτονίες και άλλης μορφής βία) και οι αυτοκτονίες θα μπορούσαν να αντιστοιχούν σε τουλάχιστον 25 % της θνησιμότητας των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Darke και Ross, 2002) διαπιστώνει ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών στους χρήστες ηρωίνης είναι 14 φορές υψηλότερα από τα ποσοστά αυτοκτονιών στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες κοόρτης στην Ευρώπη, σε αυτοκτονία αποδίδεται το 6 έως 11 % των θανάτων των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών. Παρά ταύτα, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο συνολικός αντίκτυπος των αιτιών αυτών λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων στοιχείων.

### **Μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων**

Δώδεκα χώρες αναφέρουν ότι η εθνική στρατηγική τους για τα ναρκωτικά περιλαμβάνει ενότητα αφιερωμένη στη μείωση των οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων. Μία χώρα, το Ηνωμένο Βασίλειο, διαθέτει συγκεκριμένο σχέδιο δράσης για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών, το οποίο προβλέπει συγκεκριμένες ενέργειες για την πρόληψη των θανάτων από ναρκωτικά. Δεκατρείς χώρες δεν διαθέτουν ούτε συγκεκριμένη στρατηγική ούτε ενότητα αφιερωμένη στη μείωση των οφειλόμενων στα ναρκωτικά θανάτων στην εθνική στρατηγική τους για τα ναρκωτικά. Δύο χώρες δεν υπέβαλαν στοιχεία.

<sup>(152)</sup> Το 2006 ελήφθη ως το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία της Eurostat από όλα σχεδόν τα κράτη μέλη αναφορικά με τις αιτίες θανάτου. Για αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τις πηγές, τις ομάδες μετάδοσης, τους αριθμούς και τους υπολογισμούς, βλέπε πίνακα DRD-5 μέρος (iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

<sup>(153)</sup> Βλέπε διάγραμμα DRD-7 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

## Παρεμβάσεις

Μια προοπτική μακροχρόνια μελέτη σε προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών που ξεκίνησαν θεραπεία στην Ιταλία κατέδειξε ότι ο κίνδυνος θανάτου μεταξύ των ατόμων της κοόρτης ήταν κατά μέσο όρο δεκαπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού (Danoli κ.ά., 2007).

Η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος μείωνε τον κίνδυνο θανάτου σε επίπεδα τετραπλάσια από αυτά του γενικού πληθυσμού, στοιχείο που επιβεβαιώνει ότι η θεραπεία απεξάρτησης μειώνει τη θνησιμότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά. Ωστόσο, από τη μελέτη φάνηκε επίσης ότι τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας χρηστών ναρκωτικών παρατηρούνται τις πρώτες 30 ημέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας. Το εύρημα αυτό τονίζει την ανάγκη προσεκτικής μεταθεραπευτικής διαχείρισης, καθώς και την ανάγκη αποφυγής πολύ σύντομων θεραπευτικών επεισοδίων στα οποία οι κίνδυνοι θα μπορούσαν να μην αντισταθμίζονται από τα οφέλη της θεραπείας.

Δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημερωτικό υλικό για την πρόληψη της λήψης υπερβολικής δόσης αναφέρεται από τις περισσότερες χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία. Σύμφωνα με εμπειρογνώμονες από 28 χώρες <sup>(154)</sup>, το τελευταίο δωδεκάμηνο διανεμήθηκε έντυπο ή πολυμεσικό υλικό για την πρόληψη της λήψης υπερβολικής δόσης στους περισσότερους ή σε σχεδόν όλους τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών σε 9 χώρες, και σε μια μειονότητα των προβληματικών χρηστών σε 12 χώρες και στη γαλλόφωνη κοινότητα του Βελγίου. Υλικό του τύπου αυτού δεν υπάρχει στην Τουρκία, ενώ πρόσβαση σε αντίστοιχο υλικό έχουν λίγοι μόνο προβληματικοί χρήστες στην Εσθονία, στη Λετονία, στην Ουγγαρία και τη Σλοβακία. Η Βουλγαρία δεν υπέβαλε στοιχεία.

Σε μεγάλο ποσοστό θανατηφόρων και μη θανατηφόρων περιστατικών λήψης υπερβολικής δόσης παρίστανται και άλλα άτομα, φίλοι ή μέλη της οικογένειας του χρήστη, εργαζόμενοι σε υγειονομικές ή κοινωνικές υπηρεσίες, αστυνομικοί ή σωφρονιστικοί υπάλληλοι, οι οποίοι θα μπορούσαν να παρέμβουν. Δέκα χώρες αναφέρουν ότι διαθέτουν ειδικό υλικό με στόχο να βοηθήσουν τους συγγενείς του χρήστη ή τον ίδιο τον χρήστη να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί περιστατικά λήψης υπερβολικής δόσης. Σε οκτώ χώρες υπάρχει υλικό του τύπου αυτού για τους αξιωματικούς της αστυνομίας. Επτά χώρες έχουν αναπτύξει παρόμοιο υλικό για σωφρονιστικούς υπαλλήλους <sup>(155)</sup>. Στις λοιπές ομάδες-στόχους περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι σε φορείς απεξάρτησης, το προσωπικό των ασθενοφόρων, το προσωπικό των μονάδων πρώτων βοηθειών, καθώς και οι

μετανάστες από ρωσόφωνες χώρες και οι πληθυσμοί τσιγγάνων. Ωστόσο, μικρός αριθμός χωρών διαθέτει ενημερωτικό υλικό για περισσότερες από μία ομάδες-στόχους, ενώ δεν διατίθεται το σύνολο του ενημερωτικού υλικού σε όλη την επικράτεια.

Εκπαίδευση για την αποφυγή του κινδύνου λήψης υπερβολικής δόσης αναφέρεται από όλες τις χώρες, ενώ σε 9 από αυτές παρέχεται στις πόλεις με σημαντικό πληθυσμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών. Παρά ταύτα, σε τέσσερις χώρες, η εν λόγω εκπαίδευση παρέχεται σε λιγότερες από τις μισές πόλεις, ενώ σε 12 ακόμη χώρες παρέχεται σε μικρό αριθμό πόλεων μόνο.

Ειδικά σεμινάρια για την αντιμετώπιση περιστατικών υπερβολικής δόσης γίνονται είτε σε ατομικές είτε σε ομαδικές συνεδρίες. Οι χρήστες ναρκωτικών ενημερώνονται σχετικά με συγκεκριμένους κινδύνους, όπως η μειωμένη ανοχή μετά από περίοδο αποχής, οι επιδράσεις και οι κίνδυνοι της χρήσης περισσότερων της μιας ουσιών, ιδίως της ταυτόχρονης χρήσης αλκοόλ, τους κινδύνους από τη μοναχική χρήση ναρκωτικών και τις δεξιότητες παροχής πρώτων βοηθειών. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εθνικών εμπειρογνομώνων, κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο οι περισσότεροι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών έλαβαν κάποιας μορφής εκπαίδευση για την αντιμετώπιση περιστατικών υπερβολικής δόσης σε επτά χώρες, ενώ σε δέκα χώρες έλαβαν λιγότεροι από τους μισούς και σε έξι ακόμη χώρες (Βέλγιο, Λετονία, Αυστρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία) έλαβαν ελάχιστοι μόνο προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών. Εκπαίδευση για την αντιμετώπιση περιστατικών υπερβολικής δόσης δεν παρέχεται στην Εσθονία, στην Ουγγαρία και την Τουρκία.

Οι χρήστες ναρκωτικών με ιστορικό λήψης μη θανατηφόρου υπερβολικής δόσης διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να λάβουν υπερβολική δόση και στο μέλλον (Coffin κ.ά., 2007) και, επομένως, θα πρέπει να ληφθεί ειδική μέριμνα για αυτούς. Εξατομικευμένη εκτίμηση του κινδύνου λήψης υπερβολικής δόσης γίνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό με στόχο να εντοπιστούν οι χρήστες που χρήζουν πρόσθετης υποστήριξης. Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, σε 9 χώρες εξατομικευμένη εκτίμηση του κινδύνου λήψης υπερβολικής δόσης έγινε στους περισσότερους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια του τελευταίου δωδεκάμηνου, ενώ σε 16 χώρες η εν λόγω εκτίμηση έγινε σε μια μειονότητα χρηστών. Η Βουλγαρία, η Γερμανία και η Γαλλία δεν υπέβαλαν στοιχεία.

Η διάθεση ναλοζόνης στους χρήστες δεν αποτελεί κοινή πρακτική για την πρόληψη των θανάτων από υπερβολική δόση σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, παρότι στην Ιταλία

<sup>(154)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009. Εμπειρογνώμονες από 26 κράτη μέλη της ΕΕ, την Τουρκία και τη Νορβηγία αξιολόγησαν το επίπεδο παροχής επιλεγμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά.

<sup>(155)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-8 μέρος (ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2009.

πολλές υπηρεσίες απεξάρτησης διανέμουν στους χρήστες ναλοζόνη για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ενώ διατίθεται και από τα φαρμακεία χωρίς συνταγή. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νομικό καθεστώς της ναλοζόνης τροποποιήθηκε τον Ιούνιο του 2005 και πλέον επιτρέπεται η χορήγησή της από οποιονδήποτε σε περίπτωση θανάσιμου κινδύνου. Επιπλέον, η επίδραση της εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση περιστατικών υπερβολικής δόσης σε συνδυασμό με τη διάθεση ναλοζόνης για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών εκτιμήθηκε σε μελέτη κοόρτης στην οποία μετείχαν 239 χρήστες οπιοειδών που είχαν έλθει σε επαφή με υπηρεσίες απεξάρτησης (Strang κ.ά., 2008). Τα αποτελέσματα έδειξαν καλύτερη γνώση των σημείων υπερβολικής δόσης και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τη χρήση ναλοζόνης. Στη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών, και τα 12 περιστατικά λήψης υπερβολικής δόσης στα οποία χρησιμοποιήθηκε ναλοζόνη ανατάχθηκαν επιτυχώς, ενώ επήλθε ένας θάνατος στα 6 περιστατικά στα οποία δεν χρησιμοποιήθηκε ναλοζόνη. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ευρύτερη διάθεση ναλοζόνης ενδέχεται να μειώσει περαιτέρω τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους και συνιστούν να μελετηθεί περαιτέρω η επίδραση της εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση περιστατικών υπερβολικής δόσης σε συνδυασμό με τη διάθεση ναλοζόνης στους χρήστες οπιοειδών για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Μια άλλη αμφιλεγόμενη προσέγγιση είναι οι αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών<sup>(156)</sup>, με στόχο να μειωθεί ο κίνδυνος θανάτου του χρήστη μέσω της παροχής άμεσης και ενδεδειγμένης ιατρικής φροντίδας σε περίπτωση λήψης υπερβολικής δόσης στον χώρο. Τα στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία των αιθουσών αυτών στην Ευρώπη, στον Καναδά και την Αυστραλία δείχνουν ότι τα περιστατικά που συνέβησαν εκεί αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς και δεν αναφέρθηκε λήψη θανατηφόρου υπερβολικής δόσης. Ο Milloy και οι συνεργάτες του υπολόγισαν τον αριθμό των πιθανών θανάτων που αποτράπηκαν με τη λειτουργία της αίθουσας επιτηρούμενης χρήσης στο Βανκούβερ. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις τους, αποτράπηκαν από 2 έως 12 θάνατοι τον χρόνο (Milloy κ.ά., 2008). Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με τα

### Μείωση των θανάτων αποφυλακισμένων χρηστών από υπερβολική δόση

Στην Αγγλία εκτιμάται ότι, το 2005, ποσοστό 15% επί συνόλου 1 506 θυμάτων υπερβολικής δόσης ήταν χρήστες που είχαν αποφυλακιστεί πρόσφατα (Υπουργείο Υγείας, 2007). Διεθνείς μελέτες επιβεβαιώνουν τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου λόγω ακούσιας λήψης υπερβολικής δόσης κατά το διάστημα που ακολουθεί αμέσως μετά την αποφυλάκιση (π.χ. Farrell και Marsden, 2008). Στις μελέτες αυτές επισημαίνεται επίσης η ανάγκη λήψης μέτρων για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και ναρκωτικών τα οποία αντιμετωπίζουν οι αποφυλακισμένοι χρήστες.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις εμπειρογνομόνων από 24 χώρες, συμβουλευτική προ της αποφυλάκισης σχετικά με τον κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης και τις μεθόδους πρόληψης δεν παρέχεται καθόλου σε 6 ευρωπαϊκές χώρες, παρέχεται σε λίγους μόνο προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στη φυλακή σε 10 χώρες και σε λιγότερους από τους μισούς σε 6 ακόμη χώρες. Μόνο στην Ιταλία και το Λουξεμβούργο παρέχεται η υπηρεσία αυτή στην πλειονότητα του πληθυσμού-στόχου. Καθώς ενδέχεται να είναι δύσκολο να προβλεφθεί η ημερομηνία αποφυλάκισης, ιδίως για προφυλακισμένους χρήστες, ευαισθητοποίηση ως προς τον κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης θα ήταν σκόπιμο να γίνεται σε τακτική βάση στις φυλακές, ούτως ώστε να μειωθούν οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Η διαθεσιμότητα της θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών, που έχει αποδείξει ότι ασκεί προστατευτική επίδραση στο πλαίσιο της φυλακής (Dolan κ.ά., 2005), φαίνεται να αυξάνεται στις φυλακές της ΕΕ, ενώ ο νόμος προσφέρει τη δυνατότητα στους χρήστες να ξεκινήσουν θεραπεία υποκατάστασης στη φυλακή σε 21 χώρες (βλέπε κεφάλαιο 2). Η δυνατότητα αυτή μειώνει τον κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης και θανάτου κατά την αποφυλάκιση, ενώ μειώνει και τα ποσοστά επανεγκλεισμού (ΠΟΥ, 2009). Ωστόσο, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν οι κατάλληλες διασυνδέσεις μεταξύ υγειονομικών υπηρεσιών εντός φυλακής και υπηρεσιών απεξάρτησης εκτός φυλακής, ώστε να αποφεύγονται κενά και να διασφαλίζεται η συνέχεια της θεραπείας.

πιθανά οφέλη χώρων του τύπου αυτού ως προς την πρόληψη θανάτων από υπερβολική δόση σε συνοικίες με επαρκή κάλυψη.

<sup>(156)</sup> Για επισκόπηση του συγκεκριμένου θέματος, βλέπε ΕΚΠΝΤ (2004).



## Κεφάλαιο 8

### Νέα ναρκωτικά και αναδυόμενες τάσεις

#### Εισαγωγή

Η χρήση νέων ψυχοτρόπων ουσιών ή τα νέα πρότυπα χρήσης υπάρχουσών ουσιών ενδέχεται να έχουν σημαντικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία και την πολιτική. Ωστόσο, ο εντοπισμός τους δεν είναι εύκολος διότι, κατά κανόνα, πρωτοεμφανίζονται σε χαμηλά επίπεδα και σε συγκεκριμένες περιοχές ή στο πλαίσιο περιορισμένων υποομάδων του πληθυσμού. Λίγες είναι οι χώρες που διαθέτουν συστήματα παρακολούθησης αρκετά ευαίσθητα ώστε να ανιχνεύουν νέα φαινόμενα στο πεδίο των ναρκωτικών, ενώ η ανίχνευση τέτοιων φαινομένων παρουσιάζει και σημαντικές μεθοδολογικές δυσκολίες. Παρά ταύτα, η σημασία του εντοπισμού πιθανών νέων απειλών αναγνωρίζεται ευρέως. Το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης (ΣΕΠ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρέχει έναν μηχανισμό ταχείας απόκρισης στην εμφάνιση νέων ψυχοδραστικών ουσιών στη σκηνή των ναρκωτικών. Οι δραστηριότητες υποστήριξης του ΣΕΠ αποτελούν σημαντικό τμήμα των εργασιών του ΕΚΠΝΤ και εντάσσονται σε μια ευρύτερη προσέγγιση υπέρ της χρήσης μιας μεγάλης ποικιλίας πηγών δεδομένων με στόχο το ευρωπαϊκό σύστημα παρακολούθησης των ναρκωτικών να καταστεί ικανό για ακόμη ταχύτερη απόκριση και να αποκτήσει ακόμη μεγαλύτερη ευαισθησία.

#### Δράση της ΕΕ για τα νέα ναρκωτικά

Η απόφαση του Συμβουλίου σχετικά με τις νέες ψυχοτρόπους ουσίες <sup>(157)</sup> θεσπίζει μηχανισμό ταχείας ανταλλαγής πληροφοριών για νέες ψυχοτρόπους ουσίες οι οποίες ενδέχεται να συνιστούν απειλή για τη δημόσια υγεία και την κοινωνία (σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης) <sup>(158)</sup>. Παρέχει επίσης τη δυνατότητα να κινηθεί επίσημη διαδικασία αξιολόγησης κινδύνου, τα ευρήματα της οποίας ενδέχεται να οδηγήσουν στη λήψη πολιτικής απόφασης για την υποβολή των νέων ουσιών σε μέτρα ελέγχου σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Περισσότερες από 90 ουσίες κοινοποιήθηκαν μέσω του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης από την ίδρυση του το 1997. Μέχρι πρόσφατα, μεγάλο ποσοστό

κοινοποιήσεων αφορούσε τις φαινοθυλαμίνες και τις τρυπταμίνες. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε ένα φάσμα ουσιών που χαρακτηρίζονται από πολύ μεγαλύτερη ποικιλομορφία, μεταξύ αυτών και διάφορα παράγωγα της πιπεραζίνης και της καθινόνης, αλλά και ένας ανομοιογενής συνδυασμός άλλων ουσιών όπως φυτικά προϊόντα, μικρός αριθμός διεγερτικών και παραισθησιογόνων με λιγότερο συνηθισμένες χημικές συνθέσεις, καθώς και κάποια φαρμακευτικά προϊόντα.

Στη διάρκεια του 2008, 13 νέες ψυχοτρόποι ουσίες κοινοποιήθηκαν επίσημα για πρώτη φορά στην ΕΕ μέσω του ΣΕΠ. Πέραν των νέων συνθετικών ναρκωτικών, που αντιστοιχούσαν σε 11 από τις κοινοποιηθείσες ουσίες, στην ομάδα περιλαμβάνονταν και δύο φυτά, αλλά κανένα φαρμακευτικό προϊόν.

Η χημική σύνθεση των δύο κοινοποιηθέντων φυτών –του κράτομ (*Mitragyna speciosa*) και του κάβα (*Piper methysticum*)– είναι σχετικά ικανοποιητικά γνωστή από τη βιβλιογραφία. Χρησιμοποιούνται ανέκαθεν σε άλλες περιοχές του κόσμου, ενώ η παρουσία τους στην ευρωπαϊκή σκηνή των ναρκωτικών μοιάζει να είναι περιορισμένη.

Οι περισσότερες από τις πρόσφατα κοινοποιηθείσες συνθετικές ενώσεις είναι ψυχοτρόποι ουσίες παρόμοιες με εκείνες που περιλαμβάνονται στα παραρτήματα I και II της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες του 1971. Σε σύγκριση με προηγούμενα έτη, λιγότερες νέες ουσίες εξ όσων κοινοποιήθηκαν το 2008 ανήκουν στις κύριες χημικές ομάδες –φαινοθυλαμίνες (μία), τρυπταμίνες (δύο) και πιπεραζίνες (καμία). Συγκεκριμένα, έξι από τις πρόσφατα κοινοποιηθείσες ουσίες είναι παράγωγα καθινόνης. Οι περισσότερες συνθετικές ουσίες έχουν διεγερτικές ιδιότητες, ενώ τρεις μόνον έχουν παραισθησιογόνο δράση.

Το 2008 κοινοποιήθηκε για πρώτη φορά μέσω του ΣΕΠ συνθετικό κανναβινοειδές, το JWH-018. Η εμφάνιση συνθετικών κανναβινοειδών σηματοδοτεί το πιο πρόσφατο στάδιο της ανάπτυξης των «ναρκωτικών νέας γενιάς», μια πορεία που ξεκίνησε από τις ουσίες με βάση τη

<sup>(157)</sup> Απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου, της 10ης Μαΐου 2005, σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών (EE L 127 της 20.5.2005, σ. 32).

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>.

## Ψυχοδραστικά φυτά που κοινοποιήθηκαν μέσω του ΣΕΠ

Τα τελευταία χρόνια κοινοποιήθηκαν προϊόντα πέντε ψυχοδραστικών φυτών. Τα είδη που εντοπίστηκαν από το ΣΕΠ δεν ελέγχονται διεθνώς, ενδέχεται όμως να ελέγχονται από τα κράτη μέλη της ΕΕ.

Το κάβα (*Piper methysticum*) είναι ένας θάμνος που χρησιμοποιείται για τελετουργικούς σκοπούς επί σειρά αιώνων στα νησιά του Νοτίου Ειρηνικού. Το αφέψημα από τη ρίζα του φυτού έχει αγχολυτική και χαλαρωτική δράση. Έχει εκφραστεί αυξανόμενη ανησυχία για το ενδεχόμενο η μακροχρόνια χρήση του κάβα να προκαλεί ηπατική βλάβη. Ούτε το φυτό ούτε τα δραστικά συστατικά του (καβαλακτόνες) ελέγχονται σε κανένα από τα κράτη μέλη της ΕΕ.

Το κατ παρασκευάζεται από τα φύλλα και τους βλαστούς του φυτού *Catha edulis*, ενός θάμνου που καλλιεργείται στην ανατολική Αφρική και την Αραβική Χερσόνησο. Χρησιμοποιείται ως ήπιο διεγερτικό με μάζηση της νωπής φυτικής μάζας. Τα δραστικά συστατικά του, η καθινόνη και η καθίνη, έχουν ανάλογη χημική δομή με συνθετικές ουσίες όπως η αμφεταμίνη και η μεθκαθινόνη και ελέγχονται διεθνώς δυνάμει της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών του 1971. Το φυτό *Catha edulis* ελέγχεται σε 12 κράτη μέλη της ΕΕ.

Το κράτομ (*Mitragyna speciosa*) είναι ένα γηγενές δέντρο που ευδοκίμει στη νοτιοανατολική Ασία. Τα φύλλα του μασιούνται, καπνίζονται ή πίνονται σε αφέψημα. Σε μικρές δόσεις είναι

διεγερτικό. Σε μεγαλύτερες δόσεις, το κράτομ έχει δράση παρόμοια με των οπιοειδών και χρησιμοποιείται στην παραδοσιακή ιατρική για την αντιμετώπιση του πόνου και των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών. Τα κύρια δραστικά συστατικά του κράτομ είναι η μιτραγυνίνη, η μιτραφυλλίνη και η 7-υδροξυμιτραγυνίνη, αν και στη μιτραγυνίνη αποδίδεται κυρίως η αναλγητική δράση του κράτομ και η ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης οπιοειδών. Το φυτό, η μιτραγυνίνη και η 7-υδροξυμιτραγυνίνη ελέγχονται στη Δανία, ενώ στη Λιθουανία ελέγχονται και το φυτό και η μιτραγυνίνη.

Η *Salvia divinorum* είναι ένα αειθαλές φυτό που ευδοκίμει στο νότιο Μεξικό όπου, λόγω της παραισθησιογόνου δράσης του, χρησιμοποιείται ανέκαθεν για τελετουργικούς σκοπούς. Το κύριο δραστικό συστατικό του, η σαλβινωρίνη-Α, είναι ισχυρός αγωνιστής των κ-υποδοχών οπιοειδών. Η ψυχαγωγική χρήση της *Salvia* γίνεται με μάζηση των φύλλων ή κάπνισμα ή υπογλώσσια χορήγηση συμπυκνωμένων εκχυλισμάτων, τα οποία φαίνεται να είναι πολύ δραστικά. Η κατάποση των φύλλων ή των σπόρων του φυτού έχει μεγαλύτερης διάρκειας και μικρότερης έντασης δράση. Η *Salvia divinorum* ή τα δραστικά συστατικά της ελέγχονται σε έξι κράτη μέλη και την Κροατία.

Η *Argyrea nervosa* είναι ένα αναρριχόμενο αειθαλές φυτό, οι σπόροι του οποίου περιέχουν το δραστικό συστατικό δ-αμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSA), μια ουσία χημικά συγγενή με το LSD, που έχει ήπια παραισθησιογόνο δράση. Το LSA είναι ελεγχόμενη ουσία στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

φαινανύλη στη δεκαετία του 1980, πέρασε στις φαιναυλαμίνες υποκατάστασης δακτυλίου στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις τρυπαμίνες τη δεκαετία του 1990, για να φθάσει στις πιπεραζίνες και στα παράγωγα καθινόνης τη δεκαετία του 2000. Υπάρχουν πάνω από 100 ενώσεις που δρουν στους υποδοχείς κανναβινοειδών και εικάζεται ότι θα συνεχίσουν να εμφανίζονται νέες ουσίες από διαφορετικές χημικές ομάδες στη σκηνή των ναρκωτικών. Αυτές οι εξελίξεις αποτελούν συνεχή πρόκληση για τους φορείς δημόσιας υγείας και τις δικαστικές αρχές, αφενός ως προς την ιατροδικαστική και τοξικολογική ταυτοποίηση νέων ουσιών και αφετέρου ως προς την ταχεία αξιολόγηση του κινδύνου και την εφαρμογή μέτρων ελέγχου, εφόσον είναι απαραίτητα.

## Προϊόντα Spice και συναφή συνθετικά κανναβινοειδή

Τα προϊόντα που διακινούνται μέσω διαδικτύου και σε ορισμένα εξειδικευμένα καταστήματα με την εμπορική ονομασία Spice κυκλοφορούν τουλάχιστον από το 2006. Τα προϊόντα Spice μπορεί να διαφημίζονται ως αρωματικά χώρου, αν όμως αναμειχθούν με καπνό και καπνιστούν, κάποιοι χρήστες περιγράφουν την επίδρασή τους ως παρόμοια με αυτή της κάνναβης. Έπειτα από αναφορά της

Σουηδίας, το ΣΕΠ παρακολουθεί τα προϊόντα Spice από τις αρχές του 2008.

Στη συσκευασία των προϊόντων Spice αναγράφονται 14 συστατικά φυτικής προέλευσης. Τουλάχιστον δύο από τα συστατικά (τα *Pedicularis densiflora* και *Leonotis leonurus*) ενδέχεται να έχουν ψυχοτρόπο δράση, ωστόσο ελάχιστα στοιχεία είναι γνωστά για τις φαρμακολογικές και τοξικολογικές ιδιότητες των φυτών που υποτίθεται ότι περιέχουν τα προϊόντα Spice και, επομένως, δεν είναι δυνατόν να αποφανθούμε οριστικά για τους πιθανούς κινδύνους για την υγεία ή την πιθανή ψυχοτρόπο δράση των εν λόγω προϊόντων. Συνθετικά συστατικά δεν αναγράφονται στις πληροφορίες για το προϊόν.

Το 2008 τα προϊόντα Spice καθώς και πλήθος παρεμφερή μείγματα βοτάνων πωλούνταν σε ηλεκτρονικά καταστήματα, καθώς και σε ειδικά καταστήματα (smart shops) τα οποία πωλούν «νόμιμα ψυχοτρόπα» σε τουλάχιστον 9 κράτη μέλη της ΕΕ (Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο).

Τα κράτη μέλη αποδύθηκαν σε εκτενείς τοξικολογικές έρευνες προκειμένου να ταυτοποιήσουν τα ψυχοτρόπα συστατικά των προϊόντων Spice. Τον Δεκέμβριο 2008 η Γερμανία και η Αυστρία ανίχνευσαν το συνθετικό

## Εθνικές διαδικασίες αξιολόγησης κινδύνου

Το 2008 το ΕΚΠΝΤ εκπόνησε μελέτη σχετικά με τις διάφορες εθνικές νομικές διαδικασίες που απαιτούνται για τον έλεγχο νέων ουσιών από τη νομοθεσία περί ναρκωτικών, τον χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωσή τους και το κατά πόσον προηγείται εθνική διαδικασία αξιολόγησης του κινδύνου. Στις 26 χώρες που μελετήθηκαν διαφάνηκαν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις στην αξιολόγηση κινδύνου. Σε 6 χώρες δεν διεξάγεται εθνική αξιολόγηση κινδύνου και οι χώρες αυτές βασίζονται κατά κανόνα σε αξιολογήσεις που διεξάγονται σε διεθνές ή ευρωπαϊκό επίπεδο. Σε 7 χώρες, ενδέχεται να διεξαχθεί εθνική αξιολόγηση κινδύνου κατά περίπτωση, εφόσον κρίνεται απαραίτητο, ενώ σε 13 χώρες διεξάγεται κάποια μορφή αξιολόγησης κινδύνου όταν εξετάζεται η αναγκαιότητα ελέγχου κάποιας ουσίας. Η αξιολόγηση είτε προβλέπεται από τη νομοθεσία περί ναρκωτικών ή από συναφή νομοθεσία είτε αποτελεί τμήμα της απαιτούμενης διαδικασίας για την υποβολή νέων νομοθετικών προτάσεων.

Ο βαθμός επικινδυνότητας που διαπιστώνεται δεν επηρεάζει την ταχύτητα της νομοθετικής διαδικασίας σε 12 από τις 20 χώρες που ενδέχεται να διεξάγουν εθνική αξιολόγηση κινδύνου. Σε τέσσερις χώρες (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Σλοβακία, Σουηδία) υπάρχει δυνατότητα ψήφισης νόμου με τη διαδικασία του κατεπείγοντος, εφόσον κριθούν υψηλά τα επίπεδα κινδύνου. Στη Γαλλία, στην Αυστρία και τη Νορβηγία, σε κατεπείγουσες περιπτώσεις μειώνεται η διάρκεια της διαδικασίας αξιολόγησης κινδύνου. Στις Κάτω Χώρες υπάρχουν και οι δύο δυνατότητες.

Σε 16 χώρες, οι εθνικές αξιολογήσεις κινδύνου διεξάγονται από ομάδα εμπειρογνομώνων του δημοσίου, είτε πρόκειται για το αρμόδιο υπουργείο είτε για κρατικό ή κυβερνητικό φορέα. Σε 6 χώρες προβλέπεται ή εφαρμόζεται η δυνατότητα διαβούλευσης με ανεξάρτητους επιστήμονες, εφόσον παρίσταται ανάγκη. Τέλος, σε 3 χώρες (Κάτω Χώρες, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο), η αξιολόγηση κινδύνου διεξάγεται από ανεξάρτητους επιστημονικούς φορείς.

Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε νομικές εκθέσεις στην ευρωπαϊκή νομική βάση δεδομένων για τα ναρκωτικά (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

κανναβινοειδές JWH-018 <sup>(159)</sup>. Η χημική δομή του JWH-018 παρουσιάζει ουσιαστικές διαφορές από αυτή της τετραϋδροκανναβινόλης (THC), του κύριου δραστικού συστατικού όλων των προϊόντων κάνναβης. Σε πειραματόζωα το JWH-018 έχει την ίδια δράση με την THC, και μάλιστα έχει αναφερθεί ότι είναι πιο δραστικό. Στις αρχές του 2009 ένα δεύτερο συνθετικό κανναβινοειδές, το CP 47,497 <sup>(160)</sup>, και τρία εκ των ομολόγων του εντοπίστηκαν σε δείγματα προϊόντων Spice στην Ευρώπη.

Συνθετικά κανναβινοειδή εντοπίστηκαν σε μικρό μόνο αριθμό δειγμάτων και σε ποικίλες ποσότητες. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι οι συνθετικές αυτές ουσίες προστέθηκαν λάθρα, δεδομένου ότι στη συσκευασία των προϊόντων Spice αναγράφονται μόνο φυτικά συστατικά.

Οι ουσίες JWH-018 και CP 47,497 και τα ομολογά της, εξ όσων γνωρίζουμε, δεν έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως ως ψυχοτρόπες ουσίες αυτές καθαυτές. Επομένως, μένει να διαπιστωθεί κατά πόσον υπάρχει συγκεκριμένη ζήτηση για τις ουσίες αυτές και κατά πόσον συντρέχει ανάγκη περαιτέρω δράσης, όπως προβλέπεται στην απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου.

Ως απάντηση στις ανησυχίες για ενδεχόμενους κινδύνους για την υγεία, πέντε κράτη μέλη με διάφορα νομοθετικά μέτρα απαγόρευσαν ή έθεσαν υπό έλεγχο τα προϊόντα Spice και τις συναφείς χημικές ενώσεις. Η Γερμανία ενεργοποίησε τη νομοθεσία περί ναρκωτικών με τη διαδικασία του κατεπείγοντος για να ελέγξει πέντε συνθετικά κανναβινοειδή που βρέθηκαν στα προϊόντα Spice για διάστημα ενός έτους. Η Γαλλία χαρακτήρισε ναρκωτικές ουσίες έξι συνθετικά κανναβινοειδή που βρέθηκαν σε προϊόντα Spice. Η Αυστρία, δυνάμει της εθνικής νομοθεσίας περί φαρμάκων, απαγόρευσε την εισαγωγή ή εμπορία στη χώρα μειγμάτων καπνού που περιέχουν 6 συνθετικά κανναβινοειδή. Το Λουξεμβούργο αποφάσισε να ελέγξει τα διάφορα συνθετικά κανναβινοειδή ως ψυχοτρόπους ουσίες. Η Πολωνία αναθεώρησε τον νόμο περί ναρκωτικών για να υποβάλει σε μέτρα έλεγχου το JWH-018 και δύο από τα υποτιθέμενα φυτικά συστατικά των προϊόντων Spice.

## Διαδίκτυο, μια αγορά ψυχοτρόπων ουσιών

Το διαδίκτυο αναδεικνύεται σε μια νέα αγορά ψυχοτρόπων ουσιών, παρέχοντας στους εμπόρους τη δυνατότητα να πωλούν ψυχοτρόπους ουσίες ως εναλλακτικές των ελεγχόμενων σε ένα ευρύ κοινό. Η διαδικτυακή αγορά επηρεάζει και την εξάπλωση των νέων ψυχοτρόπων ουσιών, ενώ η παρακολούθησή της αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία όσον αφορά τον εντοπισμό νέων τάσεων στα ναρκωτικά. Ειδικότερα, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στους κινδύνους που συνδέονται με τις πωλούμενες ουσίες. Πληροφορίες για τα νέα προϊόντα χρειάζονται τόσο οι χρήστες όσο και οι επαγγελματίες, μεταξύ αυτών κλινικοί τοξικολόγοι, ειδικοί σε θέματα ελέγχου τοξικών ουσιών και επαγγελματίες του χώρου της ουσιοεξάρτησης.

Προκειμένου να εντοπίζει τις τρέχουσες εξελίξεις στη διαδικτυακή αγορά ναρκωτικών, το ΕΚΠΝΤ πραγματοποιεί μια ετήσια μελέτη «αποτύπωσης». Το 2009 μελετήθηκαν

<sup>(159)</sup> Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)methanon.

<sup>(160)</sup> 5-(1,1-Dimethylheptyl)-2-[(1R,3S)-3-hydroxycyclohexyl]-phenol.

συνολικά 115 ηλεκτρονικά καταστήματα. Με βάση τον κωδικό της χώρας στην ηλεκτρονική διεύθυνση και άλλες πληροφορίες του δικτυακού τόπου, τα εν λόγω ηλεκτρονικά καταστήματα φαίνεται να εδρεύουν σε 17 ευρωπαϊκές χώρες. Τα περισσότερα από τα ηλεκτρονικά καταστήματα που εντοπίστηκαν εδρεύουν στο Ηνωμένο Βασίλειο (37%), στη Γερμανία (15%), στις Κάτω Χώρες (14%) και τη Ρουμανία (7%).

Παραισθησιογόνα μανιτάρια που περιέχουν ψιλοκίνη και ψιλοκυβίνη δεν πωλούνταν σε κανένα από τα ηλεκτρονικά καταστήματα που μελετήθηκαν το 2009, σε αντίθεση με το 2008. Ωστόσο, σε τέσσερα ηλεκτρονικά καταστήματα που εδρεύουν στη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες πωλούνταν σκληρώτια –το ξηρό μυκήλιο των παραισθησιογόνων μανιταριών *Psilocybe mexicana* και *Psilocybe tampanensis*.

Τα νέα προϊόντα που πωλούνται το 2009 περιλαμβάνουν μια σειρά προϊόντων καπνού από βότανα και τα λεγόμενα party pills (χάπια για ψυχαγωγική χρήση) που περιέχουν νέες νόμιμες ουσίες, εναλλακτικές της βενζυλοπιπεραζίνης (BZP). Δίνεται επίσης μεγαλύτερη προβολή σε προϊόντα καπνού ενδορρινικής χρήσης, όπως και σε σκόνες από βότανα.

Τα προϊόντα Spice<sup>(161)</sup> πωλούνταν στο 48% των ηλεκτρονικών καταστημάτων που μελετήθηκαν. Τα ηλεκτρονικά καταστήματα που πουλούσαν Spice έδρευαν σε 14 διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες, ωστόσο τα δύο πέμπτα εξ αυτών έδρευαν στο Ηνωμένο Βασίλειο (42%), ενώ σημαντικός αριθμός τους έδρευε και στην Ιρλανδία, στη Λετονία και τη Ρουμανία.

Οι ανησυχίες για τα προϊόντα Spice οδήγησαν αρκετές χώρες στη λήψη νομοθετικών μέτρων για την απαγόρευση ή τον έλεγχο των εν λόγω ουσιών. Μέχρι τον Μάρτιο του 2009 τα προϊόντα Spice είχαν αποσυρθεί από τα ηλεκτρονικά καταστήματα που εδρεύουν στη Γερμανία, στην Αυστρία και τη Γαλλία.

Το 2009 στη διαδικτυακή αγορά άρχισαν να εμφανίζονται εναλλακτικά του Spice χαρμάνια καπνού. Τα ηλεκτρονικά καταστήματα που μελετήθηκαν πωλούσαν τουλάχιστον 27 διαφορετικά χαρμάνια καπνού από βότανα ως εναλλακτικά του Spice. Τα προϊόντα αυτά διαφημίζονται ως περιέχοντα φυτικά συστατικά, αν και κάποια περιέχουν επίσης το παραισθησιογόνο μανιτάρι *Amanita muscaria*. Τα εναλλακτικά του Spice προϊόντα που πωλούνται στην Αυστρία και τη Γερμανία περιλαμβάνουν διάφορα χαρμάνια καπνού από βότανα που πωλούνται ως «αποσμητικά χώρου» ή «αρωματικά χώρου». Η ταχύτατη εμφάνιση υποκατάστατων προϊόντων του Spice καταδεικνύει την ικανότητα της συγκεκριμένης αγοράς να

ανταποκρίνεται γρήγορα σε μεταβολές του νομικού καθεστώτος των ψυχοτρόπων ουσιών, συχνά διοχετεύοντας στην κυκλοφορία νέες ουσίες.

Αφ' ης στιγμής επιβλήθηκαν μέτρα ελέγχου της BZP στα κράτη μέλη της ΕΕ, η συγκεκριμένη ουσία δεν μπορεί πλέον να χρησιμοποιείται στα party pills ως εναλλακτική της έκστασης. Στις αρχές του 2009 πολλά ηλεκτρονικά καταστήματα πωλούσαν party pills χωρίς BZP. Για παράδειγμα, ηλεκτρονικά καταστήματα που εδρεύουν στην Ιρλανδία, στην Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο πουλούσαν retro pills, τα οποία φέρονται να περιέχουν 1-(4-φθοροφαινυλο)πιπεραζίνη (pFPP), μια ουσία που σύμφωνα με τις περιγραφές έχει ήπια παραισθησιογόνο και έντονη ευφορική δράση.

Τα προϊόντα ενδορρινικής χρήσης διακινούνται ως εναλλακτικά ελεγχόμενων ουσιών, όπως η κοκαΐνη ή οι αμφεταμίνες. Τα εν λόγω προϊόντα φέρονται να περιέχουν καφεΐνη και σειρά άλλων φυτικών συστατικών, όπως τα *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* και *Tilia europea*.

## Παρακολούθηση ουσιών

### Πιπεραζίνες

Το 2007 η έκθεση ενεργού παρακολούθησης ΕΚΠΝΤ-Ευρωπόλ για την mCPP [1-(3-χλωροφαινυλο)πιπεραζίνη] κατέληγε στο συμπέρασμα ότι δεν έχει ιδιαίτερη απήχηση στους χρήστες και ότι μοιάζει απίθανο να καθιερωθεί ως ουσία ψυχαγωγικής χρήσης αυτή καθαυτή. Παρά ταύτα, το 2008 η mCPP εξακολουθούσε να είναι η ευρύτερα διαθέσιμη νέα συνθετική ουσία στην αγορά παράνομων ουσιών, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με MDMA. Τούτο διαπιστώνεται τόσο από τον αριθμό των κατασχέσεων όσο και από τις κατασχεθείσες ποσότητες που αναφέρθηκαν στο ΕΚΠΝΤ και στην Ευρωπόλ. Εξακολουθεί να μην είναι σαφές εάν η ουσία αυτή χρησιμοποιείται ως ενισχυτική ή μιμητική ορισμένων επιδράσεων του MDMA ή απλώς για τη νόθευσή του. Καθώς, όμως, η mCPP δεν είναι ελεγχόμενη ουσία στα περισσότερα κράτη μέλη, κατά πάσα πιθανότητα τα στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις της είναι ελλιπή.

Στις 3 Μαρτίου 2008 με την απόφαση του Συμβουλίου τα κράτη μέλη λαμβάνουν τα αναγκαία μέτρα, σύμφωνα με τις διατάξεις της εθνικής τους νομοθεσίας, με σκοπό την υπαγωγή της BZP σε μέτρα ελέγχου, αναλογικά προς τους κινδύνους που εγκυμονεί η εν λόγω ουσία, καθώς και σε ποινικές κυρώσεις, όπως προβλέπεται από τη νομοθεσία των κρατών μελών προς εκπλήρωση των υποχρεώσεων που υπέχουν από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών του 1971 για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες<sup>(162)</sup>. Τα κράτη μέλη θα

<sup>(161)</sup> Βλέπε «Προϊόντα Spice και συναφή συνθετικά κανναβινοειδή», σ. 105.

<sup>(162)</sup> Απόφαση 2008/206/ΔΕΥ του Συμβουλίου της 3ης Μαρτίου 2008 για τον προσδιορισμό της ουσίας 1-βενζυλοπιπεραζίνη (BZP) ως νέας ψυχοτρόπου ουσίας και την υπαγωγή της σε μέτρα ελέγχου και ποινικές διατάξεις.

καταβάλλουν προσπάθειες λήψης των μέτρων το συντομότερο δυνατόν και πάντως πριν από την παρέλευση ενός έτους από την ημερομηνία της απόφασης. Κατά τη στιγμή της σύνταξης της παρούσας έκθεσης, 17 κράτη μέλη <sup>(163)</sup> αναφέρουν ότι έλαβαν μέτρα για την υπαγωγή της ΒΖΡ σε έλεγχο.

### **GHB/GBL και κεταμίνη**

Στην Ευρώπη, το γ-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB) και η κεταμίνη βρίσκονται υπό παρακολούθηση από το έτος 2000, όταν διεξήχθη αξιολόγηση κινδύνου σχετικά με τις ουσίες αυτές σύμφωνα με τους όρους της κοινής δράσης του 1997 για τα νέα συνθετικά ναρκωτικά (ΕΚΠΝΤ, 2002).

Ελάχιστες χώρες υποβάλλουν στοιχεία επικράτησης της GHB και της κεταμίνης, ενώ η εκτιμώμενη επικράτηση που αναφέρεται παραμένει σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από αυτή άλλων παράνομων ουσιών. Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι μεταβολές της κατάστασης δεδομένου ότι τα στοιχεία προέρχονται από μη πιθανολογικά δείγματα με μικρό βαθμό συγκρισιμότητας διαχρονικά αλλά και μεταξύ τους. Η ολλανδική μελέτη Trendwatch αναφέρει ελαφρά αύξηση της χρήσης GHB σε συγκεκριμένα δίκτυα και περιοχές των Κάτω Χωρών το 2007. Ωστόσο, τόσο η

GHB όσο και η κεταμίνη χρησιμοποιούνται λιγότερο από άλλες ουσίες για ψυχαγωγική χρήση και κυρίως από αφανείς πληθυσμούς, σε ιδιωτικούς χώρους και φιλικές συναθροίσεις. Σε αντίθεση με τις αυξήσεις που αναφέρθηκαν κατά τα προηγούμενα έτη, τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τα επείγοντα περιστατικά που συνδέονται με χρήση GHB στο Άμστερνταμ φανερώνουν κατακόρυφη πτώση, από 444 το 2006 σε 110 το 2007. Μια μελέτη που έγινε σε νοσοκομείο του Λονδίνου ανέφερε 58 επείγοντα περιστατικά που συνδέονται με χρήση κεταμίνης το 2006 και τον ίδιο αριθμό το 2007. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η χρήση κεταμίνης είχε γίνει σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, ενώ μόνο 11 % των περιστατικών αφορούσε χρήση μόνο κεταμίνης και κανένα εξ αυτών δεν απαιτήσε εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (Wood κ.ά., 2008).

Οι έρευνες ESPAD στον μαθητικό πληθυσμό που διεξήχθησαν το 2007 παρέχουν τα πλέον πρόσφατα στοιχεία όσον αφορά τη χρήση GHB από μαθητές ηλικίας 15-16 ετών στην Ευρώπη. Στους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα σε 26 κράτη μέλη της ΕΕ, στην Κροατία και τη Νορβηγία, η επικράτηση της χρήσης GHB σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 0 έως 3 %, παρότι οι περισσότερες χώρες αναφέρουν επίπεδο 1 % ή και χαμηλότερο.

<sup>(163)</sup> Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Εσθονία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Γαλλία, Ιταλία, Κύπρος, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Σλοβακία, Σουηδία και Φινλανδία, καθώς και Κροατία, Τουρκία και Νορβηγία.



## Παραπομπές

- ACMD (2008), «Cannabis: classification and public health», Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Λονδίνο (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. και Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Ελσίνκι ([http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b24.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf)).
- Baker, A., Lee, N. K. και Jenner, L. (επιμ.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users (2nd edition)*, National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Καμπέρα.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. κ.ά. (2009), «Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European Isadora project», *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis 2*, σσ. 88–100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. κ.ά. (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health 16*, σσ. 198–202.
- Cherny, N. I., Catane, R. και Kosmidis, P. A. (2006), «Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering», *Annals of Oncology 17*, σσ. 885–887.
- CND (2008), «World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat», Επιτροπή για τα Ναρκωτικά, Ηνωμένα Έθνη: Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, Βιέννη.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A. κ.ά. (2007), «Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose», *Academic Emergency Medicine 14*, σσ. 616–623.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. κ.ά. (2008), «Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy», *HRB Research Series 6*, Health Research Board, Δουβλίνο ([http://www.hrb.ie/uploads/tx\\_hrbpublications/HRB\\_Research\\_Series\\_6.pdf](http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf)).
- Cunningham, J. A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence 59*, σσ. 211–213.
- Darke, S. και Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction 97*, σσ. 1383–1394.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. κ.ά. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction 102*, σσ. 1954–1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Βρυξέλλες.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Λονδίνο ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_074850](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850)).
- Desroches, F. (2007), «Research on upper level drug trafficking: a review», *Journal of Drug Issues 37*, σσ. 827–844.
- Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών (2008α), «Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners», Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, Βρυξέλλες ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)).
- Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών (2008β), «Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice», Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, Βρυξέλλες ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_treatment\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf)).
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. κ.ά. (2005), «Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction 100*, σσ. 820–828.
- ECDC και Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ (2008), «HIV/AIDS surveillance in Europe 2007», Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, Στοκχόλμη.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. κ.ά. (2008), «Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update», *Substance Abuse 29*, σσ. 31–49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M.B. κ.ά. (2006), «Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution», *Addictive Behaviours 31*, σσ. 519–530.

- ΕΚΠΝΤ (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2004), *European report on drug consumption rooms*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο αριθ. 14, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2006α), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2006β), *Developments in drug use within recreational settings*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2007α), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2007β), *Drugs and crime: a complex relationship*, Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο αριθ. 16, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2007γ), *Drugs and driving*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2008α), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Μονογραφία αριθ. 8, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2008β), *Ετήσια έκθεση 2008: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2008γ), *Drugs and vulnerable groups of young people*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2008δ), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Τεχνικό δελτίο δεδομένων, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- ΕΚΠΝΤ (2008ε), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, «Επιλεγμένο θέμα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2009α), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, *Insights No 10*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2009β), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, «Θεματικά έγγραφα», Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2007), «Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο για την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των προβλημάτων υγείας που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά», COM(2007) 199 τελικό ([http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007\\_0199en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf)).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2008α), «Civil Society Forum on Drugs in the European Union», Brussels 20-21 May 2008, Τελική έκθεση ([http://ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/drugs/forum/docs/final\\_report\\_2008\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf)).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2008β), «Young people and drugs among 15-24 year-olds», *Flash Eurobarometer 233* ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eurobarometers\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm)).
- Ευρωπαϊκή επιτροπή για την πρόληψη των βασιανιστηρίων και της απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή ποινής (CPT) (2006), «The CPT standards – «substantiv» sections of the CPTs General Reports», CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2007), «Project COLA: European Union cocaine situation report 2007», Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Χάγη.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2008), «European Union drug situation report 2007», Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Χάγη.
- Farrell, M. και Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales», *Addiction* 103, σσ. 251-255.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Λονδίνο.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. κ.ά. (2007), «Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection», *International Journal of Drug Policy* 18, σσ. 437-443.
- Hall, W. και Solowij, N. (1998), «Adverse effects of cannabis», *Lancet* 1352, σσ. 1611-1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. και Razc, J. (επιμ.) (2008α), «Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies», Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Άμστερνταμ (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. και Wiessing, L. (2008β), «From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, σσ. 503-517 (doi: 10.1080/09687630802227673).

- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. κ.ά. (2005), «Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people», *BMJ* 330, σ. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. κ.ά. (2008), «Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction», *Substance Use Misuse* 43, σσ. 1464–1475.
- Hibell, B. κ.ά. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN) και Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης.
- Hoare, R. και Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Λονδίνο.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. κ.ά. (2008), «Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths», *American Journal of Public Health* 98, σσ. 2229–2236.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Ηνωμένα Έθνη: Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.
- INCB (2009β), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Ηνωμένα Έθνη: Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. κ.ά. (επιμ.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. και Lima, M.S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, τεύχος 3, CD003023.
- Korf, D. (επιμ.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Ομάδα Pompidou, Pabst Science Publishers, Λένγκεριχ, Γερμανία.
- Κυβέρνηση της Σκωτίας (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. και Hauser, P. (2006), «Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management», *Drugs* 66, σσ. 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R. L. και Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, σσ. 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. και Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, σσ. 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. και Cottler, L.B. (2009), «The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups», *Addictive Behaviors* 34, σσ. 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. κ.ά. (2008), «Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility», *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. και Trapková, B. (2007), «Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study», *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), σσ. 109–118 ([http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych\\_supplement2007.pdf](http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf)).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. και Lang, J. P. (2007), «Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues» [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, σσ. S51–S55.
- NICE (2009), «Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment», *Public health guidance* 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Λονδίνο.
- Nordstrom, B. R. και Levin, F. R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, σσ. 331–342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), «Activité des «consultations jeunes consommateurs» (2005–2007)», *Tendances* 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Παρίσι.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. κ.ά. (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, σσ. 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. και Klempova, D. (2008), «Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties», *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, σ. 25.
- ΠΟΤ (2008), *Customs and drugs report 2007*, Παγκόσμιος Οργανισμός Τελωνείων, Βρυξέλλες.
- ΠΟΥ (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ, Κοπεγχάγη (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- ΠΟΥ (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γενεύη ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence-guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf)).

- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. κ.ά. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, σσ. 147–515.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. και Hopkins, L. N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, σσ. 502–506.
- Roesner, S. και Küfner, H. (2007), «Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (Pharmon)», *Sucht* 53 (Supplement 1), σσ. S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. και McLean, P.C. (2002), «Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services», *Addiction* 97, σσ. 59–65.
- Samhsa (2007), «National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration», Ρόκβιλ (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. κ.ά. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισαβόνα.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. και Deering, D. (2008), «Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, σσ. 963–968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. κ.ά. (2008), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* ([ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_treatment\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf)).
- Strang, J. και Sheridan, J. (1997), «Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales», *Addiction* 92, σσ. 833–838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. κ.ά. (2008), «Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses», *Addiction* 103, σσ. 1648–1657.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J. και Gill, O. N. (2008), «The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis», *Journal of Viral Hepatitis* 15, σσ. 797–808.
- Swift, W., Hall, W. και Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, σσ. 309–318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. κ.ά. (2009), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention», *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. κ.ά. (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, σσ. 160–162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. και Gandilhon, M. (2008), «The first national survey on users of the CAARUD centres, Tendances No. 61», Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Παρίσι.
- UNODC (2009), *World drug report*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», στο Cools, M. κ.ά. (επιμ.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Αμβέρσα.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. κ.ά. (υπό δημοσίευση), «Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction*.
- Wagner, F. A. και Anthony, J. C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, σσ. 479–488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. και Lokman, S. (2007), «Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 «Je bent niet gek als je niet blowt», Trimbo Institute, Ουτρέχτη.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. κ.ά. (2008a), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability», *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C. κ.ά. (2008b), «HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East», *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L. και Dargan, P. I. (2008), «Ketamine-related toxicology presentations to the ED», *Clinical Toxicology* 46, σ. 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. και Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 ([www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)).

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

**Ετήσια έκθεση 2009: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη**

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

2009 – 113 σ. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-383-3





## Πώς θα προμηθευτείτε εκδόσεις της ΕΕ

### Εκδόσεις επί πληρωμή:

- από το EU Bookshop: <http://bookshop.europa.eu>,
- από τα βιβλιοπωλεία, αν ξέρετε τον τίτλο, τον εκδότη ή/και τον αριθμό ISBN,
- παραγγέλλοντας απευθείας σε έναν από τους αντιπροσώπους μας πωλήσεων. Στοιχεία επικοινωνίας: <http://bookshop.europa.eu> ή στείλτε φαξ στον αριθμό +352 2929-42758.

### Δωρεάν εκδόσεις:

- από το EU Bookshop: <http://bookshop.europa.eu>,
- από τις αντιπροσωπείες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ή τα γραφεία εκπροσώπησής της. Στοιχεία επικοινωνίας: <http://bookshop.europa.eu> ή στείλτε φαξ στον αριθμό +352 2929-42758.

## Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισσαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του κέντρου αποτελούν κατ' εξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επαγγελματίες και ερευνητές που εργάζονται στον τομέα των ναρκωτικών και, πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στην ΕΕ και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.

